

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

ANA CAROLINE PINTO CASAS NOVAS
SUÉLEN SILVA SANTOS

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL A PARTIR DA LEI Nº 10.216/2001: DO PROJETO
DE LEI FEDERAL ÀS PRÁTICAS ATUAIS NO MARANHÃO.**

SÃO LUÍS

2008

**ANA CAROLINE PINTO CASAS NOVAS
SUÉLEN SILVA SANTOS**

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL A PARTIR DA LEI Nº 10.216/2001: DO PROJETO
DE LEI FEDERAL ÀS PRÁTICAS ATUAIS NO MARANHÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós-graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^a. Doutora Giselle Martins Venâncio.

SÃO LUÍS

2008

Casas Novas, Ana Caroline Pinto

Atenção à saúde mental a partir da lei nº 10.216/2001: do Projeto de Lei Federal às práticas atuais no Maranhão. Ana Caroline Pinto Casas Novas; Suélen Silva Santos.- São Luís, 2008.

48f.

Trabalho de Conclusão de Curso(Pós – Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORO –

ANA CAROLINE PINTO CASAS NOVAS

SUÉLEN SILVA SANTOS

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL A PARTIR DA LEI Nº 10.216/2001: DO PROJETO
DE LEI FEDERAL ÀS PRÁTICAS ATUAIS NO MARANHÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós-graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Giselle Martins Venancio (Orientadora)
Doutora em História
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Janete Valois

Aos nossos pais, amigos e irmãos por toda força, coragem, dignidade e compreensão.

Em memória do meu pai, Waldir Gomes dos Santos (Suélen) que tanto me ensinou e que me transformou na pessoa que hoje sou. Agradeço por ter sido sua filha, te amarei para toda eternidade.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso grande Deus, pela potencialidade das nossas forças, pelo prazer de nossas vidas e pela luz em nossos caminhos.

Aos nossos pais, Raimundo Casas Novas e Teresinha Pinto Casas Novas, Waldir Gomes dos Santos (in memorian) e Raimunda da Silva Santos, por presentearmo-nos com nossas vidas, pela possibilidade dos ensinamentos diários, do estímulo aos nossos objetivos, pelo amor, companheirismo, compreensão, e dedicação incondicional na construção das nossas personalidades como seres humanos dignos e capazes.

Aos nossos irmãos, Ana Karla Casas Novas, Suely, Noely e Cley Santos pela ajuda constante, compreensão nos momentos de ausência, força e amor doado a nós.

Às nossas queridas, amadas e idolatradas amigas, Luciana Dutra e Yara Ticiania, que em todos os momentos difíceis da nossa árdua jornada permaneceram, mesmo após pequenas brigas, sempre ligadas a nós, propiciando um elo de ligação demonstrando que o amor quando verdadeiro, sofre abalos, mas ressurge fortalecido e pleno de aprendizados.

À Marcelo Matos, em especial agradecido por Suélen, pelo amor, companheirismo, compreensão, dedicação, força e amizade, doados em todos os momentos difíceis e angustiantes da minha vida.

À nossa prezada orientadora Giselle Venancio, por nos mostrar o caminho correto a seguir, inclusive na construção deste trabalho monográfico.

Aos nossos amigos da turma 1 A de Saúde Mental que fizeram nossos dias de especialização se tornarem mais alegres e aulas mais divertidas.

A todos que estiveram presente nos nossos dias de angústia, enfim: nosso muito obrigado!

“Dizem que sou louco por pensar assim, mas eu não sou louco, por agir assim, mas louco é quem me diz, e não é feliz, não é feliz”.

(Rita Lee)

RESUMO

O objeto deste estudo é a atenção à Saúde Mental a partir da lei nº 10.216/2001, verificando a tramitação da lei desde seu projeto inicial até efetivação como lei federal. Analisa-se, ainda, as leis estaduais que surgiram a partir da entrada do projeto de lei na Câmara dos Deputados e apresentam-se diversas fases do conceito de loucura, o marco inicial da Reforma Psiquiátrica e os causadores desta nova forma de pensamento. Relata-se, também, a aplicação das políticas de atenção em Saúde Mental no estado do Maranhão. Faz-se referência ao período de aprovação da lei e os estados que as executaram. Finaliza-se com gráficos de temporalidade em relação aos dados observados.

Palavras - chave: Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – Leis Estaduais - Atenção em Saúde Mental no Maranhão.

ABSTRACT

Attention to the Mental Health from the law nº 10,216/2001, verifying the transaction of the law since its initial project until application as federal law, is analyzed, still, the state laws that had appeared from the entrance of the project of law in the House of representatives. Diverse phases of the madness concept are presented, the initial landmark of the Psychiatric Reformation and the causers of this new form of thought. It is told, also, the application of the politics of attention in Mental Health in the state of the Maranhão. Reference to the period of approval of the law and the states becomes that had executed them. It is finished with graphs of temporality in relation to the observed data.

Key-words: Law nº 10,216/2001 - Law of the Psychiatric Reformation - State Laws - Attention in Mental Health in the Maranhão.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCJR	Comissão de Constituição Justiça e Redação
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família
DEM	Democratas (Nova nomenclatura do PFL – Partido da Frente Liberal)
DOU	Diário Oficial da União
FHC	Fernando Henrique Cardoso
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PDI	Partido Democrático Italiano
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PPS	Partido Popular Socialista
PT	Partido dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE SIGLAS.....	
9	
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4 A LEI Nº 10.216/01: sua proposta, tramitação e conseqüências práticas.....	18
5 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO MARANHÃO A PARTIR DA PROPOSTA DE PROJETO DE LEI DE PAULO DELGADO.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
	37
REFERÊNCIAS.....	
	40
ANEXOS.....	

1 INTRODUÇÃO

A loucura foi encontrada em diversas sociedades ao longo da história da humanidade e os doentes mentais nem sempre foram vistos de forma negativa. Na Grécia Antiga, o louco era considerado portador de um saber divino, intermediador entre os mortais e os imortais – momento em que eram comparados a Deuses (orientando as decisões que seriam tomadas pela sociedade da época) (GOMES, 2007). Com o início da Idade Média, esse conceito foi modificado, passando a serem percebidos como seres em desequilíbrio mental – definindo a loucura como desorganização familiar, desordem social e perigosa para a sociedade.

Nessa ótica de perigo e para satisfazer a burguesia, que não admitia conviver com pessoas fora dos padrões de comportamento ditados na época, construiu-se, em algumas cidades, lugares que funcionavam como depósitos, nos quais iam parar os loucos “locais”. Porém, esse não era um ambiente de tratamento, mas sim um local onde eles ficavam confinados. Os loucos estrangeiros eram escorraçados e expulsos, indo muitas vezes parar nas Naus dos Loucos, que nada mais era do que depósitos navegantes, que circulavam de porto em porto recebendo os loucos expulsos das cidades (SILVEIRA, 2005).

A Igreja Católica utilizou sua influência e poderes obtidos durante o medievalismo para ditar a forma de tratamento que seria aplicada aos insanos. Acreditavam que excluindo e abandonando os doentes mentais, estes obteriam a salvação e reintegração espiritual através do trabalho, servindo de mão de obra barata. Num movimento de limpeza das cidades surgiu a Inquisição com o objetivo de silenciar aqueles que eram contra as doutrinas da igreja e da sociedade, e os loucos, muitas vezes, foram punidos como opositores do catolicismo.

Porém, assim como na Grécia Antiga, no final da Idade Média o portador de doença mental passou a ser visto como detentor da verdade, uma verdade crítica, só alcançada através da loucura. Esta concepção tem como base a idéia de que a razão pura levaria ao engano, à ilusão de uma realidade diferenciada da realidade concebida pelo divino.

No Renascimento, a loucura se torna rainha dos vícios e das virtudes, algo que transcende a ordem maniqueísta do bem e do mal. A loucura desemboca num universo moral, em que os loucos são os delatores, adúlteros, bêbados, etc. (GOMES, 2007). Nesse momento surge a concepção trágica da loucura, na qual é concebida enquanto uma ilusão que opera sobre o dilaceramento e sobre a morte.

Ainda no séc. XVII, Descartes sugere que o Homem “são” questiona a si mesmo, enquanto o louco não o faz. Isso tem conseqüências trágicas: ao não ser considerado portador da razão, o louco dessa época era tratado como animal, jogado em Casas de Internação, que eram locais sujos, sem ventilação, luz, e sob a vigilância de verdadeiros carcereiros. Esse procedimento vigora até o final do século XVII.

Mas é ainda, durante a Idade Moderna que ocorre a ascensão do saber médico sobre a loucura, quando ela passa a ser tratada através de procedimentos como medicalização, eletrochoques, entre outros recursos que mais pareciam com torturas do que tentativas de cura.

Houve sempre a tentativa de conter a loucura e organizar um processo de segregação e confinamento. Isso originou a chamada Grande Internação do Século XVI, que visava apartar o indivíduo sadio do insano/anti-social/inútil/perigoso (MACEDO, 2006). No século XVIII, com a Revolução Francesa, o ‘seqüestro dos loucos’ tornou-se ainda mais freqüente na tentativa de retirar das cidades àquela população ameaçadora à sociedade da época.

Para Pereira (2006, p30), “a contenção da loucura dava-se quando aconteciam manifestações que eram descabíveis no contexto, perturbando o espaço social e/ou familiar”.

A Reforma Psiquiátrica originou-se a partir desta varredura e enclausuramento social dos indivíduos que, sem nenhuma chance de auxílio ou ajuda, eram confinados em manicômios sofrendo de diversos tipos de tratamento, muitos deles levando até a morte.

O marco inicial deste processo deu-se na França com Philippe Pinel, quando baseado nos princípios da Revolução Francesa, agiu em consonância com os ideais humanitários e racionalistas (MACEDO, 2006). O médico propôs um sistema de atenção através do tratamento moral, aplicando nos doentes o sentimento de culpa, fazendo-os refletir sobre o processo do adoecer.

O tratamento moral não representava somente uma nova forma de visão do indivíduo louco, mas também a libertação dos doentes mentais ou mesmo a mudança no local de confinamento, sendo estes encaminhados, agora, para locais próprios para o tratamento, não mais sendo recolhidos em celas ou mesmo jaulas onde eram vistos como vagabundos ou bichos.

Com a utilização do tratamento moral, muitos médicos da época começaram a perceber o doente mental de forma diferenciada. Porém, com o advento do Capitalismo, o numero de abandonados/ vagabundos aumentou, e os doentes já locados nos manicômios,

ficaram fora do mercado de trabalho, pois não teriam a ‘habilidade’ para exercer o labor. Perante este processo houve um aumento na quantidade de enclausurados dificultando a aplicação deste tipo de tratamento.

Segundo Amarante (1998) a reforma psiquiátrica originou-se de uma crise tanto teórica quanto prática de psiquiatria, surgindo, assim, o abandono do tratamento da doença mental objetivando a promoção da saúde.

No princípio a psiquiatria era desenvolvida de forma asilar, pois se concebia a institucionalização como forma de cura. Foucault (1978 apud Jorge; Silva; Oliveira, 2000, p. 18) “considera o asilo como forma mais perfeita de exclusão [...]”. A partir deste conceito, viu-se a necessidade em modificar esse tipo de tratamento, tanto por parte da instituição hospitalar quanto da população em geral. Tal modificação através das “Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, EUA) e Psicoterapia Institucional (França); atingindo seu extremo com a instalação das Terapias de Família” (AMARANTE, 1998).

A modificação do conceito de instituição asilar se seguiu aos anos 40, quando houve uma reorganização na assistência médica estabelecendo o direito à saúde.

A partir de 1955, já sob influência das idéias freudianas, surge a antipsiquiatria, que como o próprio nome diz, contesta o saber médico vigente, entendendo o enclausuramento como um ato higienista e político. Acusando a psiquiatria de tentar tornar científico o tratamento moral antes dado a loucura. Dá-se início ao processo de reforma no modelo de assistência em saúde mental.

Tomando como base este momento surgiu o movimento das anti-psiquiatrias, assim como a Reforma Basagliana, que foi, então, o marco inicial da verdadeira Reforma Psiquiátrica (PEREIRA, 2004, p 38). A ruptura neste modelo constitui:

“[...] um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber /prática: o campo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições / praticas / saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionados e redutores da complexidade dos fenômenos (AMARANTE, 1995, p 38)”.

Basaglia rompeu com o processo da estrutura psiquiátrica da época com o intuito de atingir a tríade paciente/ técnicos/ sociedade, neste meio o psiquiatra pretendia estabelecer uma nova forma de assistência. Em Trieste criou novas formas de atenção retirando o foco principal do modelo hospitalocêntrico para redes de atenção.

Instalados nas cidades os novos Centros de Atenção a Saúde Mental irão prestar assistência aos doentes oferecendo acolhimento aos indivíduos em crises, visitas domiciliares e apoio sócio-familiar. Neste período também, surgem às chamadas cooperativas familiares, beneficiando os familiares dos doentes em tratamento.

Em conseqüência a estes trabalhos, nos anos seguintes, 70, é formulada uma lei de assistência aos doentes mentais, intitulada Lei Basagliana (Reforma Psiquiátrica Italiana). A lei nº 180 de 1978, formulada pelo PDI (Partido Democrático Italiano) que visava o fechamento dos manicômios e a construção de espaços de tratamento para o doente (AMARANTE, 1995, p 50).

Franco Basaglia, projeta suas críticas à forma de atenção atribuída aos doentes mentais de sua região. Para o médico a psiquiatria deveria prestar mais atenção ao corpo em sua instância total, passando dos limites orgânico e social (PEREIRA, 2006, p. 40).

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, houve uma política de libertação (relativo a portas abertas) dos doentes mentais internados nos hospícios, propiciando a criação dos centros especializados em tratamento terapêutico adequado, tendo em vista uma nova concepção de psiquiatria.

Apesar da grande importância dos anos 40 em referência a política asilar, os primeiros indícios sobre a reforma psiquiátrica surgiram por volta da década de 70, questionando o modelo hospitalocêntrico, revendo a assistência hospitalar em psiquiatria.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, surgiu um movimento destinado a rever a forma de atenção prestada aos doentes mentais. Nesta visão é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), é com este movimento que inicia-se o galgar por uma assistência mais justa e políticas de atenção voltadas para a Saúde Mental.

Nesse contexto e levando-se em consideração o período de tramitação da Lei 10.216 /2001 e os percalços até sua efetivação, incluindo a participação nas evoluções das políticas de assistência à saúde mental dos estados brasileiros, propomos a análise do debate legislativo, com vistas a compreender o percurso de homologação da lei, assim como os progressos atuais do sistema de atenção à saúde mental.

Observamos o novo modelo de atenção que fora proposto desde 1989 e, somente no ano de 2001, aprovado. Questionamos por que a Câmara dos Deputados precisou de 14 anos para aprovar este que seria o ponto focal e marco inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira e propomos o questionamento da aplicação desta Lei no Brasil e sua implantação

nos estados da federação, isto é, como estes acataram a lei e, se a partir dela instituíram políticas de atenção voltada à saúde mental, com ênfase para o Estado do Maranhão.

Este estudo se justifica pelo fato de existirem raros trabalhos sobre este processo legislativo e, mesmo aqueles que abordam esta questão, não consideram sua aplicação nos Estados e, sobretudo, não há nenhuma pesquisa que analise este aspecto no Estado do Maranhão.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo e retrospectivo com base no processo legislativo federal, na aprovação das leis estaduais, respectivamente no período de 1989 – 2001 e de 1990 – 2008, e na análise da atenção à saúde mental no Estado do Maranhão. Para tanto, utilizamos como documentos: referências bibliográficas e publicações, tais como projetos de lei e leis aprovados pelo legislativo federal e estadual, bem como documentos que descreviam a discussão sobre a situação da saúde mental em nosso Estado. Nesse contexto estão incluídas, entre outras, a lei nº 10.216/01 e as leis estaduais nº 9.716/92 e nº 12.151/93.

A partir desse estudo, algumas das informações obtidas foram descritas em forma narrativa e através de gráficos e tabela, que contém, em sua estrutura, dados sobre quais estados possuem leis relacionadas à assistência em saúde mental e/ou quais desenvolveram ações direcionadas a esse tema.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Conhecer o processo legislativo que levou a aprovação da Lei 10.216/ 2001 e sua aplicação no Estado do Maranhão.

3.2 Específicos

- Investigar no Senado e na Câmara o processo de tramitação da Lei 10.216/ 2001;
- Identificar as diversas leis estaduais que surgiram a partir da homologação da Lei federal 10.216/ 2001;
- Verificar na esfera territorial brasileira quais os estados que tomaram primariamente a decisão de voltar sua política de atenção para a assistência em saúde mental (tomando como base a lei nº 10.216/01);
- Caracterizar o debate legislativo no Maranhão voltado para a assistência da saúde mental e os avanços que o estado realizou após a aprovação da lei;
- Caracterizar o sistema de atuação à saúde mental criado no Maranhão.

4 A LEI Nº 10.216/01: sua proposta, tramitação e conseqüências práticas

No ano de 1978, houve no Brasil um movimento plural de trabalhadores em prol da reformulação da atenção à saúde mental, o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental). Esta organização era formada pela classe dos trabalhadores, sindicalistas, familiares e pessoas que passaram longos anos de suas vidas em internação (BRASILIA, 2005).

Este grupo virá a se tornar o ator social estratégico no campo da reforma psiquiátrica brasileira. Baseado nos ideais da Psiquiatria Basagliana, constroem um pensamento crítico no campo da saúde mental, buscando entender a função da psiquiatria nas instituições (FERRAZ, 2007). Nestas bases de pensamento do indivíduo como um ser total, Basaglia, após reformulação da atenção prestada aos seus pacientes em Trieste, visita o Brasil a convite do movimento, realizam uma visita aos Hospitais Psiquiátricos em prol da divulgação dos trabalhos desenvolvidos por eles (GENTIL, 2004).

Ainda neste fervor o MTSM, em 1987, promove a *I Conferência Nacional de Saúde Mental*, visando à luta pela extinção dos manicômios, “Por uma sociedade sem manicômios”. Com esta visão, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), decide agir sobre as denúncias de maus tratos e outras formas de abuso – dentre elas mortes de paciente, intervindo na Casa de Saúde Anchieta, conhecida como “A Casa de Horrores” (EPOCA, 1998). Esta intervenção repercutiu nacionalmente, dando início ao galgar da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para suprir a necessidade dos pacientes retirados da Casa de Saúde Anchieta, foi criado em Santos (SP), os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) com funcionamento de 24 horas por dia. Os loucos foram devolvidos para suas famílias, permanecendo no tratamento durante o dia e voltando ao seio familiar à noite, os que possuíam mais de 20 (vinte) anos de internação e não detinham familiares foram alocados “em Lares Abrigos – espécie de República dos Malucos” (ALTMAN, 1998).

Neste período é criado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em São Paulo, tendo seu projeto inicial datado de 1982. Este serviço veio substituir a forma asilar de tratamento aos doentes mentais, assim, “passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o país” (AMARANTE, 1998).

Em 12 de Setembro de 1989, o então Deputado Paulo Delgado – do Partido dos Trabalhadores (PT - MG), dá entrada na Câmara dos Deputados com o projeto de lei nº

3.657/89 que seria o grande passo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O projeto era simples, apenas com três artigos, e visava à extinção dos manicômios (TENÓRIO, 2002).

O Plenário de deputados que analisou o processo fora o mesmo que havia sancionado a Nova Constituição Brasileira. O cenário era marcado pelas *diretas já*, sendo a primeira eleição de cunho democrático vivido pelo país, após anos de ditadura militar. O presidente em exercício, José Sarney, conduziu a transição (PEREIRA, 2004).

O projeto de lei foi rapidamente aprovado na Câmara em 14 de setembro do mesmo ano, e encaminhado ao Senado Federal, onde passou efetivamente a ser discutido (NICOLAU, 2005). Seu primeiro relator, o Senador José Paulo Bisol, cogitou um substitutivo para o projeto inicial, porém sem sucesso algum.

À chegada na Câmara dos Deputados, o Professor Costa e Silva, Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria, sob o nº 0008/91, encaminhou uma carta a todos os Senadores, uma denúncia dos equívocos do projeto original, sugerindo que fossem respeitadas as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica. Esta correspondência datada de 30 de agosto de 1991 demonstrava indícios de que o Projeto estava **agredindo** (Grifo nosso) a Classe Psiquiátrica como um todo, indo desde as instituições como a própria classe psiquiátrica (médicos). Os artigos do projeto inicial possuem dois eixos principais:

[...]o primeiro apresentava uma reorientação do modelo assistencial, enfocando principalmente o rompimento com o modelo hospitalar e a construção de uma rede substitutiva de serviços; o segundo, relacionado com a garantia de direitos civis dos cidadãos internados, no qual se introduz a instância judiciária como ator do processo de revisão das internações psiquiátricas realizadas ‘sem o expresse desejo do paciente’, denominadas como compulsórias [...] (PEREIRA, 2004, p. 109).

Com três artigos em sua constituição, o projeto de lei nº 3.657/89, visava em seus dois artigos iniciais a desospitalização gradativa, ou seja, proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos, contratação ou financiamento por parte do governo de novos leitos, preconizava a construção de novos meios de tratamentos tais como, hospitais dias – noites, centros de atenção, pensões dentre outros serviços que atendessem a população livrando-os do atendimento prestado nos manicômios (NICOLAU, 2005).

A desinstitucionalização é problemática, mas buscava-se sua efetivação, ansejava-se um tratamento diferenciado e com maior qualidade para os doentes mentais.

O terceiro artigo do projeto de lei tratava inteiramente da internação compulsória, prevendo informação ao judiciário das internações sem consentimento do paciente, ou comunicações à família. Este artigo visava o fim dos seqüestros ilegais (PEREIRA, 2004).

Com o movimento da aprovação do projeto na Câmara dos Deputados, donos de hospitais psiquiátricos e as comunidades em prol da continuidade dos manicômios exigiram um posicionamento dos parlamentares, estes por sua vez viram-se ‘forçados’ a guardar o processo na gaveta.

Passado o período eleitoral, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso – FHC, pressionado pelos anti-manicomiais, decide reaver o processo e passa a apoiá-los abertamente. Os adeptos ao projeto conseguem o apoio de um parlamentar médico, o então Senador Lúcio Alcântara.

Após apresentação no Plenário, duas comissões foram formadas para analisar o projeto. A Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR), ficou responsável pela constitucionalidade, juridicidade e legislação do referido projeto; por parte da CCJR, houve somente uma emenda no que condizia ao último artigo, corrigindo a palavra Decreto-Lei, por somente Decreto. A outra comissão, denominada, Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), voltava-se para análise da universalidade, preocupando-se com o modelo de assistência prestada ao doente mental. O relator da CSSF, o Deputado Carlos Mosconi, enfatiza suas colocações:

Não há dúvida, segundo meu entendimento, no benefício que o Projeto poderá trazer à Psiquiatria Brasileira em geral, e aos pacientes psiquiátricos em particular, cujo tratamento obedecerá critérios humanitários e científicos muito mais adequados, preservando-os ainda o direito que todos têm a cidadania (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990b, p.7882, *apud*, PEREIRA, 2004)

A CSSF analisou a emenda realizada pelo Senador Lúcio Alcântara, que alterava o primeiro artigo incluindo um parágrafo, “qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei Estadual” (PEREIRA, 2004). Foi neste momento que a CSSF aprovou unanimemente o projeto, encaminhando para o Plenário Federal.

Em meados de 1990, o projeto de Lei, ainda em tramitação, foi aprovado por acordo de lideranças, sendo, assim, encaminhado para as bancadas de legislaturas seguintes.

Como todo passo para alcançar grandes vitórias começaria aqui o início de longos anos de galgada deste projeto de Lei até sua efetividade (BRASILIA, 2005).

Enquanto o projeto tramitava no Senado Federal para últimos ajustes, várias leis estaduais surgiram com o lançamento do projeto de lei.

O primeiro Estado a lançar o ponta-pé inicial foi o Rio Grande do Sul. Sua lei visava a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção

integral a saúde mental, criar regras para diminuir os que padecem do sofrimento psíquico. (Lei nº 9716 de agosto de 1992) (BRASIL, 2004).

Em seqüência a realização desta lei, o Estado do Ceará, aprova a lei nº 12151, de 29 de julho de 1993, na qual baseava suas atribuições tais quais as do projeto lei, extinguindo progressivamente os hospitais psiquiátricos, substituindo-os por outros recursos de assistência, regulamentava, ainda, a internação compulsória (BRASIL, 2004).

No ano de 1994, Pernambuco, aprova a lei nº 11064, de 16 de maio de 1994, que se assemelhava plenamente a lei já aprovada no Estado do Ceará, introduzindo, porém, a regulamentação da internação involuntária. Em 1995, foi a vez dos estados de Minas Gerais, Distrito Federal, Paraná, e Rio Grande do Norte, aprovarem suas leis voltando sua visão política para o âmbito da saúde mental.

No Estado do Rio Grande do Norte, a lei nº 6.578, de 4 de janeiro, colocava em questão a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos nos hospitais gerais e visava a construção de unidades para atendimento a população de saúde mental. Já em Minas Gerais, a lei nº 11.802, de 18 de janeiro, colocava em pauta a promoção da saúde, a reintegração social, dispunha também da implantação de novos meios de atendimento ao doente mental e extinção dos manicômios, regulamentou as internações, em ênfase a involuntária.

A Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995, no Estado do Paraná, propunha delimitação das internações em hospitais psiquiátricos, porém, em seu 2º artigo preconizava um novo modelo de atenção hospitalocêntrico, através de uma rede estrutura de serviços variados e assistencialistas a esta população.

Fechando o ano de 1995, o Distrito Federal, aprova a lei nº 975, de 12 de dezembro, fixando diretrizes para a atenção a saúde mental, dentre elas, estabelecendo prazo de até quatro anos para extinção dos hospitais psiquiátricos (PEREIRA, 2004).

No ano seguinte, é a vez do Estado do Espírito Santo, sancionar sua lei. A lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996, preconizava os direitos fundamentais das pessoas que padecessem do sofrimento psíquico.

Em 1997, o Estado de Minas Gerais, decide alterar a sua lei vigente até então, para sancionar a nova lei de nº 12.684, de 1º de dezembro, incluindo nesta a promoção da saúde e a reintegração do portador de doença mental.

Enquanto vários estado da federação buscavam leis para extinguir os hospitais, Goiânia – GO, conseguiu a demolição do Hospital Adauto Botelho, somente em 1997, porém o novo foco de assistência só fora criado no ano de 2000 (Caps).

Em verificação ao surgimento das leis estaduais provenientes da idéia principal do projeto de lei nº 3.657/89, no gráfico abaixo descrevemos os estados que realizaram as primeiras leis e o ano de surgimento das mesmas. Em destaque o Estado de Minas Gerais, que aparece em evidência, aprovando leis respectivamente, no ano de 2005 e em seguida em 2007.

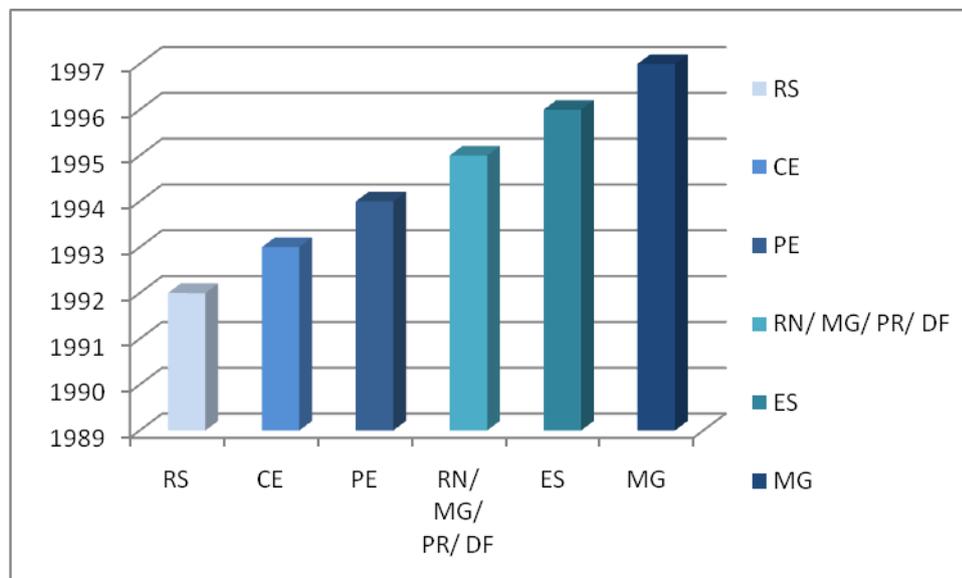


Gráfico 1 - Leis estaduais – a partir do projeto de Lei.

Enquanto isso, em 1999, o projeto de lei retorna à Câmara dos Deputados sob forma de substitutivo, apresentando todas as modificações propostas. Porém, apenas em 2001, fora colocado em discussão pra então ser aprovado.

Inicialmente foi encaminhado às duas comissões que haviam analisado e aprovado o texto original: à Comissão de Constituição, Justiça e de Redação (CCJR), tendo o Deputado Fernando Coruja (PDT/SC) como relator; e à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), com o Deputado Carlos Mosconi, que aprovou o texto original em 1990, sendo relator pela segunda vez da matéria.

O projeto foi colocado na “Ordem do Dia”, na sessão do dia 27 de março de 2001, sendo amplamente debatido. Os primeiros pontos em debate foram os pareceres das comissões encarregadas de analisar o substitutivo do Senado. A CCJR emitiu parecer em que considerava que o projeto era constitucional, jurídico e com boa técnica legislativa (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001). Entretanto, o relator Carlos Mosconi da CSSF justificou o seu voto pela rejeição do substitutivo do Senado, relatando que este substitutivo “nada tinha a ver com o projeto de lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado que adotava uma linha de modernização da atenção psiquiátrica, da política de saúde mental no País, que

até aquele momento não tinha avançado quase nada” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7775).

Diante disso e por perceber que o acordo não havia obtido o alcance divulgado, tratando-se de “acordo apenas entre algumas partes, e não amplo e abrangente” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7776), o relator registrou a realização na CSSF de audiência pública para debater o texto aprovado no Senado.

Ainda como justificacão do seu ponto de vista contrário ao substitutivo do Senado, o Deputado Carlos Mosconi apontou a existência de legislações estaduais, inspiradas no projeto original da Câmara, que seriam mais avançadas, atualizadas, modernas e eficientes do que a em discussão. Para ele: “seria um retrocesso aprovarmos lei, no meu entendimento, desatualizada em relação a Estados que já caminharam mais do que esta Casa” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7776).

Apesar do parecer contrário da CSSF, o substitutivo foi colocado em discussão e em votação, tendo em vista acordo firmado para apreciação do substitutivo no Plenário da Câmara.

O próprio autor do projeto, Deputado Paulo Delgado, afirmou a importância de analisar o substitutivo tendo em vista o seu comprometimento com o Senado Federal, na época dos entendimentos que possibilitaram o acordo que garantiu a votação e aprovação do texto. Para ele, o substitutivo do Senado teria avançado em alguns aspectos e regredido em outros, mas reconheceu o esforço de diversos atores no processo de elaboração e discussão do projeto:

Tanto no projeto original, fruto do esforço do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, de familiares, de usuários, de profissionais da área e da sociedade que quer ver o louco integrado na vida social, como o substitutivo do Senado são produtos de grande esforço. Se há deficiências – e certamente as há – não são as que se podem atribuir a má-fe daqueles que elaboraram o substitutivo, e sim as decorrentes de dificuldades próprias de projeto dessa natureza (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7778).

Em seu discurso de defesa da aprovação do substitutivo do Senado Federal, o Deputado Paulo Delgado analisou a questão do preconceito, ressaltando a noção de periculosidade e de incapacidade civil permanente, geralmente associadas ao doente mental. E apontou os beneficiários da manutenção de uma estrutura baseada no preconceito:

A indústria da loucura percebeu a insuficiente maturidade da sociedade para compreender o grau de humanidade que precisávamos fazer crescer para incorporar mais cidadãos ao convívio social e passou a lucrar com o preconceito (...) a evolução da Medicina, da Psiquiatria, da Psicologia, da terapia ocupacional e da assistência social tem provado que tratar doente mental com isolamento, encarceramento, sedação permanente e preconceito é a melhor forma de matá-lo em vida e não permitir, jamais, a sua recuperação (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7778).

O substitutivo do Senado Federal foi colocado em votação e aprovado, sendo objeto de vários destaques que visavam suprimir determinados itens do texto final. Centravam-se basicamente em dois pontos: um, que pretendia garantir a manutenção do ideário inicial do projeto, ou seja, a extinção dos hospitais psiquiátricos, transformada agora, na proibição da ampliação da rede existente; e outro, que dizia respeito à criação de uma instância revisora das internações involuntárias: questionava-se tanto a necessidade de sua existência, quanto a forma em que deveria atuar, se seria uma maneira de avaliação da atuação médica, ou uma estratégia de garantia de direitos (GOMES, 2007)

A proposta de supressão do art. 4º era representante do primeiro grupo, e a discussão do art. 10, do segundo. A supressão foi acordada antes da sua discussão em plenário, tendo em vista que a sua manutenção era entendida como uma forma de retirar a idéia original do projeto aprovado na Câmara. Neste sentido, a Deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ) afirmou que não seria momento de:

[...] fazer grandes modificações no texto, exceto o que foi objeto de acordo, a supressão do art. 4º, porque contraria o objeto essencial do projeto, que é evitar a construção de novos manicômios e garantir o atendimento humano e antimanicomial do paciente com transtorno mental (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7788).

O Deputado Paulo Delgado defendeu a supressão do art. 4º, que manteria a estrutura manicomial, que se buscava superar. O artigo era encarado como uma forma de perpetuar os investimentos públicos nas construções de hospitais psiquiátricos.

Apesar do acordo de supressão do art. 4º ter sido explicitado por diversos deputados, ainda existiam divergências quanto à necessidade de construção de novos hospitais

psiquiátricos onde fosse necessário. A fala do Deputado Damião Feliciano (PMDB/PB) pode ser exemplar dessa proposta:

Querem tirar a possibilidade da construção de nosocômios em cidades onde não existem esse atendimento. E os pacientes que precisam de internação? E os pacientes que precisam de contenção? Onde vamos colocá-los? Em casa? Em hospitais normais? Vamos colocar esses pacientes em enfermarias inadequadas? Não, é preciso levar em consideração a necessidade da comunidade. (...) O que não se pode é deixar de construir hospitais nos locais que deles necessitam (...) Se há alteração no tratamento psiquiátrico, vamos aumentar a fiscalização. (...) Apenas quem é psiquiatra ou possui paciente na família com esse tipo de distúrbio sabe que, quando os problemas chegam, são necessárias soluções imediatas, precisas e ideais. Não podemos simplesmente, transferir um problema para outro (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7782).

A tese da extinção dos hospitais também entrou em cena, sempre ligada ao argumento de perda de garantia de atendimento, e a impossibilidade de estabelecer estruturas assistenciais que de fato substituíssem o modelo hospitalar. O Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) retoma o próprio gesto fundador da psiquiatria:

Não podemos partir da concepção, principalmente nós, que formamos o bloco da Esquerda, de que devemos extinguir, ao longo dos anos, os hospitais psiquiátricos. Nem mesmo Pinel, quando tirou as correntes dos pacientes mentais na França após Revolução Francesa, sugeriu o fim dos manicômios, que, naquele tempo, eram verdadeiros infernos psiquiátricos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7783).

O mesmo deputado retomou também o argumento que justificava o atendimento inadequado nos hospitais psiquiátricos, através de um mau uso da estratégia criada pela psiquiatria para tratar e curar os doentes mentais através do isolamento:

Na época da ditadura, nobres Deputados, empresários da saúde construíram verdadeiros depósitos de pacientes mentais. Não os vamos confundir com o verdadeiro hospital, que tem a finalidade de curar, recuperar e retornar à sociedade o paciente mental (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7783).

Foi salientado, na justificação do requerimento de destaque para supressão do art. 5º, feito pela Bancada do PT, que os hospitais psiquiátricos não teriam demonstrado disposição de transformar a forma de atendimento durante os últimos anos, o que reforçaria a necessidade de mecanismos que garantissem a diminuição dessa forma de atendimento:

Esse projeto tramita há mais de 11 anos no Congresso Nacional e, durante este tempo, os hospitais psiquiátricos não conseguiram provar que são ‘suficientes’ e capazes de modificar o modelo de atenção, desumano e excludente em vigor, como ficou demonstrado durante a Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7785).

Este argumento contrapunha-se claramente à afirmação que isentava de implicação os hospitais psiquiátricos na configuração do quadro assistencial brasileiro. A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados iniciou o projeto de *Caravanas Nacionais de Direitos Humanos*, com o objetivo de superar a distância que separa os governantes daqueles que são afetados por suas decisões: “Estar presente nos locais onde as violações mais comuns aos direitos humanos são praticadas é um desafio permanente para aqueles que se dispõem a mudar a realidade brasileira” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000).

No ano de 2000 realizou-se a *I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade brasileira*, em que os parlamentares da Câmara dos Deputados submetiam-se a visitas a clínicas e hospitais psiquiátricos, resultando delas um relatório sobre as condições de atendimento em saúde mental nesses locais e a necessidade de mudança almejada tanto por parte dos pacientes quanto dos profissionais diretamente envolvidos com o tratamento psiquiátrico.

O relatório foi finalizado com uma série de recomendações ao Poder Público, representado pelo Ministério da Saúde, para modificação da realidade encontrada. Entre essas recomendações incluía-se a necessidade de apoio do Ministério da Saúde para a aprovação do projeto de lei em tramitação: “Que o Ministério da Saúde se posicione publicamente em favor da reforma psiquiátrica brasileira emprestando seu apoio a todas as tratativas políticas necessárias para a aprovação da LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA ainda este ano.” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000, p.21).

A aproximação dos parlamentares com o cotidiano dos hospitais psiquiátricos brasileiros teve um efeito facilitador para a discussão da proposta de enfrentamento da hospitalização psiquiátrica contida na discussão do projeto de lei. Os resultados da *I Caravana* apareceram na fala de diversos oradores, reforçando a importância de transformação da realidade brasileira, de maneira a construir uma proposta claramente

comprometida com a garantia de direitos humanos para os doentes mentais. O Deputado Dr. Rosinha, autor da Lei Paranaense de Reforma Psiquiátrica, explicou ao plenário o impacto que teve ao participar dessa iniciativa:

Felizmente, fiz parte dessa caravana e observei o verdadeiro tratamento dado a pessoas consideradas fora da ordem desde a Idade Média. Encontramos homens e mulheres sem roupas, caminhando dentro dos hospitais. A tristeza não só estava no olhar, mas também nos gestos, com o pedido de esperança de sair dali e ter outra chance na vida. Esse tipo de tratamento asilar é inconcebível (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7788-89).

O segundo ponto de discussão foi à participação do Ministério Público na revisão das internações involuntárias. Eram debatidas a constitucionalidade da definição das atribuições do Ministério Público no processo de revisão das internações involuntárias (art. 10, §1º), e a possibilidade de estabelecimento de uma instância não médica para avaliação de um procedimento exclusivamente médico, o que de certa forma, era entendido como uma forma de criminalização do ato médico.

Entretanto, a preocupação com a manutenção da exclusividade da avaliação médica no procedimento de internação era defendida por outros parlamentares, como por exemplo, o Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) que afirmou:

Sr. Presidente, Senhoras e Senhores Deputados, é difícil juristas entenderem com profundidade o tratamento psiquiátrico, o relacionamento psiquiatra/paciente. Quem cuida do cérebro humano é o médico psiquiatra. Sr. Presidente, sugiro à Casa que o parágrafo que trata do Ministério Público seja retirado, porque nós, psiquiatras, somos, constantemente, fiscalizados pelas associações de Psiquiatria e pelos Conselhos Regionais de Medicina. Então, por que o Ministério Público, como se os psiquiatras fossem verdadeiros assassinos de pacientes nos hospitais? (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7783).

Entretanto, esse não era a única abordagem do tema. A Deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ), médica, posicionou-se de forma divergente:

É um absurdo retirar-se do cidadão a possibilidade de recorrer contra uma internação arbitrária, involuntária. Não há aqui competência médica sendo ferida. Não chegou a nós, Parlamentares, posicionamento formal de nenhuma entidade médica. Ninguém está pretendendo criminalizar a conduta médica, mas proteger o direito do cidadão num segmento muito conflituoso, que é o de internação psiquiátrica (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p.7795).

Reforçando a garantia de direitos inerente ao estabelecimento da instância revisora, o Deputado Marcos Rolim (PT/RS), autor da Lei de Reforma Psiquiátrica do Rio

Grande do Sul, ressaltou a importância do projeto na medida em que ele introduz a garantia constitucional que impede a restrição de liberdade, sem o devido processo legal, para os doentes mentais. A lei em votação permitiria a criação de um procedimento definido e regrado juridicamente para os casos de internação compulsória e involuntária. Nesta ênfase, frizou ainda a atuação das Leis estaduais no Rio Grande do Sul, onde se diminuiu a criação de novos hospitais psiquiátricos e as internações compulsórias, sendo estas diretrizes estabelecidas em Lei e cumpridas através do Ministério Público.

Com essa visão o Deputado solicitou a criação de um documento público que visasse o repasse destas informações mantendo o Ministério avisado e ciente dos casos.

Tomando como base esta delimitação de autoridade, o Deputado relator da CCJR, considerou inconstitucional esta representação, pois as atribuições segundo a Constituição Federal seriam de instância do Poder Executivo (PEREIRA, 2004).

Outro ponto levantado na discussão foi a inclusão de uma avaliação médica, pois, não caberia somente ao Ministério Público tomar as decisões. Segundo o Deputado Paulo Baltazar (PSB/RJ), a avaliação deveria ser realizada por ambas as partes, em sua fala relata:

Ora, devemos defender a cidadania. Não se trata de nenhuma invasão da competência médica, absolutamente, mas sim, de assegurar ao cidadão o seu direito (...). Temos que garantir, em lei, o direito do cidadão, a parte mais frágil, aquele que é internado involuntariamente, ser defendido. Não é o Ministério Público quem decide se a internação está ou não correta, mas uma equipe multidisciplinar, que pode e deve ser composta por vários médicos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001, p7798).

Submetido a aprovação, o § 1º do art. 4º, recebeu 298 votas contra e 87 favoráveis, sendo o substitutivo suprimido. O inciso preconizava “o tratamento, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (NICOLAU, 2005). Acrescidas de mais duas emendas o então projeto foi aprovado. As emendas visavam substituir as expressões “transtornos psíquicos” e “transtornos psiquiátricos” por “transtornos mentais”. A segunda emenda mencionava somente na modificação de ordem de alguns artigos e incisos (PEREIRA, 2004).

Fechando estas modificações e aprovadas na Câmara e no Senado, o então Projeto de Lei nº 10.216, fora encaminhado a sanção presidencial. Em 6 de abril de 2001, após 14 anos de tramitação, o então Presidente eleito, Fernando Henrique Cardoso, sanciona e aprova a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (DOU 09/04/2001).

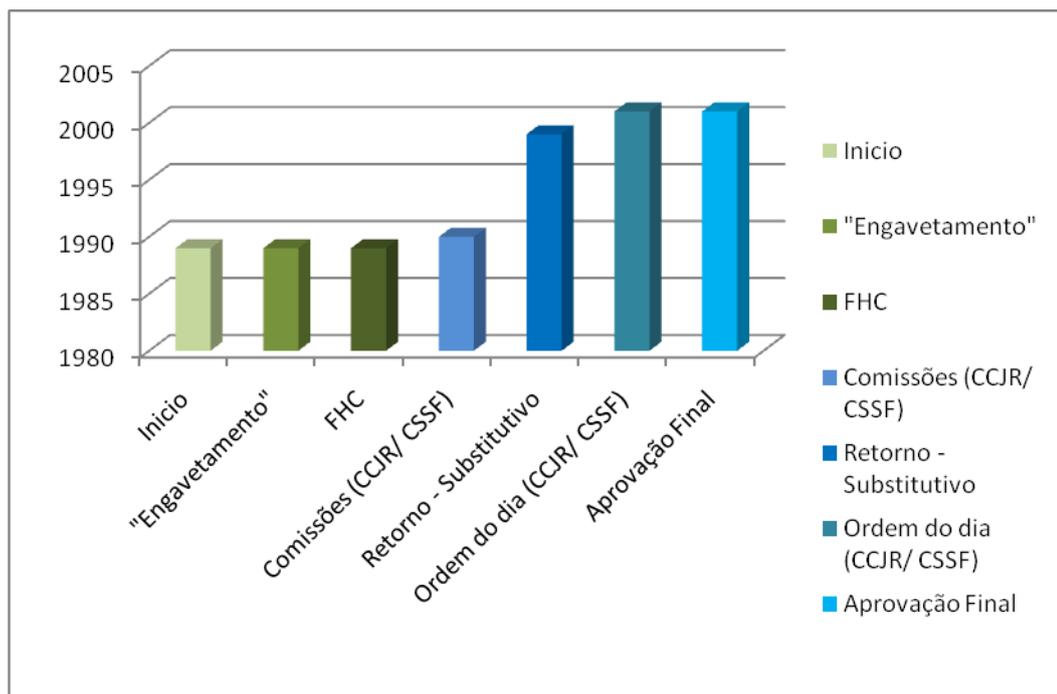


Gráfico 2 – Do projeto de lei à aprovação da Lei Federal

Em análise, observamos no gráfico acima, que ao ingressar na Câmara dos Deputados o projeto inicial de Reforma Psiquiátrica, passou por várias instâncias do Governo até sua aprovação no Plenário Federal. Altos e baixos aconteceram no processo de tramitação, desde solicitações de “engavetamento” até pressões no Presidente eleito para verificação e validação do projeto de lei. Observa-se ainda que, comissões foram formadas em prol da análise do projeto e melhor validação de seus artigos, contudo após 14 anos de percurso, a lei foi aprovada e publicada no DOU do ano de 2001.

Após aprovação da Lei de Paulo Delgado, logo a seguir, Minas Gerais aprova o decreto lei nº 42.910, de 26 de setembro de 2002, onde regulamentava as ações da lei nº 12.684, aplicando as resoluções em todas as instâncias que trabalhassem com doentes mentais (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Estado do Ceará reduziu o número de leitos em seus hospitais passando da faixa de 1.977, em 92, para 1.121. Agora em 2008 reduziu ainda mais, restando apenas 833 leitos, não mais apresentando estatísticas de morte.

Em 2006, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) entregou ao Ministério da Saúde um documento visando redirecionar o atual modelo de assistência psiquiátrica, propondo um modelo de atendimento com “assistência aprimorada nas clínicas e o trabalho em conjunto com os demais profissionais da área, como psicólogos e terapeutas-ocupacionais,

além da manutenção dos CAPS, com uma simples, mas significativa alteração na sigla, que mudaria para CAMPS – Centro de Atenção Médica, Psicológica e Social.” (OLIVEIRA, 2008).

Neste mesmo ano, o Prefeito Municipal de São Paulo, sancionou a lei 14.492/07, estabelecendo em um raio de até 100 metros a fiscalização nas escolas, relacionados a venda de bebidas alcoólicas e drogas para as crianças.

Nesta perspectiva de melhora da assistência em Saúde Mental, até meados de Julho de 2007, a cobertura da rede de Caps por região aumentou progressivamente, chegando cerca de 1.123 Centros de Atenção Psicossocial cadastrados junto ao Ministério da Saúde, no lugar dos 12.551 leitos de fechados. Em destaque o Estado de São Paulo com uma totalidade de 178 Caps já cadastrados e em pleno funcionamento.

De 2002 a 2007 a totalidade dos leitos psiquiátricos reduziu de 51.393 para 38.842, comprometendo-se o governo a criar leitos em hospitais gerais e redes de atendimento a essa população, assim como a criação de mais Residências Terapêuticas para estes pacientes. Até o presente, 2008, somente 2.400 vagas em hospitais gerais foram criadas. É importante destacar que estas deveriam ser as únicas que funcionariam de acordo com a lei da reforma (LOTUFO, 1997).

Outro avanço importante nas políticas públicas é a criação do *Programa de Volta para Casa*. No período de 08 a 09 de maio de 2007, realizou-se em Brasília, o *I Seminário Nacional sobre o Programa de Volta para Casa*, visando à preocupação com o retorno dos pacientes, com muito tempo de internação, aos seus lares familiares (DELGADO, 2007).

Neste encontro fora realizado uma Carta Aberta designada às pessoas envolvidas no campo da saúde mental, onde os participantes discorreram da forma a seguir:

[...]decidem assumir o compromisso com a aceleração da desinstitucionalização das pessoas com história de longas internações nos hospitais psiquiátricos, com a expansão do Programa De Volta para Casa, a criação de novas Residências Terapêuticas e o aprofundamento do Programa de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH), no contexto de fortalecimento das redes substitutivas de saúde mental (DELGADO, 2007).

No presente ano, o Estado de Minas Gerais, mais uma vez, destacou-se com suas políticas de atenção a saúde mental, no dia 04 de agosto, o então Secretário de Saúde Marcus Vinicius Silva, sanciona a Resolução SES nº1547, onde constitui a criação de grupo de trabalho sobre atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais /SUS-MG.

Enfatiza-se, também, o Estado do Tocantins, fundamentando suas ações e serviços, através do Sistema Único de Saúde, dentro dos princípios que os regem: transversalidade de universalidade.

Em dias atuais tem-se uma política de assistência à saúde mental visando à promoção da saúde, com uma rede de atenção incluindo CAPS, Residências terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, Hospitais com leitos de urgência, dentre outros que possibilitam o atendimento aos doentes mentais de forma digna e sem maus-tratos.

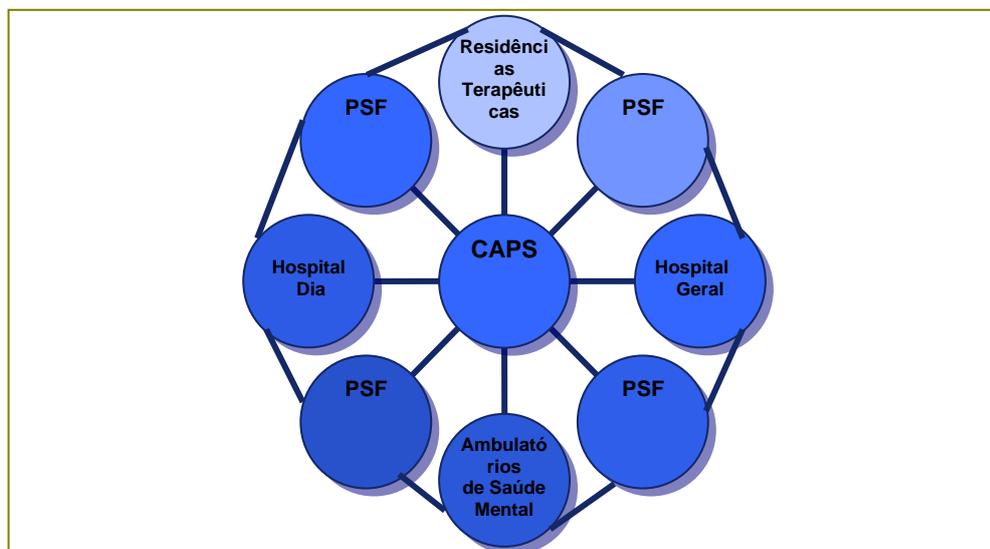


Gráfico 3 – Diagrama da Rede Atual de Atenção em Saúde Mental

Em verificação a Rede exposta no diagrama acima, observamos que atualmente o campo da Saúde Mental está buscando meios que possibilitem uma cobertura aos seus usuários e que propiciem aos mesmos, atenção e tratamento eficiente em sua procura.

Apesar de muito já ter sido efetuado após aprovação da Lei 10.216/ 2001, há muito ainda a ser pensado e realizado. Ao referir sobre seu projeto de Lei o ex-deputado Paulo Delgado, verifica mais pontos positivos que negativos e realiza um balance:

A lei ainda não é uma regra. Depende do fluxo de recursos e do nível de compreensão dos gestores: se eles são mais ou menos humanistas. Não houve uma desmanicomialização das gestões, tanto em âmbito municipal como estadual (FERRAZ, 2007).

5 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO MARANHÃO A PARTIR DA PROPOSTA DE PROJETO DE LEI DE PAULO DELGADO

Dentre os Estados da Federação, o Maranhão faz parte daqueles que ainda não possuem legislação específica voltada para a atenção em saúde mental. Porém, nos últimos anos, o Estado vivenciou uma grande expansão na abertura de serviços substitutivos e no aumento dos recursos destinados aos mesmos.

Em 2007, o Maranhão recebeu a visita do coordenador do Programa Nacional de Saúde Mental do MS, Pedro Gabriel Delgado, que participou de audiência pública no auditório Fernando Falcão, na Assembléia Legislativa. A audiência foi promovida pelas Comissões de Saúde e de Direitos Humanos da Casa.

Delgado afirmou que o Maranhão possui Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) de diferentes níveis:

Esta minha visita visa, justamente, conhecer de perto a realidade do Estado para posteriormente estimularmos, em parceria com as prefeituras municipais, a implantação de centros em todas as cidades maranhenses com mais de 20 mil habitantes, assim como implantarmos programas e ações de atendimento e assistência para dependentes de álcool e drogas (ALEMA, 2007).

Pedro Gabriel Delgado fez uma explanação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, que prevê que a assistência em saúde mental deva ser realizada, a partir deste ano até 2010, em dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

De acordo com o representante do ministério, somente para este ano, o governo federal irá investir em manutenção dos CAPs já existentes no país mais de R\$ 190 milhões. “Os recursos que o governo federal repassará aos municípios maranhenses para implantação e manutenção dos centros dependerá da formalização da sua rede de atendimento e assistência. O quanto antes a rede for formada, mais rápido o dinheiro será liberado”, explicou.

O deputado Antônio Pereira (DEM), um dos parlamentares que participou da audiência, relatou que o evento conseguiu alcançar o seu principal objetivo que foi conhecer detalhadamente a política nacional de saúde mental como forma de adequá-la à política estadual que está em funcionamento. Antônio Pereira avaliou que:

[...]a rede de assistência e atendimento do Maranhão deve crescer... É serviço público que deve ser oferecido com qualidade. Ao realizar um debate sobre este tema, a Assembléia demonstra, mais uma vez, o seu compromisso com a saúde dos maranhenses, além de zelar pelos seus direitos constitucionais [...] (ALEMA, 2007)

Para Cláudia Duarte, Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, adequar a política estadual às diretrizes já estabelecidas pela política nacional só irá trazer benefícios para o Maranhão. A coordenadora de saúde mental afirma, ainda, que:

[...] é preciso avançar mais no sentido de garantir às pessoas que sofrem de transtornos mentais e de uso de drogas, bem como seus familiares, a assistência integral e humanizada que favoreça o exercício de seus direitos de cidadãos (ALEMA, 2007)

As ações voltadas para saúde mental no Maranhão contam ainda com a realização de palestras, encontros e seminários como foi o caso do *Seminário para construção do Plano de Saúde Mental do Maranhão – 2007/2010*. Através dele foram discutidos temas como: promover o intercâmbio de experiências inovadoras entre os programas de saúde mental das três esferas de governo, no âmbito do SUS; debate local sobre a expansão da rede extra-hospitalar, dentre outros tópicos.

Neste encontro firmou-se o *Plano Estadual de Saúde Mental do Maranhão*, visando as pactuações necessárias para a desenvoltura de uma atenção com melhor qualidade aos usuários deste sistema (DELGADO, 2007). Porém, destacamos que, desde 2003, unidades de Caps foram instaladas no Estado, saltando em 2006 para 32 unidades, sendo que mais vinte estavam com o processo de cadastro em fase de implantação. Havendo ainda, a existência de 3 Residências Terapêuticas.

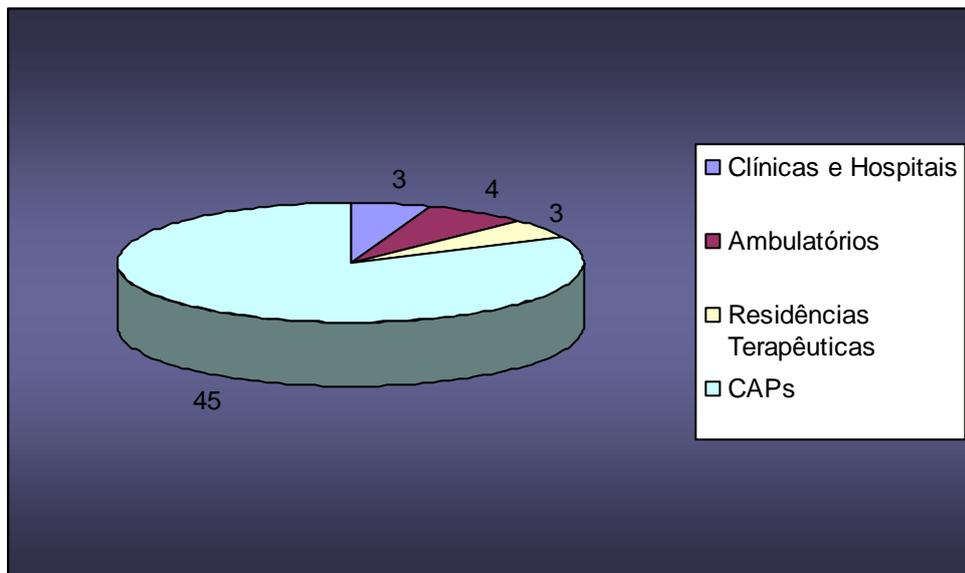


Gráfico 4 - Rede de atenção do Maranhão até março de 2008

O Maranhão já conta com 45 CAPS, distribuídos em municípios como São Luis, Imperatriz, Pedreiras, Alto Alegre do Pindaré, Balsas, Timon, Vitorino Freire, Coroatá, Viana, Pinheiro, Arari, entre outros. A rede estadual mantém ainda quatro ambulatórios, três clínicas e hospitais, além de outras três residências terapêuticas (CASADO, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado, pôde-se conhecer o processo legislativo que levou a aprovação da Lei 10.216/2001, assim como, as leis estaduais e os estados que progrediram a partir do projeto de lei. Observou-se, ainda, a aplicabilidade da lei e os progressos oriundos da mesma. No intuito de destacar os avanços no Estado do Maranhão, ressaltou-se a luta da Secretaria de Saúde em prol da Assistência ao doente mental.

Com o objeto traçado, objetivos prontos e uma meta a ser cumprida - descobrir o porquê de tantos anos para aprovação de uma lei de grande importância, ainda, verificar os avanços da lei no Maranhão - partimos com a ânsia de alcançarmos nossas metas e responder nossos questionamentos.

Depois de galgadas pelo processo histórico, verificamos o quão é conflitante a aprovação de uma lei e quais seus percalços até efetivação. Observamos que, não basta somente a vontade do parlamentar em torná-la efetiva, mas sim, o interesse de todos e o benefício que a mesma trará para a sociedade em questão.

Verificou-se também que, ao adentrar o cenário político brasileiro, nossas idéias dependem de fluxos de intenções e de diversas comissões formadas exclusivamente para analisá-las e transformá-las em realidade. Sabemos que dependentemente do setor (público, privado), qualquer veredicto final, deve ser revisto várias vezes para que não ocorram equívocos ou erros que prejudiquem a população ou os indivíduos envolvidos no processo.

Nesta ocasião verificou-se que a lei em questão passou por várias análises, muitas vezes retornando às mesmas comissões, para chegar ao seu ponto final.

Tomando como base o estudo levantado, respondemos nossos questionamentos e alcançamos nossa meta. Descobrimos que, a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira demorou muito tempo para se tornar realidade, mas antes disso acontecer vários estados da federação propuseram suas leis ou mesmo resoluções, buscando uma assistência mais humanizada e eficaz para o doente mental.

Tendo em vista esse cenário, o Maranhão encontra-se, ainda, sem legislação específica voltada para atenção à saúde mental. Entretanto, verifica-se uma preocupação dos parlamentares e profissionais da saúde em executar ações e práticas para garantir aos usuários dos serviços da rede de atenção em saúde mental à possibilidade de um atendimento melhor e a garantia de seus direitos humanos.

Esta pesquisa demonstrou que o processo de reforma na atenção à saúde mental tem sido pensado e discutido há muitos anos. Porém, são poucas as ações de substituição do modelo de atenção asilar para as redes de atenção integradas, incluindo hospitais, residências terapêuticas, ambulatoriais, centros de atenção psicossocial e a família.

Ao se pensar na lei da Reforma Psiquiátrica imagina-se ter sido rápida sua aprovação e que todos os estados Brasileiros disponibilizaram ações a partir dela.

Percebe-se, com isso, que: toda lei para ser efetivada depende do fluxo de interesses e de seus benefícios para a população em geral, não basta apenas ser aprovada, deve ser aceita e praticada. Ações provenientes dela devem surgir, gestores devem ser mobilizados, gastos devem acontecer de acordo com a assistência prestada, pessoas devem ser atendidas, assistidas e ouvidas.

O homem não é mais o “louco” da Idade Média, ele é um ser necessitado de auxílio e de assistência para que sejamos reconhecidos como seres-humanos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA. **Aprovado substitutivo que extingue os manicômios**. Disponível em: www.democracia.com.br . Acesso em: 15 jul. 2008.

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. Disponível em www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=185&tpl=view_participantes. Acesso em: 11 jul. 2008.

ALEMA. **Assistência à saúde mental é discutida na Assembléia**. Disponível em: <http://www.al.ma.gov.br/paginas/noticias.php?codigo1=11937> . Acesso em: 05 out.2008.

ALTMAN, Fábio. **Loucos pela liberdade**. Disponível em: <http://epoca.globo.com/edic/19980914/ciencia1b.htm> . Acesso em: 10 ago. 2008.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente & Cérebro**, São Paulo, SP: vol. 14, n. 163, p 31-35. 2006.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, 11 (3): 491-494, jul/set, São Paulo, 1995.

ARTUAD, Antonin. “**As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito...**”. Disponível em: http://www.paulodelgado.com.br/revista/lesi_e_costumes.htm. Acesso em: 14 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretária de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990 – 2004**. 5, ed. ampl. Brasília, DF, 2004.

CASADO, Rogelio. **O Maranhão discute políticas estaduais de saúde mental**. Disponível em: <http://rogelocasado.blogspot.com/2008/04/maranho-discute-polticas-estaduais-de.html> . Acesso em: 06 out. 2008.

DELGADO, Paulo. **Legislação Federal/Redação Final: Projeto de Lei nº 3.657/89**. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/procuradoria/caops/saude_mental/legis_federal.htm. Acesso em: 14 ago. 2008.

FERRAZ, Carla Maior Lucas. **A loucura que se faz com a loucura no Brasil**. Disponível em: www.fetecsp.org.br. Acesso em: 15 jul. 2008.

GENTIL, Valentim. A ética e os custos sociais da reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, março de 2004.

GOMES, Neyla Georgina Rodrigues. **Políticas de saúde pública**. Faculdade São Vicente Pão de Açúcar-AL. Novembro, 2007. Disponível em: <http://www.fasvipa.com.br>. Acesso em: 11 jul. 2008.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n.1, São João del-Rei, jun. 2006.

JARDIM, Silvia Rodrigues; SILVA FILHO, João Ferreira. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos do metrô do RJ – II. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Vol.45, n. 6, jun. 1996. p. 326-331.

KANTORSKI, Luciane Prado; PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; MIRON, Vera Lúcia. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 03-09, 2002. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 14 jul. 2008.

LUIS, Margarita Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salette Bessa; SILVA, Waldine Viana da; MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil**. Disponível em: <http://jus2.uol.com.Br/doutrina/texto>. Acesso em: 17 jul. 2008.

NASI, Cíntia; HILDEBRANDT, Leila Mariza. **A trajetória da saúde mental durante as épocas**: estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial e a questão da dependência química. Disponível em: www.madres.org . Acesso em: 17 jul. 2008.

NETO KYRILLOS, Fuasd. **Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento**: reflexões críticas. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 11 jul. 2008.

NICOLAU, Paulo Fernando. **O movimento da Antipsiquiatria no Brasil**. Disponível em: www.mentalhealth.com.br. Acesso em: 10 jul. 2008.

OLIVEIRA, Edmar. **A razão sem rédiás nas ruas**. Disponível em: www.jornalopcao.com.br. Acesso em: 10 ago. 2008.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra. **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos , 2000. cap.1

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: o Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/2001)**. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004. cap.6. Disponível em: www.bases.bireme.br. Acesso em: 11 jul. 2008.

PICCININI, Walmor; ODA, Ana Maria. **História da psiquiatria**: a loucura e os legisladores. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php> . Acesso em: 11 jul. 2008.

RIOS, Camila Silveira Lemos. **Dependentes químicos também recebem atendimento no Caps.** Disponível em: www.atacidadania.org.br . Acesso em: 11 jul. 2008.

SILVA, Camila Mariani. EWALD, Ariane Patrícia. **Políticas em saúde mental:** o que vem sendo produzido?. v.2, n 1. Disponível em: www.cliopsyhe.cjb.net. Acesso em: 11 jul. 2008.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, SP: v. 13, n. 4, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História ,Ciência, Saúde.** vol.9. n. 1: 25 -29, jan./abr.2002.