

**Proposta da Sessão:**

**OS DESAFIOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

**Eixo temático: Psicologia e Políticas Públicas**

**Proponente/Coordenadora: Maria Lucia Boarini – UEM**

Saúde e doença são temas recorrentes na história da humanidade. No começo do século V a.C. já temos registros de uma coleção de escritos médicos dos quais o mais antigo intitula-se *Corpus hippocraticum*. Para Cairus e Drager (2004) esta coleção representa diversas escolas médicas da época que contou com “o lendário medico Hipocrates, que se tornou o epônimo de quase toda a medicina antiga.”. Ainda no século V a.C. temos a descrição, pelo general ateniense Tucídides, da “peste de Atenas” da qual foi vítima. Este texto integra o relato da Guerra do Peloponeso e para Carvalho e Silva (2004) é um dos textos mais conhecidos na historia das doenças, entre os médicos. Enfim, estamos recordando estes fatos históricos para desmistificar a ideia que atualmente vivemos no “pior dos mundos” no que tange ao campo da saude. Cada época da história registra novas doenças, novas duvidas, novas descobertas, novas explicações que de maneira geral custou o sofrimento ou ceifou milhares de vidas. Com o distanciamento do fenômeno constata-se nos relatos históricos que a doença é também uma construção social. Incide sobre ela vários elementos desde o biológico, o social até o político. Por meio dela é possível conhecer as estruturas sociais de uma época, os costumes, os hábitos, os deslocamentos populacionais, as disputas no campo do conhecimento etc. Como um dos exemplos emblemáticos temos o advento da industrialização na Europa por volta do século XVIII que provocou significativo êxodo rural, urbanização sem planejamento e como corolário a produção de péssimas condições sanitárias existentes neste período. Estas, dentre outras tantas questões serviram de terreno fértil para o surgimento e propagação de novas doenças, em geral fatais, tal como a febre tifoide, febre amarela, tuberculose, difteria, cólera, varíola, sífilis etc. Vale lembrar que os hábitos de higiene da atualidade, em geral interpretados como naturais, inexistiam naquela época. Sem pretender profundas incursões neste campo de conhecimento, mas apenas a título de ilustração

lembramos que na época não existia sistema de esgoto o que significava que os excrementos humanos se empilhavam nas ruas, onde eram lançados. Obviamente esta situação produzia um insuportável mau cheiro o que leva a sociedade da época a supor que as doenças vinham por meio de miasmas ou emanções provenientes de substâncias animais ou vegetais em decomposição. Esta ideia associada ao conceito de contágio, ou seja, da transmissão de doença de uma pessoa para outra ou através de objetos materiais - por exemplo roupas - e que vai florescer nas primeiras décadas do século XIX favorece a criação de outros hábitos de higiene. Assim nasce o movimento higienista. Se por um lado, a preocupação com a higiene física dos corpos e da cidade foi inegavelmente importante no que tange ao impedimento da proliferação de doenças, por outro lado este movimento se torna um problema para a classe desfavorecida economicamente na medida em que a sociedade não reconhece os aspectos sociais e políticos necessários para a manutenção da higiene. E aqui nos referimos às necessidades que não podem ser viabilizadas por um único indivíduo, mas depende de encaminhamentos de natureza econômica, social, política tal como a socialização da água potável, boas condições de moradia, saneamento básico, etc. E a sociedade brasileira, no transcorrer do século XIX e primeiras décadas do século XX, não fugiu a regra do que acontecia na Europa e, em geral, entendia que a desorganização social vigente na época era as causas das doenças. Como afirma Costa (s/d) “nesse momento a missão ‘civilizatória’ da higiene foi convidada a ocupar seu lugar na história da nação”. Como desdobramentos deste movimento higienista são gerados o movimento de higiene mental e eugenia. Para Fontenelle (1925, p.1) “A higiene mental apresenta duas faces: uma, tendo em vista o trabalho defensivo contra as causas da degeneração psíquica, é a profilaxia mental; outra, procurando preparar o equilíbrio de adaptação entre a mentalidade individual e o meio físico e social, é a higiene mental propriamente dita.”. Enquanto que a eugenia na definição de Kehl (1935, p.46) “[...] é intermediária entre a higiene social e a medicina prática, favorece os fatores sociais de tendência seletiva, se esforça pelo constante e progressivo multiplicar de indivíduos ‘bem dotados’ ou eugenizados.”.

Desta forma “abriu-se o campo para a proliferação de tecnologias e especialistas que investiram sobre a saúde dos imigrantes, a situação sanitária dos portos, o dia-a-dia das

idades (...) a higiene infantil, os hábitos e costumes populares, o trabalho fabril, o mundo do crime etc.” Costa (s/d). Nas pesquisas que vimos desenvolvendo no GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Higienismo e o Eugenismo – na interface das políticas públicas, e em especial da saúde e da educação, constatamos que várias discussões, encaminhamentos e desafios teórico-práticos que nos soam contemporâneos, começaram a ser gestados naquele período e que muitos dos discursos e intervenções higienistas se reeditam, confirmando-nos. Mas esta é uma longa e complexa história que não cabe abordar nos limites deste trabalho. Orientando-nos pelo olhar, já afirmado anteriormente, de que o conhecimento das doenças que atingem uma população e a forma como os homens pensam ser possível superá-las nos permitem conhecer as estruturas sociais de uma época, os costumes, os hábitos, as controvérsias, as contradições sociais, as disputas no campo do conhecimento etc.. e circunscrevendo nosso foco à atenção à saúde mental que se faz no sistema de saúde pública no Brasil em nossos dias, apresentamos nesta sessão coordenada algumas das relevantes discussões que são produzidas neste campo de conhecimento e atuação, que interessam à psicologia porque se configuram em espaços nos quais temos transitado.

Assim temos a mestrandia Renata Cristina Marques Bolonheis apresentando o estudo intitulado “Comunidades terapêuticas: reedições de perspectivas e propostas higienistas”. A seguir a mestrandia Carolini Cássia Cunha apresenta o estudo intitulado “Manicômios Judiciários: o avesso da Reforma Psiquiátrica”. A mestrandia Lara Hauser dos Santos apresenta em seguida o estudo intitulado “Assistência à saúde mental na atenção básica”. Finalmente temos a doutora Roselania Francisconi Borges em parceria com a doutora Cristina Amélia Luzio apresentando o estudo intitulado “Intersetorialidade: o desafio da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil”.

Quiçá estas discussões nos permita vislumbrar as contradições sociais, antagonismos, controvérsias que habitam este complexo campo da atenção à saúde mental no sistema público de saúde em solo brasileiro.

### **Referências**

Cairus, H. & Drager, A. C. (2004). Método hipocrático em Tucídides. Em: Nascimento, D. R. & Carvalho, D. M. (orgs.). *Uma historia brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15.

Carvalho, D. M. & Silva, L.F. R. F. (2004). A peste em Atenas: um exercício de epidemiologia histórica. Em: Nascimento, D. R. & Carvalho, D. M. (orgs.). *Uma historia brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15.

Costa, N. do R. (S/D). Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos Cedes – Educação e Saúde 4. São Paulo: Cortez Editora. Pp. 05-27.

Fontenelle, J. P. (1925) Higiene mental e educação. *Archivos brasileiros de hygiene mental*. Ano I, n. 1, 1-10.

Kehl, R (1935). Lições de Eugenia 2. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1935.

**Apresentação 1**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: REEDIÇÕES DE PERSPECTIVAS E  
PROPOSTAS HIGIENISTAS**

Renata Cristina Marques Bolonheis\*

Maria Lucia Boarini

O uso abusivo do álcool e de outras drogas constitui atualmente no Brasil, e em diversos países do mundo, uma das principais problemáticas e preocupação de diversos setores, como a saúde, educação, assistência social, segurança pública, justiça e trabalho. Os problemas decorrentes do abuso dessas substâncias, retratados diariamente nos noticiários, jornais, revistas e demais meios de comunicação, seguramente nos dizem que ainda estamos longe de resolver a questão, que apresenta consequências de dimensões cada vez maiores e, fundamentalmente, não se originou nos últimos anos, haja vista a mobilização dos higienistas com as campanhas antialcoólicas, junto à *Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)*<sup>1</sup> no início do século XX.

Nesse período, o crescente processo de industrialização no Brasil, acompanhando a tendência do mundo ocidental, trazia riqueza e paralelamente desigualdade social, miséria e muitas mazelas, as quais se tornavam motivos de preocupação para aquela sociedade, que tinha os higienistas como porta vozes. Dentre esses problemas estava o aumento do consumo do álcool e a intensificação de suas consequências (Caldas, 1930; E. Lopes, 1930).

O trabalho desenvolvido pelos higienistas, no que tange ao álcool e outras drogas, nos indica que precisamos avançar nas discussões e no enfrentamento dessa situação, dado o seu histórico, abrangência e complexidade. Isso porque, se por um lado temos as consequências desse consumo atropelando o cotidiano de todos, por outro verificamos a mobilização descompassada de governos municipais, estaduais e federais e de diversas áreas da sociedade civil em torno da questão, conforme discutem Pitta (2011) e Andrade (2011).

---

<sup>1</sup> A LBHM foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, por um grupo de médicos liderados pelo psiquiatra Gustavo Riedel, e tinha como objetivo principal a melhoria na assistência aos doentes mentais (LBHM, 1925).

Segundo Delgado, Macedo, Cordeiro & Rodrigues (Brasil, 2004), a destituição da responsabilidade do Estado em relação às políticas sobre álcool e outras drogas é histórica e estrutural: as legislações cedem às pressões do mercado e a rede pública de saúde ainda reage de forma inadequada ao problema, com a manutenção das instituições que promovem a segregação e isolamento dos usuários, como as comunidades terapêuticas.

Estas, em geral, são instituições não governamentais que se iniciaram na década de 1970 para tratamento de pessoas que sofrem com a dependência química. Normalmente esse tratamento ocorre com a internação do usuário, durante alguns meses, em comunidades organizadas para esse objetivo, longe das pessoas de seu convívio familiar e social. (Alves, 2009). No Brasil, as comunidades terapêuticas até o ano de 2010 estavam ligadas somente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), não fazendo parte da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, tendo em vista o avanço do problema das drogas no país, a rede de atenção psicossocial incompleta e as pressões da sociedade em geral clamando por uma solução, o Ministério da Saúde estipulou o apoio financeiro com recursos do SUS a projetos de utilização de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas nas comunidades terapêuticas, conforme estabelecido no Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS. Em 30 de junho de 2011, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, que veio reforçar o apoio a essas instituições, estabelecendo requisitos mais adequados à realidade das mesmas. E mais recentemente, em dezembro de 2011, as comunidades terapêuticas foram oficialmente incluídas na rede de atenção psicossocial, através da Portaria nº 3.088.

Tal apoio e financiamento às comunidades terapêuticas têm alimentado várias polêmicas e discussões por parte de entidades e categorias interessadas no assunto, das quais fazem parte profissionais, estudiosos e autoridades principalmente das áreas da saúde, justiça e assistência social. Tais discussões inclusive levantam que, em algumas situações, as medidas que vem sendo tomadas em relação aos usuários de drogas constituem medidas de caráter higienista (Maierovitch, 2012; Sadi & Nublat, 2011), reforçando o quão atual é a relação do ideário higienista com a questão do álcool e outras drogas.

Considerando o exposto, o presente estudo tem por objetivo destacar os pontos de convergência e divergência entre os pressupostos defendidos pelos higienistas na primeira metade do século XX acerca do uso de substâncias psicoativas, as políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil, e as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas (CT). Entendemos ser fundamental esse resgate histórico, na medida em que nos possibilita observar e discutir possíveis avanços, limitações e repetições sobre como a sociedade contemporânea tem enfrentado essa problemática.

Tendo em vista o objetivo proposto, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental com materiais que abordam a questão do álcool e outras drogas, desde o início do século XX até as discussões mais atuais, com enfoque nas comunidades terapêuticas. Ao abordarmos as propostas dos higienistas diante do fenômeno do consumo do álcool, trabalhamos com fontes primárias relativas à primeira metade do século XX, mais especificamente entre os anos de 1921 e 1947, como o *Boletim de Eugenia* (1929 a 1931), que foi um dos principais meios de divulgação do movimento eugenista no Brasil, e os *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* (1925 a 1947), que eram periódicos publicados pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Destacamos que as leituras e análises que realizamos para o desenvolvimento desse estudo foram feitas sob a vertente do materialismo histórico. Assim, pretendemos esboçar em nossa discussão o entendimento do uso/abuso de substâncias psicoativas como um fenômeno datado historicamente e construído socialmente.

No desenvolvimento desse estudo, consideramos fundamental apresentar alguns pontos sobre o uso de substâncias psicoativas na história da humanidade e as propostas de intervenção por parte dos higienistas na primeira metade do século XX. Também destacamos alguns dados atuais e consequências do uso/abuso das substâncias psicoativas, como forma de observarmos a abrangência e gravidade desse fenômeno. Fizemos um breve retrospecto sobre as políticas públicas sobre álcool e outras drogas desenvolvidas no Brasil, mais especificamente a partir da segunda metade do século XX até as propostas mais atuais, incluindo a perspectiva da redução de danos como estratégia adotada pelo Ministério da Saúde frente às ações de atenção aos usuários.

Na sequência, apresentamos alguns estudos já realizados sobre as comunidades terapêuticas, no que se refere ao seu modelo de intervenção para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Destacamos alguns pontos da legislação brasileira que incluem as comunidades terapêuticas como parte das ações em saúde pública. E abordamos algumas críticas a esse modelo, bem como as polêmicas atuais em torno do financiamento dessas instituições pelo Sistema Único de Saúde.

Por fim, conduzimos nossa análise propriamente dita para o apontamento das convergências e divergências entre o modelo de intervenção das comunidades terapêuticas, as propostas de atenção psicossocial preconizadas pelo Sistema Único de Saúde e os pressupostos defendidos pelos higienistas na primeira metade do século XX acerca da produção, comercialização e consumo de substâncias psicoativas, e tratamento dos usuários.

Com a leitura e análise do material dos higienistas, pudemos identificar algumas categorias, que apresentamos para sistematizar nossos resultados. Foram elas:

- I. As perspectivas em relação ao usuário de substâncias psicoativas, ao qual geralmente é atribuído algum tipo de desvio, desajustamento, conflito, pobreza ou inutilidade.
- II. A ênfase na internação prolongada aos adoecidos pelo consumo dessas substâncias.
- III. A perspectiva proibicionista na atenção aos usuários e as críticas a esse modelo.
- IV. As semelhanças do tratamento proposto pelos higienistas com as comunidades terapêuticas atuais.
- V. A defesa de alguns higienistas pelo tratamento ambulatorial em liberdade.
- VI. A relação do álcool e outras drogas com o mercado.
- VII. O processo de medicalização social como outra face do mercado mundial de drogas.

Cientes dos limites impostos a esse estudo, em função de trabalharmos com uma temática que não é recente e que ao mesmo tempo ferve no contexto atual, tentamos arriscar alguns pontos, à guisa de conclusão. Podemos dizer que um século ou mais se passou

desde que os higienistas iniciaram a sua marcha contra o álcool, e, diga-se de passagem, com grande afinco em seus propósitos, e poucos avanços tivemos nesse sentido.

Muitos setores continuam lucrando com a produção, comércio e consumo das substâncias psicoativas, o que traz importantes barreiras à resolução do problema, ou mesmo ao tratamento e desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos. Embora as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, tenham atualmente o seu espaço na política sobre álcool e outras drogas, a perspectiva proibicionista ainda se faz presente, em meio a algumas esferas mais moralistas, ou mesmo embutida em leis, portarias e decretos mais recentes. A dependência, ou melhor, o usuário continua associado a algo pejorativo, que deve ser escondido, isolado, sob o pretexto de se estar fazendo “tratamento”.

Os dispositivos que atualmente são conclamados a ajudar na resolução do problema (nos referimos às comunidades terapêuticas) nos parecem reedições dos antigos asilos, manicômios e reformatórios, defendidos pelos higienistas no início do século XX. Instituições estas, como verificamos em nosso estudo, que foram questionadas por pessoas de dentro do próprio movimento higienista, e que não atestaram sua eficácia ao mais implacável de todos os crivos, a história.

Por fim, também é importante destacarmos que os problemas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas, seja no Brasil ou em qualquer outra parte do mundo, não se restringem à esfera da saúde, da assistência social, e menos ainda da polícia. Se pudermos vislumbrar alguma possibilidade de solução, esta se fará possível, fundamentalmente, por transformações no âmbito econômico-social.

### **Referências**

Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(11), pp. 2309-2319. Recuperado em 16 de julho, 2011, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. Recuperado em 07 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. (2004). *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Autor.

Caldas, M. (1930). A Hygiene Mental no Brasil. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(3), 69-77.

*Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS*. Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Saúde. Recuperado em 08 de julho, 2011, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital\\_comu\\_terapeuticas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_terapeuticas.pdf).

Liga Brasileira de Hygiene Mental - LBHM. (1925). Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 1(1), 223-234.

Lopes, E. (1930). Trabalhos de anti-alcoolismo. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 3(3), 91-94.

Maierovitch, W. (2012, 14 de janeiro). O terror higienista. *Carta Capital*. Recuperado em 19 de janeiro, 2012, de [www.cartacapital.com.br/sociedade/o-terror-higienista](http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-terror-higienista).

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. Recuperado em 09 de janeiro, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library Online): [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

*Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. (2011, 23 de dezembro). 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. Brasília: Ministério da Saúde.

*Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011*. (2011, 30 de junho). Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de

**Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia**

*Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?*

**Universidade Estadual de Maringá**

**ISSN 1679-558X**

---

substâncias psicoativas. ANVISA. Recuperado em 17 de julho, 2011, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.

Sadi, A; Nublato, J. (2011, 11 de dezembro). Governo erra ao focar o crack, diz médico. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 1º de maio, 2012, de [www.folha.uol.com.br](http://www.folha.uol.com.br).

## **Apresentação 2**

### **MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS: O AVESSE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Carolini Cássia Cunha\*

Maria Lucia Boarini

A atenção à saúde mental é um tema complexo que possui diversas facetas igualmente importantes. No entanto, o encaminhamento em relação ao “louco infrator” tem se mantido praticamente imune às discussões e ações referentes à Reforma Psiquiátrica. A este, além de se destinar a internação em Manicômios Judiciários, se faz em caráter indeterminado, a depender de laudos psiquiátricos atestando o fim da periculosidade para que volte à liberdade. Cessaçã de periculosidade que, quando se torna realidade, em muitos casos é apenas uma possibilidade não efetivada e acontece com um tempo significativamente grande de internação, muitas vezes desencadeadas por delitos leves. O inimputável recebe a pecha de perigo em potencial e a ele se destina uma política mais rigorosa, sem direito aos benefícios adquiridos por quem comete crime nos dias atuais, e sem alcançar os avanços da política de saúde mental atual. Diante disso, o presente texto caminha no sentido de discutir o percurso histórico da interlocução entre a justiça e a saúde mental, e a partir disto lançar algumas questões sobre os encaminhamentos atuais.

### **Pesquisa**

As reflexões aqui apresentadas são resultado da leitura de clássicos da psiquiatria e teóricos do crime na Europa. Produção teórica que representou influencia importante para as discussões sobre o tema no Brasil. Este estudo é resultante de pesquisa cujo objetivo é “recuperar as razões históricas que determinaram a inserção da medicina nos processos criminais” e está desenvolvida no GEPHE – Grupo de Pesquisa em Higienismo e Eugenismo que integra o Programa de Pós-Graduação em Psicologia na Universidade Estadual de Maringá.

Ao rever os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental, importante espaço de discussão sobre os rumos da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, há críticas contundentes à forma de tratamento destinada aos “loucos infratores” (Brasil, 1987; Brasil, 1992; Brasil, 2001; Brasil, 2010). Apesar de não ocuparem espaço semelhante destinado a outras questões relativas à saúde mental. Entretanto, exceto em situações isoladas no país, não houve alterações significativas na configuração deste atendimento. Ao contrário, nos mesmos relatórios encontramos moções de repúdio à construção de novos Manicômios Judiciários, e ao atendimento destinado a esta população. Em 2002 foi realizado o Seminário Nacional de Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ressaltando a necessidade de atentar para esta questão, e da saúde assumir a responsabilidade ao que lhe cabe no campo prisional, especialmente no tocante à saúde mental (Brasil, 2002). No entanto, o panorama permanece o mesmo.

Ao contrário do cenário atual, a interface entre crime e loucura era de grande interesse para os intelectuais da Europa dos séculos XVIII e XIX (Foucault, 2002) e no Brasil nas primeiras décadas do século XX (Jacó-Vilela, 2005).

As primeiras discussões científicas acerca da loucura e do crime pertencem à Pinel no que concerne à loucura, e Beccaria no que respeita ao crime. Pinel situava a loucura como consequência de uma moral inadequada, para tanto, o tratamento moral traria a razão de volta. Para Beccaria o crime era resultado da livre escolha do indivíduo, que veria benefícios no crime, portanto o pratica. Após estas formulações teóricas iniciais, as seguintes giravam em torno da periculosidade intrínseca a estes fenômenos. Especialmente em relação à loucura, tendo em vista que o crime, por ir contra as leis em que as relações sociais estão pautadas em determinado momento, sempre tiveram certa aura de perigo.

A razão já não se constituía o paradigma para a explicação destes fenômenos. A hereditariedade e os caracteres biológicos assumiram o papel de fornecer a justificativa para a criminalidade. Nas palavras de Ferri (2009, p. 67): “Um homem faz-se bandido porque ao nascer já traz este estigma hereditário. Como nasce um Francisco de Assis, que enche o mundo de obras e de palavras piedosas, assim nascem Gasparone ou Morra, que espalham a sua volta a morte e o crime.”

Esta geração de alienistas coloca a loucura no mesmo patamar que a criminalidade. Esquirol (2003) com a classificação da monomania, doença mental na qual o único sintoma poderia ser o crime. Morel (2008) com a degeneração hereditária, que acarretaria inevitavelmente o alcoolismo, a criminalidade. Teoria amplamente discutida e que alçou significativa credibilidade no Brasil.

Nas primeiras décadas da República no Brasil estes ideais foram bem recebidos por parte dos intelectuais e fomentaram discussões acerca da esterilização, proibição de casamento assim como o incentivo de casamento dos bem adaptados, dos humanos geneticamente melhores. A eugenia, em sua versão negativa, ao propor medidas de contenção de natalidade dos indivíduos inferiores, e positiva, ao incentivar a reprodução dos humanos melhor adaptados, superiores (Mai, Angerami, 2006). As medidas eugênicas não tiveram grande adesão estatal no Brasil, como em outros países, como os Estados Unidos, por exemplo. A internação termina por assumir a tarefa de manter distante da sociedade aqueles que fugiam ao padrão. Em um momento em que a classificação em tipos, como marca da cientificidade, assume grande importância, em 1921 separam-se os loucos criminosos dos demais. O manicômio judiciário é criado.

A eugenia enquanto discurso científico é abafado após o término da Segunda Guerra Mundial. A divulgação das atrocidades cometidas em nome da eugenia forneceu um importante argumento contra este ideal. A internação permaneceu como medida amplamente utilizada para a contenção da loucura como um todo, e do louco infrator. O panorama se altera no período posterior à Ditadura Militar do período 1964-1983, vivida no Brasil. As mobilizações sociais pós declínio da Ditadura Militar recuperam as discussões sobre um novo paradigma na atenção à saúde mental já realizadas pelos higienistas no início do século XX e levado as vias de fato na Europa em meados do século XX, com destaque neste caso a reforma psiquiátrica capitaneada por Franco Basaglia, na Itália e que serviu de referência nas discussões e encaminhamentos ocorridas no Brasil. Entretanto, como citado anteriormente, no Brasil, a situação do louco infrator não se altera.

Diante desta síntese histórica resta o questionamento sobre a razão desta permanência de práticas forjadas há um século no Brasil no que tange ao louco infrator, bem como romper

com o silêncio em relação ao tema. Permanece o desafio de mudar o paradigma de (des)atenção a este segmento de indivíduos acometidos pelo transtorno mental.

### **Referências**

Brasil (1987). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil (1992). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil (2001). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. *Seminário Nacional para a reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*. Relatório Final. Brasília: Administração Pública/ ENAP.

Esquirol, Étienne (2003). Da lipemania ou melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI, 2, 158-166. (Original publicado em 1820)

Ferri, Enrico (2009). *Discursos de acusação (ao lado das vítimas)*. São Paulo: Martin Claret.

Foucault, Michel (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.

Jacó-Vilela, Ana Maria; Santo, Adriana Amaral do Espírito; Pereira, Vivian Ferras Student (2005). Medicina legal nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): o encontro entre medicina e direito, uma das condições de emergência da psicologia jurídica. *Interações*, X, n. 19, p. 9-34, jan. jun.

**Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia**

*Psicologia: de onde viemos, para onde vamos?*

**Universidade Estadual de Maringá**

**ISSN 1679-558X**

---

Mai, Lilian Denise; Angerami, Emilia Luigi Saporiti (2006). Eugenia negativa e positiva: significados e contradições. *Revista Latino-americana Enfermagem*, março-abril; 14(2):251-8.

Morel, Benedict-Augustin (2008). Tratado das degenerescências na espécie humana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11, 3, 497-501. (Original publicado em 1857)

### **Apresentação 3**

## **ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Lara Hauser dos Santos\*

Maria Lucia Boarini

A temática deste estudo está circunscrita ao campo da saúde mental, mais especificamente no contexto da Reforma Psiquiátrica e tem como objetivo compreender como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de Pequeno Porte 1<sup>2</sup> da 14<sup>a</sup> Regional de Saúde<sup>3</sup> no interior do Paraná.

Como marco na assistência à saúde mental no Brasil, temos a aprovação da Lei 10.216/01 (Brasil, 2001) que redireciona a assistência no país estabelecendo os pilares da assistência a saúde mental em todo o território nacional e determina uma nova forma de lidar com as questões de saúde e transtorno mental, buscando romper com a lógica até então vigente de institucionalização dos portadores de transtorno mental e assegurando que estes possam receber a atenção à saúde na sua própria família e comunidade. Por isso a Atenção Básica (AB) é um dos como focos da atenção em saúde mental. Em 1992, na Portaria 224 (Brasil, 1992) temos o estabelecimento da AB como local importante de atenção à saúde mental da população. Essa questão é reafirmada pelo Ministério da Saúde com a perspectiva de que onde não há previsão de implantação de serviço especializado de atenção à saúde mental que “a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica,

---

<sup>2</sup> O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2011) classifica os municípios conforme o número de habitantes em cinco categorias: Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes; Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 habitantes e Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes.

<sup>3</sup> Segundo o site oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA, 2012) esta é dividida em 22 regionais sendo: 1<sup>a</sup> Rs. Paranaguá, 2<sup>a</sup> Rs. Metropolitana, 3<sup>a</sup> Rs. Ponta Grossa, 4<sup>a</sup> Rs. Irati, 5<sup>a</sup> Rs. Guarapuava, 6<sup>a</sup> Rs. União da Vitória, 7<sup>a</sup> Rs. Pato Branco, 8<sup>a</sup> Rs. Francisco Beltrão, 9<sup>a</sup> Rs. Foz do Iguaçu, 10<sup>a</sup> Rs. Cascavel, 11<sup>a</sup> Rs. Campo Mourão, 12<sup>a</sup> Rs. Umuarama, 13<sup>a</sup> Rs. Cianorte, 14<sup>a</sup> Rs. Paranavaí, 15<sup>a</sup> Rs. Maringá, 16<sup>a</sup> Rs. Apucarana, 17<sup>a</sup> Rs. Londrina, 18<sup>a</sup> Rs. Cornélio Procópio, 19<sup>a</sup> Rs. Jacarezinho, 20<sup>a</sup> Rs. Toledo, 21<sup>a</sup> Rs. Telêmaco Borba, 22<sup>a</sup> Rs. Ivaiporã.

obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (Brasil, 2005, p.32).

De acordo com a Portaria 2488 (Brasil, 2011) a estratégia prioritária na AB, é a Saúde da Família (hoje denominado Estratégia Saúde da Família) que desde 1994 consolida a reorganização da atenção à saúde no SUS focando na prevenção de doenças e promoção de saúde. Além disso, a Estratégia Saúde da Família representa a capilaridade do SUS, uma vez que está presente em 95,1% dos municípios brasileiros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Neste sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu que nos municípios de Pequeno Porte 1 a atenção à saúde mental deve ser centralizada na Atenção Básica. Esse fato suscita algumas questões, tais como: de fato, os municípios de pequeno porte 1 têm recebido e atendido a demanda de saúde mental? Quais as informações que os técnicos desses municípios têm sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental?

A busca por respostas a estas questões serviu de estímulo para o desenvolvimento deste estudo que ora apresentamos e teve como percurso metodológico a realização de uma pesquisa de campo de caráter exploratório realizada em 5 municípios de Pequeno Porte 1 pertencentes à 14ª Regional de Saúde: Alto Paraná, Marilena, Nova Aliança do Ivaí, Nova Londrina e São Carlos do Ivaí. Ao todo 14 profissionais que atuam na Atenção Básica destes municípios foram entrevistados entre março e maio de 2012.

Como se trata de uma pesquisa de natureza qualitativa, os dados foram interpretados sob a luz da perspectiva histórica, dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental. Os dados em seu conjunto foram divididos em quatro categorias que apresentaremos a seguir. a) **ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica: que acompanhamento é esse?** Onde analisamos o acompanhamento realizado em saúde mental e constatamos que nos 5 municípios estudados a equipe não consegue seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, uma vez que segundo a avaliação dos profissionais entrevistados há necessidade de mais profissionais como psicólogo e psiquiatra e mais capacitação sobre saúde mental, uma vez que a equipe encontra dificuldades para lidar com a demanda de transtorno mental.

Talvez a maior possibilidade da atenção à saúde mental no nível da atenção básica seja aquela relacionada à sua principal característica enquanto atendimento à saúde em geral que é a de ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e orientar-se pelos princípios de acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, entre outros, aspectos estes que pudemos verificar em algumas falas de entrevistados. **b) A conhecida ou desconhecida Reforma Psiquiátrica:** Deparamo-nos com profissionais que sequer ouviram falar a respeito da Reforma Psiquiátrica, alguns que apresentaram uma compreensão equivocada como o simples fechamento dos hospitais e outros que demonstraram ter clareza do significado da Reforma Psiquiátrica, mas reconheceram não conseguir desenvolver o trabalho sob essa lógica como percebemos nos depoimentos a seguir:

Então, as visitas das ACS's são elas que controlam a medicação, elas fazem visitas nessas casas, dão pro pacientes e tá acabando o remédio, elas trazem até mim, e eu faço a receita, aqui funciona assim, não é o médico que faz a receita, é o enfermeiro, o enfermeiro faz a receita, depois a gente põe no prontuário e o médico só assina. Entendeu? Daí eles trazem até mim e eu faço as receitas, todas as enfermeiras fazem desse mesmo jeito, porque a demanda é muito grande de paciente, se a gente for ter que consultar todo mundo, não atende a demanda porque é muito grande mesmo. (Entrevistado 3, enfermeiro)

Na Atenção Básica, acompanhamento dos pacientes, que são egressos do internamento, quando eles retornam do hospital psiquiátrico é a psicoterapia breve. O tempo que dispõe só dá mesmo pra fazer isso, acompanhar as famílias muito pouco, porque tem uma carga horária pequena e muito distribuída, por serem dois departamentos, então assim não dá pra dar muita atenção pra família. (Entrevistado 1, psicólogo)

**c) A articulação da rede: encontros e desencontros:** A maioria dos autores que discutem a reforma psiquiátrica levanta a necessidade da articulação de redes isso porque de acordo com Brasil (2003) só o trabalho em rede pode propiciar aos usuários uma atenção psicossocial e pudemos constatar algumas dessas articulações em nossas entrevistas como as realizadas com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que é um equipamento da política de Assistência Social localizado em áreas com índices de vulnerabilidade e risco social, destinada ao atendimento socioassistencial de famílias (Brasil, 2009) nesse sentido a

articulação com este equipamento é bastante interessante, pois vem ao encontro ao apontado por Souza (2004) que afirma que a ESF só poderá ser um dispositivo eficaz na atenção à saúde mental mediante do estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte na comunidade. No entanto, no que se refere a essa articulação percebemos também alguns desencontros como, por exemplo, o fato de que quatro dos municípios não possuíam profissional de psicologia na área da saúde e utilizavam como referência para a atenção à saúde mental o psicólogo da área de assistência social, entendemos esta situação como um desencontro, pois conforme os próprios profissionais pontuam não conseguem dar conta das suas demandas de trabalho, até mesmo porque a atuação do psicólogo na assistência social difere do esperado deste profissional na saúde e **d) A medicalização como (única?) forma de tratamento:** Tesser et al (2010) apontam o necessário cuidado para não facilitar o processo que tem ocorrido na contemporaneidade de medicalização social, aspecto este que também constatamos estar ocorrendo nos municípios pesquisados conforme depoimentos a seguir “(...) basicamente o que a gente tem é instituído no município, é de expressa ação de medicamento, só, não tem outra coisa”(Entrevistado 3, enfermeiro) e “Tem, demais porque o que a gente mais vê é o uso indiscriminado de fluoxetina, se usa demais, por parte da escola, o uso de remédio no município é meio que desumano” (Entrevistado 1, psicólogo) e o que nos remete a alguns pontos do ideário de higiene mental que aloca nos indivíduos a responsabilidade exclusiva sobre seus problemas e não possibilita a reflexão sobre determinantes sócio-históricos destes problemas (Moura & Boarini, 2012).

Assim, pudemos perceber que a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica apresenta inúmeros desafios como, a necessidade de mais profissionais, de mais capacitação dos profissionais, a necessidade de implantação de rede de serviços de apoio como os centros de convivência e os leitos psiquiátricos em hospital geral e o desconhecimento sobre a reforma psiquiátrica. Mas também há pontos fortes a serem explorados como o contato próximo das equipes com os usuários e o reconhecimento por parte dos profissionais de que o processo de medicalização precisa ser superado.

### **Referências**

Brasil, Ministério da Saúde (2003). *Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Autor.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental :15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF. Recuperado em 25 abril, 2009, de <http://www.saude.gov.br> .

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Orientações Técnicas do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS*. Brasília, DF: Autor.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). *Perfil os Municípios Brasileiros 2009*. Recuperado em 06 de setembro de 2010 de <http://ibge.gov.br/home>

*Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001*. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

Moura, R. H. & Boarini, M. L. A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,19, n.1, jan.-mar. 2012, p.217-235.

*Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992*. (1992, 29 de janeiro). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Saúde.

*Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011*. (2011, 21 de outubro). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Saúde.

Secretaria De Estado Da Saúde. *Regionais de Saúde*. Recuperado em 02 de novembro de 2011 de <http://www.sesa.pr.gov.br>.

Souza, A. C. (2004). *Em tempos de PSF... Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tesser, C. D., Poli Neto, P., & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl, 3), 3615-3024.

**Apresentação 4**

**INTERSETORIALIDADE: O DESAFIO PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Roselania Francisconi Borges\*

Cristina Amélia Luzio

**Introdução**

A experiência histórica da implantação de políticas públicas no Brasil tem evidenciado, na maioria das vezes, a incompletude ou até mesmo o insucesso das ações do poder público no que se refere aos objetivos determinados no formato destas políticas, sejam elas voltadas a educação, meio ambiente, cultura, assistência social, saúde, entre outras. Tais desfechos denotam que esta questão deve ser objeto de constantes reflexões por parte das instâncias governamentais que programam, implantam e implementam as políticas públicas e também por parte da sociedade como um todo. Constantemente verificam-se impasses, percalços e desafios que se colocam como entraves à concretização das diversas políticas setoriais.

**Objetivos**

Pensando em um desses desafios, o objetivo deste trabalho é tecer algumas reflexões referentes à temática da intersetorialidade oriundas de um trabalho de revisão bibliográfica efetuado para um estudo desenvolvido sobre ações de saúde mental na Atenção Básica. Tal estudo teve como temática básica desvelar dificuldades e possibilidades de construção do modelo de atenção em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial, a partir de uma experiência desenvolvida na Atenção Básica de um município de pequeno porte, localizado na região norte do Estado do Paraná.

### **Método e metodologia**

O referido estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa inserida no campo da metodologia de pesquisa qualitativa norteadas pelos pressupostos teórico-conceituais da investigação histórica. Esta abordagem busca relacionar as ações humanas com a cultura e as estruturas sociais e políticas sob a concepção de que nenhum processo social pode ser compreendido de forma isolada. Ao contrário, pressupõe que esses processos estão sempre profundamente vinculados ao contexto social que os produzem.

Como recursos metodológicos, no que tange aos procedimentos e técnicas para coleta de dados, o estudo foi desenvolvido sob a forma de pesquisa documental, entrevistas semi-dirigidas e observações descritivas (diários de campo) e apresentado em forma de estudo de caso do município referente ao período de desenvolvimento de uma experiência estabelecida pela parceria ocorrida entre aquele município e a Universidade Estadual de Maringá – PR, para a realização de um projeto de extensão desenvolvido entre os anos 2006 e 2008.

Em acordo com os objetivos daquele estudo e com o referencial metodológico escolhido, buscamos desenvolver uma análise que privilegiasse o caráter histórico dos fatos. Sendo assim, orientamo-nos pela perspectiva de inspiração marxista de que o pensamento é determinado pela realidade, ou seja, a perspectiva de que a partir de suas práticas os homens vão produzindo suas ideias e, a partir delas, vão formulando suas concepções. Nesta perspectiva, não é possível deixar de fora desta análise o fato de que em uma sociedade cuja produção é coletiva e a apropriação é individual, as contradições sociais estão presentes nas relações entre os homens, tanto no modo como produzem e distribuem a riqueza gerada com a colaboração de todos os homens, como na forma como constroem e distribuem os bens relacionados à manutenção da vida, como a saúde, por exemplo.

Tendo em mente esta premissa, buscamos recuperar as contribuições do médico sanitário Sérgio Arouca (2003, p. 220) o qual afirma que o cuidado em saúde implicaria em duas questões fundamentais: a primeira delas ao fato de que é “[...] um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre processos vitais (biológicos e psicológicos)” e a segunda que “[...] ao atender necessidades humanas de ser uma unidade de troca à qual é

atribuído, social e historicamente, um valor” a saúde passa a ser um bem social que deve estar ao alcance de todos. Nesta perspectiva, o objeto de consumo é o próprio cuidado que só se efetiva enquanto bem a ser consumido coletivamente, a partir de um valor que deve ser de uso e não de troca. Este valor só cumpre essa finalidade quando a vida é valorizada como um bem maior a ser preservado.

Com este olhar, intentamos apresentar uma discussão a respeito da importância e da necessidade de se desenvolver um trabalho intersetorial que congregue as diversas políticas públicas (saúde, educação, assistência social, justiça, habitação, cultura) e também a participação da sociedade como um todo na construção, implantação e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, sob pena de que seus objetivos precípuos sejam descaracterizados e seus fins desencontrados, se conceitos caros à Reforma Psiquiátrica ao Sistema Único de Saúde forem negligenciados.

### **Resultados e discussão**

Um dos conceitos que são caros, tanto ao SUS quanto à RP, é o conceito de intersetorialidade. Para este termo há muitas definições e sentidos. Segundo Junqueira & Inojosa (1997, p. 01), a intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos, em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”.

Sobre este aspecto Junqueira (2004, p, 26) assevera que “a complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade.”

Tendo em mente a premissa acima da construção integrada de soluções, atualmente busca-se introduzir no cotidiano de diversos serviços a ideia do desenvolvimento de ações intersetoriais, ou seja, desenvolvidas entre as diversas políticas públicas e com a participação da sociedade visando a qualidade de vida da população.

Para Junqueira (2004, p. 27):

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social.

Em relação às políticas públicas para a área da saúde, estas também requerem ações que sejam desenvolvidas em conjunto com outras instâncias. Assim, além de englobar aspectos diretamente ligados aos setores da saúde, a intersetorialidade congrega vários saberes e setores, na busca de estabelecimento de um olhar mais amplo e global sobre determinada questão, com vistas à elaboração de uma melhor solução ou desenlace aos problemas cotidianos.

Em relação à saúde mental, é recomendação, principalmente desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992 (Brasil, 1994), que as ações de saúde mental sejam inseridas nas ações gerais de saúde por meio de um trabalho em rede o qual implica em um conjunto de diferentes formas de ofertas de cuidado, propiciada por diversos dispositivos “[...] intimamente articulados de forma complementar, solidária e com propósitos definidos.” (Dias, Gonçalves & Delgado, 2010, p. 119-120).

Nesta perspectiva, pensar na construção de uma rede intersetorial para ações em saúde mental requer considerar como imprescindível a interlocução de trabalhadores de saúde e de outras políticas públicas, usuários, familiares e comunidade no processo de construção de uma nova forma de conceber e lidar com o sofrimento psíquico. Requer a prestação de cuidados, dentro e fora do setor de saúde. Exige a articulação intersetorial entre os diversos setores públicos e da sociedade civil organizada visando a produção de redes de suporte e de trocas sociais. Em um sentido mais amplo, requer que seja deixada “[...] para trás a cultura manicomial” (Bezerra Jr, 2007, p. 250).

Em função de diversas experiências desenvolvidas em diferentes países (inclusive no Brasil) como desdobramento dos princípios do movimento de reforma psiquiátrica de cunho

internacional e da declaração da Organização Mundial de Saúde de que a pauta da saúde mental deve estar não só na agenda dos profissionais, mas na esfera da comunidade (OPAS/OMS, 2001) um dos eixos da IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010 (Brasil, 2010) trouxe a proposta de um trabalho intersetorial. Tal proposta parte da constatação de que

a direção da intersetorialidade representa um avanço radical em relação às conferências anteriores, pois atende às exigências concretas que as mudanças do modelo de atenção trouxeram para todos. A saúde mental é ampla demais para ficar nos limites da saúde, e já incorpora decisivamente outras políticas públicas e outros setores sociais (Brasil, 2010, p. 07).

Esta perspectiva embasa-se nos pressupostos de que o atendimento à saúde mental não deve ser pensado como um modelo fechado, mas como um processo social complexo (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001) que implica na transformação das concepções sobre a loucura. Neste sentido, enquanto processo pressupõe a participação de várias instâncias e vários segmentos sociais assentados em uma dimensão intersetorial que priorize a construção de espaços capazes de construir um lugar social para aqueles que historicamente foram esquecidos.

Sob esta ótica é possível reconhecer que ao longo do processo de criação da Política Nacional de Saúde Mental a participação coletiva envolvendo diversos setores da sociedade tem demonstrado ser decisiva para a construção de novas concepções e novas práticas em saúde mental. Porém, para que tais possibilidades possam tornar-se efetivas é preciso que haja mudanças de valores culturais capazes de romper com a lógica do individualismo, da setorialização e da atuação isolada rumo à construção de uma nova cultura sustentada pelos intercâmbios diários que as pessoas estabelecem entre si e pela participação e engajamento de grupos e lideranças que emergem do processo de participação social.

Dentro dessa concepção, a participação da sociedade civil é uma das prerrogativas necessárias para que as dimensões do processo de construção de um novo paradigma em saúde mental possam ser colocadas em discussão e trabalhadas em seus

múltiplos aspectos, dificuldades e possibilidades. Essa participação pode ser efetivada nos espaços construídos juridicamente, assim como nas esferas locais, enquanto espaços legítimos para debate, avaliação e estabelecimento de novas metas. Tais discussões podem ser asseguradas pela atuação dos conselhos de controle social previstos na Lei 8.142/90 (Brasil, 1990) enquanto instâncias de participação democrática da população na formulação e controle das políticas públicas.

Outra forma de participação da sociedade nas ações que envolvem o processo saúde/doença mental pode dar-se por meio de instâncias não governamentais, representadas pelas organizações não governamentais (ongs), associações, movimentos sociais, organizações de economia social, organizações da sociedade civil de interesse público (oscips), entre outras.

Refletindo sobre tal questão, Dias (2004, p. 09) acentua que a ideia de participação da instância não governamental ou sociedade civil organizada, está estreitamente associada ao modo de vida atual, onde, em tempos de reordenação do capital em nível internacional, o princípio liberal ressurge na figura do Estado mínimo. Nesse contexto, a instância não governamental passa a ser considerada “a responsável pela garantia das condições de proteção social”.

Sobre isto, Marx já havia afirmado que “os homens não escolhem livremente as suas forças produtivas”. Sendo assim “a base de toda a sua história -, pois toda força produtiva é uma força adquirida, [...] toda nova geração encontra as forças de produção já obtidas pela geração anterior e que lhe servem de matéria-prima para uma nova produção.” (Marx, 1983, p. 432)

Assim, tendo claro que os homens resolvem seus impasses e atendem suas necessidades criando novas formas de relacionar-se e de conviver em sociedade, é possível compreender a emergência das instituições denominadas de sociedade civil organizada. A medida que as relações materiais criadas para produzir a vida vão se modificando, alteram-se as relações sociais e as concepções a respeito destas, surgindo novas formas de minimizar os impasses e conflitos sociais.

Nessa linha de raciocínio, autores como Canesqui (1984) e Costa (1984) advertem que esse processo de participação social nas questões da saúde configurou-se como uma preocupação crescente após os anos 1960, no Brasil. Porém, não como algo espontâneo ou natural, mas como consequência de dois fatores: de um lado, em função das péssimas condições sanitárias a que as classes populares estavam submetidas em uma sociedade que lhes sonegava o direito à saúde e, de outro, por deliberação de organismos internacionais como Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) visando implantar nos países pobres o modelo de medicina comunitária calcado em “[...] práticas médicas diferenciadas e de baixo custo, passíveis de coexistir com os serviços de saúde destinados às categorias sociais dominantes e privilegiadas.” (Costa, 1984, p. 310) Como parte dessa premissa, Canesqui (1984) aponta ainda que a instauração de uma “pedagogia da saúde e de participação das camadas subalternas na questão da saúde” (p. 315) fez parte de “medidas racionalizadoras” que

multiplicavam as experiências de extensão da cobertura e de saúde comunitária junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a eles incorporando propostas sobre a participação popular. Os programas dos antigos centros demonstrativos de saúde, ao lado de outros universitários, em convênio com as Secretarias de Saúde inseriam-se também nesta transformação, reestruturando suas formas de atenção à saúde, muitos deles incorporando modelos de atenção primária regionalizados, dando ou não continuidade à participação popular nos programas de saúde (Canesqui, 1984, p. 322).

Diante destes apontamentos, queremos inserir o questionamento sobre em que medida na atualidade o incentivo à participação da sociedade nas questões da saúde pode ser um “ranço” ou “reedição” de parte dos princípios que embasaram as práticas em saúde na década de 1970? O que pretendemos trazer à discussão é a seguinte questão: será que o trabalho em rede e, mais especificamente, em rede intersetorial não pode dar-se na perspectiva de barateamento de custos? Colocando a questão de forma mais objetiva: a ideia de envolver a sociedade civil organizada ou, mais precisamente, as comunidades terapêuticas no processo de cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, no caso de usuários de álcool e outras drogas,

por exemplo (Brasil, 2012)<sup>4</sup>, não visa atender a um princípio do Estado mínimo, o princípio de transferência de responsabilidades ao terceiro setor do que, mais propriamente, estender direitos à participação da comunidade em questões coletivas?

Discutindo sobre a participação da sociedade civil nas questões de interesse geral Andion & Serva (2004, p. 09) advogam que “os indivíduos nunca foram tão livres (no sentido de liberdade positiva) como atualmente, mas ao mesmo tempo, nunca se sentiram tão impotentes frente às questões de caráter público”. Afirmam eles que esta questão é uma das peculiaridades da contemporaneidade. Nesse sentido, as iniciativas que buscam fortalecer a participação da sociedade junto a categorias sociais ou setores específicos do Estado (infância, velhice, meio ambiente, indígena, população negra, juventude, portadores de deficiência, usuários álcool e de outras drogas etc.) estão sujeitas a impasses e incertezas quanto ao seu objetivo e seu papel social.

Nesta perspectiva, a atuação intersetorial a qual envolve o setor público, representado pelas políticas públicas, requer um trabalho conjunto de profissionais dos diversos setores (educação, saúde, assistência social, cultura, habitação, esporte, lazer, justiça), articulando recursos da comunidade e visando um objetivo comum: dar acesso a direitos à saúde, educação, justiça, moradia, assistência social etc. Ou seja, tudo o que qualquer ser humano possui como direito perante a lei. Porém, tal atuação deve ser pautada em critérios, como laicidade, intervenção técnico-profissional e busca de desenvolvimento de independência da pessoa humana.

Por outro lado, no âmbito da sociedade civil organizada, esta forma de atuação envolve o setor privado com a intervenção de pessoas leigas ou não, em entidades filantrópicas ou não, mantidas em parceria com o Estado ou conveniadas a ele (como no caso das comunidades terapêuticas), visando os mesmos objetivos. De modo geral, esta parece ser uma medida bastante simples e até interessante, visto que amplia a oferta de atendimento expandindo a rede de assistência oferecida.

Porém, esta questão se torna extremamente séria e complexa quando saímos do terreno das obviedades e entramos na seara de princípios fundamentais, tal como aquele que concebe a saúde enquanto bem social e direito de todos como apontado por Arouca (2003) e

---

<sup>4</sup> A partir de janeiro de 2012 as comunidades terapêuticas foram incluídas na rede de atenção psicossocial.

Canesqui (1984). Nesse sentido, é preciso que não nos esqueçamos de que a proposta de um trabalho intersetorial que abarque os setores públicos e privados não pode ser, por parte do Estado, motivo para o barateamento de custos e, por parte das entidades do terceiro setor, condicionada a uma forma de convencimento sobre determinada crença religiosa, partido político ou consumo de determinado produto, ou modelo de atuação. Sobre isso, Kimati (2012) acentua que “a sustentação da incorporação das comunidades terapêuticas ao SUS parece passar por um discurso de uma legitimidade que vem da força política de grupos que apoiam o modelo”.

É preciso ter em mente que em um mundo globalizado, onde o princípio liberal ressurge na figura do Estado mínimo, as pontes entre a esfera pública e a esfera privada encontram-se destruídas (Bauman, 2000) ocorrendo, com frequência, a veiculação da ideia de participação da instância não governamental como corresponsável pela conquista das garantias de proteção social. Ou seja, pela complexidade de fatores envolvidos nesse processo, corre-se o risco do Estado isentar-se ou de nós mesmos o isentarmos de cumprir os seus deveres para com os cidadãos ao delegarmos ao terceiro setor as ações que deveriam ser ofertadas e desenvolvidas no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, muitas vezes perdemos de vista que nós é que mantemos o Estado para que ele promova, ofereça e regule as garantias apregoadas na legislação construída, inclusive, com a participação da população.

### **Considerações finais**

Em função destas breves reflexões sobre a temática da intersetorialidade e sobre a necessidade de sua concretização no cotidiano das políticas públicas, consideramos que a participação da sociedade defendida e valorizada na Política Nacional de Saúde Mental e nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira deva ser aquela que dê à loucura – ou ao sofrimento psíquico decorrente de diversas fontes, inclusive do uso de álcool e outras drogas - visibilidade social, visando que haja acolhimento e acompanhamento contínuo na situação de crise, e também fora dela. Defendemos que este cuidado seja desenvolvido por profissionais da saúde e de outras políticas públicas e pela própria comunidade sem a transferência dessa função a entidades filantrópicas ou assistenciais, terceirizando uma assistência que deve ser

pública enquanto prestação de serviços especializados e comunitária enquanto espaços de convivência e cuidado. Ou seja, o setor privado (ongs, oscips, associações, entidades sem fins lucrativos em geral) não deve perpetrar o papel de Estado, pois sempre haverá o atravessamento de um objetivo ou meta que envolva ideologias e instituições (Gramsci, 1990) e, portanto, uma atuação não neutra. Tais instituições sempre estarão ligadas a preceitos religiosos desta ou daquela crença, preceitos políticos partidários ou à ideia de assistencialismo ou benesse ou até mesmo ao ideal de veicular determinados hábitos ou valores, para além de uma atuação laica ou descompromissada com a construção de ideologias ou preceitos. Isso as faz não Estado e, sendo não Estado, sua atuação pode ser intencional ou deliberada sobre qualquer questão ou conceito/valor, desde que não substituam o papel do poder público. Assim, o que é oferta de serviço público em saúde deve estar isento de qualquer direcionamento que não tenha como objetivo precípua os princípios do SUS, como a equidade, acessibilidade, integralidade, autonomia, ou seja, sem viés moral, religioso ou político partidário.

Em última instância, o que é público deve ser implantado e desenvolvido pelo Estado dentro dos princípios de laicidade e integralidade, não podendo estar ligado a nenhuma condição ou contingência moral, religiosa ou mesmo político-partidária. Nesse sentido, os trabalhadores das políticas públicas não deveriam ter suas ações subordinadas a nenhum tipo de instituição não neutra e sem fundamentação técnica, nem que estas estejam agindo sob a justificativa de fazer o bem. Portanto, o trabalho intersetorial deve visar o acesso de todos aos direitos que, perante a lei, são prerrogativas de toda e qualquer pessoa, sem discriminação de qualquer ordem ou natureza.

### **Referências**

Andion, C., & Serva, M. (2004). Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil organizada no Brasil. *Cayapa – Revista Venezolana de Economía Social* - primer semestre, año/vol. 4, número 007, CIRIEC – Venezuela, Mérida, Venezuela, pp. 7-24. Recuperado em 14 de maio de 2010 em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=62240702>.

Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Bauman, Z. (2000). *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bezerra Jr, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2): 243-250. Recuperado em 15 de dezembro de 2010 em: [www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf).

Brasil. (1990). Ministério da Saúde. *Lei 8.142 de 28/12/1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 24 de maio de 2010 em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm).

Brasil. (1994). Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 63p. Recuperado em 16 de abril de 2010 em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf).

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. 4. *Temário Oficial: ementas dos eixos e sub-eixos elaborados pela comissão organizadora*. Versão preliminar I. 46p. Fechado em 30 de março de 2010. Brasília, DF.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Recuperado em 08 de junho de 2012 em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html).

Canesqui, A. N. (1984). Trajetória da educação popular nas instituições estatais de saúde. In: Paiva, V. *Perspectivas e dilemas da educação popular*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp. 315-324.

Costa, N. do R. (1984). A “politização” da saúde. In: Paiva, V. *Perspectivas e dilemas da educação popular*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp. 305-314.

Dias, M. K., Gonçalves, R.W., & Delgado, P. G. G. (2010). Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, pp.115-140.

Dias, M. T. G. (2004). Os direitos dos portadores de sofrimento psíquico no contexto do neoliberalismo. In: *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 3, dez. Recuperado em 2 de maio de 2010 em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/985/765>.

Gramsci, A. (1989). *Concepção Dialética da História*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Junqueira, L. A. P. (2004). A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, USP, SP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. Recuperado em 02 de outubro de 2010 em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf) - [Similares](#).

Junqueira, L. A. P., & Inojosa, R. M. (1997). Desenvolvimento social e intersetorialidade na gestão pública municipal. *Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta em construção*. Recuperado em 16 de maio de 2010 em: <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm>.

Kimati, M. (2011). *Sete pontos acerca dos debates sobre as comunidades terapêuticas*. Recuperado em 16 de setembro de 2011 em: <http://blogsaudefrasil.com.br/2011/08/30/sete-pontos-acerca-do-debate-das-comunidades-terapeuticas/>.

Marx, K. (1983). Prefácio à Contribuição à Crítica da Economia Política. In: Fernandes, F. K. *Marx e F. Engels: História*. São Paulo: Ática.

Organização Pan Americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Washington D. C.; Genebra.

Rotelli, F., Leonardis, O. de., & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização*, São Paulo: Hucitec.