



Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania

ELIANA BRITO NASCIMENTO

A DIMENSÃO ÉTICO POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

SALVADOR
2019

ELIANA BRITO NASCIMENTO

A DIMENSÃO ÉTICO POLÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Área de Concentração: Políticas Sociais e Cidadania
Linha de Pesquisa: Trabalho, Questão Social e Cidadania.

**SALVADOR
2019**

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

N224 Nascimento, Eliana Brito

A dimensão ético política da reforma psiquiátrica/ Eliana Brito Nascimento
Salvador, 2019.
246 f.

Orientadora: Prof^a. Dra. Inaiá Maria Moreira de Carvalho.
Coorientadora: Prof^a. Dra. Josimara Aparecida Delgado.

Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Reforma Psiquiátrica 2. Saúde Mental 3. Dimensão Ético Política
I. Carvalho, Inaiá Maria Moreira de – Orientadora II. Delgado, Josimara
Aparecida - Coorientadora III. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria
de Pesquisa e Pós-Graduação IV. Título.

CDU 364.444:616.89

TERMO DE APROVAÇÃO

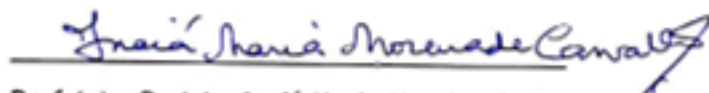
ELIANA BRITO NASCIMENTO

“A dimensão ético política da Reforma Psiquiátrica”.

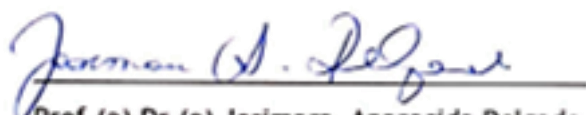
Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de doutor em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de novembro de 2019.

Banca Examinadora:



Prof.(a)s. Dr.(a)s. Inaiá Maria Moreira de Carvalho - UCSAL (orientadora)



Prof.(a) Dr.(a) Josimara Aparecida Delgado - UFBA - Co-orientadora



Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - Ucsal



Prof.(a) Dr.(a) Ana Marta Lobosque de Oliveira - CERSAMI



Prof.(a) Dr.(a) Mônica Nunes de Torrenté - UFBA

“Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade, não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.”

(Karl Marx)

RESUMO

O objeto de estudo desta Tese é a Política de Saúde Mental, sendo seu objetivo discutir o novo modelo de atendimento à Saúde Mental vigente no Brasil, em sua dimensão ético-política. Buscou, para este fim, analisar as condições, avanços e obstáculos à implementação da Reforma Psiquiátrica no país, comparando as experiências de Belo Horizonte-MG e de Salvador-BA, duas metrópoles brasileiras - enfatizando a influência dos profissionais da área nesse processo. A escolha do município de Belo Horizonte justifica-se por abrigar uma das experiências mais exitosas de implantação da Reforma Psiquiátrica no país. Já em Salvador, o avanço nessa perspectiva ocorre de forma mais lenta e problemática. O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, desencadeado no final da década de 1970, a partir de mobilizações no âmbito da sociedade civil, articula-se a outros movimentos e conquistas, no contexto internacional, em torno da superação do Modelo Asilar. Instaurado no marco da Revolução Francesa, esse Modelo foi uma resposta à presença social da "loucura". A Lei 10.216/01 marca a conquista no campo jurídico da Reforma Psiquiátrica, idealizada e gestada no seio do Movimento Antimanicomial, que se inscreveu no cenário brasileiro a partir de 1987, aglutinando trabalhadores, usuários dos Serviços de Saúde Mental e familiares, em torno do projeto de superação do Modelo Asilar. O objetivo geral de analisar as condições e o avanço da implementação da Reforma Psiquiátrica, comparando as experiências de Salvador e Belo Horizonte e enfatizando a influência dos profissionais da área nesse processo desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais sobre a mudança de paradigma; analisar as dificuldades dos profissionais na operacionalização do novo modelo e Identificar os limites na formação teórico metodológica, técnico assistencial e político institucional para o exercício do novo modelo. Os pressupostos foram que a compreensão dos sujeitos exerce influência decisiva nos processos de mudança e que nos processos de institucionalização de novos modelos, a consolidação de transformações na dimensão sociocultural (e, conseqüentemente, o alcance da dimensão ético-política) é o aspecto mais complexo. O estudo buscou respaldo na Teoria Ampliada do Estado do Italiano Antônio Gramsci, com centralidade no seu conceito de Intelectual Orgânico. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como Método, o Materialismo Dialético, de cunho analítico – descritivo. A pesquisa teve como campo empírico a Rede de Atenção Psicossocial das cidades de Salvador e Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa foram os representantes dos diversos segmentos profissionais que integram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) do Município, assim como usuários dos serviços. Foram realizadas entrevistas narrativas, observação direta, análise bibliográfica e documental. A partir da ampla análise empreendida, ficou comprovada a tese sobre a contribuição positiva ou negativa dos profissionais, a partir da sua capacitação/cultura e comprometimento ético-político, para o sucesso da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a análise das experiências aqui registrada faz ressaltar como as condições sociopolíticas também influenciam de modo significativo os resultados do processo.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Dimensão Ético Política.

ABSTRACT

The object of study of this Thesis is the Mental Health Policy, and its objective is to discuss the new model of mental health care in force in Brazil, in its ethical-political dimension. To this end, it sought to analyze the conditions, advances and obstacles to the implementation of Psychiatric Reform in the country, comparing the experiences of Belo Horizonte-MG and Salvador-BA, two Brazilian metropolises - emphasizing the influence of professionals in this area. The choice of the city of Belo Horizonte is justified by housing one of the most successful experiences of implementation of Psychiatric Reform in the country. Already in Salvador, the advance in this perspective occurs more slowly and problematically. The process of Brazilian Psychiatric Reform, triggered in the late 1970s, from mobilizations within the civil society, is linked to other movements and achievements, in the international context, overcoming the Asilar Model. Established within the framework of the French Revolution, this Model was a response to the social presence of "madness". Law 10.216 / 01 marks the achievement in the legal field of Psychiatric Reform, idealized and gestated within the Antimanicomial Movement, which entered the Brazilian scene from 1987, bringing together workers, users of Mental Health Services and family, around the overcoming project of the Asilar Model. The general objective of analyzing the conditions and progress of the implementation of the Psychiatric Reform, comparing the experiences of Salvador and Belo Horizonte and emphasizing the influence of professionals in this area was divided into the following specific objectives: to analyze the perception of professionals about change. of paradigm; analyze the difficulties of professionals in the operationalization of the new model and identify the limits in the methodological theoretical training, technical assistance and institutional policy for the exercise of the new model. The assumptions were that the understanding of the subjects has a decisive influence on the processes of change and that in the processes of institutionalization of new models, the consolidation of transformations in the socio-cultural dimension (and, consequently, the scope of the ethical-political dimension) is the most complex aspect.. The study sought support in the Extended Theory of the State of Italian Antonio Gramsci, focusing on its concept of Organic Intellectual. A qualitative research was carried out, having as Method, the Dialectical Materialism, of analytical - descriptive nature. The research had as empirical field the Psychosocial Care Network of the cities of Salvador and Belo Horizonte. The research subjects were the representatives of the various professional segments that make up the RAPS (Psychosocial Care Network) of the Municipality, as well as users of the services. Narrative interviews, direct observation, bibliographic and documentary analysis were conducted. From the broad analysis undertaken, the thesis on the positive or negative contribution of professionals, from their training / culture and ethical - political commitment, to the success of the Psychiatric Reform was proved. However, the analysis of the experiences recorded here highlights how sociopolitical conditions also significantly influence the results of the process.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental health. Political Ethical Dimension.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte	142
Quadro 2: Rede de Atenção Psicossocial de Salvador	198
Quadro 3: Distribuição da rede CAPS e Ambulatórios de Salvador.....	200
Quadro 4: Cobertura assistencial – CAPS AD em Salvador.....	200
Quadro 5: Ambulatórios especializados – Salvador	201

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Subdivisão do território municipal em Regiões 135

Figura 2: Distribuição territorial dos Distritos Sanitários em Salvador 199

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relação com o Movimento Antimanicomial – Belo Horizonte 171

Tabela 2: Relação com o Movimento Antimanicomial – Salvador..... 228

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
APB	Associação Psiquiátrica da Bahia
ASSUSAM	Associação de Usuários de Saúde Mental
BA	Bahia
BH	Belo Horizonte
BPA	Boletim de Procedimento Ambulatorial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERSAM	Centro de Referência de Saúde Mental
CERSAM AD	Centro de Referência de Saúde Mental Álcool e outras Drogas
CERSAMI	Centro de Referência de Saúde Mental Infantil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CONAD	Conselho Nacional de Drogas
CSM	Centro de Saúde Mental
CT	Comunidade Terapêutica
FAPEX	Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NOAS	Norma Operacional da Atenção à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PD	Permanência Dia
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNH	Política Nacional de Humanização
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileiro
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RENILA	Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Substância Psicoativa

SSA	Salvador
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UA	Unidade de Acolhimento
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USA	Universo de Saúde Avançada
USB	Universo de Saúde Básica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A LOUCURA E SUA EXCLUSÃO SOCIAL	29
1.1 DA EXCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: A HISTÓRIA EM CURSO.....	37
2 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO	46
2.1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: O PERÍODO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA.....	54
3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	61
3.1 O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REDIMENSIONANDO O CUIDADO	81
4 NO OLHO DO FURACÃO: AS TENSÕES ENTRE O MODELO DE TRABALHO COLETIVO E AS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS REBATIMENTOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	89
5 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM BELO HORIZONTE	96
5.1 O CONTEXTO ATUAL	133
5.2 A CONSOLIDAÇÃO DO NOVO MODELO	144
5.3 DESAFIOS E EMBATES ATUAIS	157
5.4 DA REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	167
6 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SALVADOR	174
6.1 IMPASSES NA TRANSIÇÃO ENTRE OS MODELOS	179
6.2 DESAFIOS E EMBATES ATUAIS	198
6.3 DA REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	223
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	229
REFERÊNCIAS	236

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta Tese é a Política de Saúde Mental, sendo seu objetivo discutir o novo modelo de atendimento à Saúde Mental vigente no Brasil, em sua dimensão ético-política. Buscou, para este fim, analisar as condições, avanços e obstáculos à implementação da Reforma Psiquiátrica no país, comparando as experiências de Belo Horizonte-MG e de Salvador-BA, duas metrópoles brasileiras - enfatizando a influência dos profissionais da área nesse processo.

A escolha do município de Belo Horizonte justifica-se por abrigar uma das experiências mais exitosas de implantação da Reforma Psiquiátrica no país, sendo a primeira metrópole a assumir, desde a década de 1990, o projeto de substituição da atenção à saúde mental baseada no binômio ambulatorio – internação por uma rede de serviços substitutivos, com efetiva reorientação do modelo de atenção. Consolidou-se a partir da adesão de gestões progressistas, valendo-se dos dispositivos previstos pelo Sistema Único de Saúde – SUS e com efetiva contribuição dos profissionais. Já em Salvador, outra metrópole, o avanço nessa perspectiva ocorre de forma mais lenta e problemática, dadas as condições históricas, sociais e políticas que retardaram o processo de implementação da estrutura do SUS, bem como a ausência de um contexto democrático e participativo, impactando no posicionamento dos diversos atores sociais envolvidos.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, desencadeado no final da década de 1970, a partir de mobilizações no âmbito da sociedade civil, articula-se a outros movimentos e conquistas, no contexto internacional, em torno da superação do Modelo Asilar¹. Instaurado no marco da Revolução Francesa, esse Modelo foi uma resposta à presença social da “loucura”². A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001,

¹ Modelo instituído no Século XVIII, a partir da proposta de Phillip Pinel, visando dar uma resposta, no contexto da Revolução Francesa, à problemática da questão: O que fazer com os loucos? Institui, concomitantemente, a Doença Mental, a psiquiatria – ramo da medicina que iria deter o saber sobre o fenômeno, e o Asilo como lócus do tratamento (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1997).

² O termo “loucura” é utilizado por Michel Foucault em seu clássico *História da Loucura na Idade Clássica* (1997) para descrever um fenômeno social, considerando, ao longo da história, as diversas formas de relação entre a sociedade e aqueles seus membros que manifestavam, em seu comportamento, características incompreensíveis diante dos padrões estabelecidos como “normais”. Com o nascimento da psiquiatria e do asilo, a “loucura” ganha status científico ao ser catalogada enquanto “doença mental”, passando a ser objeto de conhecimento e de intervenção da medicina. Os fundamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, por sua vez, consideram o conceito de “existência –

marca a conquista no campo jurídico da Reforma Psiquiátrica, idealizada e gestada no seio do Movimento Antimanicomial, que se inscreveu no cenário brasileiro a partir de 1987, aglutinando trabalhadores, usuários dos Serviços de Saúde Mental e familiares, em torno do projeto de superação do Modelo Asilar.

Assim respaldada, a Lei “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Por *redirecionamento*, entenda-se a substituição do Modelo Asilar pelo que ficou conhecido como Modelo de Atenção Psicossocial. Parte, necessariamente, do antagonismo ao modelo que estava posto e que não desaparecerá subitamente, cabendo a busca cotidiana e processual da sua superação.

Amarante (2003) define a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, envolvendo diversas dimensões, que se relacionam de forma dinâmica: as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Na experiência brasileira, o período anterior à aprovação da Lei, marcadamente a década de 1990, representou um profícuo esforço de reflexão teórico-prática em torno da mudança de paradigma, protagonizado pelos trabalhadores de saúde mental identificados com o Movimento Antimanicomial, com destaque para a participação dos usuários e familiares. Tal processo aliava o aprofundamento teórico à construção de práticas de saúde mental respaldadas em conceitos que superavam as ideias de incapacidade, periculosidade e cronicidade da doença mental, concretizando uma Rede de Serviços Substitutivos ao Hospital Psiquiátrico.

O processo de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, desencadeado a partir de 2001, legitimou parte dos novos Serviços, criando condições para sua regulamentação e financiamento através de legislação específica, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Estes, regulados pela Portaria GM 336 /02, multiplicaram-se em todo o Território Nacional, na década de 2000, por indução do Ministério da Saúde, via estratégia de financiamento Fundo a Fundo, chegando a

sofrimento”, buscando superar um reducionismo biológico, remetendo a uma condição da existência humana que, enquanto tal, demanda cuidado ampliado, que leve em conta aspectos bio - psicossociais (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2003). Neste trabalho, utilizamos os termos “*loucura*”, “*doença mental*” ou “*existência – sofrimento*”, em consonância com os contextos históricos abordados.

2.462 unidades em 2017³³. A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, considerando toda a Legislação anterior, institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A partir de 2017, respaldados pelo governo neoliberal conservador que reassume a esfera federal, inicia-se, a partir da Portaria 3.588/17, uma pretensa desconstrução da premissa de desinstitucionalização inscrita na legislação em vigor até então, com a reincorporação à RAPS de dispositivos associados ao modelo asilar, como hospitais psiquiátricos e ambulatórios, e o notório enfraquecimento, pela reversão do financiamento, dos dispositivos de base territorial.

Ressalte-se que grande parte dos avanços foram conquistados em plena vigência dos ajustes neoliberais, só sendo possível por meio da mobilização social – destacando-se o protagonismo dos usuários, organizados politicamente em suas próprias entidades, assessorados e sustentados pelo Movimento Antimanicomial e pelos serviços substitutivos, cuja “clínica” se ampliou incorporando a dimensão política. Em que pese o mérito das conquistas a partir da mobilização da sociedade civil organizada, não se pode desconsiderar a complexidade do contexto político de implantação da Reforma Psiquiátrica, colocando-se, para os atores, na atual conjuntura, novos desafios para a sustentação dos avanços conquistados. Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, considera-se, em particular, a influência da construção histórica do paradigma asilar na formação sociocultural dos sujeitos envolvidos no processo de transformação na atenção à saúde mental, notadamente os profissionais envolvidos na reversão daquele modelo.

Historicamente segregados do espaço onde se gestam as trocas sociais, para os sujeitos com transtorno mental, foi fundamental o “empréstimo” do poder de contratualidade dos profissionais comprometidos com a causa nas primeiras conquistas, rumo à desinstitucionalização. Portanto, torna-se fundamental entender, a partir de suas experiências, como se posicionam os profissionais de Saúde Mental nesse processo, desde a instância política, passando pela gestão, até a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial.

³³ Conforme informação da Coordenação Nacional de Saúde Mental em Agosto/2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

O interesse pelo tema decorre da minha experiência como trabalhadora, inserida no campo da Saúde Mental, na cidade de Salvador - BA, a partir de 1992, como Assistente Social concursada em um Hospital Psiquiátrico de Referência para o Estado da Bahia. Naquele momento, o impacto da percepção da sofrida realidade dos sujeitos submetidos a tratamento naquele espaço institucional encontrou na equipe de Serviço Social o seio para uma prática reflexiva. O trabalho coletivo, embasado na reflexão teórico-prática, empreendido pelo grupo de Assistentes Sociais daquele hospital, marcadamente no período da minha inserção, inscrevia-se reconhecidamente como um projeto contra – hegemônico que questionava e confrontava a tradição asilar da Instituição, identificada como *Instituição Total* - de acordo com a análise de Goffman (1961) – cuja existência, em si, já encerra uma violação de direitos.

No tocante ao projeto profissional, na década da minha inserção no hospital, o Serviço Social da Instituição acompanhava o movimento da categoria, que consolidava um Projeto Ético Político expressamente identificado com os interesses da classe trabalhadora, conforme inscrito em Seu Código de Ética de 1993. Também inscrita no Código de Ética, a necessária aproximação com os Movimentos Sociais afinados com os mesmos princípios de defesa da democracia, da cidadania e da emancipação, levou o Serviço Social do hospital a uma aproximação, nessa mesma década, com o Movimento da Luta Antimanicomial.

O nascente movimento organizou-se politicamente a partir da problematização da política de Saúde Mental em seus aspectos ético, político, técnico, econômico e sociocultural. Seus precursores, muitos oriundos do Movimento da Reforma Sanitária, afinavam-se com os princípios da Psiquiatria Democrática Italiana, capitaneada por Franco Basaglia. Encontrando coerência entre os princípios do Movimento Antimanicomial e do Projeto Ético Político profissional, o Serviço Social explicita para a Instituição, também na década de 1990, a sua opção pelo projeto antimanicomial, passando a polarizar a defesa do Modelo de Atenção Psicossocial, em oposição ao Modelo Asilar, hegemônico para a Instituição desde a sua criação.

O ano seguinte à minha inserção no campo da saúde mental marcaria com o protagonismo do Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios – NESM – e a

realização, em Salvador, do I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, o início do movimento ativo pela Reforma Psiquiátrica na Bahia. Em novembro desse mesmo ano – 1993 – pude participar do III Encontro de Usuários e Familiares, realizado em Santos-SP, cidade que abrigava um ousado e pioneiro projeto de Reforma Psiquiátrica Municipal, que se transformaria no berço do Modelo de Atenção Psicossocial brasileiro.

O confronto das intensas trocas, a descoberta da organização política de usuários e trabalhadores, sobretudo o protagonismo dos primeiros - visível nos embates travados no Encontro, assim como na recepção à visita que fiz à Rede de Serviços local – com o árido cenário em que vagavam, com as fáceis de intenso sofrimento e total ausência de autonomia, os sujeitos institucionalizados que até então conhecera, tornou-se, para mim, o marco da definição de um projeto profissional comprometido com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim, além de assumir a identidade de trabalhadora de saúde mental, tornei-me militante do Movimento Antimanicomial, participando dos diversos eventos organizados pelo Movimento em todo o país, o que me possibilitou trocas diretas e intensas com representantes dos distintos segmentos que compõem o Movimento – trabalhadores, usuários e familiares.

Como representante do Movimento, prestei assessoria à organização política dos usuários, na construção da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares – AMEA - BA, integrei comissão do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, versão psiquiátrica, avaliando instituições psiquiátricas em todo o Estado da Bahia; integrei Grupo de Trabalho, ligado à Área Técnica de Saúde Mental da SESAB, subsidiando o planejamento das ações na área de Saúde Mental para o período 2010/2014; participei como Delegada, nas três esferas, na III Conferência de Saúde Mental, em 2001, integrando a Comissão Organizadora, no âmbito municipal e estadual, da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial, em 2010; nomeada como Perita pelo Conselho Nacional de Justiça, participei do Mutirão de Medidas de Segurança do Estado da Bahia, atuando no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, em maio de 2011.

A intensidade do processo supracitado permeou-se de um comprometido envolvimento de diversos sujeitos no campo ético, político, teórico-conceitual, bem como na efetivação de práticas que substituíssem o modo de relacionamento com a loucura instituído pelo modelo manicomial. As ações que perseguiram o ideal do cuidado em liberdade, levadas a cabo por esses sujeitos, tinham a marca da radicalidade própria de um movimento instituinte, contra - hegemônico, em seu período de efervescência. Por outro lado, no interior do hospital psiquiátrico, predominavam projetos profissionais que legitimavam o Modelo Asilar, naturalizando a objetificação dos sujeitos em tratamento, ao qual se opunha o grupo de assistentes sociais.

Imperativo das relações político-institucionais, convivi ao longo de mais de duas décadas, com profissionais que representavam dois polos opostos: de um lado, aqueles que se incomodavam demais com as verdades secularmente estabelecidas em torno do adoecimento psíquico e punham seus corpos e mentes a serviço da sua superação; de outro lado, aqueles que se incomodavam demais com o seu questionamento e, em sua prática cotidiana, validavam o modelo estabelecido. Com o avançar do processo de Reforma, ampliaram-se os espaços de trabalho para esses sujeitos, evidenciando-se a influência dos seus modos de pensar na prática que se produzia nas diversas frentes de trabalho, mais ou menos antimanicomiais, a depender das relações de poder / saber que com eles se estabeleciam.

Instigada pela necessidade de refletir sobre o papel dos profissionais no contraditório cenário da disputa de Modelos de Atenção à Saúde Mental, em dissertação de Mestrado defendida em setembro de 2014, analisei o impacto da atuação profissional em um contexto institucional adverso, a partir da trajetória do Serviço Social do Hospital Psiquiátrico acima referido, sob o título: **“Construção do Projeto Ético – Político do Serviço Social a partir do Estudo de Caso de um Hospital Psiquiátrico da Bahia”**. O estudo buscou refletir sobre o trabalho cotidiano dos(as) Assistentes Sociais, dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na perspectiva de entender como estes profissionais podem, através do seu trabalho, dar materialidade ao Projeto Ético Político da categoria.

A triangulação dos dados definiu como fio condutor da análise a existência de uma disputa entre o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial que atravessa a história da Instituição, sendo o Serviço Social signatário deste último, contrapondo-se a uma adesão explícita ao Modelo Asilar pelo corpo médico e de enfermagem – categorias que estão presentes desde a inauguração do hospital, em 1874, período em que recebeu a denominação de asilo. A análise dos dados levou-me, subsequentemente, à consideração que a disputa entre o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial que atravessa e determina as relações institucionais no dito Hospital, notadamente a partir da década de 1970, guarda relação com a disputa entre os projetos privatista e sanitarista que compõem o cenário do Setor da Saúde na sociedade brasileira desde o mesmo período, sendo observadas, também, disputas em outras áreas da assistência.

Estando, pois, atreladas ao jogo das forças políticas e econômicas, não podem ser resolvidas unicamente no âmbito da Instituição. Deste modo, o movimento do Serviço Social no espaço interinstitucional, ao problematizar a assistência, opera no sentido de minimizar os efeitos da violação de direitos dos usuários que a Instituição produz. No âmbito externo, portanto, é que é possível unir esforços com outros atores sociais em busca da superação do modelo asilar.

Foi, portanto, a partir desse exercício reflexivo - que já faz ressaltar a influência dos trabalhadores nos processos instituintes - que se impôs o projeto atual, de ampliar a análise para a diversidade de sujeitos implicados enquanto trabalhadores, agora no macro - contexto da efetivação do redirecionamento da atenção à saúde mental, colocado como Política de Saúde Mental do país. Sendo, portanto, esta pesquisa, uma ampliação das reflexões iniciadas no mestrado acerca desse complexo campo da saúde mental, encontra-se incorporada a este texto parte das reflexões teóricas publicadas na dissertação acima mencionada, as quais foram objeto de aprofundamento.

Assim, o objetivo geral de analisar as condições e o avanço da implementação da Reforma Psiquiátrica, comparando as experiências de Salvador e Belo Horizonte e enfatizando a influência dos profissionais da área nesse processo desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais sobre a

mudança de paradigma; analisar as dificuldades dos profissionais na operacionalização do novo modelo e Identificar os limites na formação teórico metodológica, técnico assistencial e político institucional para o exercício do novo modelo. Os pressupostos foram que a compreensão dos sujeitos exerce influência decisiva nos processos de mudança e que nos processos de institucionalização de novos modelos, a consolidação de transformações na dimensão sociocultural (e, conseqüentemente, o alcance da dimensão ético-política) é o aspecto mais complexo.

Defendo a Tese de que a capacitação/cultura e comprometimento ético-político dos profissionais contribui positiva ou negativamente para o sucesso da Política de Saúde Mental. Tal análise deve considerar o complexo processo histórico em torno da problemática, e sua relação com a esfera político-econômica e ideológica. Nesse contexto, os trabalhadores serão tratados como sujeitos históricos, submetidos a múltiplas determinações, cuja responsabilidade nos rumos de tão complexa trama não lhes cabe individualmente, senão como expressão desse mesmo processo.

Trata-se, esta pesquisa, de um esforço epistêmico empreendido por um sujeito militante, implicado com a causa da saúde mental na perspectiva antimanicomial. Optei, portanto, por um caminho metodológico pelo qual, de acordo com Merhy (2011), “a incorporação do subjetivo, como constitutivo da íntima relação entre sujeito e objeto, deve ser operada pelos métodos de estudo para permitirem o seu tratamento como uma componente qualitativo fundamental, mas objetivável”. Neste sentido, o produto pretendido é um conhecer militante, que possa ser auto analítico, sendo individual e coletivo, particular e público. No dizer de Merhy (2011, [s/p]),

[...] a produção de um conhecer militante de um sujeito implicado que quer este saber para perceber a si, enquanto um coletivo em ação transformadora, com êxitos mudancistas ou não, procurando mapear como isso é ou pode ser possível e, ao mesmo tempo, socializar estes seus saberes e agires transformadores.

O estudo buscou respaldo na Teoria Ampliada do Estado do Italiano Antônio Gramsci, com centralidade no seu conceito de Intelectual Orgânico, pelo qual analisa o papel do sujeito implicado com uma causa, a partir da sua relação com um determinado Projeto, compreendendo que a forma como se constrói a relação dos

profissionais com determinado modelo passa, necessariamente, pelo campo da política e da cultura.

Pode-se discutir [...] o conceito de intelectual a partir de dois critérios: pelo lugar e função que exerce na estrutura social e pelo lugar e função que desempenha em um determinado processo histórico. Disso derivam as duas categorias de intelectuais: o intelectual orgânico e o intelectual tradicional (SIMIONATTO, 2011, p. 58).

Para Marek (1967), Gramsci destaca-se, entre os marxistas, como o único que analisou profundamente a questão dos intelectuais. Marx havia tratado do tema em sua obra, ao abordar a necessária busca da reflexão científica e a relação do intelectual com os embates que permeiam a sociedade, decorrente das disputas de diferentes forças sociais, tratando, nas entrelinhas, do problema do intelectual tradicional e intelectual orgânico (*Ibidem*, 2011).

Gramsci desenvolve a análise da questão dos intelectuais, compreendendo-a como constitutiva das funções de direção que compõem o fenômeno de ampliação do Estado. Sem efetuar distinção, para a sua concepção, entre os que põem em ação, no desempenho de sua função profissional, os recursos da elaboração intelectual ou o esforço físico, Gramsci considera que inexiste não intelectuais (DURIGUETTO, 2014). Enfatiza, por outro lado, o papel dos que nomeia como “novo tipo de intelectual”, definidos por uma “inserção ativa na vida prática, como construtor, organizador, ‘persuador permanente’ [...] ‘dirigente’” (GRAMSCI, 2000, p. 52-53).

A discussão sobre os intelectuais, em Gramsci, portanto, para além da questão acadêmica, é tratada a partir de um determinado movimento histórico concreto, relacionada ao conceito de Estado e aos processos de formação da hegemonia⁴:

⁴ Para Gramsci, hegemonia não equivale à pura dominação, mas à direção social baseada num certo consenso e aceitação dos setores subalternos. Segundo Simionatto (2011, p. 47), “[...] remete [...] ao esclarecimento das relações entre infraestrutura e superestrutura, à forma como as classes sociais se relacionam e exercem as suas funções no interior do “bloco histórico”. Neste, as forças dominantes sofrem a oposição das forças emergentes, dominadas, em um processo de luta pelo encaminhamento de uma nova ordem social.”

Gramsci refere-se à necessidade de organização da “hegemonia cultural” referindo-se à “necessidade de estabelecer relações mais íntimas e seguras entre os grupos dirigentes e a massa popular-nacional.” (LIGUORI; VOZA, 2017, p. 365). Conforme os autores, considera Gramsci a estreita relação com a hegemonia política, incorporando expressões como “hegemonia político-cultural”, “político-intelectual”, “intelectual, moral e política”.

É relevante observar ainda, como colocam Liguori e Voza (2017, p. 365-366), quanto ao significado atribuído a “hegemonia” por Gramsci, que “oscila entre um sentido mais restrito de ‘direção’ em

Seriam, pois, “a construção de uma identidade filosófica de um grupo social e a constituição de seus intelectuais”, elementos vitais para a “criação de uma ação política criadora de uma nova hegemonia” (*Ibidem*, 2014, p. 278).

Encontra-se, em parte dos escritos de Gramsci, a substituição da expressão materialismo histórico por filosofia da práxis. Estima-se que, para além de uma proteção contra a censura, o autor buscava nomear o que considerava a filosofia de Marx (*Ibidem*, 2014).

Uma filosofia da práxis só pode apresentar-se, inicialmente, em atitude polêmica e crítica, como superação da maneira de pensar precedente e do pensamento concreto existente (ou mundo cultural existente). E, portanto, antes de tudo, como crítica do “senso comum” (e isto após basear-se sobre o senso comum para demonstrar que “todos” são filósofos e que não se trata de introduzir *ex novo* uma ciência na vida individual de “todos”, mas de inovar e tornar “crítica” uma atividade já existente) (GRAMSCI, 2001, p. 101).

Partindo da análise desenvolvida por Marx, de que as classes sociais (originadas no campo da produção econômica) formam grupos de intelectuais que se identificam também a outras esferas da vida social e estatal, Gramsci (2001, p. 13) afirma, nos Cadernos do Cárcere que:

Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político.

Segundo Duriguetto (2014, p. 282), seriam esses intelectuais orgânicos constituídos a partir de uma relação de classe, na sua maior parte, “‘especializações’ de aspectos parciais da atividade primitiva do tipo social novo que a nova classe deu à luz”. Diferenciam-se estes dos intelectuais tradicionais, os quais não se ligam organicamente a nenhuma das classes fundamentais. Para Gramsci (1977, p. 1515), “eles consideram a si mesmos como sendo autônomos e independentes do grupo social dominante [...], revestidos de características próprias”.

oposição a ‘domínio’, e um mais amplo e compreensivo de ambos (direção mais domínio). Com efeito, ele escreve que ‘uma classe é dominante em dois modos, isto é, é ‘dirigente’ e ‘dominante’. É dirigente das classes aliadas e dominante das classes adversárias”.

É relevante, contudo, a consideração de Coutinho (1990, p. 37), acerca da diferença entre intelectual orgânico e intelectual tradicional:

Há uma tendência em conceber o intelectual orgânico como igual a intelectual proletário revolucionário e o intelectual tradicional como igual a intelectual conservador, Evidentemente, não se trata disso em Gramsci. Para ele, o intelectual orgânico é elaborado pela classe no seu desenvolvimento, e pode tanto ser burguês quanto proletário.

Assim, Gramsci (2014, p. 267) atribui aos intelectuais orgânicos comprometidos com as classes subalternas “uma função central nos processos e lutas de formação de uma contra – hegemonia contrária aos interesses do capital e dos seus intelectuais *tradicionais e orgânicos*”.

Considerando o amplo contexto da relação Estado – Sociedade, Gramsci analisa, em primeiro plano, as relações de força no nível econômico, relativo ao grau de desenvolvimento das relações de produção e formação de grupos sociais com determinadas posições na divisão social do trabalho. Busca, a partir dessa base objetiva, compreender as relações das forças políticas, de onde deriva a consciência ideopolítica, bem como o grau de organização dos diversos grupos sociais (GRAMSCI, 2014).

Identificando um processo na construção do vínculo orgânico dos profissionais, subdivide-os em três momentos: ao período inicial, de tomada de consciência do profissional quanto aos seus interesses e dever de organizá-los, denomina momento econômico-corporativo, porquanto ainda não existe a identificação com um grupo social mais amplo. No momento denominado sindicalista, o profissional conscientiza-se da solidariedade de interesses extensiva a todos os membros do grupo social, mas não ultrapassa o campo econômico. É no terceiro momento que as ideologias geradas nas fases anteriores entram em confronto até que uma delas ou um conjunto delas tenda a prevalecer a partir de uma unidade dos fins econômicos e políticos, mas também intelectual e moral. É nesse momento, em que se atinge uma *consciência ético-política* de classe, ultrapassando os interesses meramente corporativos e sindicalistas, que pode surgir a formação de uma nova hegemonia de classe (*Ibidem*, 2014).

As ideias de Gramsci influenciaram grandemente Franco Basaglia na formulação da crítica ao modelo tradicional de tratamento em Saúde Mental e empenho na formulação teórica e prática do modelo contra hegemônico de desinstitucionalização, cujo debate e efetivação evidenciou, desde o início, a posição dos intelectuais e trabalhadores envolvidos. A experiência Basagliana – e também a Reforma Psiquiátrica brasileira, ao envolver o conjunto ampliado de trabalhadores, materializa a concepção Gramsciana de que:

[...] por intelectual, devemos entender não somente essas camadas sociais às quais chamamos tradicionalmente de intelectuais, mas, em geral, toda a massa social que exerce funções de organização no sentido mais amplo: seja no domínio da produção, da cultura ou da administração pública (GRAMSCI, 1977, p. 37).

Assim, este estudo serve-se das teorizações de Gramsci, situadas no amplo contexto das relações entre as classes em disputa por distintos projetos societários, transportando suas reflexões para a análise das funções dos intelectuais, no âmbito da Política de Saúde Mental, tendo em vista a perspectiva de formação de uma nova consciência e, portanto, uma nova forma de pensar e agir na relação com a “loucura”. Lançando um olhar para a trajetória do conjunto de profissionais presentes no processo de transição entre os modelos de atenção à saúde mental, buscou analisar o papel desempenhado por esses intelectuais, tendo como parâmetro a expectativa do alcance da dimensão ético-política, onde, a partir da incorporação de uma nova ética na relação com o sofrimento mental, conquistou-se a hegemonia do novo modelo.

Sob esta perspectiva, foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como Método, o Materialismo Dialético, de cunho analítico – descritivo. Compreende-se o Método Dialético enquanto método de apreensão da realidade e do movimento do real, considerando o movimento do ser, que tem sua força motriz no próprio ser, em sua complexidade, sendo, portanto, fundado na contradição: negação da negação que conduz à superação, expressa como tese, antítese e síntese (NETTO, 2011).

Marx partiu da dialética de Hegel, recolhendo-a mediante uma crítica rigorosa e profunda: tomou-a como o movimento do real, ou seja, o automovimento efetivo da realidade seja a natureza ou a história e a cultura (ainda que sua atenção básica tenha se voltado para a sociedade, ou, na

expressão de Lukács, para o ser social). Para Marx, pois, a dialética é objetiva (*Ibidem*, 2011, p. 335).

Dotado de consciência, liberdade e teleologia, o Ser Social interfere na história da sociedade – embora não o faça com liberdade absoluta - o que não ocorre na dialética da natureza. Então, o movimento que expressa o seu modo de ser não é aleatório, mas dispõe de uma racionalidade (NETTO, 2011). Alicerçado nessa compreensão, o conhecimento é construído quando o sujeito histórico inserido na ordem burguesa propõe-se, a partir da experiência e partindo do real concreto, a decodificar o real, por meio de abstrações, buscando encontrar suas diversas determinações mais simples e recompô-las em sua complexidade, concretizando-a no pensamento. A realidade social é, assim, “uma totalidade que se movimenta no sentido de sua desestruturação para gerar uma nova estrutura” (*Ibidem*, 2011, p. 339).

Na natureza, onde não existe liberdade, mas acaso, predominam causalidades e necessidades. Na sociedade, há leis causais e necessidades, mas também alternativas: se a sociedade não tem um fim predeterminado, os homens, que atuam sempre coletivamente, têm projetos, finalidades e objetivos (*Ibidem*, 2011, p. 338).

A teoria marxiana é essencialmente histórica, contendo incidências prático-críticas que rompem com a concepção de neutralidade na relação teoria- método, na medida em que, ao desvelar as propriedades e conexões que permitem compreender a sociabilidade da ordem burguesa, aponta para a necessidade de superação dessa mesma ordem. Nesse sentido, o objeto da teoria social marxiana “não é uma construção da razão, mas o movimento real do ser social na ordem burguesa é a reprodução ideal de um movimento que ocorre realmente” (DELGADO, [s/d], p. 6).

Ao recuperar, na teoria, as relações que permeiam o desenvolvimento do ser social burguês, Marx, ele mesmo como sujeito, coloca-se, como já foi visto, em uma relação determinada com o seu objeto e esta relação necessária que se depreende da lógica oferecida por Marx em sua teoria, é o método, o modo como o objeto é por ele abordado, como ele faz a reprodução ideal do movimento da sociedade burguesa (*Ibidem*, [s/d], p. 6).

A pesquisa teve como campo empírico a Rede de Atenção Psicossocial das cidades de Salvador e Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa foram os representantes dos

diversos segmentos profissionais que integram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) do Município (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem; terapeutas ocupacionais; educadores físicos; oficinairos; redutores de danos), assim como usuários dos serviços.

Após aprovação do Projeto de Pesquisa por dois Comitês de Ética, em Salvador e Belo Horizonte, estando em conformidade com as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos – Resoluções no. 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, a coleta de dados desenvolveu-se em cinco etapas, a saber:

1. Entrevista narrativa com informantes gerais que participaram da trajetória de transformação do modelo de assistência à saúde mental – identificados como Entrevistados - em cada um dos municípios – campo de pesquisa a fim de coletar informações relevantes relacionadas à política de saúde mental local, histórico e análise do processo de transformação da estrutura de atenção à saúde mental a partir da proposta de Reforma Psiquiátrica, em seus aspectos técnico/burocrático/administrativos; de financiamento; redefinição conceitual e redimensionamento da prática;
2. Análise bibliográfica e documental sobre esse processo, contemplando vasta bibliografia produzida acerca do tema e da experiência brasileira, bem como o amplo leque de documentos que respaldam a política pública em processo de institucionalização;
3. Realização de entrevistas narrativas com os sujeitos da pesquisa, representantes dos diversos segmentos profissionais inseridos na Rede de Atenção Psicossocial dos respectivos municípios. Foram entrevistados, nesta etapa, 55 profissionais, sendo 33 trabalhadores de cinco Centro de Atenção Psicossocial de Salvador – CAPS e 22 trabalhadores de quatro Centro de Referência de Saúde Mental – CERSAMS em Belo Horizonte;
4. Realização de entrevistas narrativas de cinco usuários em cada município;

5. Observação direta em cinco CAPS (Salvador) e quatro CERSAM (Belo Horizonte).

Em Salvador, considerando-se a existência de dezoito CAPS, foram definidos como campo de pesquisa cinco desses Serviços, destinados ao atendimento de adultos, buscando contemplar diferentes áreas do território municipal, de modo que fossem representativos da diversidade de características, relativas ao processo de implantação, ao perfil dos usuários, dimensão das equipes e dimensão do atendimento. Buscando contemplar a especificidade da Política de álcool e outras drogas, a escolha incluiu um CAPS AD.

Conforme fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, o acesso aos CAPS foi autorizado previamente pelos respectivos Distritos Sanitários, seguido de apresentação da pesquisa em reuniões de equipe para a anuência das mesmas. Quando, nos CAPS, foram encontrados mais de um profissional de cada categoria, a escolha se deu de forma aleatória. Em relação aos usuários, a escolha foi aleatória, entre aqueles considerados com poder de autodeterminação. As entrevistas obedeceram ao consentimento individual, devidamente registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em Belo Horizonte, tendo em vista o desconhecimento das especificidade do território e o limite de tempo disponível para viagem, a definição dos CERSAMS deu-se a partir do contato com os Distritos Sanitários, levando-se em consideração a disponibilidade para resposta dos CERSAMS, incluindo também um CERSAM AD. A escolha dos sujeitos em cada Serviço obedeceu os mesmos critérios adotados para Salvador.

Em ambos os municípios, não se observou entraves relacionados à disponibilidade para a pesquisa por parte das equipes dos Serviços. Os dados coletados foram submetidos a análise e seus resultados são apresentados nesta Tese, que tem a seguinte estrutura:

O primeiro capítulo trata do percurso histórico da abordagem da loucura, descrevendo o processo pelo qual o fenômeno é capturado como objeto da

medicina, transformado em doença mental e justificando a instituição do modelo asilar. Analisa como o modelo ali instituído favorece e justifica a exclusão social dos chamados doente mental. Aborda, em seguida, os determinantes que levaram ao início do questionamento desse modelo, lançando as bases para a busca de uma outra resposta à presença social da loucura.

O segundo e terceiro capítulos tratam da experiência brasileira, desde a opção pela institucionalização até o início da luta pela reforma psiquiátrica, no período da redemocratização da sociedade brasileira. Apresenta também a proposta de redimensionamento do cuidado em saúde mental através do modelo de atenção psicossocial. O quarto capítulo analisa os dois modelos antagônicos a partir do modelo de processo de trabalho e estratégias de promoção da saúde, trazendo também indicadores que balizam a substituição de um modelo pelo outro na prática profissional.

O quinto e sexto capítulos trazem a análise aprofundada da trajetória da Reforma Psiquiátrica nos municípios de Belo Horizonte e Salvador, abordando as particularidades do contexto político e social em cada cidade, bem como a implicação dos profissionais no processo, analisados na perspectiva gramsciana. As considerações finais levam à confirmação da Tese de que a capacitação / cultura e posicionamento ético político dos profissionais contribuem positivamente ou negativamente com o processo da Reforma Psiquiátrica, ressaltando, também, a influência dos contextos sócio político e culturais para a ação dos mesmos.

1 A LOUCURA E SUA EXCLUSÃO SOCIAL

Sendo o escopo desta pesquisa a análise do processo de transição entre dois modelos, a partir das implicações socioculturais sobre os profissionais de saúde mental, faz-se necessário, a princípio, uma digressão histórica para situar o processo em que se constituíram um e outro. Considero a construção histórica do modelo asilar associada ao advento do capitalismo, posto que a história revela outros modos de resposta social ao fenômeno da loucura em períodos anteriores.

Na Idade Antiga, guiada pela ordem religiosa, aos “loucos” chegou a ser atribuído o *status* de “amigos dos deuses”, vigorando, em relação aos mesmos, a lógica da inclusão social e não tratamento. Na Idade Média, sob uma nova ordem social, guiada pela justiça, surge a lógica da exclusão social, cuja maior representatividade é atribuído-se à Nau dos Insensatos⁵. Substitui essa lógica, no marco da Revolução Francesa, a de exclusão social associada ao tratamento, sucedendo à Grande Internação, o asilo, o domínio da medicina e a atribuição de doença mental ao fenômeno antes conhecido como loucura. Sobre esse último período, cabe aqui uma análise mais minuciosa.

O modo de organização social do homem sob o capitalismo sempre implicou no fenômeno da exclusão social e na construção, ainda que de maneiras diferenciadas, de espaços de segregação. Assim é que, no século XVII, a fim de “resolver” os problemas criados por uma divisão social do trabalho marcada pela concentração dos meios de produção e pela exploração da força de trabalho, à qual uma grande parcela da população não se adaptara, permanecendo à margem do sistema, a Europa foi palco do que se denominou “a grande internação”.

Segundo Desviat (1997, p. 15),

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na

⁵ Navio que vagava nas águas da Idade Média, recebendo, em cada porto, os “loucos” impedidos de habitar as cidades, os quais nunca desembarcariam.

intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número das pessoas hospitalizadas: [...].

Também a este respeito, Foucault (1997, p. 48) assinala que:

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é sabido que mais de um habitante de cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrarias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas.

Com a consolidação da classe burguesa no poder, torna-se mais nítida a diferença entre classes. As antigas Casas de Misericórdia - onde a miséria anteriormente era assistida a pretexto das ideias difundidas pela Igreja que justificavam a exclusão como forma de comunhão e o abandono como meio de salvação - dão lugar aos Hospitais Gerais, definidos por Luís Vives, humanista espanhol citado por Desvial (1999, p. 16), da seguinte forma:

Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta um certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida.

O advento da "Grande Internação" teve como marco o decreto da fundação, em Paris, do Hospital Geral, em 1656, que agrupou sob a mesma administração, vários estabelecimentos do gênero, a exemplo da Salpêtrière, Bicêtre, a Casa e o Hospital do Bairro de Saint - Victor, a Casa e o Hospital de Cipião, a Casa da Savonnerie, todos, a partir de então, destinados aos pobres de Paris. Justificado por motivações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais e sem identificação com qualquer ideia médica, "o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão" (FOUCAULT, 1997, p. 50).

Essa hospitalização em massa, não obstante, configura-se como uma alternativa de resposta à questão social da época, na medida em que substitui as medidas de banimento por uma medida de detenção (CASTEL, 2010). Cria-se um contrato implícito de obrigações entre o desempregado e a sociedade, no qual o preço da subsistência é a coação física e moral do enclausuramento e do trabalho forçado.

De acordo com Castel (2010), trata-se de uma intervenção sobre a massa crescente de desfiliaados, os quais, na condição de ruptura total com as redes de integração primária, representavam um risco para a ordem instituída. Para o autor, naquele contexto, “[...] a reclusão é apenas um meio, radical, sem dúvida, mas que se apresenta como um desvio necessário para restaurar o pertencimento comunitário” (*Ibidem*, p. 75). A este respeito, Foucault (1997, p. 78) afirma ainda:

Doravante, a miséria não é mais considerada numa dialética da humilhação e da glória, mas numa certa relação entre a desordem e a ordem que a encerra numa culpabilidade. Ela que, desde Lutero e Calvino, já ostentava as marcas de um castigo intemporal, no mundo da caridade estatizada se tornará complacência consigo mesma e falta contra a boa marcha do Estado. Ela passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena. As grandes casas de internamento encontram-se ao final dessa evolução: laicização da caridade, sem dúvida - mas, de modo obscuro, também um castigo moral da miséria.

Em meio a essa população de marginalizados de toda ordem, encontravam-se os "loucos". Esses indivíduos, que na Idade Média contavam com certa cumplicidade e proteção social - sendo acolhidos em suas cidades de origem - tornaram-se os alvos mais vulneráveis à nova ordem social, numa época em que se passou a valorizar o homem através dos parâmetros da razão. Inicialmente indiferenciado em relação aos demais excluídos e submetido aos mesmos meios de coação, esse grupo passou a se destacar pela sua inadaptação ao trabalho imposto e impossibilidade de se integrar à vida coletiva nos moldes “normais”. Criava-se, a partir daí, uma demanda específica, o início da construção do processo em que o louco passaria a ocupar, na sociedade, o lugar anteriormente conferido aos leprosos.

Ainda segundo Foucault (1997, p. 63),

A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda ao final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de um outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sob um fundo formado por um problema de "polícia", referente à ordem dos indivíduos na cidade. [...] A hospitalidade que a acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho

de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despojada dos direitos da miséria e de sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados.

A loucura destaca-se em meio às diversas categorias da "inutilidade social" identificadas, na medida em que denuncia a impossibilidade de adaptação em massa à ordem burguesa que se estabelecia, fundada na obrigação do trabalho e de todos os valores éticos dele derivados. A propósito da condenação ética da ociosidade, modifica-se o sentido da loucura, agora inscrita entre os problemas da cidade, passível de uma intervenção diferenciada.

Dessa forma, como salienta Silva (1995), enquanto o advento da "grande internação" veio dar resposta ao desmonte da Ordem Feudal, a partir do Século XVIII, o desenvolvimento da Sociedade Industrial chama a atenção para a presença social da Loucura. No bojo das transformações sociais, econômicas e políticas da época, delineava-se uma nova definição social da Realidade e do Ser, caracterizando um processo de "mercantilização da existência", que fez suscitar a questão: - O QUE FAZER COM OS LOUCOS?

Projetando os seus membros como indivíduos, sujeitos da Razão, previsíveis, regulares, agenciáveis e confiáveis enquanto agentes econômicos, a nova Sociedade que se inaugurava, fatalmente teve que se colocar a questão do 'que fazer?' com aqueles seus membros que não poderiam ser 'conjuntizáveis' a partir destas características. O que fazer com aqueles seus membros que, marcados por uma condição de imprevisibilidade, de incerteza, não correspondiam às exigências formuladas para a pertinência ao conjunto de sujeitos aos quais, nessa Sociedade, poderia se dar uma 'existência' plena? (*Ibidem*, p. 49).

Paradoxalmente, é no cenário da Revolução Francesa, diante de um pacto político que intencionava garantir, através do conceito de cidadania, uma nova forma de relação dos habitantes da cidade com o Estado, que se institucionalizará o modo de lidar com a loucura que a coloca numa condição de exceção frente aos direitos e deveres definidos para o cidadão.

Os revolucionários encontravam-se diante de um impasse. Por um lado, precisavam superar a prática do internamento, representativa do poder absolutista ao qual se opunham. Deveriam, ainda, manter coerência com os novos pressupostos ideológicos e jurídicos, entre os quais aqueles que garantiam que ninguém seria

preso a não ser por violação da lei. Por outro lado, era necessário neutralizar os efeitos incômodos da presença social da loucura à nova ordem vigente, garantindo um lugar admissível para ela. Sem ferir os princípios da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e o contrato social de livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania deveria impor limites à liberdade daqueles que eram considerados incapazes de responsabilizar-se inteiramente pela sua conduta (CASTEL, 1978).

Afirma Castel (1978) que a saída para o impasse foi apresentada por um grupo de higienistas e filantropos, capitaneados por Phillipe Pinel: Transformar os antigos Hospitais Gerais em instituições de caráter médico, tomando a loucura como seu objeto privilegiado de intervenção e passando a justificar a sua reclusão pela via técnica da necessidade terapêutica:

Era preciso "distrair a loucura", ocupando o corpo e o espírito em lugares isolados, a fim de se atuar diretamente sobre o cérebro e se (condenaria) esse órgão ao repouso, afastando-o das impressões irritantes, reprimindo a vividez e a mobilidade das impressões e moderando a exaltação das ideias (ESQUIROL, 1991 *apud* DESVIAT, 1999, p. 17).

De acordo com Silva, estavam fundadas as bases para o nascimento do Asilo - palavra cunhada por Esquirol (1991) para fugir do termo hospital, ainda pejorativo na época. Apoiado no poder da Instituição médica e marcado indelevelmente pela contradição, o manicômio surge como aparelho ideológico do Estado, na medida em que materializa, sob a função manifesta de tratamento, a ideologia da exclusão e garante, numa conjugação de interesses, segurança e tranquilidade para a ordem pública, racionalidade administrativa e desresponsabilização para as autoridades (polícia, juízes, legisladores).

Nesse contexto, a psiquiatria emerge como a especialidade da medicina que iria aprisionar o saber sobre a loucura, tendo, como patrono e criador, Phillipe Pinel. A criação de um novo campo institucional e o nascimento de um novo campo teórico - técnico, criam, juntos, o fato sócio cultural que iria modificar a cultura ocidental sobre a loucura, a qual ganha o status de Doença Mental.

Como afirma Silva (1995, p. 50),

A definição da exclusão manicomial inerente a este paradigma psiquiátrico, posto como modalidade fundamental de relacionamento social com a loucura, ao conceder-lhe um alto grau de eficiência prática, como resposta à questão 'do que fazer com os loucos?', iria produzir a sua legitimação social, colocando-lhe como centro de convergência de um amplo e diversificado leque de interesses sociais relativos à Loucura, agora convertida em Doença Mental. Pelo mesmo processo, colocaria também os seus agentes e instituições numa posição privilegiada, enquanto 'emissores' de uma recodificação e ressignificação das percepções sociais que envolvem a questão, condicionando através das suas enunciações, os conceitos de Saúde/Doença Mental.

Desviat (1999) destaca trecho de um relatório sobre o debate ocorrido na França, antes da promulgação da Lei de 1838 sobre os alienados, a qual legitimou jurídica e administrativamente a psiquiatria e o manicômio, estabelecendo a tutela médica do doente mental e influenciando decisivamente em toda a legislação psiquiátrica ocidental.

É sumamente difícil determinar se os estabelecimentos para dementes devem ser considerados mais como hospícios do que como presídios. Por um lado, trata-se de enclausurar os indivíduos que possam causar prejuízos à sociedade, e por outro, de instaurar medidas de cura para pessoas enfermas (POSTEL; QUÉTELLI, 1987, p. 173 *apud* DESVIAT, 1999, p. 16).

Coube ao movimento alienista, representado, entre outros por Philippe Pinel, Jean Étienne Esquirol, Georget e Ferrus, descrever essa nova entidade clínica e definir os elementos terapêuticos que iriam controlá-la - entre os quais o isolamento e o tratamento moral - estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria. Conceitos como os de periculosidade, incapacidade, incurabilidade e cronicidade, ali atribuídos à doença mental, fundamentaram essa teoria, com graves consequências até os dias de hoje. Com base neles, através de uma aliança entre a psiquiatria e o direito, criaram-se leis que classificavam os portadores de doença mental como classe perigosa, legitimando, em nome da sua proteção, o seu sequestro e a cassação dos seus direitos de cidadania. Segundo Machado *et al.* (1978, p. 420),

O poder médico critica a repressão. Sequestra-se o louco para não puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátricas, o poder de sequestro. Por outro lado, sequestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegado pelo próprio Estado, tal poder

de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito.

Sarraceno (2001) chama a atenção para a ambiguidade que envolve o grande investimento econômico na construção dos primeiros manicômios, destinados aos loucos pobres, dando forma e visibilidade ao direito de asilo. Segundo o autor, havia um projeto social que levava o Estado a tutelar e proteger seus membros fracos - os alienados, cumprindo paralelamente duas funções: de paternidade e de domínio.

A respeito da relação intrínseca entre a criação do manicômio e a fundação da psiquiatria, Machado *et al.* (1978, p. 429) afirmam que:

[...] a psiquiatria precisa ser instrumentalizada com uma série de dispositivos que possibilitem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância da organização de um espaço terapêutico e a necessidade do doente mental ser colocado em um ambiente criado especialmente para ele, que não seja exterior ou acidental com relação ao núcleo básico da prática psiquiátrica, mas que, obedecendo aos requisitos fundamentais postulados pelos médicos, deve canalizar sua ação para possibilitar sua eficácia.

Detentora de um saber desenvolvido com base no conhecimento empírico e incapaz de engendrar uma tecnologia, a psiquiatria, nos seus primórdios, vivia um certo desconforto em relação à medicina, situação que só mudaria no século XX, com a descoberta, nos anos 50, de um valioso instrumento de intervenção: os psicofármacos. Reduzindo o fenômeno da loucura aos sinais desse mesmo fenômeno, portanto, fez da internação manicomial a sua tecnologia: "no hospício, o que cura é o próprio hospício" (*Ibidem*, p. 434).

Os manicômios, por sua vez, reproduziram a realidade vivenciada no Século XVII: a massificação se produziu em pouco tempo. A superlotação inviabilizou o "tratamento moral", idealizado pelos alienistas para ser operado de forma individualizada. Denominado modernamente, como Hospital Psiquiátrico, prevaleceu, entretanto, como signo de continuidade histórica do cerco à desrazão:

O Hospital Psiquiátrico constitui ainda, em qualquer parte do mundo, o eixo da assistência psiquiátrica, o lugar suposto do tratamento, a máquina hegemônica que devora a maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais (SARRACENO, 2001, p. 62).

O manicômio foi conceituado como Instituição Total a partir do estudo desenvolvido por Erving Goffman (1961), tendo o pesquisador se inserido no cotidiano do Hospital St. Elizabeth em Washington, destinado a sete mil internos, entre 1955 e 1956, com o objetivo de conhecer o mundo social do internado e a forma como esse mundo é subjetivamente vivido por ele. Goffman (1961, p. 11), ao definir a denominada “Instituição Total” como:

Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Identificou, no Hospital Psiquiátrico, características como: o controle de muitas necessidades humanas, de grupos de pessoas, por uma organização burocrática; barreiras à relação social com o mundo externo; divisão hierárquica entre dois grupos (trabalhadores e internos), cada um dos grupos percebendo o outro através de estereótipos limitados e hostis; grande distância entre os grupos sociais, sendo a restrição de informações quanto aos planos da equipe para os internados a base para o controle. Apesar das tentativas de "humanizá-lo", mudando as formas, as linguagens e as competências, o Hospital Psiquiátrico conserva ainda hoje as características descritas por Goffman:

À diminuição da ‘violência direta’ sobre os pacientes corresponde um crescimento da ‘violência indireta’ (miséria e abandono); à diminuição da organização rígida e asilar [...], conduz à cultura do cárcere que caracteriza o manicômio atual (miséria, relações violentas, anomia, abandono) (SARRACENO, 2001, p. 65-66).

Como afirma Sarraceno (2001), todos os manicômios são iguais, independentemente das condições sócio - econômicas, das culturas locais ou das histórias das populações e dos países onde se encontrem, a exemplo dos hotéis de cadeias internacionais, todos com um *layout* semelhante. Comparando os manicômios do início do Século XIX com as modernas instituições psiquiátricas, o autor observa que, "com o crescer paralelo da presumida cientificidade da psiquiatria e da ideologia médica, vemos prevalecer a miséria e o abandono, ou seja, a função patronal" em relação à função paterna:

1.1 DA EXCLUSÃO SOCIAL DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: A HISTÓRIA EM CURSO

Se for verdade, conforme afirma Tenório (2001), que a ideia de "Reforma" inerente ao campo da saúde mental já se fazia presente desde o nascimento da psiquiatria - quando o gesto mítico de Pinel de desacorrentar os loucos intencionou dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais nos quais estes se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade - é também verdade que todas as ações implementadas nesses 200 anos foram uma tentativa de dar uma outra resposta social ao problema da loucura, carregados portanto, muito mais de significado político/ideológico do que de tratamento. É fato, também, que "a psiquiatria sempre respondeu a isso com internação, ou seja, manteve como resposta a prática social que lhe deu origem" (TENÓRIO, 2001, p. 11). O autor analisa ainda que:

Organizada em torno do hospital, e mais recentemente do binômio hospital - ambulatório, a psiquiatria não foi capaz de oferecer outra resposta por razões que começam no mandato social que a legitima (reclusão dos loucos), passam pelos valores sociais e culturais mais amplos de segregação da diferença, incluem o caráter refratário ao laço social característico da própria psicose e culminam na dificuldade técnica e gerencial de promover com eficácia e abrangência essa outra resposta. Por 'outra resposta' entenda-se, de maneira simplificada, uma solução não asilar: trata-se de evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. Em outras palavras, trata-se de agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade. Essa é, em uma expressão simples e direta, a tarefa da reforma psiquiátrica (*Ibidem*, p. 11).

Evidenciando muito mais o seu caráter excludente, a prática gestada no interior dos Hospitais Psiquiátricos produziu uma forma desvirtuada de tratamento, muito distante do caráter de "cuidado" preconizado pela medicina. Nem mesmo o desenvolvimento da psicofarmacologia, a partir dos anos 50, instrumento de intervenção que possibilitou o manejo técnico dos sintomas, levou ao abandono de métodos arcaicos como a privação de visitas, a restrição do espaço de circulação, as celas fortes, a abordagem com conotação policiaisca incorporada pelos profissionais. O Hospital Psiquiátrico permanece como arcaísmo histórico. Críticas como a formulada por Basaglia (2005, p. 24-25) ainda são descritivas da realidade atual:

A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, o estar constantemente em poder dos outros sem o mínimo impulso pessoal, o ter

dividida e organizada a própria jornada sob tempos ditados só por exigências organizativas que - exatamente por isso - não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo [...]. O doente mental, fechado no espaço apertado da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites que lhe foram impostos pela doença, é forçado pelo poder institucionalizante da internação a objetivar-se nas próprias regras que o determinam, em um processo de aparvalhamento e de restrição de si que - originariamente sobreposto à doença - não é sempre reversível.

Somente após a II Guerra Mundial, num contexto de reconstrução social e econômica, é que a comunidade profissional no campo da saúde mental, motivada pelos diversos movimentos civis em defesa de uma maior sensibilidade para com as minorias, irá colocar em questão o papel hegemônico do asilo e do saber psiquiátrico⁶. Por um lado, a devastação no campo social e econômico tornava imperativa a recuperação, para o trabalho, da mão de obra inutilizada pela guerra. Por outro lado, evidenciou-se, nesse período, a multiplicação do número de pessoas internadas nos asilos, o uso repetitivo de técnicas ineficazes e associadas ao caráter punitivo, ao invés de curativo (uso indiscriminado de eletrochoque, camisa de força e celas-fortes), e o marcante isolamento em relação ao mundo externo, situação para a qual a sociedade mostrava-se intolerante. O manicômio, nesse cenário, passou a ser visto por parte dos profissionais da área, não só como incapaz de recuperar a doença mental, devido à sua precariedade, mas também como passível de agravá-la. Tem-se, então, no contexto internacional, o ambiente para o desenvolvimento da ideia de Reforma Psiquiátrica. Conforme aponta Amarante (1995, p. 27):

O período pós – guerra torna-se o cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Pinel já havia acentuado o fato de haver contradições entre a prática psiquiátrica, que as instituições do grande enclausuramento apontavam, e o projeto terapêutico – assistencial da medicina mental. Seu ato de ‘libertação’ dos loucos ressignificou práticas e fundou um saber / prática que aspirava ao reconhecimento e ao território de competência sobre um determinado objeto: a doença mental. Fundou um monopólio de competência de acordo

⁶ Tais motivações ligam-se ao movimento pelos Direitos Humanos. De acordo com Santos (2012, p. 176-7), “Ao longo do século XX, a regulação dos Direitos Humanos ganhou expressão e relevância internacional pelos horrores da 2ª. Guerra Mundial e pelos das potências para implantarem um regime de paz mundial entre os povos. A partir da segunda metade dos anos 1940, no âmbito da então recém criada Nações Unidas, os países vencedores esforçaram-se para construir um estatuto de Direitos Humanos de dimensão universal, resgatando a tradição de garantia da vida digna aos homens no direito vigente, que havia sido rompida pelos regimes totalitários. [...] A Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 constitui, assim, um marco epistemológico e político desse novo contexto internacional, no resgate das garantias dos direitos humanos, do ponto de vista do discurso internacional, que deixa de ser uma responsabilidade exclusiva dos Estados, para ser assumida como responsabilidade comum de toda a comunidade internacional”.

com a realidade sócio-histórica vigente. Assim, as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico, surgindo após a Segunda Guerra, quando novas questões são colocadas no cenário histórico mundial.

As críticas, entretanto, não levaram a um consenso no sentido da superação do modelo hospitalocêntrico. Em muitos casos - como a proposta de Comunidades Terapêuticas, nos Estados Unidos e Inglaterra e a Psicoterapia Institucional (França) - o que se propôs foi a sua remodelagem e reorientação para que cumprisse a sua missão inicial, conservando a crença no manicômio como instituição de cura. Nestes casos, propunham-se transformações que partissem do interior do hospício para a sua periferia (BIRMAN; COSTA, 1994). Na França foi onde ocorreu a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Ali, a psicanálise, que havia se desenvolvido longe dessa instituição, adentra-a com o discurso redentor de humanização do tratamento e propõe uma intervenção terapêutica que abarque todo o hospital - equipe técnica e pacientes

Na Inglaterra, Maxwell Jones, em 1959, recupera o termo cunhado por T. H. Main, em 1946, consagrando-o a partir da experiência em um hospital psiquiátrico. Comunidade Terapêutica passa, então, a designar um processo de reformas institucionais, restritas ao hospital psiquiátrico, caracterizadas pela implementação de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, visando, através da co-responsabilização de técnicos e pacientes nas decisões, transformar o cotidiano da instituição. Assim, a organização de grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades visava a participação dos internos nas decisões terapêuticas, tornando a “função terapêutica” uma tarefa de técnicos, pacientes, familiares e comunidade. A realização de assembleias, por sua vez, visava a participação na administração do hospital, interferindo no cotidiano e nas relações. Buscava, portanto, transformar a estrutura hierárquica da instituição, transferindo poder para o coletivo. Segundo Jones (1972, p. 23),

O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de ‘aprendizagem ao vivo’.

Baseada em princípios como a democratização das opiniões, tolerância, liberdade de comunicação, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade, a experiência de Comunidade Terapêutica revelou-se com baixo poder de impacto social, pois não previu a extensão dos benefícios dessa prática para além dos limites da instituição.

Seguem-se a esses movimentos, as propostas de extensão da psiquiatria ao espaço público, com o objetivo de prevenção e promoção da saúde mental, representadas pelas experiências de Psiquiatria de Setor, na França, e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos. A Política de Setor inscreveu-se como uma ação de saúde pública que buscava formas de institucionalização mais terapêuticas, incorporando novas instituições extra hospitalares, dividindo o território em setores, porém mantendo o hospital psiquiátrico no centro.

Para Birman e Costa (1994), esses movimentos são buscas de respostas para uma crise teórica e prática na psiquiatria clássica, caracterizada por uma modificação no seu objeto, cujo foco deixa de ser o tratamento da doença mental, para ser a sua promoção. Sinalizam, portanto, um movimento da psiquiatria para a construção de um projeto social, com significativas consequências no campo político e ideológico (AMARANTE, 1995). Assim, ambos, embora lançados em momentos distintos, representam diferentes estratégias, tendo em vista a mesma finalidade.

[...] apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se também em espaços diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico conceituais aparentemente díspares, porém que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que tanto uma quanto outra visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 44).

Diferentemente das experiências supracitadas, o movimento italiano, encabeçado por Franco Basaglia, caracterizou-se por opor-se radicalmente à preservação do manicômio enquanto locus do tratamento, operando uma ruptura com o saber constitutivo da psiquiatria no campo epistemológico e fenomenológico. Mais do que uma revisão da instituição, interpela a própria

psiquiatria, questionando-a enquanto ideologia, na medida em que, como saber científico, legitima uma realidade construída para a conservação de um sistema excludente.

Convidado a dirigir o manicômio de Gorizia, por não se adaptar, enquanto professor da Universidade de Pádua, à estrutura autoritária e conservadora da academia italiana àquela época, Franco Basaglia iniciou, ali, uma ação transformadora. De início, impactou-se com a situação de aprisionamento dos internos, que associou à sua experiência quando esteve preso, na juventude, por participar do Movimento de Resistência Italiana. Para sua intervenção, baseou-se em Maxwell Jones, Foucault e Goffman, aliando esse referencial teórico à sua formação existencial – fenomenológica e na cultura de esquerda italiana, na perspectiva do materialismo histórico, referenciado em Gramsci.

Ao iniciar o processo de transformação do Hospital de Gorizia, para o qual foi designado, em 1961, Franco Basaglia utilizou-se do método de comunidade terapêutica desenvolvido por Maxwell Jones na Inglaterra. Tendo, inicialmente, a intenção de uma modificação interna, avançou para a compreensão do imperativo desmantelamento da instituição que decorreria da experiência, sem o qual ela se tornaria inócua e infrutífera, incapaz de evoluir:

[...] a criação de um complexo hospitalar gerido comunitariamente e estabelecido sobre premissas que tendam à destruição do princípio da autoridade coloca-nos, entretanto, em uma situação que se afasta pouco a pouco do plano da realidade sobre o qual vive a sociedade atual. É por isso que um tal estado de tensões só pode ser mantido através da tomada de posição que vá além do seu papel e que se concretize em uma ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre a qual se funda a psiquiatria tradicional [...] (BASAGLIA, 1985, p. 118).

Para o questionamento do papel da Instituição e da própria psiquiatria, respalda-se na descrição de Foucault (1997), em sua obra *A história da loucura na Idade Clássica*, do processo pelo qual a psiquiatria, enquanto um saber historicamente determinado, conduz a transformação da loucura em doença mental, mudando, assim, a história da concepção e da experiência da loucura na sociedade ocidental; e em Goffman (1961), que, numa análise microsociológica, descreve o sistema institucional do hospital psiquiátrico, destacando a carreira moral, a

estigmatização e a mortificação do eu, identificando-o a outras instituições de controle e violência, as quais denomina “instituições totais”.

Ao questionar sobre a condição de humilhação e morte social imposta aos internos, desenvolve o conceito de “duplo da doença mental” (BASAGLIA, 1985), referindo-se ao sofrimento que não decorre da doença, mas do fato de estar institucionalizado.

O fato de o excluído nos campos nazistas ter a mesma face do doente mental não significa que – mediante privações, padecimentos e torturas – o internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem – seja qual for seu estado mental – objetiva-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, a formação de uma crosta de apatia, desinteresse e sensibilidade consistiria acima de tudo em um ato extremo de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila, ou seja, seria o último recurso pessoal que o doente, assim como o prisioneiro, opõe a este mundo para defender-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (*Ibidem*, p. 53).

Basaglia toma os conceitos de “neurose institucional” (BURTON, 1959) e “institucionalização total” (GOFFMAN, 1961), para propor, como saída para esse sofrimento sobreposto à doença, a desinstitucionalização desses sujeitos, garantindo-lhes o tratamento na comunidade. Indo ainda mais além, planeja alçá-los à condição de protagonistas nesse processo.

Portanto, o primeiro ato diante do excluído, do institucionalizado que vegeta em nossos asilos, deveria ser o de despertar nele um sentimento de oposição ao poder que até aquele momento o determinou e institucionalizou. A partir desta tomada de consciência de sua posição de excluído, e da parte de responsabilidade que coube à sociedade nesta exclusão, o vazio emocional em que o doente viveu durante anos será gradualmente substituído por uma carga de agressividade pessoal que se resolverá numa ação de aberta oposição ao real, que ele agora recusa não mais como ato de doença, mas porque se trata de uma realidade que não pode ser vivida por um homem: sua liberdade será então fruto de sua própria conquista, e não uma dádiva do mais forte (BASAGLIA, 1995, p. 56-57).

Ressignificando a concepção de desinstitucionalização identificada, no Plano de Saúde Mental do governo Kennedy (EUA), com um processo de desospitalização,

inscreve-a enquanto desconstrução do aparato asilar de saber e poder.⁷ Para Amarante (2015, p. 45),

A desinstitucionalização surge então como uma estratégia de negação da psiquiatria enquanto ideologia realizada na prática, isto é, na desmontagem dos aparelhos jurídicos, conceituais e socioculturais que se edificaram sobre a noção de doença mental.

Baseado na noção de redução fenomenológica de Husserl, Basaglia propõe uma inversão do processo pelo qual a psiquiatria vinha se relacionando com o sujeito – deixando-o “entre parênteses” para se relacionar com a doença – defendendo que se experimente isolar a doença mental para aproximar-se do contexto social em que se desenvolve. Como explica Amarante (2015, p. 45),

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de *suspender* o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento.

Fruto do intenso processo de transformação teórico-prática empreendida, buscando avançar no sentido de uma intervenção sociocultural mais efetiva, Basaglia liderou, em 1969, a iniciativa de fechamento do manicômio. Encaminhada à administração municipal de Gorizia, a proposta foi rejeitada. Como resposta, a equipe deu alta coletiva aos internos e se demitiu em massa. Franco Basaglia passou, em seguida, por Parma, onde suas propostas reformistas também não foram encampadas pela administração provincial.

Em agosto de 1971, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste. Ali, iniciou, num trabalho de equipe, um programa de profundas transformações, envolvendo pacientes, familiares, profissionais, movimento estudantil e a comunidade, tendo em vista o fechamento paulatino do hospital, a partir da sua substituição por uma rede de serviços territorializados, com unidades funcionando 24 horas, emergências psiquiátricas em hospital geral,

⁷ Na concepção de Gramsci, liga-se ao conceito de Aparelhos privados de hegemonia, rede de instituições culturais através das quais a classe dominante repassa a sua ideologia, inculcando nas classes exploradas a subordinação passiva (SIMIONATTO, 2011).

cooperativas de trabalho protegido, moradias assistidas e subsídios para pacientes que recebessem alta.

Em 1973, organizou uma manifestação cultural, uma intervenção na cidade, para dar visibilidade às transformações no interior do hospital. À frente do cortejo de usuários, técnicos, familiares e simpatizantes, uma escultura em papel machê azul, confeccionada pelos pacientes nas oficinas terapêuticas, escolhida pelos mesmos para homenagear um velho cavalo que trabalhava no hospital transportando a roupa do interior da instituição para a comunidade. Marco Cavalo, como foi batizado, transformou-se no símbolo da desinstitucionalização.

Neste mesmo ano, é fundada, em Bolonha, a Associação Psiquiatria Democrática, construindo uma alternativa para o modelo psiquiátrico tradicional vigente e tendo como objetivo, também, a difusão das experiências antimanicomiais em processo. Ainda em 1973, a Organização Mundial de Saúde credenciou o Serviço de Trieste como referência mundial para reformulação da assistência à Saúde Mental. Em 1977, o hospital de Trieste foi definitivamente fechado, permanecendo, em seu lugar, a Rede de Serviços Substitutivos.

Franco Basaglia participou da formulação da Lei 180 e trabalhou na sua aprovação, em 13 de maio de 1978. A Lei 180, também conhecida como Lei Basaglia, estabeleceu a extinção dos hospitais psiquiátricos da Itália e encontra-se vigente até o presente momento. Tendo como marco a experiência desenvolvida em Trieste, conseguiu impulsionar a aprovação da Lei, que legitimava o processo de desinstitucionalização gradativa, com o fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutivos na comunidade. Foi inovador em relação aos demais pelo fato de propor uma rede de serviços integrados nas diferentes áreas geográficas que, projetados como substituição do hospital psiquiátrico, garantissem a continuidade do tratamento a longo prazo.

No dizer de Rotelli (1990 *apud* AMARANTE, 1995, p. 22), o movimento italiano:

[...] buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de

objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos. Basaglia atualiza com suas experiências um nível teórico – prático fundante de um novo momento inicialmente político, referido a questões do direito e da cidadania dos pacientes, para a operacionalização de categorias e estruturas assistenciais referidas a uma 'psiquiatria reformada'.

Após a morte de Basaglia, em 1980, assumiu o comando do Projeto em Trieste Franco Rotelli. Sob sua liderança, a proposta de desinstitucionalização se radicalizou, aparecendo como uma das mais importantes experiências no cenário internacional na década de 1980. No sentido da desconstrução, torna-se emblemática por demonstrar, na prática, que é possível prescindir do manicômio e estabelecer, com a loucura, uma relação diversa daquela prescrita pela psiquiatria tradicional.

É Rotelli quem, fundamentalmente, reescreve o conceito de desinstitucionalização, enquanto processo prático – crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença mental, mas da existência – sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social. Um novo objeto, que não é mais objeto, mas é sujeito; e, portanto, não mais uma situação estática, mas em permanente desequilíbrio. Como resultado, a questão torna-se, em suas palavras, não mais o tratamento, mas a emancipação, não mais a restituição da saúde, mas a sua invenção, não mais a reparação, mas a reprodução social das pessoas, em outras palavras, o processo de singularização e ressingularização. No lugar da prática psiquiátrica, de pesquisar a nosografia da negatividade – isto é, de operar a identificação de sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez – a nova prática, da nosografia das positivities, procura proceder e produzir positivities e autonomias (AMARANTE, 2015, p. 46).

Pode-se, portanto, compreender o que se denomina Reforma Psiquiátrica como a materialização da Desinstitucionalização, tal como conceituada acima – enquanto um esforço histórico de modificar crítica e praticamente o modelo clássico de Saúde Mental e o paradigma da psiquiatria.

2 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

No Brasil, a criação do Hospício D. Pedro II, em 1841, constituiu-se no marco institucional do nascimento da psiquiatria brasileira, como consequência do movimento engendrado pelo grupo de médicos que promoveu a medicina social - ramo da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e impõe-se como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Data de 1830 o primeiro documento brasileiro a tratar o louco como doente mental - o Relatório da Comissão de Salubridade, da recém - criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que protesta contra a situação dos loucos na Santa Casa de Misericórdia e lança uma nova palavra de ordem: "Aos loucos o hospício". De acordo com as referências da época, os ditos "loucos" encontravam-se, prioritariamente, entre os miseráveis, em sua maioria desempregados, camponeses, negros e empobrecidos. Conforme afirmam Machado *et al.* (1978, p. 380),

Coube à medicina social a tarefa de isolar preventivamente o louco com o objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizado em sua doença. Nasce assim, no Brasil dos meados do século XIX, não uma 'psiquiatria preventiva', mas a psiquiatria como instrumento da prevenção.

A luta dos médicos brasileiros pela criação do *hospício* articula-se com o projeto de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa de Misericórdia na época. Desta forma, diferentemente do debate que envolveu a criação do Asilo na França, a construção do "Palácio de guardar doidos" no Brasil foi uma solução adotada pacificamente e transformada em objeto de orgulho do Imperador.

Chancelada pela cientificidade da medicina social e da psiquiatria preventiva, a proposta reproduz os argumentos higienistas da criação do Asilo na França do século anterior. Assim, os documentos da época reproduzem a ideia de periculosidade do louco, situado como objeto da polícia médica, cuja ação devia ser dirigida prioritariamente aos loucos pobres, que circulam livremente pelas ruas. "Liberdade e loucura são antônimos" (*Ibidem*, p. 377). Observa-se aí, também, a centralidade da crítica ao hospital como argumento para a criação do hospício. Assim, a crítica é dirigida, também, à falta de condições do Hospital da Santa Casa

de Misericórdia para o tratamento da doença mental, requerendo, para este fim, um espaço próprio.

Portanto, os médicos criticam a situação do louco nas ruas e no Hospital da Santa Casa, considerando-os tanto como perigosos quanto injustiçados, como criminosos em potencial e como vítimas indefesas. Paradoxo que não pode ter como solução simplesmente privar o louco da liberdade, isolar a loucura da sociedade. O psiquiatra, tomando as coisas conceitualmente, não é um policial. Para ele, o lugar do louco não é na rua, nem na prisão, mas no hospício. A loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina (MACHADO *et al.*, 1978, p. 379).

No período republicano, a partir de 1890, a administração pública assume o Hospício D. Pedro II, nomeando-o Hospício Nacional de Alienados. Sob a jurisdição da Assistência Médico – Legal aos Alienados, cria-se a primeira cadeira de psiquiatria no curso de medicina e a primeira escola de enfermagem, surgindo, também, as primeiras Colônias de Alienados da América Latina, Segundo Amarante (1994), a adoção do modelo asilar de colônias - inspirada em propostas europeias, que, por sua vez, baseavam-se na experiência de uma pequena aldeia Belga, chamada Geel - pode representar a primeira reforma psiquiátrica no Brasil – no sentido de uma mudança planejada na abordagem à loucura - caracterizado pelo desenvolvimento da psiquiatria e ampliação do espaço asilar.

A ideia fundamental deste modelo de colônia é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar (*Ibidem*, p. 76).

Na gestão de Juliano Moreira à frente da Assistência Médico – Legal, no período de 1903 a 1930 – quando foi destituído por Getúlio Vargas – a psiquiatria brasileira, substituindo a corrente francesa, aproxima-se da escola psiquiátrica alemã, cujo biologicismo é a tendência predominante. Conforme atesta Amarante (1994, p. 77), “O biologicismo [...] passa a explicar não só a origem das doenças mentais, mas também muitos fatores e aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais”. Nesse interim (1923), consolida-se o movimento de higiene mental, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que traz, em sua carta de princípios, um projeto de intervenção no espaço social, com propostas de cunho eugenista, xenofóbico, antiliberal e racista (*Ibidem*). Segundo este autor, a partir daí, a psiquiatria “coloca-se definitivamente a favor do Estado, levando-o a

uma defesa rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção” (AMARANTE, 1994, p. 78).

A psiquiatria não se limita a estabelecer modelos ideais de comportamento individual, mas passa a pretender recuperação de “raças”, a pretender a constituição de coletividades sadias. Com o movimento de Eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana. Um espaço eugênico, asséptico, de normalidade (*Ibidem, loc. cit.*).

Concebidos dentro dessa lógica, portanto, os hospícios brasileiros foram projetados para serem o *locus* da realização do projeto psiquiátrico em formulação, estando a sua construção extremamente imbricada com a construção da própria psiquiatria. Pode-se observar essa íntima ligação através da análise dos princípios que organizavam a rotina asilar.

O princípio do isolamento, baseado nas formulações de Esquirol, postula o afastamento das causas da loucura, localizadas na família e na sociedade. Nesse sentido, determina a separação da família, declarando-a incapaz para impor limites aos hábitos do louco, pretendendo “reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 430). “Retirando o peso que a fazia funcionar mal, retirando o perigo que a amedrontava, o objetivo do alienista, enquanto operador de uma transformação, é se colocar como defensor e protetor da família” (*Ibidem*, p. 431). Essa determinação, entretanto, fazia concessões para as famílias abastadas, que não eram obrigadas a internar seus entes, justificando-se que a riqueza poderia garantir uma estrutura similar ao hospício no interior da residência. Implícito, está o caráter classista dessa definição.

Localizados, os hospícios, em geral, fora dos limites da cidade, o isolamento trazia, também, uma justificativa terapêutica.

O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado pelos enfermeiros, e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, atrapalhando o processo terapêutico (*Ibidem*, p. 432).

Uma vez estabelecido que a cura só se daria no asilo, impunha-se uma organização rígida e regular do espaço e da rotina em seu interior, que justificasse uma intenção terapêutica, e não de pura segregação. Estranhamente, o modo de alocação dos loucos não se fazia guiar pela classificação nosográfica. Seguiu outros critérios, a exemplo da separação por sexos, possibilitando, conforme Relatório do Hospital Pedro II, datado de 1855, que “a vigilância se exerce com muita facilidade e o serviço tornou-se mais cômodo” (ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA, 1856, p. 98-99, *apud* MACHADO *et al.*, 1978, p. 433). Entende-se que o isolamento completo desfavorece a recuperação, no entanto, impede-se a livre circulação. Deste modo, permite-se apenas o contato organizado entre pessoas de sexo, classe e comportamento similares. Ademais, estabelece categorias alheias à medicina, como tranquilos – agitados, sujos – limpos. Exemplo disso é o trecho do Relatório do Hospício Pedro II, de dezembro de 1852 a julho de 1853, transcrito por Machado *et al.* (1978, p. 433):

O hospício é assim arquitetonicamente dividido em duas partes simétricas. Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão está ainda subdividida em três classes. A primeira classe, que dispõe de quarto individual; a segunda, com um quarto para dois alienados e a terceira, que congrega também os indigentes, dispõe de enfermarias gerais para quinze pessoas. E a distribuição dos indivíduos ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranquilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranquilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas.

Outro imperativo dizia respeito à vigilância ininterrupta dos internos pelos enfermeiros (que assumem a função de polícia), destes entre si e pela chefia, inscrito mesmo na arquitetura, que previa, como projetado no hospício D. Pedro II, com um único andar e uma torre de vigilância no centro, segundo as premissas formuladas por Esquirol. Machado *et al.* (1978) afirmam uma proximidade com o modelo do *Panopticon*, sugerido por Bentham e adotado nas prisões, não tanto na arquitetura, mas no “princípio da inspeção”.

O fundamental na relação com o modelo ideal de uma instituição de vigilância é que no hospício está presente o “princípio da inspeção” definida por Bentham no *Panopticon*, segundo o qual deve haver uma presença total e constante do diretor do estabelecimento junto aos indivíduos, presença essa que deve induzir neles um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder (*Ibidem*, p. 436).

Segue-se a necessidade de ordenação do tempo dos internos, alicerçado basicamente na premissa do trabalho, que se sobrepõe à destinação de tempo para o uso de medicação. Tendo a expressiva parte do tempo dos pacientes ocupada com o trabalho nas oficinas e na manutenção do próprio hospital, tal exigência não se aplicava aos internos ricos, para os quais se estabelecia a ocupação do tempo com jogos e leitura.

Atesta a hegemonia do modelo acima descrito, o processo de instalação do Asilo na Bahia, onde a administração da Santa Casa de Misericórdia – que havia assumido a tutela dos chamados insanos, os quais deixavam de coabitar com outros marginalizados as celas das prisões e asilos de desvalidos - adaptou as instalações do Hospital São Cristóvão, construindo, a partir de 1706, pequenos espaços de confinamento, denominados “casinhas dos doudos” (RUSSELLI-WOOD, 1981, *apud* JACOBINA, 2001).

Na década de 1850, inspirados nas mobilizações iniciadas no Rio de Janeiro, a partir da década anterior, em prol da criação, no Brasil, de “hospital destinado privativamente para tratamento de alienados”- o Hospício D. Pedro II, que veio a ser inaugurado em dezembro de 1852 – os médicos baianos iniciaram uma campanha denunciando as péssimas condições de assistência nas instalações sob a tutela da Santa Casa. Reivindicavam um espaço propício para que os “loucos” fossem tratados sob os preceitos médicos (BAHIA, 2007).

Os médicos – dentre os quais muitos ocupavam cargos políticos - ao reivindicarem o poder administrativo do asilo, tinham duplo objetivo: exercer um mandato político de repressão à loucura, condizente com o contrato social da época, (MACHADO *et al.*, 1978; BASAGLIA, 2005), e alicerçar o desenvolvimento de uma assistência baseada no saber médico sobre o fenômeno, influenciados pelo alienismo francês.

No momento, portanto, em que o hospital deixa de ser exclusivamente um local de assistência à pobreza e se transforma em lugar de cura, os médicos defendem a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, “o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente” (COSTA, 1981, p. 21-22).

Em 1869, os Deputados Médicos conseguiram aprovar, através da lei n. 1089, a autorização da compra do Solar destinado à instalação do asilo, cujas obras de reforma só se iniciaram em 1872 (JACOBINA, 2001). Reproduzindo as relações sociais vigentes, a clientela do Asilo seria constituída por pensionistas e indigentes. Na realidade que se seguiu, a categoria de indigentes sempre excedeu em muito o limite previsto, configurando um dos grandes problemas da instituição – a superlotação – na medida em que o critério da indigência superava o da existência de insanidade, sendo este motivo de constantes conflitos entre os médicos e a direção leiga da Santa Casa (*Ibidem*).

O Asilo, inaugurado em 1874, recebeu o nome de um santo – São João de Deus - e passou a ser gerido pela Santa Casa de Misericórdia, tendo, concomitantemente, a atuação médica na condução do tratamento. Essa convivência entre a categoria médica e a instituição religiosa, distante de configurar-se uma parceria, revelou-se seriamente conflituosa, desvelando a disputa de poder. Destaca-se, aqui, de um lado, o papel ideológico desempenhado pela Igreja no Brasil Colônia, Reino e Império, e, de outro, a busca de afirmação do saber médico-científico através do domínio do espaço que se constituía para ser o *locus* do trato da loucura.

Embora constituído em espaço próprio, o asilo permaneceu sem responder às mínimas condições necessárias para prestação de serviços de saúde. Assistiu-se a uma sucessão de denúncias e reformas, sob sucessivas administrações, sem que se resolvessem os problemas de insalubridade, falta ou inadequação de estrutura física, alimentação e medicação e de reprodução da violência para com os internos, frequentemente ocasionando mortes. Insolúvel, também, configurou-se o problema de superlotação do asilo, dada a sua função primordial de abrigar indigentes, em que pese os esforços por imprimir um caráter de tratamento.

Jacobina registra parte de um dos muitos relatórios sobre a instituição, com ênfase na estrutura física, apresentado à Provedoria da Santa Casa, em 1881, onde, ao referir-se à “casa forte”, o Dr. Manoel Vitorino expressa-se assim: “Permita Deus que um dia Ella desabe, quando lá não haja doido para que possa acabar-se com o espetáculo repugnante de guardar-se loucos como se

fossem feras em jaulas” (JACOBINA, 2001, p. 21). Em outro registro, datado de 1895, observa-se:

Em relação ao asilo, Fontes (1895), depois de demonstrar a incompetência administrativa da Santa Casa, chegou ao diagnóstico de que o mesmo não diferia muito quanto às condições em que viviam os alienados na Casa de Correção [...] E mais adiante, o professor catedrático de psiquiatria e das moléstias nervosas fazia a seguinte descrição: “Nem merece o nome de asylo o depósito, onde uma centena de alienados, enclaustrados em dois pequenos pateos, quando não presos naquelles célebres cubículos, recebem desabrigados as ardentias do sol do verão, ou as bagas lategantes das chuvas de inverno; onde mulheres desnudas, por entre o riso inconscientemente alvar da moléstia, dormitam em esteiras, em enxergões de ferro num pavimento ladrilhado de mármore; onde tudo é a condenação formal da hygiene, no abandono frívolo dos recursos da Therapeutica, onde nem há o registro clínico, nem um só instrumento, destes que a sciencia aconselha” (*Ibidem*, p. 185).

Em 1922, a Santa Casa de Misericórdia põe fim ao desgastante processo de disputas em torno da gestão da Unidade, destituindo-se desse papel e entregando ao Estado a responsabilidade pela administração da Instituição. Em 1935, o hospital, que havia perdido a desgastada denominação de hospício em 1925, foi renomeado, desta vez homenageando um importante representante da psiquiatria baiana – Juliano Moreira. Na análise de Jacobina (2001), tal mudança de nomenclatura é representativa da dissolução da dicotomia entre os saberes médico e religioso, desta vez favorecendo o primeiro.

Conforme relatado por Jacobina (2001), as constantes denúncias da degradação da assistência levaram os Catedráticos de Medicina a contraindicar o hospital em questão como espaço de formação para estudantes de medicina.

O coro dos protestos contra a situação do Asilo foi engrossado por vários outros médicos e professores da Faculdade, entre os quais destacou-se o Prof. Nina Rodrigues, da cadeira de Medicina Legal. Vale ressaltar que as críticas não se limitaram às precárias condições em que funcionava o Asilo, mas também às práticas violentamente repressivas executadas sobre os alienados, que comprometiam o ensino já realizado (*Ibidem*, p. 174).

Para além da denúncia, o renomado Médico elaborou, àquela época, uma proposta de reorientação da assistência e docência em psiquiatria na Bahia através da criação de um serviço especializado anexo a um hospital clínico, o

Hospital Santa Isabel. A solução, na verdade, não se efetivou no campo da Saúde Pública, e sim, através do primeiro hospital psiquiátrico privado da Bahia, o Sanatório São Paulo, que se responsabilizaria pela tradição de formar psiquiatras no Estado, entre as décadas de 1940 e 1950. Pode-se inferir, a partir desta análise, que a impossibilidade de transformar a cultura de que “louco é indigente”, leva os atores sociais imbuídos do projeto de constituição da psiquiatria baiana naquele período a instituírem outro espaço, livre dessa interferência sociocultural, para o exercício do aprendizado da tecnologia médica nesse campo de saber.

A expansão deste modelo institucionalizador deu-se de forma similar nos demais Estados brasileiros. Em Minas Gerais, o processo inicia-se com a aprovação, em 1900, na Assembleia Estadual, de um projeto para construção de um hospital para internar os psicopatas, materializado no Hospital – Colônia de Barbacena⁸. Na prática, serviu à institucionalização definitiva de cidadãos mineiros por variados motivos, a pretexto do adoecimento psíquico. De acordo com Silva (2008) e Arbex (2013), esta instituição produziu mais de 60.000 mortos, “Sendo seus corpos mutilados e comercializados como peças de anatomia ou disputados avidamente pelas aves de rapina [...]” (SILVA, 2008, p. 17).

O Prof. José Ribeiro Paiva Filho, ex- superintendente Geral da FHEMIG⁹, em visita ao hospital, em 1969, relatou um quadro desolador: a capacidade instalada era de 2.000 leitos, mas existiam mais de 4.000 internados; a cada mês ocorriam 100 a 200 mortes; mais de 70% dos internados não apresentavam problemas psiquiátricos, sendo levados para lá os excluídos sociais, afastados do convívio social por diferentes razões. Pacientes de toda a parte chegavam e eram abandonados em Barbacena, trazidos por suas famílias ou nos vagões ferroviários, também chamados “trens de doidos” (*Ibidem, loc. cit.*).

⁸ As condições degradantes da assistência no hospital Colônia de Barbacena foram denunciadas no filme de Helvécio Ratton, *Em nome da razão*, lançado em 1979, seguido por uma série de reportagens publicadas no jornal Estado de Minas, pelo repórter Hiram Firmino – que lhe conferiu o prêmio Esso, transformando-se no livro *Os porões da loucura*. Em 2013, a jornalista Daniela Arbex publica o livro – reportagem *Holocausto Brasileiro – genocídio: de 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. Transformado, em 1977, no Museu da Loucura, a instituição vem sendo alvo de um lento processo de desinstitucionalização. Atualmente, segue abrigando 149 internos à espera de transferência para Serviço Residencial Terapêutico e respectiva responsabilização pela Rede de Atenção Psicossocial do Município.

⁹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Em 1922, surge o hospital Raul Soares, destinado aos doentes mentais de Belo Horizonte, dirigido por Galba Veloso, eminente catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. Em 1929, cria-se o Manicômio Judiciário, também em Barbacena e, em 1932, cria-se a Inspeção Geral de Assistência Hospitalar de Alienados do Estado de Minas Gerais. Em 1962, funda-se o Hospital Galba Veloso, também dirigido por um professor de medicina, Jorge Paproki (ARRUDA, 1995).

2.1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA: O PERÍODO DE REDEMOCRATIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA

No cenário brasileiro, no período após a II Guerra Mundial, acontecia um movimento inverso à mobilização internacional no que diz respeito à desospitalização. Enquanto outros países buscavam agir no sentido da mudança das práticas em relação à saúde mental, o governo brasileiro investia na extensão dos cuidados psiquiátricos através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada. Na década de 1960, com a instauração da ditadura militar no país, elevou-se o número de hospícios, também utilizados como meio de repressão aos opositores do sistema. As reformas da saúde e da previdência promovidas pelo regime militar favoreceram a expansão da rede privada no setor, chegando, a Previdência Social, a “destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar” (AMARANTE, 1994, p. 79).

Ainda de acordo com o autor,

Na década de 60, foi realizada a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, que se tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) [...]. Por intermédio da Previdência Social, o Estado passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. A doença mental tornou-se objeto de lucro, o que fez com que o Dr. Carlos Gentile de Melo, um conhecido médico da época, cunhasse a expressão indústria da loucura para designar este tipo de ‘mercado’ promissor (*Ibidem*, p. 37),

Conforme atesta Resende (2007, p. 60), o período pós-64 configurou-se como um “marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de

trabalhadores e seus dependentes”. Ignorando o debate em torno da qualificação da assistência e comprometido com a lógica privatista, o governo ditatorial não impunha qualquer controle ao sistema. Além da elevação da média de duração das internações, segundo o autor, no período, também observou-se uma alteração no perfil nosológico dos internos em hospitais psiquiátricos, representados mais por alcoolistas e neuróticos do que por psicóticos. Embora não se possa afirmar com segurança a causa determinante dessa mudança, adverte o autor, pode-se inferir, no contexto brasileiro, uma certa relação com motivações lucrativas da rede privada conveniada, bem como a tendência ao asilamento como resposta a problemas sociais, sob o rótulo de diagnósticos imprecisos (RESENDE, 2007).

Com uma rede ambulatorial ainda incipiente e que funcionou como autêntica malha de captação de pacientes para hospitalização, o quinquênio 1965/70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada; neste período, enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000 (*Ibidem*, p. 61).

Embora marcado pelo retrocesso, o processo de modernização conservadora¹⁰ implantado no pós-64, combinando aceleração do processo de industrialização e urbanização, modernização do Estado e certa expansão de políticas sociais, centralizadas, na medida em que buscavam neutralizar as possibilidades de socialização do poder político, por meio de mecanismos coercitivos e reforçadores da classe dominante, também produziu as condições para a configuração de uma sociedade civil mais complexa, dando lugar a lutas democráticas, que viriam a se constituir em terreno fértil para a luta em prol de transformações no campo da Saúde Mental. Assim, a crise da ditadura, que se inicia com a crise econômica a partir de

¹⁰ Modernização Conservadora: Linhas mestras do “modelo” de ordenação da economia brasileira engendrada no pós-64, “conduzida no interesse do monopólio: benesses ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, concentração e centralização em todos os níveis, etc. – consagradas inclusive em tentacular repertório operativo e normativo (fora de qualquer controle democrático ou parlamentar) acionado por conselhos e coletivos diretamente atrelados ao grande capital. Elas instauraram o perfil e a estrutura econômico-social do Brasil legado pela ditadura: a internalização e a territorialização do imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnológica e vocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizadas no mercado interno e direcionadas desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada, apesar de muito complexa; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais” (NETTO, 2008, p. 31-32).

1974, abre espaço para o processo de redemocratização do país, que avança na década de 1980 (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

No decorrer da segunda metade da década de 1970 as grandes cidades brasileiras foram palco de inúmeras ações de contestação e de protesto, passeatas, greves, atos públicos, bloqueios de rua, acampamentos em frente a órgãos públicos, abaixo-assinados, levadas a cabo pelas organizações estudantis, populares e operária. Também foi relevante a participação das camadas médias urbanas, intelectuais, artistas, setores progressistas do MDB, da Igreja e das entidades como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI). Mesmo com uma diversidade de interesses e reivindicações específicas, as diferentes organizações e movimentos se uniam num ponto em comum: a luta pelas liberdades democráticas – fim dos governos militares, do AI -5, da censura, das cassações, das torturas, pelos direitos humanos, pela anistia aos presos, cassados, exilados e perseguidos políticos, eleições livres [...] (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 273-274).

Marco do enfraquecimento do regime ditatorial é a irrupção do movimento grevista, iniciado na região do ABC paulista, em 1978, irradiando-se para os principais centros industriais de São Paulo, mobilizando milhares de trabalhadores e fugindo ao controle do poder repressivo estatal, a ponto de desmobilizar o aparato coercitivo preparado para intervir na passeata do dia primeiro de Maio de 1980, no centro de São Bernardo-SP.

O que poderia ter permanecido um dissídio salarial tornara-se um enfrentamento político que polariza a sociedade. Movidos pela solidariedade à greve formaram-se comitês de apoio em fábricas e bairros da Grande São Paulo. Pastoris da Igreja, parlamentares da oposição, Ordem dos Advogados, sindicatos, artistas, estudantes, jornalistas, professores, assumiram a greve do ABC como expressão da luta democrática em curso (SADER, 1988, p. 27).

Como se sabe, de 1978 até 1985, quando ocorre a vitória de Tancredo Neves no Colégio Eleitoral, após intensa mobilização em torno das eleições diretas para a Presidência da República¹¹, verificam-se significativas modificações no conjunto da sociedade civil. De fato, o evento do dia primeiro de maio de 1980 apresentou um sujeito coletivo que foi se gestando durante a década de 1970. Nesse contexto,

¹¹ “As mobilizações pela redemocratização que confluíram nas “Diretas Já” constituíram o maior movimento de massa que o Brasil já teve. De fevereiro a abril de 1984, milhares de pessoas se mobilizaram e compareceram às passeatas e aos comícios organizados por comissões suprapartidárias, objetivando restabelecer a democracia no país por meio de eleições diretas para Presidente da República. O movimento se desenvolveu em torno da votação da Emenda Dante de Oliveira, que transformava em diretas as eleições para Presidente da República e necessitava da maioria de 2/3 do Congresso para sua aprovação. A Emenda foi votada em abril de 1984 e não conseguiu essa maioria qualificada” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 274).

intelectuais deixam de analisar o Estado como espaço privilegiado das mudanças sociais, passando a ressaltar uma polarização entre Estado e Sociedade Civil, esta abrigo um movimento sindical fortalecido e o fenômeno dos chamados Novos Movimentos Sociais¹², organizados em torno de demandas específicas, como as questões de gênero, raça, etnia, religião, sexualidade, ecologia, ou bens de consumo coletivo ligados à esfera da reprodução social, como saúde, moradia, educação, transporte (SADER, 1988; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

O movimento sindical do período 70 – 80¹³ representou-se por duas vertentes. Os considerados sindicalistas autênticos pautavam-se pela negação da possibilidade de conciliação entre trabalhadores e empregadores, dado o antagonismo de classe, defendendo um sindicalismo independente da estrutura sindical formal. Dessa vertente, que já havia participado, em 1980, da criação do Partido dos Trabalhadores, nasce a Central Única de Trabalhadores – CUT, em 1983.¹⁴ A outra vertente abrigava os sindicalistas da “unidade sindical” ou “reformistas”, que defendiam a construção de um pacto social através de uma política de conciliação de interesses de classes, acatando as premissas da legislação sindical e da política em vigência. Dessa formação surgiu a Central Geral de Trabalhadores – CGT, da qual, em 1988, forma-se um grupo dissidente, criando a Confederação Geral de Trabalhadores, também representada pela sigla CGT.

¹² “Os chamados ‘Novos Movimentos Sociais (NMS)’, que surgem principalmente em meados do século XX, têm por vezes o objetivo ou a função de ser um *complemento* das lutas de classe dos movimentos clássicos (somando-se a essas lutas), e outras vezes são vistos como alternativos aos movimentos de classe tradicionais e aos partidos políticos de esquerda (substituindo tais lutas).” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 248). No contexto internacional, a eclosão dos Novos Movimentos Sociais têm importantes determinantes sociais, econômicos e políticos, como a crise internacional do capital, a partir do início dos anos 1970, a crise do chamado socialismo real e da social – democracia. Para Montaño e Duriguetto (2011, p. 261), “É com essas determinações que podemos entender a passagem de uma negação e ruptura com a ordem social burguesa – verdadeira causa dos levantes de 1968 – para uma predominância da política dos desejos individuais, do culto ao subjetivismo, que desembocará no ethos da pós – modernidade [...]”. Para uma maior compreensão sobre os Novos Movimentos Sociais, ver Gohn (2007).

¹³ Para entender com mais profundidade o movimento sindical nesse período, ver Antunes (1991).

¹⁴ “A CUT passou a se constituir como referência para a organização e as lutas da classe trabalhadora: pela filiação progressiva dos sindicatos à sua proposta; pelo papel exercido no debate político nacional; por fomentar e induzir jornadas de luta, mobilizações e greves gerais ao longo dos anos 1980 e por estar presente em todas as lutas desenvolvidas pelos trabalhadores das cidades e dos campos ao longo dessa década; por participar ativamente da criação, três anos antes de sua fundação, do Partido dos Trabalhadores (PT) e, junto com a Comissão Pastoral da Terra (CPT), pela criação do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), em 1984” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 242).

Enfrentando a dicotomia partidária ARENA – PMDB organizada nos marcos do Estado autoritário, no ano de 1980, fruto da militância do “novo sindicalismo”, dos movimentos populares organizados em torno das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs da Igreja Católica, intelectuais e militantes de esquerda até então na clandestinidade, funda-se o Partido dos Trabalhadores – PT, concebido como “instrumento político de expressão dos interesses da classe trabalhadora, tendo nos interesses dessa classe a referência central para um projeto de transformação da sociedade” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 243).

O impacto dos movimentos sociais em 1978 levou a uma revalorização de práticas sociais presentes no cotidiano popular, ofuscadas pelas modalidades dominantes de sua representação [...] Eles foram vistos, então, pelas suas linguagens, pelos lugares de onde se manifestavam, pelos valores que professavam, com indicadores da emergência de novas identidades coletivas. Tratava-se de uma novidade no real e nas categorias de representação do real (SADER, 1988, p. 26-27).

Nesse contexto da redemocratização do país, emerge, fruto da organização da sociedade civil, o Movimento da Reforma Sanitária, que inscreve, no cenário da formulação de políticas, o projeto de Reforma Sanitária. O referido projeto tem como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e os importantes avanços da Constituição Federal de 1988, que incorpora a Seguridade Social e inclui, pela primeira vez no texto constitucional, uma Seção destinada à Saúde, consolidando o conceito de Saúde como direito de todos e dever do Estado. A Reforma Sanitária teve na Constituição de 1988 o lastro para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS através das Leis 8.080, de 19.09.1990 e 8.142, de 28.12.1990.

No contexto mundial, a década de 1970 marca a crise do Estado de Bem Estar e o início do avanço neoliberal. A crise de governabilidade que dá origem aos Pilares do Consenso de Washington¹⁵ traz, em seu bojo, o temor de excessiva carga de obrigações para o Estado (OFFE, 1984). A partir dos anos 1990 é que as imposições da agenda neoliberal irão atingir os avanços constitucionais, restringindo direitos, como no caso do veto de Artigos da Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS.

¹⁵ **Consenso de Washington** é um conjunto de medidas formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em **Washington D.C.**, como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, As ideias desse encontro – tidas como um “receituário” para a América Latina já vinham sendo difundidas pelos governos dos países desenvolvidos, desde as décadas de 1970 e 1980, quando o Neoliberalismo começou a avançar pelo mundo.

Com o avanço do Neoliberalismo¹⁶, na década de 1990, a sociedade brasileira foi palco da disputa entre projetos societários opostos: “[...] o da sociedade sustentada em uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social [...]” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 198). Como impacto da Contra – Reforma do Estado para a Saúde, observa-se o avanço do Projeto de Saúde privatista e a desconstrução do projeto sanitarista, juntamente com o desmonte da Seguridade Social. Assim, a arena da política de saúde espelha a relação dialética entre os interesses do capital e as necessidades mais amplas da população, sendo a ação do Estado determinada pela correlação de forças dos interesses opostos.

As críticas ao caráter privatista da política de saúde do governo brasileiro surgem, portanto, a partir da segunda metade da década de 70. No contexto do combate ao Estado autoritário, surgem também as denúncias de fraude no sistema de financiamento e o alarde sobre o abandono, maus tratos e violência a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospitais psiquiátricos brasileiros. Essas denúncias, embora ainda não criticassem os pressupostos do asilo, chamavam a atenção para a correlação entre a prevalência do modelo assistencial asilar, a modalidade de contratação do chamado "setor conveniado" - clínicas privadas com fins lucrativos totalmente financiadas por verbas públicas - e a baixa eficiência no sistema de controle do Estado. Tais denúncias provocariam, mais tarde, a tentativa de "controle da porta de entrada do sistema hospitalar", monitorando as internações através de Polos de Emergência. Essa iniciativa, contudo, não modificou o quadro geral da assistência, dada a inexistência de serviços que não os de internação.

Com isso, começavam a ser criadas as condições para uma mudança nesse campo. A resistência dessa chamada "indústria da loucura" iria se constituir, a partir daí, em

¹⁶ Para Dardot e Laval (2016, p. 7), “[...] o neoliberalismo não é apenas uma ideologia, um tipo de política econômica. É um sistema normativo que apoiou sua influência ao mundo inteiro, estendendo a lógica do capital a todas as relações sociais e a todas as esferas da vida”. Ainda segundo os autores, “Além dos fatores sociológicos e políticos, os próprios móveis subjetivos da mobilização são enfraquecidos pelo sistema neoliberal: a ação coletiva se tornou mais difícil, porque os indivíduos são submetidos a um regime de concorrência em todos os níveis. [...] A polarização entre os que desistem e os que são bem sucedidos mina a solidariedade e a cidadania. Abstenção eleitoral, dessindicalização, racismo, tudo parece conduzir à destruição das condições do coletivo e, por consequência, ao enfraquecimento da capacidade de agir contra o neoliberalismo.” (*Ibidem*, p. 9).

importante obstáculo ao movimento que se seguiu, no Brasil, em busca de transformações no modelo de assistência à saúde mental, conforme atesta Lobosque (2001, p. 15),

[...] todos os países, na implantação de suas Reformas, encontram dois grandes obstáculos: os preconceitos sociais contra a loucura, fortemente enraizados na cultura contemporânea - os mitos da periculosidade e da incapacidade, as práticas de invalidação, etc.; e a resistência dos setores psi, que tendem a encarar qualquer transformação efetiva da situação como algo que fere os princípios da ciência e da técnica, ou ameaça interesses corporativos. Ora, no Brasil, além desses dois grandes obstáculos, temos um terceiro: aquele representado pela chamada indústria da loucura, no contexto de todo um processo de mercantilização da saúde.

A década de 80 é marcada, ainda, pela mudança no cenário político nacional, com a vitória de partidos oposicionistas e a chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas. Nesse período, a aposta no aperfeiçoamento tanto da instituição psiquiátrica, quanto da gestão pública, levou a duas ações: racionalização, humanização e moralização do asilo e criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação. "Reforma do asilo e ambulatorização, no entanto, não tiveram impacto significativo sobre a qualidade do atendimento e êxito escasso na mudança da hegemonia asilar" (DELGADO, 1992, *apud* TENÓRIO, 2001).

3 A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde inaugura a participação da população em eventos dessa ordem, rompendo com a estrutura vertical, e lança as bases para a Convocação da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Junho de 1987, estruturada a partir de três temas básicos: Economia, Sociedade e Estado - impactos sobre a saúde mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental. Em Dezembro desse mesmo ano, numa reação à resistência da iniciativa privada e da burocracia estatal em fazer avançar a perspectiva sanitária de incorporar as propostas nas políticas oficiais, caracterizada pela tentativa de dar ao evento um tom "científico", o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, constituído desde 1978, realiza, na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental.

O Congresso marca a ampliação da discussão técnica realizada até então para os campos político - ideológico e cultural, politizando decididamente a questão da Reforma e levando às suas últimas implicações a crítica ao modelo representado pelo hospital psiquiátrico. No Manifesto de Bauru, afirma "marcar uma ruptura" ao definir que "não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos". Emprega a expressão "luta antimanicomial", afirmando a aliança com o "movimento popular e a classe trabalhadora organizada" e lança a palavra de ordem: "Por uma Sociedade sem Manicômios". Destaca o termo "luta", em oposição ao que é percebido como "luta manicomial", representado pelo lobby do setor privado e pela cultura instituída a favor do manicômio (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

O Encontro de Bauru assinala a ampliação do campo de ação: "não apenas as macro-reformas, mas a preocupação com o 'ato da saúde', que envolve profissional e cliente; não só as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades" (TENÓRIO, 2001). Assim posicionado, o movimento, originalmente de trabalhadores de saúde mental, ganhou a adesão dos usuários e familiares organizados, os quais já se fizeram representar no Congresso, através da Associação Loucos pela Vida, vindo a se constituir, posteriormente, em diversas outras entidades representativas, assumindo o papel de agentes críticos e impulsionadores do processo.

É, portanto, a partir da constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como movimento social autônomo, independente de serviços, administrações ou partidos, que o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro ganha fôlego, identidade e características próprias, impulsionadas pelas circunstâncias locais.

Tendo como referência experiências como a psiquiatria democrática italiana, define-se pela busca da superação do manicômio, e não da sua "humanização", operando uma ruptura em relação às outras iniciativas de Reforma ocorridas na Europa e Estados Unidos, onde a tendência a uma "psicologização" dos problemas representados pela exclusão da loucura levou à sua despolitização. No dizer de Lobosque (2001, p. 18):

[...] poderíamos dizer que as experiências anteriores, seja no âmbito clínico, seja no âmbito gerencial, estão fortemente marcadas pelo discurso psi [...]. Supor que a instituição está doente, e que é preciso tratá-la, ou que as psicoterapias de grupo ou técnicas afins são elementos de socialização básicos para as pessoas loucas, sem partir para a invenção de recursos que lhes permitam viver e produzir fora do espaço institucional, significa partir do pressuposto de que o lugar do louco é na instituição, e não na cultura; significa, em última análise, construir dentro da instituição um 'mundo melhor' para os usuários, admitindo, por conseguinte, que este mundo deve ser à parte.

Além da ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, o final da década de 80 será marcado, ainda por iniciativas importantes para a consolidação das atuais características do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Visando a uma intervenção na cultura, o Movimento Antimanicomial institui o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, sempre marcado por manifestações que objetivam convocar a sociedade para reavaliar a sua relação com a loucura, aglutinando diferentes segmentos em torno da causa.

Também nesse período começam a se gestar, no seio dos profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica, novas modalidades de atenção que pudessem representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. Destaca-se a criação, em 1987, do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Luís da Rocha Cerqueira (em homenagem a este importante precursor da Reforma Psiquiátrica brasileira), em Itapeva-SP.

A Constituição de 1988 traz o Artigo 196, segundo o qual:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Tal formulação decorre da sistematização, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, da concepção de Saúde Coletiva, cujo marco é o reconhecimento de uma complexidade da problemática da saúde que transcende a leitura posta pela medicina (BIRMAN, 1991). Para o autor, o deslocamento na compreensão promove, em consequência, a troca do significativo público para a noção de coletivo.

A troca destes significantes tem como desdobramento um deslocamento da problemática da saúde de seu antigo e exclusivo centro, o Estado, visto como um espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte na sociedade. Retira-se a condição de instância única na gestão do poder e dos valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições (*Ibidem*, p. 9).

Tendo o respaldo constitucional de uma concepção ampliada de Saúde, propõe-se a revisão legislativa, no âmbito da Saúde Mental, através do Projeto de Lei nº 3.657 / 89, pelo Deputado Paulo Delgado (PT/MG). Embora a Lei (que ficou conhecida como "Lei da Reforma Psiquiátrica") só viesse a ser aprovada e sancionada em 2001 – Lei 10.216, de 06 de abril de 2001¹⁷- após doze anos de tramitação no Congresso e no Senado Federal, bastante modificado em relação ao texto original, a sua apresentação promoveu uma intensificação da discussão em torno da questão no país, possibilitando a aprovação, em oito estados, de leis que privilegiavam a substituição do modelo asilar no âmbito estadual.

A Lei 8.080, de 19.09.1990 inaugura a década de 90 com a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, como garantia da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização de recursos e decisões, priorizando-se o nível local¹⁸, e do controle

¹⁷ Apesar das alterações, a Lei 10.216 /01 preserva importantes princípios, que foram contemplados pela Assembleia Geral da ONU no documento intitulado: A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – 1991 Doc. das Nações Unidas n. A/ 46/ 49 de 17.12.1991.

¹⁸ O SUS tem como base organizativa e operativa para o reordenamento das ações e serviços de saúde a nível local, o Distrito Sanitário. "O que se busca com a construção dos Distritos é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente,

social, pressupostos decisivos para a consolidação do modelo de Reforma Psiquiátrica que se delineava. Como afirma Desviat (2001, [s/p]),

[...] O atendimento comunitário exige um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo - o que se tem denominado de Sistema Nacional de Saúde. Uma organização unitária dos serviços e a integração dos três níveis clássicos de atendimento, desde a educação para a saúde até a reabilitação, com um financiamento fundamentalmente público, que permita o atendimento das populações, e não apenas do sujeito enfermo, são uma precondição da saúde comunitária. Ficam para trás os sistemas de beneficência pública, resíduo obsoleto nas sociedades avançadas, próprio do atendimento custodial, dos leprosários, dos asilos para tuberculosos e dos manicômios.

Além da implantação do SUS, as novas conquistas legislativas encorajaram algumas Prefeituras que priorizaram as políticas sociais a apresentarem avanços na área da Saúde. Dentre as ações voltadas para a Saúde Mental, a mais importante, sem dúvida, foi a ação desencadeada em Santos - SP, ainda em 1989, pela intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta - uma clínica privada conveniada com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - motivada pela comprovação de denúncias de mortes violentas, superlotação, abandono e maus - tratos aos seus usuários. A desapropriação por razões de "utilidade pública" desdobrou-se em um Projeto de Reforma Psiquiátrica Municipal - que contou com a participação de importantes percussores da Reforma Psiquiátrica, como Fernanda Nicácio, Antônio Lancetti, Ana Pitta, assumindo a Coordenação de Saúde Mental do município Roberto Tykanori - que, nos anos 90, extinguiu gradativamente os leitos do manicômio da cidade, até o seu fechamento, enquanto se implantava um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos Núcleos de Apoio Psicossocial – NAPS regionalizados, de forma a garantir o atendimento de toda a população demandatária, substituindo a necessidade de internação em hospital psiquiátrico.

contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do distrito sanitário [...]. O Distrito Sanitário, mais que um ente político – jurídico constitui um processo social.” (VILAÇA, Eugênio e outros. *Implantação e desenvolvimento de Distritos Sanitários: conceitos chaves*. Mimeo, 1991, [s/p]). Desloca-se, desse modo, do conceito de “Comunidade” para “Território”. Segundo Cunha, o território é “uma construção decorrente do processo histórico [...] é produto da dinâmica onde tencionam-se as forças sociais em jogo. Uma vez que estas tensões e conflitos sociais são permanentes, o território nunca está pronto, mas sim, em constante transformação [...]. Um espaço construído pelas forças sociais.” (CUNHA, Rosani Evangelista. *Avançando para a Municipalização Plena da Saúde*. O que cabe ao Município? Brasília; Ministério da Saúde. Mimeo, 1994).

A experiência pioneira tornou-se um modelo para todo o país, ao demonstrar na prática que era possível romper com as estruturas tradicionais, inventando novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, fundados em outros pressupostos que não os da incapacidade/periculosidade e que produzissem efeitos para além dos muros dos serviços, abrindo espaço na comunidade para a convivência social com a loucura. Capistrano Filho (1991, *apud* TENÓRIO, 2001), que ocupava o cargo de Secretário Municipal de Higiene e Saúde na época, afirmou que: “[...] superar o manicômio exige basicamente duas grandes linhas de trabalho: criar uma rede de serviços alternativos e construir uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais”.

O projeto Santista representou para os profissionais que idealizavam uma "sociedade sem manicômios", a maior parte deles militante do Movimento Antimanicomial, um avanço na luta, um passo a mais, à medida que acrescentaram à denúncia do sistema manicomial, a construção de um "fazer" realmente novo no campo da atenção psicossocial. Os NAPS, que inspiraram outras experiências, também inovadoras e construídas a partir de cada realidade, eram Serviços abertos, regionalizados, responsabilizando-se por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade e disponibilizando cuidados 24 horas, todos os dias, inclusive acolhimento de modalidade "internação", para o que cada unidade dispunha de aproximadamente seis leitos (LEAL, 1994).

Na década de 1990, sob a gestão do Sanitarista Domingos Sávio Alves, a Coordenação Nacional de Saúde Mental adotava a metodologia participativa, valorizando a escuta de representações de usuários, trabalhadores e gestores:

E ainda, no plano da gestão, nós convocamos [...] ainda no final de 91, uma reunião de coordenadores de Saúde Mental, e nessa primeira reunião [...] nós fizemos um seminário com as iniciativas exitosas de superação do hospital psiquiátrico. Experiências [...] que pudessem subsidiar a tomada de decisões. Naturalmente, as reuniões de coordenadores [...] eram para gerar, exatamente, atos normativos por parte do Ministério da Saúde, no sentido da implantação de uma política nacional (ALVES, 2013)¹⁹.

¹⁹ Vídeo gravado com o Dr. Domingos Sávio e exibido na Abertura do I Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial, em Curitiba-PR, no dia 04.12.2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FNvpQ-lpk00>. Acesso em: 30 mar. 2017.

Em 1991, os NAPS foram reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, quando a Portaria 189/91 incluiu essa modalidade de atendimento no sistema de financiamento do SUS em nível nacional²⁰.

E assim, o primeiro ato foi a Portaria 189, de 1991 [...], que alterou o financiamento das ações de Saúde Mental. A gente sempre disse que política pública se faz com designação de recurso. Quanto de dinheiro, qual o dinheiro que você vai colocar. Então, a primeira Portaria de mudança do Modelo Assistencial foi uma portaria financeira, falando: isso pode ser pago, [...] isso não vai ser pago. Por exemplo, isso não vai ser pago mais em hospital psiquiátrico. Não vai pagar emergência, lugar de atender emergência não é o hospital psiquiátrico, é hospital geral [...]. Então, essas medidas foram medidas sinalizadoras de que, daquele momento pra frente, a situação do financiamento seria diferente (ALVES, 2013)²¹

Em 1992, seu funcionamento foi regulamentado pela Portaria 224/92, que definiu os CAPS/NAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas”, oferecendo “cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional” podendo “funcionar 24 horas por dia, durante sete dias da semana ou durante cinco dias úteis, das 8 às 18 horas”. Além da regulamentação dos CAPS/NAPS e de outros Serviços Substitutivos (Hospitais-dia, urgências e internações em Hospitais Gerais), essa Portaria também regulamentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo normas de funcionamento e co-responsabilizando os níveis estadual e municipal do sistema pela fiscalização do seu cumprimento (BRASIL, 2004). Para Domingos Sávio, a Portaria 224/92:

Estabeleceu regras claras. Porque o que nós dissemos sempre, que o processo de Reforma Psiquiátrica deve ser um processo de substituição do hospital psiquiátrico por outros serviços complementares e pela internação em hospital geral ou nos CAPS III, nos antigos NAPS. Então, nesse sentido, se é substituição, o hospital psiquiátrico ainda vai durar por algum tempo. Mas, enquanto ele durar, ele não pode ser um lugar de martírio. Então, as

²⁰ No âmbito do SUS, cuja regulamentação se completou em 1990, com a edição da Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, a operacionalização do sistema e a relação entre os administradores passaram a ser tratadas por meio de Portarias do Ministério de Saúde, das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) e mais recentemente das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e do Pacto de Gestão. Foi na perspectiva gerada pelas NOB-SUS que a área de Saúde Mental, no âmbito federal, deu um passo importante para permitir a transformação do modelo assistencial, que foi a diversificação dos procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, nos níveis ambulatorial e hospitalar, assim como a regulamentação do funcionamento dos serviços e a implantação de uma sistemática de fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BARROS; SALLES, 2011, p. 1780).

²¹ Vídeo gravado com o Dr. Domingos Sávio e exibido na Abertura do I Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial, em Curitiba-PR, no dia 04.12.2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FNvpQ-lpk00>. Acesso em: 30 mar. 2017.

regras de funcionamento foram regras rígidas, proibindo cela forte, proibindo eletrochoque não terapêutico, muitas medidas dessa natureza (ALVES, 2013, *passim*).

Entre as “regras mínimas” para os hospitais psiquiátricos, estavam a definição de equipe multidisciplinar mínima relativa à quantidade de pacientes, proibição de espaços restritivos (celas fortes), registros adequados dos procedimentos e adequação do espaço físico. Foram estabelecidas formas de financiamento diferenciadas, privilegiando os serviços que atendessem às normas. Tais medidas inviabilizaram o funcionamento dos hospitais psiquiátricos privados de pior qualidade, acarretando a redução, só no ano de 1993, de quatro mil leitos e o fechamento de nove manicômios particulares.

[...] Teve a Portaria de recadastramento dos hospitais psiquiátricos. Curioso, quando nós fizemos o primeiro recadastramento, em 1993, surpreendentemente, nove mil leitos desapareceram do sistema. Dos 85.000, 9.000 desapareceram, ou seja, eram cobranças de fatura sem existência de leito. E aí, para fiscalizar a implementação das medidas da Portaria 224, foi publicada a Portaria 63 /93, exatamente para fiscalizar e acompanhar a execução daquilo que foi determinado na Portaria 224, de que faziam parte representantes da Secretaria Estadual, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal, dos prestadores de serviços, usuários e familiares daquela região e daquela cidade. Então, foram Portarias bastante indutoras de uma determinada política (ALVES, 2013, *passim*).

Paralelamente aos acontecimentos no campo da Saúde Mental brasileiro acima descritos, o cenário internacional promovia, em 1990, na cidade de Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, onde foi aprovado um projeto de reforma para a América Latina. O documento intitulado Declaração de Caracas selava um compromisso das organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas ali reunidos, em *advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovessem a “reestruturação da assistência psiquiátrica”, permitindo a “promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, com a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico”*. Acordaram ainda que as legislações dos países deveriam ajustar-se de forma a “assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais” e promover a “organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento” (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Nos anos seguintes, em seis países - Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela - foram realizados debates em torno das linhas da Reforma. No Brasil, aconteceu a II Conferência de Saúde Mental em 1992, com representação de gestores, profissionais e usuários, precedida de Conferências Estaduais em 23 dos 27 Estados do país.

Teve um fato relevante [...] que foi uma reunião, em dezembro de 91, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo, para fazer uma primeira reunião de usuários de Serviços de Saúde Mental e familiares, com vistas à escolha dos [...] representantes dos usuários e familiares na Comissão Organizadora da II Conferência. Foram 12 associações [...] contra e a favor da reforma, mas 12 associações de caráter nacional que participaram dessa reunião (ALVES, 2013, *passim*).

Em decorrência da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução 93, criando, no âmbito daquele Conselho, a Comissão Nacional de Saúde, visando garantir uma “perenidade” à política em processo de implementação. Em novembro de 1993, organizou-se um Grupo de Trabalho composto por especialistas do Ministério da Saúde, consultores internacionais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS), parlamentares estaduais e federais, gestores de saúde mental dos estados, além de técnicos do Centro de Estudos e Investigações de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, representantes do Movimento Antimanicomial, da Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais. O grupo, com base nos diferentes projetos de lei brasileiros e nas referências internacionais existentes, elaborou algumas recomendações para a condução do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, dentre os quais:

Uma perspectiva ética que afirme a urgência de modificar o modelo assistencial de forma a permitir a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania dos usuários; a inversão do modelo hospitalocêntrico, com a interrupção da criação de leitos de internação prolongada e a reaplicação dos recursos financeiros públicos em outras alternativas de assistência; implantação de uma rede de recursos para a atenção a pessoas com distúrbios mentais; regulamentação das internações involuntárias, contemplando, necessariamente, o recurso a um órgão de revisão ligado a uma instância judicial; normas que estimulem a articulação dos programas assistenciais com recursos não sanitários da comunidade, como as cooperativas de trabalho, as associações de usuários, familiares ou outros interessados (DESVIAT, 1999, p. 148-149).

Até o final da década de 90, enquanto o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica tramitava sem ser aprovado, a transformação da assistência e até do estigma social da loucura se deu de forma lenta e gradativa. Embora não totalmente vencida a etapa das denúncias, elas agora se faziam acompanhar da construção minuciosa daquela forma de cuidado preconizada.

Foi um tempo de buscas, de trocas e amadurecimento entre os diversos atores sociais que se instituíram e, principalmente, de legitimação de um outro olhar sobre a loucura, que redimensionava os papéis de forma inusitada: para os técnicos, a possibilidade de se transformarem em “profissionais de um novo tipo” (expressão cunhada por Luiz Cerqueira²²), capazes de se responsabilizar socialmente pelo cuidado de doentes considerados graves e de pacientes em crise; para os pacientes, o abandono do lugar de objetos e a constituição em novos sujeitos sociais, com desejos e reivindicações, opinando ativamente, nos espaços coletivos, a respeito de como preferiam ser tratados (exemplo importante é a Carta de Direitos do Usuário, produto do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos, em Dezembro de 1993), capazes de fazer comparações entre o velho e o novo modelo, agora experimentado. As medidas adotadas pelo Ministério da Saúde propiciaram uma redução significativa de leitos.

Os hospitais psiquiátricos, que eram 313 em 91, em 96 já eram 269. Redução significativa. [...] Foram reduzidos 18.000 leitos em quatro anos de mudança da Política de Saúde Mental. E aquela proporção [...] que leitos psiquiátricos representavam 19% dos leitos públicos, caiu para 14% dos leitos públicos. Aquela despesa que era a segunda maior despesa com internações do sistema público, caiu do segundo lugar para o quarto lugar. Então, são resultados que nós consideramos importantes (ALVES, 2013, *passim*).

Quando a Lei 10.216 foi sancionada, em 2001, o Brasil já contava com 295 CAPS além de outras modalidades de Serviços Substitutivos não contabilizadas, tendo reduzido de 85.000 para 56.755 os leitos em hospitais psiquiátricos. A Lei, que "Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", assegura, em seu Art. 5º, a criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida

²² Psiquiatra, ocupou a Coordenação de Saúde Mental em São Paulo na década de 1970.

para o paciente hospitalizado há longo tempo, o que virá a ser regulamentado pela Lei 10.708/03, que institui o Programa de Volta para Casa, outro importante suporte à desinstitucionalização. Esta Lei, através do Auxílio Reabilitação Social e dos Serviços Residenciais Terapêuticos, outro importante dispositivo regulamentado pelas Portarias 106/00 e 1220/00, permitem a ressocialização daqueles que, impedidos de retornar à vida em sociedade, tiveram seu quadro de saúde cronicado pelo modelo de assistência recebida.

Em dezembro de 2001, a III Conferência de Saúde Mental realizada em Brasília contou com 1.500 delegados, representados paritariamente, conforme preconiza o SUS, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores. Tendo como eixos de referência das discussões os temas Recursos Humanos, Controle Social, Financiamento e Acessibilidade ao sistema de atenção à Saúde Mental, as propostas aprovadas em plenária apontaram para os avanços significativos na consolidação do Modelo de Atenção Psicossocial.

Acatando as propostas legitimadas na Conferência, o Ministério da Saúde editou, no ano de 2002, três importantes Portarias. Dentre elas, a Portaria 336/02, que:

Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria 224/92, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência (BRASIL, 2004).

A Portaria 251/02 instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Versão Psiquiátrica – PNASH,

Estabelecendo um processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar. Definindo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação. Objetiva reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno e médio portes, com redução progressiva de leitos e melhoria na qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica (*Ibidem*).

No período entre 2002 e 2014 – fase para a qual se nutria importantes expectativas quanto a iniciativas decisivas para a consolidação do novo modelo de atenção – observou-se, no âmbito da gestão, uma lentificação das ações já em andamento.

Por um lado, priorizou-se a expansão da rede de CAPS I e CAPS II, garantindo-se o financiamento fundo a fundo, conforme previsto pela Portaria 336/02, para os municípios com população mínima de 20.000 habitantes. Assim, o número de Serviços desta modalidade chegou a 2.000, em todo o país, no ano de 2013.

Contudo, tal extensão numérica não se fez acompanhar das ações necessárias para a qualificação e fortalecimento das equipes dos novos Serviços, agora compostas por profissionais com formação heterogênea, em geral direcionadas para o modelo hospitalocêntrico. Algumas iniciativas de alocação de recursos para supervisão das equipes foram implantadas, porém não contemplaram as propostas formuladas de programa de educação permanente que qualificassem e certificassem as equipes, ao contrário de especializações favorecendo currículos individuais.

A opção pelo incremento restrito a um dos dispositivos da rede de Serviços propostos para a substituição dos hospitais, aliado às dificuldades de ampliação do debate, e ainda, a resistência de instâncias intersetoriais – que inviabilizaram, por exemplo, a implantação de leitos psiquiátricos em Hospitais gerais – e o despreparo das equipes em lidar com as inevitáveis situações de crise ocasionaram uma arriscada convivência entre os dois modelos de atenção – com recorrentes intercâmbios entre os CAPS e os hospitais psiquiátricos e, em muitos casos, a reprodução de práticas manicomiais no interior dos novos serviços, que vem se reproduzindo até o momento.

Ainda, no âmbito da gestão federal, optou-se pela interlocução restrita aos Coordenadores de Saúde Mental, distanciados dos usuários e dos operadores dos serviços. Em geral, as discussões passaram a se dar em nível técnico, descontextualizadas e despolitizadas. Percebe-se que tal ocorria numa arena de disputa, com evidente pressão pela sobrevivência dos aparatos hospitalares. É também nesse contexto que se paralisam as intervenções sobre os Hospitais Psiquiátricos indicados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (versão psiquiátrica) para descredenciamento ou reclassificação do financiamento. Assim, interrompe-se a redução progressiva de leitos psiquiátricos.

Em 2009, ocorreu a Marcha dos Usuários a Brasília por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que reuniu 2.300 usuários de todo o país. Com organização prévia através da mobilização de entidades representativas dos usuários nos diversos Estados, reuniram-se com dez Ministérios, apresentando pautas de reivindicações, tendo como principal pleito a organização da IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, que ocorreu em 2010, após nove anos sem ser convocada.

Mesmo após a realização da IV Conferência, manteve-se desacelerado o ritmo de enfrentamento dos obstáculos, já conhecidos, para o avanço da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, tomou a cena o debate em torno da política de enfrentamento aos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas. Observa-se, por um lado, uma ênfase na veiculação, pela mídia, de informações que alçam o consumo de crack ao mais grave problema de saúde pública relacionado ao consumo de drogas, minimizando os efeitos do consumo abusivo de álcool – substância esta legalizada e legitimada socialmente.

Paralelamente, intensificam-se, no âmbito do Governo Federal, ações que visam o financiamento de instituições sem padrões de funcionamento que as identifiquem como Serviços de Saúde, com características asilares que remontam aos primórdios do Modelo Asilar – as chamadas Comunidades Terapêuticas. Incorporadas agora à Política de Saúde Mental, as ações de enfrentamento aos “riscos associados ao consumo de crack, álcool e outras drogas” (PORTARIA N. 130/12), passam a representar o risco de retrocesso ao Modelo Asilar, instrumentalizando agora os usuários de Substâncias Psicoativas – SPA’s, como outrora foram instrumentalizados os portadores de transtornos mentais.

Novamente, observam-se mobilizações de resistência por parte dos movimentos sociais e Entidades representativas da Sociedade Civil organizada, principalmente em torno do questionamento à indicação de internamento compulsório para parte desses usuários, ferindo princípios da Lei 10.216/01. Embora operando alguns avanços, o movimento social ressentia-se da dificuldade de apoio da opinião pública, em função da propaganda midiática que associa a figura do usuário de SPA’s ao conceito de “classe perigosa” (CASTEL, 2010).

No âmbito da atenção à saúde mental nos moldes do Modelo de Atenção Psicossocial, a Portaria n. 3.088/2011²³, “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”, que passa a ser composta, respectivamente, no nível da Atenção Básica, por Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF²⁴, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura; no nível da Atenção Psicossocial estratégica, por Centros de Atenção Psicossocial – CAPS nas suas diferentes modalidades; no nível da Atenção de Urgência e Emergência, pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU e Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro; no nível de Atenção Residencial de Caráter Transitório, por Unidades de Acolhimento; no nível da Atenção Hospitalar, por enfermarias especializadas em Hospital Geral; como Estratégias de Desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta pra Casa, acima mencionados; como Estratégias de Reabilitação Social, iniciativas de Geração de Trabalho e Renda.

Ressalte-se que grande parte dos Serviços e Estratégias previstos pela Portaria são ainda incipientes, tendo em vista a necessidade de cobertura em todo o território nacional, estando a sua implementação condicionada, não só ao financiamento e à gestão descentralizada, mas à incorporação dos princípios e fundamentos do novo Modelo, tanto pelos profissionais do campo da Saúde Mental, quanto por aqueles inseridos no vasto campo da Saúde e na Rede Intersetorial.

²³ Esta Portaria decorre do Decreto 7.508/11, que instituiu as Regiões de Saúde como espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e as redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para serem instituídas, as Regiões de Saúde devem conter, minimamente, ações e serviços de: I – atenção básica; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V – vigilância em saúde. Pelo mesmo decreto, define-se como Rede de Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

²⁴ Em 2008, a Portaria GM 154/08 recomendou a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos NASF. Este foi um dos principais avanços do terceiro período, para a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de saúde mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BARROS; SALLES, 2011, p. 1783).

Note-se, também que, embora a Reforma Psiquiátrica seja um processo intersetorial por excelência, dada a complexidade das suas demandas, e estando o princípio da Intersetorialidade²⁵ subjacente a toda a legislação anterior, a Portaria 3.088/11, posterior à IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial, na mesma lógica das Portarias anteriores, irá acatar as indicações daquela Conferência, tratando diretamente do tema, enfatizando o propósito de articulação da Rede e reafirmando o princípio da Integralidade da assistência, constante na Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS.

Assim, apresenta, em seu Artigo 2, Inciso X, como uma de suas diretrizes, “[...] a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011).

Em Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial realizado entre 04 e 06 de dezembro de 2013, em Curitiba-PR, promovido pelo Ministério da Saúde, os trabalhadores, usuários e familiares presentes divulgaram Carta Aberta, em que manifestavam preocupação quanto ao atual momento da Reforma Psiquiátrica. Entre os problemas enfatizados, denunciam a precariedade da atenção à crise nas Redes de Atenção Psicossocial, retardando o fechamento dos 30.000 leitos de hospitais psiquiátricos ainda existentes; enfatizam o descompasso entre a formação universitária e o conhecimento necessário para a atuação profissional nas Redes de Atenção Psicossocial – RAPS e reafirmam:

A necessidade da retirada das Comunidades Terapêuticas como serviços da RAPS e de todas as formas de financiamento público das mesmas, uma vez que ferem princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e do SUS. (CARTA DO PRIMEIRO ENCONTRO NACIONAL DE RAPS, 2013).

²⁵ A Intersetorialidade é um termo polissêmico, discutido por diversas áreas do Conhecimento. Há, entretanto, entre os autores, um consenso sobre a relação do princípio da Intersetorialidade com a possibilidade de superação da fragmentação das políticas públicas. Segundo Pereira (2014, p. 23) “[...] tem sido considerada como: uma nova *lógica* de gestão que transcende um único setor da política social; e/ou uma *estratégia* política de articulação entre setores sociais diversos e especializados. Para a autora, tais articulações apoiam-se no “reconhecimento de que a relação concertada entre “setores” implica mudanças substanciais na gestão e impactos dessas políticas, bem como ampliação da democracia e da cidadania social”.

Em que pese as dificuldades elencadas, dados publicados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em 2015 atestam que, em 2014, foi alcançado o percentual de 86% da população coberta com serviços extra - hospitalares territoriais e de base comunitária. Desde a aprovação das Regiões de Saúde²⁶, 438 CIR (Comissões Intergestoras Regionais) foram instaladas no país (BRASIL, 2015). De acordo com a publicação, a Rede de Atenção Psicossocial brasileira, em 2015, compunha-se de 332.289 ACS (Agente Comunitário de Saúde); 48.410 Equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família); 5.067 Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF; 1.135 CAPS I; 488 CAPS II; 92 CAPS III; 315 CAPS AD; 88 CAPS AD III; 210 CAPSi; 38 Unidades de Acolhimento Adulto; 31 Unidades de Acolhimento Infanto Juvenil; 997 Leitos em Hospital Geral e 362 Serviços Residenciais Terapêuticos.

Segundo Macedo *et al.* (2017), 82% dos Serviços que compõem a Atenção Primária localizam-se em municípios do interior do país, principalmente aqueles de pequeno porte populacional. Concentram-se nos estados do Nordeste e Sudeste o maior contingente de ACS (35,3% e 32,3%, respectivamente), ESF (36,3% e 34%) e NASF (39,3% e 28,7%). Os estados do Centro Oeste e Norte, que contam com menor quantidade de equipes de Atenção Primária à Saúde, são aqueles com menor contingente populacional (7,37% e 8,31%), apresentando menor déficit de Serviços: ACS – 7,34% e 2,92%; ESF – 7,84% e 8,61%; NASF – 8,5% e 8,21% (MACEDO *et al.*, 2017). Os autores avaliam positivamente o processo de reorientação do modelo assistencial que vinha em curso, considerando que o “principal indicador dessa mudança é a ampliação dos pontos de acesso para regiões mais interioranas e periféricas do país” (*Ibidem*, p. 164).

Estruturar uma rede em saúde mental com diversos pontos de atenção que vão desde os cuidados primários até a alta complexidade, além de serviços

²⁶ Segundo Macedo *et al.* (2017, p. 155), “O caminho para efetivar a regionalização da política de saúde no país trilhou diversos mecanismos e dispositivos normativos. Passou pelo debate da descentralização e da regionalização da saúde na década de 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB) que orientaram, inicialmente, as medidas de descentralização do SUS; seguido da aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002, e do Pacto pela Saúde em 2006, que constituíram as primeiras etapas da regionalização com a expansão do acesso ao SUS ao valorizarem o planejamento e a coordenação das redes intermunicipais; e, por fim, com a aprovação da Portaria no. 4.279/2010 e do Decreto no. 7.508/2011, que sedimentaram uma nova perspectiva para o processo de regionalização com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Regiões de Saúde (CIR).”

e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, indica um elevado nível de complexidade de ações. Mesmo com as dificuldades inerentes ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, neste primeiro dimensionamento quanto à distribuição dos serviços da RAPS no território nacional, se pode afirmar que houve uma progressiva expansão dos serviços nos últimos quinze anos, com forte indicativo para interiorização, notadamente das equipes da atenção primária, em função da natureza da sua proposta de cobertura e modalidade de atenção ((MACEDO *et al.*, 2017, p. 163).

À frente da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, desde 2011, Roberto Tikanory – interventor da Casa de Saúde Anchieta, em 1990, cuja experiência pioneira de substituição dos leitos hospitalares por uma rede de Serviços Substitutivos tornou-se marco da Reforma Psiquiátrica brasileira - enfrenta, nesse período, de um lado, o lobby da representação dos interesses das Comunidades Terapêuticas na Câmara dos Deputados e Senado Federal sobre a Política de Saúde Mental e, de outro, a pressão do Movimento Social pela garantia de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Maior retrocesso ocorre, entretanto, a partir de dezembro de 2015. Ao assumir o Ministério da Saúde, Marcelo Castro (PMDB) nomeia como novo Coordenador Nacional de Saúde Mental, o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, conhecido por ter dirigido a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi (RJ), conhecido como o maior manicômio privado da América Latina, fechado pelo Ministério da Saúde em 2012 em função das péssimas condições de funcionamento e violação de direitos humanos, tendo contabilizado, entre o período de 1981 e 1991, cerca de mil óbitos, chegando a ser definida como “Instituição Genocida”.

Tal nomeação enfrentou a reação imediata do Movimento Social, que questionava, além da sua carreira comprometida com o Modelo Asilar nos seus moldes mais tradicionais, com declarações públicas de críticas à Política de Reforma Psiquiátrica e à Lei 10.216, a inexistência de um currículo voltado para a Saúde Pública, que o credenciasse para o cargo. Desse modo, a partir de 14 de dezembro de 2015, integrantes da RENILA passaram a ocupar a sala da Coordenação de Saúde Mental, ali permanecendo por 121 dias, com manifestações em Brasília e em todo o território nacional e ampla divulgação nas redes sociais.

A mobilização, que reaglutinou integrantes da RENILA e MNLA, insurgiu-se em defesa da Reforma Psiquiátrica brasileira, reafirmando o seu caráter de transformação social, e reivindicando que fosse respeitada a deliberação de III Conferência Nacional de Saúde Mental/2001, de que a escolha da Coordenação de Saúde Mental deve pautar-se pela afinidade com os princípios do Modelo que reorienta a atenção à Saúde Mental prevista na Lei 10.216/2001, como vinha ocorrendo até então.

A Coordenação foi desocupada em 15 de abril de 2016, por força de Ação de reintegração de posse realizada pela Polícia Federal, mantendo a mobilização em outros espaços. Mobilizados pelo Movimento Social, ao comemorar 15 anos da promulgação da Lei 10.216, em 06 de abril de 2016, Deputados de diversos partidos lançaram a Frente Parlamentar de Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, durante Seminário com a presença dos últimos cinco Coordenadores de Saúde Mental, trabalhadores, usuários e familiares, realizado na Universidade de Brasília. Valencius Whurch Duarte Filho foi exonerado em 9 de maio de 2016. Imposto que foi pela barganha política por cargos na delicada conjuntura política por que atravessa o país desde 2015, sua exoneração seguiu-se à retirada do Ministro Marcelo Castro do governo.

Período conturbado pelo agravamento da crise político-econômica e institucional que atinge o país, com a deposição da presidenta eleita Dilma Roussef em agosto de 2016, a Coordenação Nacional de Saúde Mental permaneceu sem titular – tendo a política de Saúde Mental operacionalizada pela Área Técnica da Pasta – até a nomeação, em 10 de fevereiro de 2017 (na gestão conservadora de Michel Temer), do psiquiatra Quirino Cordeiro Junior para o cargo. Diferentemente dos Coordenadores que viabilizaram os avanços supracitados no sentido da reorientação do Modelo de atenção à Saúde Mental, o Coordenador não figura entre os Precusores da Reforma Psiquiátrica, tendo a sua nomeação comemorada pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP27 – entidade declaradamente defensora do Modelo Hospitalocêntrico.

²⁷ É lícito pontuar que, sendo a APB uma Entidade representativa dos psiquiatras, de adesão não obrigatória, esta manifesta o interesse dos seus associados, podendo variar o seu posicionamento a depender da correlação de forças interna. Em que pese a influência sociocultural do mandato social

Ao assumir a pasta, o referido coordenador, justificando com o contingenciamento dos recursos financeiros do Setor da Saúde, afirmou que não haveria, no próximo período, investimentos com a continuidade da expansão da Rede de Serviços Substitutivos ao Hospital Psiquiátrico. Tal declaração pública, por si só, já prenunciava uma tentativa de desmonte das estratégias em curso para uma efetiva substituição do modelo hospitalocêntrico, reacendendo interesses corporativos e mercadológicos que buscam reafirmar a “necessidade” da internação psiquiátrica, sinalizando gravemente o risco de retrocesso nos avanços já conquistados na direção da reorientação do Modelo de Atenção à Saúde Mental.

Assim, ignorando os clamores de cerca de 2.000 militantes reunidos em Bauru / SP - nos dias 8 e 9 de dezembro de 2017, em evento que marcava trinta anos do Segundo Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, naquela cidade, que legitimou o Movimento Antimanicomial - e apoiada pelas Associações Psiquiátricas de diversos estados, a Coordenação Nacional de Saúde Mental aprovou, junto à CIT (Comissão Intergestora Tripartite), em 14 de dezembro, a Portaria no. 3.588, publicada em 21 de dezembro do mesmo ano²⁸. A Portaria altera a Legislação anterior para voltar a incluir na RAPS os equipamentos mais representativos da lógica manicomial: hospitais psiquiátricos e ambulatórios, para os quais deve ser transferida parte dos recursos que se destinariam à ampliação e consolidação da Rede de Serviços Substitutivos.

Sem ter garantido o direito a voz na reunião da CIT, o Conselho Nacional de Saúde pautou, em reunião do dia 30 de janeiro de 2018, a discussão sobre as pretensas modificações na Política de Saúde Mental, findando por recomendar a revogação da Portaria 3.588 que “mutila a Política de Saúde Mental” e publicação de uma Portaria substitutiva que respeite os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Lei

de controle conferido aos psiquiatras no marco da constituição do modelo asilar, encontra-se entre os psiquiatras importantes intelectuais orgânicos signatários da ruptura com esse modelo e construção da atenção psicossocial. Ainda assim, é significativo ressaltar a divergência do posicionamento desta entidade em relação à adesão manifesta ao modelo de atenção psicossocial pelas entidades representativas de todas as demais categorias envolvidas na RAPS.

²⁸ A nova portaria, aprovada à revelia da manifestação da sociedade civil, ao contrário das anteriores, marca o revés na política de reorientação da assistência que vinha em curso e simboliza a perda de protagonismo da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, não mais acessada por gestores signatários da Reforma Psiquiátrica. Em meio aos protestos e questionamentos às diretrizes impostas pela Portaria 3.588/17, Quirino Cordeiro é transferido para a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania.

10.216. Representando o Conselho Federal de Psicologia – CFP, a Psicóloga e Psiquiatra Mirian Abou Yd apresentou o Manifesto em Defesa da Democracia, dos Direitos Sociais e Por Uma Sociedade Sem Manicômios, onde afirma:

Curiosamente, das diversas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar no campo da saúde mental, apenas entidades médicas a comemoraram enfaticamente. Todas as demais manifestaram repúdio ao retrocesso. O que esperar de uma política construída sem qualquer parceria com todas as profissões que deveriam compô-la e sustenta-la e suas entidades representativas? O respeito aos diversos saberes e discursos sem a primazia de qualquer um deles é imprescindível para toda e qualquer condição de se fazer um novo lócus para uma prática democrática e viva de trato e relação com o sofrimento mental.

Denuncia, ainda, a ausência de diálogo com as Entidades representativas dos Usuários, postura diametralmente oposta àquela que representa a Reforma Psiquiátrica: “Ter o usuário e suas necessidades como centro da política, mais que uma definição ética para o que se vai oferecer, significa escolher abrir mão do poder socialmente delegado aos tutores da loucura de prescrição de modos de vida”.

Numa análise dos retrocessos, Abou Yd denunciou o pretense desmonte da lógica organizativa da Rede de Atenção Psicossocial e o favorecimento de interesses mercadológicos em detrimento do SUS. A Portaria, segundo ela, traz claramente um estímulo às internações e a desconstrução da ideia de substituição dos manicômios, na medida em que aumenta o número de leitos em hospital geral, passando de 15% para 20% e exige ocupação de 80% dos tais leitos como condicionante para o recebimento de recursos de custeio, sem estabelecer parâmetro populacional para sua implantação.

Além disso, introduz os hospitais psiquiátricos, cuja superação constituía a centralidade do projeto reformista, aumentando o valor da diária para tais serviços, numa conjuntura extrema de contingenciamento de gastos; mantém ativos os leitos que deveriam ser fechados com a alta de pacientes crônicos; vincula a exigência de médicos psiquiatras como referência para os leitos, os quais, de acordo com a Reforma, deveriam existir como retaguarda para os CAPS. A Portaria ainda retroage no tempo ao reeditar os ambulatórios especializados, desconstruindo o conceito e a lógica de território, bastante eficazes quando há o investimento em matriciamento.

Ora, sabe-se que o grande impulsionador da Reforma Psiquiátrica que vem se efetivando até aqui foi o Movimento Antimanicomial. Partindo da denúncia e questionamento da realidade da atenção ofertada na década de 1970, nos anos 1990, esse sujeito coletivo avançou, abrindo espaço para a voz do sujeito em sofrimento mental vitimado pela violência institucional, fomentando assim a sua formação política e protagonismo na construção do Modelo em devir. Mais do que constatar e denunciar as mazelas do modelo vigente, o Movimento foi propositivo, demonstrando, na prática, através dos Serviços e dispositivos pioneiros, a efetividade do cuidado em liberdade, tendo, também, papel ativo na proposição da Legislação que sustenta o novo modelo (CORREIA, 2018).

Neste sentido, os sujeitos envolvidos, notadamente os profissionais, podem ser considerados a partir do conceito gramsciano de intelectuais orgânicos, se fizermos um paralelo com a afirmação do autor relacionada à questão mais ampla das classes sociais:

Pode-se observar que os intelectuais “orgânicos” que cada nova classe cria consigo e elabora em seu desenvolvimento progressivo são, na maioria dos casos, “especializações” de aspectos parciais da atividade primitiva do tipo social novo que a nova classe deu à luz (GRAMSCI, 2001, p. 16).

Observa-se que, nesta conjuntura, estão postos, mais uma vez, os desafios para a mobilização dos atores sociais identificados com cada modelo. Por um lado, os atores aglutinados em torno do modelo hospitalocêntrico sentem-se fortalecidos pelo cenário de retrocessos no campo democrático e encontram apoio nas estruturas de poder. Para os signatários do modelo de desinstitucionalização, por outro lado, intensificam-se, por suposto, os desafios para a mobilização dos diversos segmentos, tendo em vista as mudanças na configuração desse sujeito coletivo que é o movimento social. Para os últimos, trata-se, agora, de buscar identificação com a tarefa de garantir os avanços conquistados, evitando retrocessos e buscando sustentar a efetividade dos dispositivos já em ação. A dimensão do desafio está, pois, em identificar a organicidade com o Projeto da Reforma Psiquiátrica, considerando a heterogeneidade da composição dos diversos segmentos, particularmente no caso dos profissionais, no contexto atual.

3.1 O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REDIMENSIONANDO O CUIDADO

Todo processo de transformação é conflituoso. Abriga contradições, impasses, resistências. Observa-se um movimento dialético que opõe poder instituído e poder instituinte. E é dessa forma que vem se dando a transição entre a superação do modelo manicomial instituído há séculos e a emergente construção de um modo de cuidar antimanicomial que caracteriza a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com Amarante (2003), tendo redimensionado o propósito de transformação do cuidado em Saúde Mental para além das fronteiras da simples reforma institucional, o movimento em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira inscreveu-se como um processo social complexo, envolvendo diversas dimensões, que se relacionam de forma dinâmica: as dimensões teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-política e sociocultural.

No âmbito teórico-conceitual, o movimento ensejou o surgimento de um outro modelo de assistência, denominado "Modelo de Atenção Psicossocial". Este modelo é identificado por duas noções fundamentais. A noção de "atenção" busca uma dimensão de "cuidado" que não visa simplesmente à remissão do sintoma psicopatológico, propondo-se a entendê-lo como parte de um sujeito particular que deve ser considerado.

Estar alerta ao que estes sujeitos podem nos dizer e que não conhecemos ainda torna-se um exercício de extrema relevância para a construção deste cuidado, visto que ele não se sustenta sobre pressupostos de universalidade e essencialidade absolutas da subjetividade humana (DELGADO *et al.*, 1997, p. 7).

Segunda noção - "psicossocial" - parte da percepção de que todo "cuidado" que se pretende "atenção" deve trabalhar no sentido da reintegração das duas dimensões da existência moderna, concebendo o sujeito como uno: a dimensão psíquica e a dimensão social.

Respalda na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, adota como paradigma da loucura a “existência - sofrimento do sujeito em relação ao corpo social”. Segundo Amarante (*apud* RAMALHO, 1997, p. 45):

De doença mental para existência - sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas, e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não - equilíbrio. A existência - sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da ‘cura’ para a produção de vida, de sociabilidades, de subjetividades, sendo esse o objetivo terapêutico.

Tomando, então, a loucura como uma questão da existência, esse novo modelo desloca o olhar dos sintomas para o sujeito, redimensionando as noções de cura e de tratamento, considerando como objeto de intervenção o usuário em suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais. Considerando a impossibilidade da cura da psicose no sentido do retorno à “normalidade”, redefine o tratamento enquanto função de acompanhar o sujeito, no sentido de possibilitar-lhe um mínimo de qualidade de vida dentro da sua condição de psicótico. Conforme afirma Basaglia (2005, p. 46),

Se [...] havia-se posto ‘entre parênteses’ o contexto social em que a doença mental se instaura, a fim de abordar o desenvolvimento do fenômeno puro no doente mental, agora, invertendo os termos, tentaremos isolar e colocar entre parênteses’ a doença mental, para analisar suas relações com o contexto social em que se desenvolve.

A ideia de redimensionamento parte, necessariamente, do antagonismo ao modelo que estava posto e que não desaparecerá subitamente, cabendo a busca cotidiana e processual da sua superação. Trata-se do modelo hospitalocêntrico, também denominado de “sintomatológico”, que, segundo Goldberg (1994): “[...] não suporta conceber a doença senão como uma figura médica que prescindir do paciente e sua circunstância”. Para esse modelo, segundo o autor, o objetivo do tratamento reduz-se à obtenção de resultados fixados a priori, de acordo com uma mecânica externa à doença propriamente dita. Ainda que acrescida de algumas atividades terapêuticas, privilegia o saber médico e concentra o seu poder no manejo da técnica, concebendo o tratamento como “monitoramento dos sintomas e ajuste de medicação”. Essa prática leva a um ciclo de repetições e insucessos que caracterizam a “carreira” dos chamados “pacientes psiquiátricos graves”, cuja consequência conhecida é a cronificação. Ainda segundo Goldberg (1994), a

modificação deste quadro requer o oferecimento de "condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos".

Desenvolveu-se, então, o conceito de Rede: "conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilita a extinção do hospital psiquiátrico" (LOBOSQUE, 2003, p. 156). A noção de Rede inclui, além dos equipamentos de Saúde e Saúde Mental, a intersetorialidade, inscrevendo-se "nas estratégias de uma política pública comprometida com esta transformação, dentro dos princípios de um sistema único de saúde" (*ibidem, loc. cit.*). Rompe, portanto, com os limites físicos e simbólicos à circulação da loucura, ao considerar como cuidado as ações desenvolvidas fora do espaço físico dos Serviços, abrindo um leque de possibilidades.

Introduz, aí, os conceitos de Território e de Tomada de Responsabilidade: o conceito de Território, neste caso, vai além dos critérios geográficos. Segundo Milton Santos, "é o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele, cidadão, estabelece toda a rede de relações existenciais na comunidade, local de vida das pessoas" (SANTOS, 1997 *apud* RABELO *et al.*, 2005).

A intervenção, nesse caso, não se limitará ao indivíduo em sofrimento mental, atingindo, também, as suas relações sociais. Já a Tomada de Responsabilidade consiste na "responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção" (DEL'ACQUA; MEZZINA, 1991 *apud* TENÓRIO, 2001).

Vale destacar, ainda, três outros conceitos que fundamentaram as novas práticas. São eles: reabilitação psicossocial, autonomia e contratualidade. O conceito de reabilitação sofreu adaptações para adequar-se aos objetivos propostos. Como ressalta Tenório (2001, p. 62-63):

Reabilitação é uma noção herdada pela reforma psiquiátrica de uma tradição médica que lhe é anterior, e mantida apenas porque organiza, inclusive internacionalmente, um campo de discussão pertinente à questão estratégica da cidadania.

Tykanori (1996, p. 56) faz a seguinte construção, considerando a reabilitação como um problema de produção de valor.

A negatividade do lugar social do louco se dá por sua exclusão do universo das trocas sociais. Ele não pode participar do universo das trocas sociais com seus bens, porque não os pode gerir, com suas mensagens, porque são incompreensíveis, e com seus afetos, porque são desnaturados. A exclusão social da loucura se realiza, portanto, como negação do poder contratual do doente mental: “anula-se qualquer valor da pessoa que a assegure como sujeito social (de trocas)”.

Nesse sentido, "Reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia" (*Ibidem*). Ainda sobre autonomia, o autor desenvolve um conceito que se opõe ao senso comum:

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (*Ibidem*, p. 57).

Uma vez que nasce da necessidade de interpelar a clínica estabelecida, questionando seu reducionismo, a Atenção Psicossocial incorpora, na sua construção, uma diversidade de linhas teóricas e de experiências. Segundo Delgado e colaboradores, parte-se do pressuposto de que,

O ‘adoecer mental’ ou ‘psíquico’ não é homogêneo. Sendo assim, as formas de acesso ao ‘sofrimento’ também devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas a efeito por diferentes profissionais e seus diferentes olhares e contribuições (DELGADO; VENÂNCIO; LEAL, 1997, p. 8).

Essa nova conformação do fazer em Saúde Mental recebeu denominações diversas, tais como: Clínica da Reforma, Clínica do Sujeito, Clínica Renovada, Clínica Ampliada, Clínica em Movimento, Clínica Peripatética.

Todo esse suporte conceitual foi se desenvolvendo paralelamente às transformações que se produziam no âmbito técnico-assistencial, visando à oferta dinâmica de respostas às diferentes demandas e aos diferentes tipos de problemas

psiquiátricos - dos mais simples aos mais graves, naquilo que se convencionou chamar de Invenção da Assistência. Destacaram-se três aspectos fundamentais, a seguir.

A criação de novos dispositivos que possibilitassem acolher a dor e o sofrimento e lidar com os transtornos psíquicos graves sem reproduzir a exclusão social. Que se tornassem operacionais, e ao mesmo tempo fluidos, transitáveis, flexíveis o suficiente para manterem-se em ligação com os espaços de interação, circulação e decisão da cidade (LOBOSQUE, 2003). Que fossem menos visíveis pela estrutura física que pela capacidade de inscrever uma outra contratualidade entre a loucura e a sociedade. A essas estruturas chamou-se de Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Buscou-se criar tantas modalidades quantas fossem as demandas que se apresentassem diante do processo de desinstitucionalização, com possibilidade de reconstrução permanente, de modo a garantir, processualmente, que a sociedade viesse a prescindir do manicômio.

Deste modo, surgiram os CAPS, os Hospitais-Dia, Hospitais-Noite, possibilitando o atendimento no território; os Centros de Convivência, como estratégia de articulação com o campo da Cultura, favorecendo a presença social do usuário e a ampliação da própria existência através da arte e da produção; os Serviços Residenciais Terapêuticos, garantindo a reinserção social dos indivíduos cronificados, com laços sócio familiares inexistentes ou frágeis; as cooperativas de trabalho, como alternativa de produção e renda sustentando a diferença. Indo mais além, buscou-se a articulação com as ações da Atenção Básica, através das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família); multiplicaram-se, nas diversas experiências e nos diferentes contextos, as parcerias com as Associações de Moradores e outras entidades da Sociedade Civil, com as Secretarias de Transportes, de Cultura, de Assistência Social, com as escolas, os Centros Sociais Urbanos, enfim, com a Rede que entrelaça os habitantes da cidade para atender às suas variadas e diferentes necessidades (*Ibidem*).

Para operar nessa nova “arquitetura”, fez-se necessário uma lógica de atendimento também substitutiva, que pudesse reconhecer a importância da técnica e do conhecimento existente - dentre os quais destacam-se a psicofarmacologia e a

psicanálise - incorporando-se, ainda, outros saberes, inclusive aqueles não originários da área de saúde. Conhecimentos que pudessem auxiliar no atendimento das diferentes demandas que se desdobram no além - muros, de forma a exercer um cuidado sem domínio e sem opressão.

Tornou-se premente recuperar a dimensão do Cuidado, não apenas empírico, validando a sua dimensão transformadora. Tratou-se, ainda, de estabelecer uma referência de agir diante de cada caso singular, considerando a dimensão subjetiva que cerca as dificuldades da existência no espaço social. Uma ação que levasse à conquista da autonomia possível para cada sujeito em sofrimento, entendendo-se, aí, a representação particular de Autonomia que cada usuário tem, indo desde a capacidade de trabalhar e cursar uma faculdade até a condição de frequentar um Serviço desacompanhado.

Assim configurado, o campo da Atenção Psicossocial passou a requerer dos profissionais uma outra postura, um outro compromisso. Luiz Cerqueira denominou “trabalhadores de um novo tipo”, aqueles profissionais habilitados a realizarem “novas tarefas que implicam novas concepções, aceitando-se etiologias e tratamentos múltiplos, sem reducionismos exclusivistas” (CERQUEIRA, *apud* DELGADO; VENÂNCIO; LEAL, 1997, p. 421).

Ao requerimento de Luiz Cerqueira de constituição de um “novo tipo” de profissionais, pode-se associar a definição gramsciana, que reivindica para o assim concebido “novo tipo de intelectual” (GRAMSCI, 2000), um “atuar orgânico”. Assim, para além de uma maior fluidez nas atividades práticas, o profissional – intelectual comprometido ética e politicamente com o projeto, incorpora uma “inserção ativa na vida prática, como construtor, organizador, ‘persuador permanente’ [...] dirigente” (*Ibidem*, p. 150-151).

O imperativo da transdisciplinaridade e do desapego à cristalização do saber produziu e ainda produz, naturalmente, no seio profissional, dúvidas, debates e resistências. Chega-se a tomar a imprevisibilidade das novas experiências, que não se adaptam aos dispositivos clássicos como o consultório, a sessão, o *setting*, como ausência de fundamentação teórica. No campo teórico, sobretudo nos primeiros

anos do processo de reforma, persistiu um debate entre posições extremas: de um lado, o apelo de politização da assistência em torno reivindicação de Cidadania para os loucos; de outro, a busca da preservação de certa ortodoxia na clínica. Contudo, afirma Bezerra Jr. (1994 *apud* TENÓRIO, 2001). "se em algum momento essa polaridade assumiu ares de oposição, o amadurecimento e as exigências do processo de reforma fizeram com que desse lugar a uma certa 'complementaridade de iniciativas'". Tenório (2001, p. 15) propõe:

[...] que a diversidade prática e teórica da reforma psiquiátrica como luta pela cidadania pode ser reunida em um enunciado, uma espécie de programa comum, que é 'incluir o sujeito'. Na redefinição com que opera o conceito de sujeito, esse enunciado se presta a expressar tanto a dimensão política e cultural mais ampla trazida pela questão da cidadania, que envolve a relação da sociedade com a loucura e o reconhecimento do louco como sujeito de direitos e sujeito social, quanto a dimensão mais específica de como operar na singularidade de cada caso, uma outra possibilidade de existência que não a anulação do sujeito pela doença.

No campo jurídico-político, como já descrevemos, a aprovação de diversas Portarias e da Lei 10.216, possibilitaram, além da legitimação do modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, a ampliação da discussão sobre os efeitos da cultura manicomial, rompendo a barreira de silêncio que se impunha sobre a transgressão cotidiana aos direitos humanos que ocorre no interior dos hospitais psiquiátricos. Como cita Lobosque (2003, p. 155-156),

Desde o nascimento do asilo até nossos dias, as instituições destinadas aos loucos são aquelas em que as leis e os costumes da cidade podem ser transgredidos: a começar pela privação da liberdade sem o estabelecimento jurídico de um delito (a internação involuntária), passando por todos os atos do cotidiano da vida hospitalar (a contenção no leito, o isolamento em enfermarias, as restrições à comunicação e à circulação e etc.). Tudo isso se faz com a naturalidade de um costume secular, que já não desperta sequer estranheza - às graves ilegalidades, somam-se as pequenas descortesias; ao profundo abandono, os contatos superficiais.

No aspecto jurídico, questionam-se conceitos tradicionais como o de periculosidade, incapacidade, que ocasionaram a criação de meios jurídicos que justificam a tutela, a curatela e a medida de segurança, por exemplo.

Trabalhar na perspectiva do território implica em convidar a sociedade a rever a sua tolerância ao convívio com as diferenças. Supõe, portanto, a necessidade da Intervenção na Cultura, cuja tarefa "é debater as representações e as práticas

sociais já produzidas em torno do tema da loucura” (AMARANTE, 2003, p. 69). Nessa perspectiva é que, na dimensão sociocultural, destacou-se a força do movimento social organizado que, possibilitando de forma inédita o protagonismo dos usuários e familiares dos Serviços de Saúde Mental em torno da Luta “Por uma sociedade sem manicômios”, impulsionou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, imprimindo-lhe as características acima relatadas.

4 NO OLHO DO FURACÃO: AS TENSÕES ENTRE O MODELO DE TRABALHO COLETIVO E AS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS REBATIMENTOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A luta pela desinstitucionalização pressupõe, no campo da Saúde, o enfrentamento entre o Modelo de Trabalho Coletivo e as Estratégias de Promoção da Saúde. Deve-se considerar que o paradigma asilar é coerente com a construção dos processos de trabalho em saúde, calcados na perspectiva do trabalho coletivo, a partir do modelo biomédico, que se caracteriza pela verticalização, focalização e submissão ao saber médico, tendo o hospital como o lócus da organização do trabalho. Assim, as diretrizes do trabalho são voltadas para a doença e o trabalho é objetivado a partir de processos de trabalho diferenciados para cada categoria profissional, tendo em vista as suas especificidades, e sem ultrapassar as barreiras previamente determinadas.

Como foi visto, a construção do trabalho em saúde nestes moldes se deu a partir do Século XVI, no período de transição para o capitalismo, a partir da constituição de uma nova racionalidade científica. No Brasil, este modo de organização do trabalho em saúde consolidou-se a partir da década de 1940, com a construção dos primeiros hospitais, ligados às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's (MATOS, 2013).

Opõem-se a este modelo as estratégias desenvolvidas em torno do objetivo de promoção da saúde – redimensionando o objeto de intervenção, que passa a ser o sujeito em sua dimensão de totalidade. Este paradigma valoriza o trabalho em equipe numa perspectiva interdisciplinar, centrado nas necessidades da população, definidas através de processos participativos. A população é considerada, então, participante ativa no processo de produção de saúde, por meio de seus saberes e práticas sociais. Pressupõe, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e o redimensionamento da intervenção para além das práticas curativas (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010). Propõe, portanto, a substituição do modelo hospitalocêntrico e curativo, anteriormente citado, considerado de alto custo e pouca resolutividade, pela construção de uma rede de serviços territorializados de atenção e cuidado.

Requer, o segundo modelo, a superação da perspectiva técnico-burocrática, cujo controle se dá pela produtividade, em favor da construção de modos de cuidado baseados na escuta, diálogo e negociação, calcado na corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. A premissa é que a produção de saúde implica na produção de sujeitos (BRASIL, 2004). No Brasil, são representativos deste paradigma as Estratégias adotadas no âmbito do SUS a partir da década de 1990, como a Estratégia de Saúde da Família – ESF, a Estratégia de Atenção Psicossocial – EAP e a Política Nacional de Humanização do SUS – PNH.

Destaque-se, aqui, outra dicotomia que se inscreve na transição entre os modelos: a necessária superação da prática multidisciplinar - muito bem representada na compartimentalização dos processos de trabalho - encontra resistência no seio dos profissionais, diante do imperativo de uma maior fluidez nas fronteiras entre os diversos saberes e práticas, prenunciando novas configurações na divisão sócio-técnica do trabalho e impactando nas disputas de espaços profissionais (reserva de mercado). Tal embate já representa, por si só, intensas transformações no mundo do trabalho.

O modo como se constrói a relação dos profissionais com determinado modelo, além do contexto sociocultural – implicando em uma escolha ideológica – passa, necessariamente, pelo campo da política. Nesse sentido, em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, podemos considerar o Movimento Antimanicomial como um “divisor de águas”, marcando, a partir daí, nas diversas dimensões, a necessária identidade dos atores sociais com um dos projetos/modelos em disputa. Nesse sentido, podemos aqui elencar alguns parâmetros para nortear a análise do papel dos profissionais nesse processo.

Um primeiro ponto que sinaliza a ruptura com o projeto anterior à Reforma Psiquiátrica, e que marca a identidade com o projeto reformista é a crítica intransigente ao hospital psiquiátrico. Essa tomada de posição, inscrita como princípio do Movimento Antimanicomial, que permitiu, inclusive, a sua expansão como dispositivo de controle social (LOBOSQUE, 2001), segue como elemento inegociável na identificação das práticas substitutivas (e não complementares) ao modelo hospitalocêntrico.

Essa perspectiva traz, em si, a necessidade, por parte dos trabalhadores dos novos Serviços, de uma clareza das diferenças que marcam o tratamento institucionalizado e o tratamento em liberdade, o que remete à influência de conteúdo teórico e cultural na análise da micropolítica do cuidado em saúde. Mais do que a necessidade de processo de educação continuada, essa micropolítica deve envolver, de acordo com a análise de Merhy (2007), uma dimensão autopoiética²⁹. O autor refere-se a uma relação entre cuidadores e usuários - que diverge da tradicional relação sujeito – objeto que marca a psiquiatria tradicional – envolvendo a noção de tutela e autonomia como uma tensão permanente do trabalho em saúde enquanto ato cuidador. Refere-se a uma relação de complementaridade e transformação recíproca entre sujeitos que cuidam e aqueles que demandam cuidados, amparada e multiplicada em rede.

A tutela autonomizadora, no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si – aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar libertação – para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar, na produção do processo liberador, coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento de as máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro. O que de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, nós e os outros, em alteridades (MERHY, 2007, p. 28-29).

Tal perspectiva apresenta-se como uma resposta do novo paradigma à crítica formulada por Basaglia a respeito da relação de tutela promovida pelo modelo asilar, basicamente reconhecida na influência do psiquiatra sobre o doente mental, e que acaba por estender-se aos demais profissionais, conforme explicitou Goffman (1961). Está explícita na formulação de Basaglia (1979), a análise, sob influência gramsciana, das relações de classe que determinam e atravessam a construção do modelo manicomial.

[...] Quando o psiquiatra entra no manicômio encontra uma sociedade bem definida: de um lado, os loucos pobres; de outro, os ricos, a classe dominante com os meios para tratar os pobres doentes loucos. Sob esse prisma, como podemos pensar que a psiquiatria possa ser libertadora? O psiquiatra estará sempre numa posição privilegiada de dominante frente ao

²⁹ Termo originário da biologia e tomado de empréstimo pela administração pública para designar sistemas organizados e autossuficientes que se caracterizam por reciclar seus próprios componentes, destacando-se em relação ao meio exterior.

seu doente. Isso também faz parte da explicação da história da psiquiatria. A história dos poderosos, isto é, dos médicos, e nunca dos doentes. Partindo desse ponto de vista, tenho a dizer que a psiquiatria, desde o seu nascimento, é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres, isto é, a classe operária que não produz (*Ibidem*, p. 14).

Para que se configure um tipo de cuidado como o proposto por Merhy (2007), há que se superar uma visão tecnicista da assistência como um ato em si mesmo, caracterizada como uma relação revestida de poder que submete o receptor do cuidado em nome de um suposto saber, de fundo positivista que se manifesta, nas organizações de saúde, da seguinte forma:

(1) Na concepção da saúde / doença como fenômeno apenas biológico individual em que o social entra, compreendido como modo de vida e apenas como variável, ou é desconhecido e omitido; (2) Na valorização excessiva da tecnologia e da capacidade absoluta da medicina de erradicar as doenças; (3) Na dominação corporativa dos médicos em relação aos outros campos de conhecimento, adotando-os de forma pragmática [...]; no tratamento subalterno dado aos outros profissionais da área (enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, atendentes etc.); em relação ao senso comum da população, numa tentativa nunca totalmente vitoriosa, de desqualifica-lo e absorvê-lo (MINAYO, 1992, p. 49).

Os novos serviços de atenção passam a configurar-se, então, como dispositivos de tensão entre novas práticas e velhos hábitos, que colocam os seus trabalhadores, no dizer de Merhy (2007), no “olho do furacão”. Para esse autor,

[...] quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir saúde, ou [...] quem de seu lugar faz uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde, só pode estar no olho do furacão (*Ibidem*, p. 55).

São, portanto, lugares de incertezas, conflitos e desafios, que devem fugir cotidianamente das “verdades absolutas” que punham os operadores do modelo oposto em uma “zona de conforto”. As transformações, portanto, só se efetivam se configurado um processo coletivo, auto reflexivo e construtor de redes.

Para ficar mais claro, deixo explícito que trato saúde como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida; e que traduzo também como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam vidas e como tal produzem-na, produzindo-se. Este é um dos olhares que faço sobre a noção de autonomia: a multiplicação de redes de dependência, como diria Saraceno, Tikanory, entre outros (*Ibidem*, p. 31).

Os denominados “trabalhadores de um novo tipo” são instigados, pois, a incorporar uma postura reflexiva no cotidiano, construindo para isso estratégias para o exercício de uma “Inteligência militante” (SILVA, 2007) desafiando-se a materializar a reflexão nas ações cotidianas. Essa vocação auto-reflexiva dos novos serviços é fundamental para a tarefa de construção de práticas que, de fato, oponham-se às práticas manicomiais.

Enquanto o hospital psiquiátrico favorece a exclusão social e a estigmatização do sujeito com sofrimento mental, o serviço substitutivo deve oferecer suporte para que o indivíduo ocupe o espaço social, sustentando sua diferença (LOBOSQUE, 1997).

Ao contrário da coletivização do uso de métodos e técnicas, sempre com ênfase no sintoma, buscando conter, adaptar, controlar, deve promover a individualização dos Projetos Terapêuticos, levando em conta as necessidades de ordem bio-psico-socio-políticas de cada indivíduo. Em substituição a uma prática limitada ao interior do hospital, distanciada da realidade onde está inserido o indivíduo, opõe-se a execução de ações internas e externas, interagindo com os recursos comunitários, transformando as relações com a família, trabalho, vizinhança, sexualidade, política etc.

Contra a intervenção centrada no paciente, uma intervenção que busca pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais seja possível a presença da loucura (LOBOSQUE, 1997). Contra uma prática aprisionada pela “impossibilidade de cura”, deve-se deslocar a busca da “cura” para a possibilidade de construção de uma autonomia possível. Contra a cristalização de saberes, aplicados isoladamente, privilegiando o papel do médico, uma prática interdisciplinar, que valoriza outros saberes e está aberta à constante “Invenção da assistência”.

Para substituir o distanciamento entre profissional e *paciente*, deve-se buscar a valorização do vínculo como o mais importante instrumento de trabalho, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências, onde todos compartilham espaços, cotidianos e possibilidades reais (*Ibidem*). Enfim, ao invés de uma clientela definida como psicóticos agudos ou crônicos, os novos serviços

devem estar abertos aos mais variados processos psíquicos de sofrimento mental, perda de autonomia e impedimentos da vida como experiência satisfatória.

Ressalte-se que as experiências ressignificadas não devem constituir-se em receitas, posto que se deve ter em mente a singularidade das situações que se apresentam. Em última instância, devem guiar-se para os interesses do usuário – aquele que dá sentido ao trabalho em saúde. Entre as dificuldades postas para os trabalhadores nesse contexto, segundo Merhy (2007), figura a co-existência de distintas e importantes singularidades, num cotidiano povoado por intensas demandas de cuidado, além do próprio imaginário do trabalhador quanto à suficiência do seu agir clínico. Como estratégia para a organização do processo de trabalho, tendo em vista tais questões, pode-se lançar mão de supervisão institucional.

Apostar alto, desse jeito, é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde no campo da saúde mental, que consigam, com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida e interditar a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ocorra (*Ibidem*, p. 57).

Merhy (2007, p. 61) propõe alguns indicadores analíticos desta realidade. Alegria como indicador na luta contra a tristeza e o sofrimento – “uma equipe alegre não se exaure e atua na crise como oportunidade”.

Tomando a alegria como indicador na luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde, podemos utilizá-la também como analisadora das suas práticas. Não que, com isso, imagino que o coletivo seria um bando de “penélopes saltitantes”, mas que penso o quanto, na dobra tristeza/alegria desse coletivo, no seu fazer cotidiano, podem estar algumas chaves auto-analíticas para remetê-los a uma discussão de seus processos de trabalho e implicações (*Ibidem*, p. 61).

Outro indicador seria a noção de exaustão do trabalhador, podendo-se partir da concepção do “*burn out*”³⁰ como expressão, no campo da saúde do trabalhador, de

³⁰ Segundo Ishara, Bandeira e Zuardi (2014, p. 221), “o estresse ocupacional, quando atua continuamente no dia a dia do trabalhador, pode conduzir a uma experiência de exaustão, denominada *burnout*. Os trabalhos de Freudenberg constituíram-se como um marco no desenvolvimento dos estudos sobre o *burnout*, caracterizando a Síndrome de *Burnout* como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda de interesse pelas atividades de trabalho, em resposta à cronificação do estresse ocupacional”.

processos de trabalho altamente exploradores e alienadores, para analisar a possibilidade de expressões do coletivo sobre suas dificuldades, de modo que, interrogando as causas de sua tristeza e exaustão, oportunizem a construção de saídas antimanicomial. Merhy (2007) propõe, então, analisar a produção do alívio produtivo antimanicomial - sem receitas - no âmbito das equipes dos serviços “antimanicômios”.

Organizar CAPS que aliviam os demandantes, sem construir mecanismos decapturantes do trabalho vivo em ato, impede a possibilidade de o trabalho em Saúde Mental tornar-se um dispositivo de intervenção antimanicômio; isso coloca, como uma grande tarefa, a construção cotidiana de alívios, para o trabalho vivo em ato gerar novos caminhos (*Ibidem*, p. 64).

Esse processo deve dar conta de “explorar produtivamente a situação de crise do cuidador” (MERHY, 2007, p. 65), compreendendo as “crises” no seio das equipes como “dispositivo em rotação”, que, ao “inventarem” novas formas de cuidado, mobilizam outros componentes da rede no mesmo sentido, investindo na “construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores” (*Ibidem, loc. cit.*). O contrário disso, segundo o autor, é a exaustão da equipe para gerar alívio nos outros, realidade característica do fazer manicomial.

5 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM BELO HORIZONTE

Conforme antes mencionado, a implementação da Reforma Psiquiátrica é assinalada como especialmente avançada e bem sucedida na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais. Belo Horizonte constitui uma das capitais mais importantes do país, com uma população estimada para 2019 de 2.512.070 habitantes, segundo dados do IBGE³¹. Segundo os dados de 2016 do Instituto, tinha PIB *per capita* de 35.122,01 e, em 2010, apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de 0,810. Para melhor entender o contexto socioeconômico e político que viabilizou esta trajetória, considere-se a análise que se segue.

No Estado de Minas Gerais, o Modelo Asilar consolidou-se, gerando um parque hospitalar que, na década de 1990, contava com 36 hospitais psiquiátricos, totalizando 8.100 leitos no Estado, localizados, sete destes hospitais, em Belo Horizonte. Em 1991, mais de uma década após o contundente posicionamento de Franco Basaglia acerca da degradação da assistência nessas instituições, numa fala que responsabilizava os profissionais envolvidos, a Coordenação Estadual de Saúde Mental decide fazer uma vistoria em todos os hospitais.

A partir de uma Portaria do Ministério da Saúde de Janeiro de 1991, que definia a quantidade de AIH³² [...] que seria distribuída mensalmente para cada Estado da Federação, e a partir do reconhecimento da total inexistência de estudos epidemiológicos e a escassez de dados qualitativos e quantitativos sobre o serviço prestado nos hospitais psiquiátricos³³, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais publicou uma Resolução em maio de 1991 nomeando uma Comissão Especial de Saúde Mental, que

³¹ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 13 set. 2019.

³² Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

³³ Sampaio (1998, p. 18) traz a seguinte definição de Epidemiologia: “Epidemiologia é uma ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, determinação e modo de expressão, para fins de prevenção, planejamento e produção de conhecimento de qualquer elemento do processo saúde/doença, hierarquizando valores (que permitem diferentes possibilidades de saúde e sobrevivência) e contravalores (que permitem diferentes possibilidades de doença e morte) em relação a momento histórico e população significativa”. Na publicação, analisando dados de pesquisa realizada em 1992, afirma, a respeito da incipiente aplicação da epidemiologia para a Saúde Mental: “os psiquiatras, abismados na clínica, ocupados no refinamento de instrumentos que permitissem recortar sintomas e toma-los pelas doenças, confundidos pela natureza imprecisa, evanescente, do objeto, têm dedicado pouco interesse em elucidar a totalidade complexa do processo saúde / doença mental como fenômeno coletivo. A proporção de publicações contemporâneas dedicadas ao enfrentamento desses problemas é diminuta.” (p. 39).

propôs a realização de um diagnóstico da rede hospitalar psiquiátrica pública e privada *in loco* (ABOU YD, 2014)³⁴.

Ambas as iniciativas, do Ministério da Saúde e do Governo Estadual de Minas Gerais, decorriam do processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado no ano anterior, pela Lei 8.080/90. O SUS inaugurava a década de 1990 com novas perspectivas para a Saúde Pública, como garantia da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização de recursos e decisões, priorizando-se o nível local, e do controle social, pressupostos decisivos para a consolidação do modelo de Reforma Psiquiátrica que já se delineava.

A Portaria Ministerial acima referida é a Portaria 19, de 8 de Janeiro de 1991, que, juntamente com a Resolução 258 e um conjunto de outras Portarias (15, 16, 17, 18 e 20), compunham a Norma Operacional Básica (NOB – SUS) 01/91. De acordo com Andrade (2007, p. 52),

Os critérios de distribuição de AIHs anteriores à NOB-SUS 01/91 eram totalmente vinculados à produção de serviços. Assim, os estados e os municípios que mais produziam internações recebiam maior número de AIHs. Esta NOB adotou como critério que as internações hospitalares seriam dimensionadas pelo parâmetro de 10% da população/ano³⁵. [...] As AIHs foram alocadas por estado pelo critério populacional e repassadas aos municípios que atenderam a pré-requisitos estabelecidos a cada mês, na proporção de 80% do duodécimo mês, ficando os 20% restantes para compensação estadual. Os valores dos recursos que foram repassados a estados e a municípios referentes às AIHs foram diferentes em consequência da maior ou menor complexidade dos serviços oferecidos³⁶.

Vê-se, portanto, que o reordenamento do financiamento da Política Pública de Saúde a partir da regulamentação do SUS impactava diretamente nos cofres municipais e estaduais e forçava uma reorientação do gestor. Dessa forma, já induzia o início de um controle da gestão sobre os hospitais psiquiátricos públicos e privados, até então inexistente.

³⁴ Fala de Mirian Nadim Abou Yd na Mesa Venite a Vedere, durante o Seminário 35 anos de Basaglia no Brasil, realizado em Belo Horizonte – MG, entre os dias 3 e 5 de dezembro de 2014.

³⁵ “A partir desse percentual, multiplicando-o por um valor médio, chegou-se ao teto orçamentário para a Assistência Hospitalar de cada Estado.” (ANDRADE, 2007, p. 120).

³⁶ “Nesse sentido, o artigo 35 da Lei 8.080/90 estabelece que 50% seriam distribuídos pelos critérios: a) perfil demográfico; b) perfil epidemiológico; c) características quantitativas e qualitativas da rede; d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior e) Níveis de Participação do Setor no Orçamento; f) Previsão de Plano Quinquenal.” (ANDRADE, 2007, p. 120).

Como salienta Abou Yd (2014, *passim*):

Pela primeira vez, então, o poder público assumia a sua obrigação de, pelo menos, conhecer que tipo de assistência era prestada por um setor que recebia dos cofres públicos aquilo que correspondia ao segundo maior gasto na área da saúde. No Brasil, tínhamos, na época, mais leitos psiquiátricos que pediátricos – cerca de 80.000 leitos.

Psiquiatra e Psicóloga, Abou Yd estava entre os profissionais - cerca de uma centena – que se envolveram nesse projeto, deslocando-se por todo o Estado, no período de junho a setembro de 1991, conhecendo os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais e entrevistando, de acordo com o recorte da pesquisa, cerca de 4.300 pacientes internados há mais de 45 dias. Para a vistoria, constituiu-se uma Força Tarefa, que definiu a organização de três ações: entrevista com os usuários; análise dos prontuários e avaliação das condições de funcionamento dos hospitais. A Comissão subdividiu-se para a elaboração dos formulários necessários, composição das equipes por Unidade a ser visitada, convocação de trabalhadores e organização estratégica: calendário de visitas, tempo necessário para avaliação de cada Serviço e negociação política com cada hospital.

Um dos dados ressaltados pela pesquisa foi a distribuição desordenada dos leitos psiquiátricos credenciados no Estado. 73% destes concentravam-se na região denominada “buraco negro” – Belo Horizonte, Juiz de Fora e Barbacena, que abrigava pouco mais de 30% da população do Estado. Quanto à estrutura física, as equipes constataram que nenhum hospital psiquiátrico atendia às normas técnicas então vigentes.

E na imensa maioria dos hospitais, nós observamos uma típica arquitetura, óbvio, de confinamento... Aquilo que nós já sabíamos: porta de ferro, tranca, grades nas janelas, nos postos de enfermagem, cama, mesa, banco de alvenaria, iluminação inexistente ou insuficiente, sem ventilação, área mínima para os leitos, leitos insuficientes, presença de celas fortes, assim, óbvias. Em todos existiam, de uma maneira ou de outra, mas aquelas celas fortes com grades e com trancas em 14 hospitais. Em outros tantos, esgoto a céu aberto (ABOU YD, 2014, *passim*).

Da análise dos prontuários e entrevistas com os internos, apreendeu-se que, apesar do registro recorrente do chamado “risco de heteroagressividade” como justificativa para as internações, a maior parte dos pacientes não apresentava efetivamente

qualquer risco para si ou para terceiros. Havia uma média de tempo de internação de seis anos, com prescrições medicamentosas que se mantinham inalteradas por até oito meses. Tinha-se, então, mais da metade do total de leitos credenciados ocupados por pacientes de longa permanência, sem justificativa para tal e que nem mesmo contavam com revisões periódicas criteriosas do único recurso terapêutico legítimo naquelas instituições: a prescrição medicamentosa. Conforme Abou Yd (2014, *passim*):

Mesmo naquela época, quando não dispúnhamos de qualquer Serviço Substitutivo – não tínhamos qualquer experiência com isso, com a desinstitucionalização – a gente já dava conta de propor a alta hospitalar para 82% dos pacientes internados.

Naquele período, a Saúde Mental, em Belo Horizonte compunha-se de dois segmentos, totalmente desarticulados entre si. De um lado, um contingente de profissionais lotados nos Centros de Saúde, a pretexto do exercício de prevenção e controle, porém, isolados em relação ao restante das equipes, “sem nenhuma proposta clínica ou diretriz institucional concreta que orientasse suas ações” (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 246), que acabavam absorvendo os casos “leves” – crianças consideradas problemáticas, mulheres diagnosticadas como deprimidas - em acompanhamentos agendados segundo a lógica da ordem de chegada, que se prolongavam de modo a estarem com as agendas sempre lotadas. De outro lado, os numerosos hospitais psiquiátricos, para os quais se destinavam os casos ditos “graves” (*Ibidem, loc. cit.*), sendo, por eles, tutelados ou abandonados.

A vistoria aos hospitais foi uma experiência inédita e pioneira. O impacto do conhecimento da realidade naquelas instituições sobre os participantes da pesquisa, trabalhadores do SUS-MG, já inscrevia um importante aspecto para o movimento de transformação que estaria por vir. Para muitos, iria representar um divisor de águas na atuação profissional, selando-se um compromisso orgânico com a mudança daquele cenário.

Pois bem, o que encontramos horrorizou a todos e a imensa maioria das pessoas envolvidas [...] nunca mais seríamos os mesmos. E o compromisso com as mudanças necessárias era pactuado nas longas noites que a equipe passava conversando entre a vistoria de um hospital e outro e entre uma cidade e outra (ABOU YD, 2014, *passim*).

Da constatação da falência daquelas instituições como recursos de tratamento, surgiu a necessidade de conhecer uma experiência diversa, que representasse uma ruptura com aquela lógica. Organizou-se, então, através da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG - excursões para que os mesmos profissionais envolvidos na vistoria aos hospitais pudessem conhecer a experiência que se desenvolvia em Santos (SP) desde 1989. Em setembro de 1991, a primeira das três viagens a Santos levou um grupo composto por duas enfermeiras, quatro terapeutas ocupacionais, dois auxiliares de enfermagem, um psicólogo, um médico residente em psiquiatria e três psiquiatras, a maioria lotada no Hospital Psiquiátrico Raul Soares, de Belo Horizonte.

Para o grupo de profissionais que tinha em mente, a princípio, a inspiração para a construção de um projeto de mudança para o Hospital Raul Soares, o contato com a experiência Santista trouxe significativas reflexões, descortinando um universo de possibilidades. Primeira experiência municipal brasileira de desconstrução do modelo manicomial, o projeto Santista iniciou-se com a intervenção do poder público municipal na Casa de Saúde Anchieta, operando com o propósito de fechamento progressivo dos leitos hospitalares e a construção concomitante de uma Rede de Saúde Mental no território, partindo da afirmação da cidadania das pessoas com transtorno mental, que possibilitasse a produção de uma nova cultura da relação social com a loucura (NICÁCIO, 2003). Assinala Abou Yd (2014, *passim*): “Da mesma forma, outra coisa, também, que nos encantou, era como a população de Santos via com simpatia e respeito o esforço realizado”. Ressalta, ainda, que:

Essa descrição, que nos dias de hoje é um princípio que norteia toda a nossa prática do dia a dia – óbvia, quando falamos de reforma psiquiátrica ou de luta antimanicomial – naquela época, pra nós, filhotes de hospício, nós todos com formação dentro de hospício e, além de tudo, trabalhávamos dentro de hospital – ela era de uma audácia ímpar. Porque ela, não só demonstrava largamente a viabilidade prática da proposta de desospitalização, como resgatava a possibilidade de um serviço público digno e operante (ABOU YD, 2014, *passim*).

Fundamental, para a equipe mineira, também, foi a forma como a Prefeitura de Santos vinha respaldando firmemente as diretrizes de um trabalho sério e comprometido efetivado pelos profissionais. Havia, agora, um contraponto, uma outra possibilidade visível, o avesso da realidade até então conhecida, e uma

também visível disposição dos Servidores Públicos envolvidos, impulsionadores fundamentais para o processo de transformação da assistência à Saúde Mental.

Nós também viramos do avesso! Tínhamos acabado de testemunhar, ao vivo, o surgimento de uma política de saúde mental que prescindia do hospício. Assegurava qualidade na atenção e cidadania e desafiava toda e qualquer forma de tecnicismo e convocava a sociedade a se envolver e se responsabilizar em todo o processo. Retornamos para BH com o firme propósito de não recuar diante da originalidade daquilo que encontramos, propiciando a aceitação efetiva de suas implicações em nossa prática de trabalhadores de saúde mental do serviço público (ABOU YD, 2014, *passim*).

O impacto da realidade e a disposição reflexiva que se instaurou entre os participantes da pesquisa e da visita a Santos pode representar um movimento de superação da reprodução, na atividade profissional, de um folclore³⁷ constituído enquanto senso comum³⁸ em torno da doença mental com o fito de institucionalizá-la, acessando a possibilidade de elaboração, de forma crítica e consciente, de uma concepção de mundo própria. Considerando as relações estabelecidas em torno da doença mental, pode-se considerar que as construções em torno da periculosidade, incapacidade e incurabilidade (cf. p. 23, 78), levaram à crença na institucionalização como resposta única. Para o pensamento gramsciano, segundo Duriguetto (2014, p. 275), ao abrir-se para a possibilidade de participar da elaboração de uma concepção de mundo de forma ativa, crítica e consciente, o indivíduo social:

Identifica a recorrência de uma contradição entre o fato intelectual (a teoria) e a ação. Questiona em que âmbito podemos identificar a verdadeira concepção de mundo, se no âmbito da teoria ou a que está implícita na atividade de cada um.

Pode-se relacionar o compromisso firmado entre os profissionais mineiros envolvidos no contato aprofundado com as duas realidades opostas à construção de um núcleo organicamente comprometido com um projeto de transformação da realidade, conforme estabelecido em Gramsci, através de uma reelaboração teórico-

³⁷ Para Gramsci, o folclore representa um conjunto de manifestações oriundas de uma “filosofia espontânea” – sistemas de crenças, opiniões, modos de ver e agir, representativos de uma concepção de mundo, contidos na linguagem (DURIGUETTO, 2014)

³⁸ Conforme Duriguetto (2014, p. 274), “O senso comum é o “folclore” da filosofia. “O senso comum cria o folclore, isto é, uma fase relativamente enrijecida dos conhecimentos populares de uma certa época e lugar (GRAMSCI, 2000, p. 209). Em Gramsci, os conteúdos de concepção de mundo, senso comum, filosofia, religião, folclore constituem uma “família de conceitos” em torno do tema da “ideologia”. Para uma tematização da questão da ideologia em Gramsci. Ver Liguori (2007, p. 77-98).

prática e sua difusão. À possibilidade de instaurar uma ação intelectual, moral e política, de direção, antes mesmo de ocupar o poder, ele denominou transformismo: “pode haver uma atividade hegemônica mesmo antes da ida ao poder e que não se deve contar apenas com a força material que o poder confere para exercer uma direção eficaz” (GRAMSCI, 2002, p. 63).

Bastante enfatizado em Gramsci é o papel decisivo dos intelectuais – considerados todos os que desempenham funções organizativas, no campo da produção, no campo da cultura ou na administração estatal, construindo processos pedagógicos capazes de colaborar na formação de novos conteúdos – como mediador entre os interesses das classes sociais e o Estado (DURIGUETTO, 2014). Para o autor sardo,

O trabalho educativo-formativo, que envolve a elaboração de uma consciência crítica a partir das premissas concretas de determinada realidade, não pode limitar-se a simples enunciações teóricas de princípios. O trabalho não deve ser de “modo abstrato, e sim concreto, com base no real e na experiência efetiva” (GRAMSCI, 2000, v. 2, p. 206).

Nas duas experiências acima relatadas, emblemáticas para os trabalhadores do SUS – MG, localiza-se o embrião da ousada trajetória que se implementaria no Município de Belo Horizonte a partir da configuração de uma conjuntura política capaz de respaldar um projeto transformador de tamanha proporção. No final de 1992, ocorrem as eleições municipais, com vitória da Frente BH – formada pela coalizão dos partidos PT, PC do B, PSB, PPS e PV - levando à gestão municipal de Belo Horizonte, Patrus Ananias. Tinha-se, então, assim como em Santos, um governo municipal do campo democrático, comprometido com a efetivação de Políticas Públicas garantidoras de direitos e disposto a apoiar projetos participativos. Para a Secretaria de Saúde, foi nomeado Cezar Rodrigues Campos, psiquiatra, também militante da Luta Antimanicomial, que havia participado do histórico Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, no ano de 1987 (cf. p. 50)

Cientes da perspectiva que se abria para um projeto de Desinstitucionalização, fortaleceu-se uma dimensão coletiva entre os trabalhadores de Saúde Mental do município, a maioria deles lotada nos hospitais psiquiátricos e alguns trabalhando nos Centros de Saúde Municipais. Para Gramsci, ao ser despertado para a

recorrência de contradição entre teoria e ação, é fundamental que o indivíduo social vincule-se a um grupo social que lhe possibilite “participar ativamente na produção da história do mundo, [...] e não mais aceitar do exterior, passiva e servilmente, a marca da própria personalidade” (GRAMSCI, 2001, p. 94).

Subsidiados pela leitura crítica da realidade a partir de Foucault, Castel e Basaglia³⁹, um considerável número de profissionais optou por afastar-se do mercado de trabalho privado – pródigo na oferta de empregos - permanecendo ligados apenas ao serviço público “onde, desde então, ancorou-se a contestação ao modelo psiquiátrico vigente” (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 248).

[...] Iniciaram-se experiências interdisciplinares que, embora limitadas pelo enquadramento hospitalar, trouxeram mais e mais colegas de áreas diversas da saúde mental, possibilitando a constituição de um movimento organizado e combativo, que sobreviveu a vicissitudes diversas e fortaleceu-se ao longo do tempo, intitulando-se Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental, seus membros promoviam encontros regulares, faziam-se presentes na cena política com seus questionamentos e reivindicações [...] (*Ibidem, loc. cit.*).

O percurso desde o movimento de “despertar” de uma consciência crítica por parte dos profissionais envolvidos com o processo de confrontação entre a realidade dos hospitais psiquiátricos mineiros e a experiência Santista, que, anos antes, haviam se organizado como Movimento Mineiro de Trabalhadores de Saúde Mental - tendo acessado uma outra perspectiva de análise e intervenção – pode associar-se à construção da identidade filosófica de um grupo implicado com a causa da saúde mental, etapa para a constituição de seus intelectuais orgânicos. De acordo com a concepção gramsciana, pode-se dizer que estava em curso, ali, o processo de desenvolvimento de uma filosofia da práxis (cf. p. 12), em busca da superação do senso comum constituído em torno da saúde mental até então, a despeito de uma alardeada cientificidade vigente no campo psiquiátrico, que convergia para um caminho único, de institucionalização.

No momento histórico em foco, portanto, pode-se verificar a confluência entre a disposição dos trabalhadores - constituídos coletivamente e apaixonados pelo

³⁹ Autores que não eram, e continuam não sendo adotados nos currículos formatados de acordo com o Modelo tradicional de abordagem da Saúde Mental.

potencial transformador daquela nova proposta – e a disponibilidade para a intervenção transformadora pelo bloco que conquistou as instâncias de poder. Tal conexão, para Gramsci, encerra, potencialmente, a possibilidade de concretização do que seria a função mais geral do partido – considerado, para alguns grupos, “o próprio modo de elaborar sua categoria de intelectuais orgânicos” - que consistiria em elevar o nível econômico – corporativo ao nível ético-político (cf. p. 13-14). Como analisa Duriguetto (2014, p. 288):

O partido constitui o instrumento que, na sociedade civil, produz e realiza a “saldatura” entre intelectuais orgânicos e intelectuais tradicionais para transformá-los em intelectuais políticos qualificados, dirigentes, organizadores de todas as atividades e funções inerentes ao desenvolvimento orgânico de uma sociedade integral, civil, política.

Foi assim que, em uma reunião de trabalhadores realizada no interior do Hospital Raul Soares, o Movimento Mineiro de Trabalhadores redigiu um documento contendo uma proposta de Política de Saúde Mental Antimanicomial para Belo Horizonte, e indicando Mirian Abou Yd para assumir a Coordenação Municipal de Saúde Mental. A aceitação, para a pasta, de uma trabalhadora da Rede indicada por seus pares sinaliza a disposição para a Gestão Participativa⁴⁰ e o fortalecimento dos princípios do SUS, que nortearia a Política de Saúde no município a partir dali. Vejamos o reconhecimento expresso pelo então Secretário Municipal de Saúde:

A equipe de governo, além da capacitação técnica de seus integrantes em suas áreas específicas, trazia uma história de militância política voltada para a construção de uma sociedade democrática, com justiça social. Muitos dos que se aglutinaram na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) vinham participando, nos últimos anos, da construção da Reforma Sanitária, e dentro dela, da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso significava, ao mesmo tempo, o alinhamento com o Sistema Único de Saúde (SUS), projeto emergente desse grande movimento nacional, legalizado na Constituição de 1988, e o empenho especial na sua implementação, pois tratava-se de projeto prescrito pela sociedade brasileira para substituir o paradigma neoliberal privatista (CAMPOS, 1998, p. 13).

⁴⁰ Por Gestão Participativa, compreende-se o “Modo de gestão que inclui novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Essa perspectiva vai inserir-se em um dos Princípios da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde – PNH, instituída em 2003. Trata-se do Princípio do Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.

A partir dali, legitimava-se, na Coordenação Municipal de Saúde Mental, a representação gramsciana do “novo tipo de intelectual”. Esta, atuando como preposto do novo governo político iria inserir-se ativamente no terreno da saúde / saúde mental, na interlocução entre sociedade civil e sociedade política, como organizadora e persuadora permanente, visando tornar-se dirigente, almejando a hegemonia do projeto de superação do modelo manicomial local.

A perspectiva de Gestão Participativa incorporada pelo novo governo municipal coaduna com a concepção gramsciana, pela qual a transformação de uma realidade, que conjugue teoria e ação, deve estabelecer estreita interlocução entre os que se colocam como intelectuais orgânicos de um projeto e aqueles para quem o mesmo projeto se destina, aos quais o teórico denominou “os simples”. Desse modo, ao lado de transformações concretas da realidade, inscreve-se, no campo cultural, um “senso comum renovado”, uma outra percepção dessa realidade, fruto da articulação entre a “filosofia espontânea” dos “simples” e o saber crítico do intelectual orgânico colocado a seu serviço. Ressalta Duriguetto (2014, p. 275), “É [...] das observações [...] das experiências, das ações e comportamentos dos ‘simples’, que os intelectuais devem se alimentar para suas formulações teóricas e ações prático – políticas”. Por outro lado,

A possibilidade da construção coerente dessa relação estaria em um atuar “orgânico” dos intelectuais nesses grupos, ou seja, de elaborarem e tornarem coerentes os princípios e os problemas que os “simples” colocam com a sua atividade prática. É dessa relação orgânica entre os intelectuais e os “simples” que nasce a elaboração de uma concepção de vida superior ao senso comum, uma elaboração superior dos grupos subalternos da própria concepção do real (*Ibidem*, p. 276).

Já no segundo ano de mandato da Gestão Popular, Belo Horizonte passa a ser a primeira metrópole brasileira com Gestão Semiplena da Saúde, juntamente com outros 24 municípios brasileiros, corroborando a proposta de descentralização da Constituição Federal de 1988⁴¹. A Secretaria Municipal de Saúde passa a receber, diretamente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde – FMS, todo o

⁴¹ Segundo Andrade (2007, p. 119), “Sair de um sistema totalmente desintegrado, centralizado ora nos serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um sistema com comando único em cada esfera de governo passou a ser um dos grandes desafios após a Constituição de 1988, uma vez que representou a transição do antigo modelo organizacional para esta nova proposta – o SUS”.

financiamento federal para a compra de Serviços de Saúde para a Capital e Região Metropolitana. Sob o controle do Conselho Municipal de Saúde – CMS, o município assume o planejamento, a contratação, a fiscalização e o planejamento de todos os Serviços (CAMPOS, 1998).

Ao tomar para si o papel de gestor do Sistema Municipal de Saúde⁴², a gestão passa a adotar para a Saúde como um todo, um modelo que se afina com a busca de uma intervenção ampliada sobre a Saúde Mental.

Muito se investiu, também, na construção de um modelo de assistência à saúde centrado na ideia do cuidado. Contraindo-se à percepção da doença como um fenômeno estritamente biológico e circunscrito a uma parte específica do corpo do paciente, as equipes de Saúde passaram a desenvolver uma visão mais abrangente da pessoa doente, enxergando as influências variadas do ambiente físico e social, da situação de trabalho, das oportunidades e estilos de vida, das emoções e da afetividade sobre suas condições de saúde (ANANIAS, 1998, p. 7-8).

As concepções sobre modelos de atenção são diversas. Para esta análise, consideremos a definição de Campos (1997, p. 266):

Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria essa coisa tensa, que nem é só política e tampouco só técnica.

Ressalta Paim (2012), entretanto, que essa combinação tecnológica nas práticas de saúde orientadas por determinada lógica não deve se impor como norma ou padrão a ser seguido ou rejeitado simplesmente, devendo, ao contrário, recomendar os “modos de organizar a ação e dispor de meios técnico-científicos existentes para

⁴² “Em relação ao papel dos estados e municípios dentro do Sistema Único de Saúde, o de prestador esteve presente em todas as Normas Operacionais Básicas editadas, tendo sido definido na NOB 91 como única condição dada aos estados e municípios. [...]”

A NOB 01/93 demarca nesse sentido um início de mudança, ao apresentar aos estados e aos municípios três situações de municipalização: incipiente, parcial e semiplena. Nas gestões incipiente e parcial, os estados e os municípios continuam como prestadores do Sistema. Entretanto, na gestão semiplena eles passam a ser gestores das ações e serviços.

O passo mais importante em relação à eliminação da categoria de município prestador foi dado com a NOB 96, uma vez que permitiu que os estados e municípios fossem, de fato, gestores plenos, seja das ações básicas, seja de toda a assistência.” (ANDRADE, 2007, p. 125).

intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta as realidades distintas” (PAIM, 2012, p. 463).

Com essa compreensão, a gestão incorpora a proposta do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental e passa a empreender a concepção de um novo projeto de Saúde Mental, em parceria com usuários e técnicos, na qual se inscreveria, também, uma sensibilidade para a construção a partir das singularidades da realidade local.

Formularam-se os princípios que devem reger a assistência: a busca do consentimento e da participação do usuário em seu tratamento; o convite à abordagem de seus conflitos sem renúncia à sua singularidade. Definiram-se as prioridades assistenciais: casos de psicóticos e neuróticos graves. Decidiu-se quanto aos dispositivos que possibilitariam a extinção do modelo manicomial: os centros de referência em saúde mental, territorializados, voltados para o atendimento das crises mais graves; os centros de convivência, favorecedores da produção cultural; a reestruturação do atendimento nos centros de saúde; os lares abrigados e pensões protegidas, as cooperativas e empresas sociais. Sustentou-se a necessidade do acompanhamento e fiscalização por parte do Poder Público no âmbito dos hospitais psiquiátricos. Foi questionada e repensada a atenção à criança e ao adolescente. Defendeu-se o constante investimento no ensino, na pesquisa, nas publicações, enquanto prática que ouse avançar no pensamento. Foi firmado o compromisso com as iniciativas culturais, sociais e políticas, voltadas para formas distintas de abordagem da loucura (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 247).

Estavam dadas as condições para uma “superação dos movimentos espontâneos pela direção política consciente” (DURIGUETTO, 2014, p. 290), ensejando uma ação eficaz e duradoura. No dizer de Gramsci (1975, p. 473): “Da fase corporativa à fase de hegemonia na sociedade civil (ou de luta pela hegemonia) [...] correspondem atividades intelectuais determinadas, que não se pode improvisar arbitrariamente”.

Dentre outras ações de investimento na Rede Própria possibilitadas pela modalidade de Gestão Semiplena, está a construção dos quatro primeiros Centros de Referência de Saúde Mental – CERSAMS em 1996. Outros investimentos, em diversos âmbitos da Saúde, davam conta de organizar a estrutura para a potencialização do processo de distritalização⁴³ - estratégia geral para a transformação do modelo de atenção à

⁴³ Segundo Paim (2012, p. 475), “A proposta de distritalização procurava organizar serviços e estabelecimentos em uma rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração, desenvolvendo, ao mesmo tempo, um modelo de atenção de base epidemiológica”. Tendo iniciado, no Brasil, com o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, diferenciou-se do Modelo de

Saúde - que vinha sendo buscada desde 1989, principalmente por trabalhadores engajados no Movimento de Reforma Sanitária, porém restrita aos serviços próprios (CAMPOS, 1998).

Tratava-se de uma mudança na base conceitual e operacional dos Serviços estabelecidos e ofertados, até então, segundo a lógica neoliberal. Era, na prática, o momento de “organizar serviços, saberes, processos de trabalho coerentes com a nova ética, cujo valor condutor é a defesa da vida.” (*Ibidem*, p. 18). Tal prática impunha a ampliação de espaços de encontro entre as equipes de saúde e usuários, permitindo o diálogo e a construção coletiva, flexível e criativa.

Na esteira desse processo transformador da assistência, priorizou-se a reversão do Modelo Médico – Centrado⁴⁴ para o Modelo Usuário – Centrado⁴⁵. Cumpriria, portanto, dentro dessa lógica, a ruptura com o “autoritarismo sanitário”, pelo qual, sob o objetivo manifesto de Prevenção à Saúde, impunha-se, nos Centros de Saúde, a lógica do agendamento /atendimento por ordem de chegada, sem levar em conta as especificidades e/ou gravidade de cada caso.

Sistemas Locais de Saúde – SILOS difundido pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS “por privilegiar a integralidade e implicar mudança do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na articulação com as demais práticas sociais nas suas dimensões econômica, política e ideológica.” (PAIM, 2012, p. 476). Baseado nas diretrizes da Integralidade, intersectorialidade, participação da comunidade e efetividade, a distritalização, no Brasil, “não se restringia às atividades intramurais, nem a um recorte arbitrário de território, nem à instalação de uma instância burocrática para a gerência que revelam uma concepção topográfica e burocrática de distritos sanitários. Contemplava uma população definida, um território – processo, uma rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários” (*Ibidem*, p. 475-476).

⁴⁴ Por este Modelo, compreende-se “o entendimento simplista de que o problema trazido pelo usuário é sempre de ordem biológica, sem perceber as outras dimensões (mental, epidemiológica, cultural e social), definindo, portanto, um fluxo unidirecional de respostas, agendando todas as demandas para o médico, que se torna o único profissional com real inserção na assistência, negando-se todas as possíveis intervenções da equipe multiprofissional; e a desqualificação do trabalho de toda equipe, em que o saber médico é desperdiçado em demandas que poderiam ser respondidas por outros profissionais, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, os quais, por sua vez, têm suas potencialidades inibidas, pois o acesso é restrito e direcionado para um ato médico, pobre, simplificado e desarticulado do trabalho dos demais profissionais, sem ação de vínculo e responsabilidade. (MERHY, 1994; FERREIRA, 1995; MALTA, 1994)” (MALTA *et al.*, 1998, p. 125).

⁴⁵ Considerando a Política de Saúde Mental, Silva e Abou Yd (2010, p. 478) assim descrevem esta inversão na lógica da atenção: “Ter o usuário e suas necessidades como centro da política, mais do que uma definição ética para o que se vai oferecer, significa escolher abrir mão do poder socialmente delegado aos tutores da loucura de prescrição de modo de vida. Gesto exigente, que desaloja as competências, desorganiza as estruturas e produz insegurança, muitas vezes; mas é por onde se inicia a possibilidade efetiva de um acontecimento”.

Tratou-se de investir na qualificação dos profissionais para a implantação da lógica do Acolhimento⁴⁶.

As Unidades de Saúde passam a trabalhar de portas abertas, acolhendo, de imediato, todas as demandas que chegam aos serviços. Processam-se a escuta e a análise dessas demandas, responsabilizando-se o serviço pelo passo seguinte, que poderá ser o atendimento imediato na própria unidade, o agendamento, o encaminhamento adequado ou outra resposta diferente, de acordo com cada caso e em conformidade com o potencial de cada membro da equipe. Começa a ser mudado o secular processo de desumanização dos usuários, a falta de responsabilização dos técnicos e serviços, de formação das degradantes filas, da organização do atendimento somente mediante agendamento para os médicos e por ordem de chegada. Tem-se, também, a oportunidade de detectar e corrigir as distorções provocadas pelo excesso do viés das programações, que, por vezes, deixa de fora casos concretos, graves, que necessitam de atendimento ou encaminhamento imediato. Enfim, a forma de trabalhar e de organizar os serviços começa a adequar-se às reais demandas enunciadas pelos usuários (CAMPOS, 1998, p. 21).

Para o âmbito da Saúde Mental, muito importava a substituição das lógicas supracitadas, ficando explícita, também, a disposição para a busca da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua efetiva substituição por uma Rede de Serviços abertos, comunitários, acolhedores e democráticos. Com esses antecedentes históricos e a conjuntura favorável, Belo Horizonte tomava para si, também, o desafio de ser a primeira metrópole brasileira a implementar o processo de reorientação do modelo de assistência à saúde mental, consolidando uma rede peculiar de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

A política de saúde mental de BH visa, desde seu início, desmontar o manicômio ampliado – instituição que engendrou um conjunto de dispositivos no plano da política, do mundo do trabalho, da cultura, da contratualidade e sociabilidade em geral, os quais silenciam, excluem e segregam a loucura. Esta desmontagem é o processo estratégico da desinstitucionalização (TURCI, 2008, p. 104).

⁴⁶ O Projeto Piloto construído para o Distrito Leste considerava que “O Acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de Saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população; reorganizar o processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário. O fluxo de entrada não mais se processa de forma unidirecional, agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam; toda a equipe participa da assistência direta ao usuário e são encaminhados para a consulta médica apenas aqueles que dela necessitam. Dessa forma, toda a equipe participa resolução do problema, colocando em prática outros “saberes” existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção.” (MALTA *et al.*, p. 128).

Coube aos atores sociais acima mencionados a tarefa de pensar essa Política para aquela realidade, constituindo-se em intelectuais orgânicos da Reforma Psiquiátrica. Definiu-se, como primeira diretriz, o propósito de não dissociar a Saúde Mental da Saúde como um todo, buscando reverter, nesse sentido, a cultura ali arraigada que mantinha um certo isolamento dos profissionais da área psi, mesmo quando estes compunham as equipes nos Centros de Saúde⁴⁷.

Este afastamento, incorporado à dinâmica das equipes, mantinha imobilizados tanto os profissionais de saúde mental, quanto os demais, inviabilizando trocas que pudessem favorecer as demandas dos usuários. Como estratégia para desmontar essa lógica, a Coordenação recém empossada deliberou por manter-se permanentemente inserida e com efetiva contribuição na discussão mais ampla da Saúde.

Elenca-se entre os feitos do primeiro mandato da Gestão Popular, a criação de quatro CERSAMS e quatro Centros de Convivência, atendendo a seis das nove regiões que subdividem a cidade. Iniciou-se a reestruturação da prática da Saúde Mental nos Centros de Saúde. Desenvolveu-se, ainda, a função de avaliação e controle dos hospitais psiquiátricos municipais, com equipe de supervisores municipais. Especial atenção foi dada à assistência a crianças e adolescentes. No âmbito da capacitação, foram lançadas publicações e promovidos eventos para discussão da nova prática. Realizaram-se atividades intersetoriais com outras Secretarias e outros movimentos sociais, e efetivou-se o apoio às ações de iniciativa do Movimento Antimanicomial (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998).

Os CERSAMS, dispositivos inéditos até então para a comunidade belo-horizontina, funcionavam, naquele período, doze horas por dia, de segunda a segunda, ocupando-se do atendimento às urgências e acompanhamento intensivos de crises cujas características demandavam um cuidado para além da oferta dos Centros de Saúde: risco de passagem ao ato, inviabilidade temporária do convívio sócio familiar

⁴⁷ Data de 1985, período anterior à municipalização dos Serviços de Saúde, a opção por expandir a Rede ambulatorial, lotando em alguns Centros de Saúde, equipes compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, com o intuito de intervir sobre a hegemonia da rede hospitalar privada nesta especialidade. Entretanto, a medida, sem uma reorientação do modelo assistencial, não causou qualquer impacto sobre o número de internações (OLIVEIRA, 2008).

ininterrupto, demanda de atenção contínua ou conjugação entre problemas de ordem psíquica e de ordem social.

Admitindo que o sofrimento mental, enquanto singular e solitário, costuma afastar seu portador dos espaços de convivência, procura-se respeitar esta distância, ao mesmo tempo que se convida o paciente a um retorno gradativo ao trânsito social (*Ibidem*, p. 250).

A Coordenação de Saúde Mental tinha a clareza de que potencializar a oferta de atenção à crise nos moldes substitutivos seria um ponto crucial para a reorientação da assistência⁴⁸. “Nos serviços substitutivos, as crises devem ser objeto de ponto de acesso e acolhimento, na medida em que é pela via da crise que se alimenta o sistema manicomial / hospitalocêntrico” (TURCI, 2008, p. 106).

Enquanto proposta de dispositivo territorializado, substitutivo ao hospital psiquiátrico, o CERSAM desafiava, por sua radicalidade, a equipe técnica e administrativa. Se os técnicos experimentavam a sua capacidade de enfrentar, concretamente, a aposta numa “sociedade sem manicômios”, os gestores precisavam lidar com a novidade, não só na concepção clínica e ideológica, mas também na necessária readequação da Administração Sanitária Municipal - até então adaptada à gestão de Centros de Saúde e algumas referências secundárias de especialidades médicas - para abarcar, enquanto Rede, a atenção à crise. Conforme ressaltam Lobosque e Abou Yd (1998, p. 251):

Jamais se havia colocado ali a questão da sua responsabilidade em face dos casos de sofrimento mental grave, historicamente assumidos pelos hospitais estaduais ou conveniados e alheios às preocupações da gestão municipal. Assim, a questão da urgência, tradicionalmente ausente dos Distritos Sanitários, surgiu-lhes justamente sob a forma de urgência em saúde mental. De qualquer forma, o envolvimento com os Cersams tem sido para os Distritos Sanitários uma experiência ao mesmo tempo desnorteante e produtiva, em que se aprende com a crise a redefinir nortes e rumos.

⁴⁸ Para Souza (2008, p. 112), “É importante ressaltar que a crise é problema e desafio na Reforma, porque ela objetiva tratar em liberdade e recompor os laços sociais do portador de sofrimento mental. Ela não é uma questão para o modelo manicomial e para os defensores deste. No paradigma manicomial, a crise tem uma função prática e precisa. ; ela vai ser o momento da partição: há ou não loucura, o sujeito é ou não é doente mental? Trata-se do diagnóstico absoluto (ainda hoje, o diagnóstico diferencial na prática desnudada do manicômio tem pouco valor prático, talvez nem teórico), sendo a crise o índice, o que revela a loucura e legitima a operação fundamental da prática manicomial que é a internação. A crise mostra a loucura impura e incontornável, o prenúncio do crime e a ruptura da ordem. No entanto, cumprido o papel de “porta de entrada” da internação, ela se torna indesejável e o sistema disciplinar e de controle do manicômio vai tentar silenciá-la a todo o custo”.

Optou-se por manter e qualificar as equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, que trabalhariam em Rede⁴⁹, juntamente com os CERSAM e os Centros de Convivência, na oferta de cuidados à Saúde Mental. Eis aqui um ponto – o da aposta na configuração da Atenção Básica como instância fundamental para a construção da Rede Substitutiva ao hospital psiquiátrico – em que a Reforma Psiquiátrica de Belo Horizonte marca uma independência em relação às experiências de Trieste e de Santos, cujos projetos reformistas não fizeram essa opção. Ao contrário, mantiveram a centralidade nos Serviços correspondentes aos CERSAMS. “A assistência, em seus diversos graus e modos de necessidade – das consultas às semi – internações – é sempre oferecida nesses chamados serviços fortes” (*Ibidem*, p. 251).

Pode-se entrever, nessa ousada escolha, a materialização da diretriz que inspira tanto a construção do SUS quanto a matriz antimanicomial da Reforma Psiquiátrica, da possibilidade de particularização dos caminhos adotados a partir das singularidades das realidades locais. Tal perspectiva, no campo antimanicomial, origina-se na compreensão de que a produção de saúde e o fazer clínico deve ser pensado como um ato político, transcendendo ao reduzido espectro das práticas clínicas, as quais devem ser superadas como única resposta às diversificadas demandas.

Importa ressaltar que a opção pelo investimento na Atenção Básica⁵⁰ deu-se, naquele contexto, por uma decisão política de intervenção da área da Saúde Mental sobre a Política de Saúde como um todo, e não pela adesão a uma concepção de psiquiatria comunitária à americana, baseada em níveis: primário (rede básica);

⁴⁹ Para Silva e Abou Yd (2010, p. 480), “Tratar em rede, além de significar tratar na cidade, é também tratar, cuidar, em espaço próximo ao lugar onde a vida – deles e nossa – acontece. A escolha da ideia de rede como modo de organizar os serviços toma como ponto de partida a negação da arquitetura rígida e hierárquica do manicômio, ou melhor, do sempre vertical e fechado hospital psiquiátrico, mesmo quando moderno e asséptico, e propõe em seu lugar a instituição de estações de cuidado, de pontos de referência horizontais e abertos”.

⁵⁰ Segundo Turci (2008, p. 46), é diversificada a compreensão do conceito de Atenção Básica ao longo do tempo. No Brasil, foi disseminado com o sentido da atenção primitiva à saúde. Quanto à Atenção Básica em Belo Horizonte, “é reconhecida como a rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade. Esta rede, organizada a partir da definição de territórios, ou áreas de abrangência, sobre os quais os centros de saúde têm responsabilidade sanitária, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, bem como levar em conta as necessidades da população”.

secundário (serviços especializados) e terciário (hospital), concepção essa que sustenta a manutenção dos hospitais psiquiátricos, por considerar que o problema não reside na existência de tais instituições, mas no seu uso indiscriminado. Sustenta essa concepção a necessidade de um espaço para “depositar” os casos de maior dificuldade de convivência social.

Alinhando-se, por princípios, à Reforma Santista, a Saúde Mental de Belo Horizonte reafirmava a aposta nos CERSAM como dispositivos destinados a substituir os hospitais psiquiátricos, juntamente com outros Serviços e Estratégias, e não complementá-los. Nesse sentido, compreendia que:

A uma ameaça das relações sociais e familiares não se deve responder com a consumação da ruptura, abstraindo o portador de sofrimento mental de seu contexto e relações, terminando pela desresponsabilização de todos, inclusive do sujeito em questão. As situações de crise servem para ilustrar que, na nossa concepção, o recurso, em níveis de tecnologia e cuidados intensivos, deve ser oferecido a partir da lógica da clínica do caso a caso, do singular, e não a partir da lógica automática de níveis tecnológicos de atenção a percorrer (TURCI, 2008, p. 106).

Tinha-se em mente, entretanto, que, na experiência em questão, não se tratava de incorporar a Atenção Básica como previamente concebida, mas de transformá-la. Ademais, a crítica ao preventivismo na Atenção Básica também era feita pelas outras áreas da Saúde, passando, a ruptura com essa lógica, a caracterizar a direção da Política de Saúde do Município.

Estava posto, portanto, para as equipes envolvidas na reorientação do modelo, o desafio da “reinvenção da assistência”, fundada na disposição e criatividade, difíceis de aflorar quando se preserva “a ideia de uma instância última para onde se pode remeter o paciente, sobretudo se esta instância tem os traços de um aparato hospitalar.” (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 252).

Assim, o esforço de construção abarcando a Atenção Básica, tratava-se da:

[...] aposta da saúde mental num investimento norteador do conjunto das ações da Secretaria Municipal de Saúde: aquele de transformar a concepção e a prática dos Centros de Saúde, inscrevendo-os num movimento sanitário democrático e vivo, comprometido de fato com a população (*Ibidem*, p. 252).

Este posicionamento é corroborado por Turci (2008, p.47), quando ressalta a influência das diversas proposições de intervenção em saúde sobre a Atenção Básica, ressaltando a receptividade da política local para tais influências: “Não sendo possível, nem desejável, a reprodução estrita de um padrão nacionalmente definido. Faz-se necessária a construção permanente baseada em avaliações e análises das novas demandas que são apresentadas para o SUS-BH”.

Considerou-se nessa escolha, a opção por investir na qualificação das equipes pré-existentes nos Centros de Saúde, preparando-os, progressivamente, para a inclusão, em suas agendas e processos de trabalho, das pessoas com transtorno mental grave, mas que não demandavam um espaço do tipo CERSAM. Desta forma, os Centros de Saúde passariam a constituir em mais uma opção de acesso à Saúde Mental no Território, aproximando ainda mais os profissionais do lócus de existência das pessoas com transtornos mentais.

Nessa perspectiva, a requalificação das equipes impunha um trabalho de desconstrução de uma lógica arraigada e construção de um novo fazer. Comparativamente à implantação dos CERSAM, revelou-se um desafio mais complexo, já que os novos Serviços já se inauguravam na nova lógica.

Um importante empreendimento foi a realização de seminários de saúde mental nos vários Distritos⁵¹, aliás diferentes entre si quanto ao número e à capacitação dos profissionais, e quanto ao nível de discussão, receptividade ou resistência às novas propostas. Nestes eventos, a Coordenação de Saúde Mental pôde apresentar seu projeto e expor seus argumentos, assim como os técnicos e os próprios gerentes dos Centros de Saúde, para os quais esta posição não era clara, tiveram oportunidade de expor dúvidas e reexaminar posições. Quesitos tão mínimos quanto básicos foram estabelecidos então: o Acolhimento, implicando a alteração do hábito de “deixar a agenda na portaria”; a prioridade para os casos graves; o compromisso com o atendimento de egressos de hospitais psiquiátricos⁵²e

⁵¹ Em todos os nove Distritos, os Seminários contaram com a presença da Coordenação de Saúde Mental e do Secretário de Saúde.

⁵² Nos primeiros contatos, era comum as gerências negarem a existência de demanda para atenção à Saúde Mental em seus Centros de Saúde. Por outro lado, “Em uma pesquisa realizada nos meses de julho/ 92 a janeiro/ 93 sobre os pacientes do Distrito Sanitário Nordeste que chegavam nas urgências dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, verificou-se que 63% dos que chegavam ao Instituto Raul Soares e 73,2% que chegavam ao Hospital Galba Veloso não estavam em tratamento ambulatorial. Os dados mostraram também que dentre os encaminhamentos feitos pela equipe desses hospitais, após a conduta tomada no ambulatório de urgência ou a internação, o mais comum era o encaminhamento para o ambulatório do próprio hospital. Apenas 4,7% no IRS e 7% no HGV eram encaminhados aos Centros de Saúde do Distrito, o que demonstrava a falta de integração desses serviços. (Cf. GRECO. M. G. *Aplicação de um método de planejamento local para a inclusão*

com os pacientes encaminhados pelos CERSAM; a necessidade de romper com o automatismo da resposta oferecida aos problemas do atendimento infantil. Vários Distritos desenvolveram a prática de reuniões mensais da equipe de saúde mental, com a participação de gerentes e de Coordenadores da Atenção à Saúde. Esta prática, nos locais em que se manteve, proporcionou não apenas uma nova interlocução entre a saúde mental, as gerências e o Distrito, como também a construção de um espaço coletivo, favorecedor de articulações e debates. (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 253-4)

Observe-se que, às resistências expressas por trabalhadores e gerentes, até então distanciados da responsabilidade da atenção à crise, a Coordenação responde oferecendo espaço para diálogo e reflexão, ao mesmo tempo em que exerce um papel diretivo de defesa intransigente de reversão do modelo instalado. Considerando a resistência como própria dos processos de efetiva mudança, cabe-nos reconhecer, aqui, as funções organizativas e conectivas requeridas dos intelectuais nos processos de produção da hegemonia, incorporadas pela gestão, nesse determinado momento, em Belo Horizonte. Para Gramsci (1975, p. 476),

Os intelectuais têm a função de organizar a hegemonia social de um grupo e o seu domínio estatal, isto é, o consenso dado do prestígio da função no mundo produtivo e o aparato de coerção para aqueles grupos que não 'consentem', nem ativa nem passivamente ou para aqueles momentos de crise de comando e de direção em que o consenso espontâneo sofre uma crise.

A partir de 2002, o trabalho voltado para a Saúde Mental nos Centros de Saúde foi potencializado com a implantação do PSF – Programa de Saúde da Família. O trabalho, já ressignificado, de atenção no território, adquiriu uma nova dinâmica com a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, por sua característica inserção e trânsito no cotidiano local⁵³. Para uma das mentoras do processo,

da clientela psiquiátrica nas prioridades da Atenção à saúde no Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. 1994. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Mental) Belo Horizonte: ESMIG." (OLIVEIRA, 2008, p. 18-19).

Para remover essa barreira, a Coordenação fazia o levantamento prévio, através do Sistema de Informação da Gestão Municipal, dos pacientes internados naquele momento, nos hospitais psiquiátricos do município, e que deveriam ser encaminhados, a partir da alta hospitalar, para os Distritos. Definiu-se, a partir dali, que os pacientes de alta hospitalar já saíssem com consulta marcada em um Centro de Saúde.

⁵³ "Cabe ressaltar a importância do novo ator introduzido pela Estratégia SF, o agente comunitário de saúde, cujo saber não provém de qualquer técnica ou ciência, mas do conhecimento do território, da relação com a vizinhança e dos laços solidários que aí se constroem; e esse saber é o diferencial que enriquece a prática da equipe, na medida em que introduz informações sobre o modo de vida de cada usuário, como habita e transita pelo território, suas limitações, a rede de suporte de que dispõe, etc." (TURCI, 2008, p. 108).

identificada neste texto como Entrevistada 1BH⁵⁴, o avanço nas ações de Saúde Mental com a incorporação das equipes de PSF foi possível devido ao investimento anterior na abertura dos Centros de Saúde às pessoas com sofrimento mental:

[...] agora, apesar de todos os problemas, eu tenho clareza absoluta... absoluta, que nós fizemos bem em manter a equipe de atenção básica, qualificando ela. Né, agora, sim, os Centros de Saúde são cheios de doido. Cheios de doido! Cheio de doido no Centro de Saúde. Porque não tinha nenhum. Porque em 2003, começa a discussão de Saúde da Família, não é? E aí, entra aquele tanto de profissional! Que, inclusive, deveria, obviamente, atender a Saúde Mental. Aí, você vira e fala [...] ah, eu não atendo saúde mental, porque quem atende saúde mental são os CAPS. Pra nós, não foi problema nenhum em mantê-los, porque eles já estavam nos Centros de Saúde.

Se houve resistência das novas equipes, ela se deu como receio da falta de formação específica, ao que a gestão respondeu com a constituição de espaços de matriciamento⁵⁵: “Pusemos, então, as equipes de Saúde Mental capacitando e discutindo casos com o PSF.” (Entrevistada 1BH)

Pôde-se constatar que questões partiam de ambos os lados. A Equipe de Saúde Mental, por um lado, temia que o modelo assistencial do Programa de Saúde da Família, centrado na lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida, levasse a um aumento da demanda de uma clientela não priorizada pelo Projeto, reforçando essa indefinição. Já as Equipes de Saúde da Família, por outro lado, achavam-se despreparadas para o atendimento dos portadores de sofrimento mental. Diante dessa situação verificou-se a necessidade de incrementar discussões sobre como promover a integração do Projeto de Saúde Mental e do Programa de Saúde da Família⁵⁶ (OLIVEIRA, 2008, p. 19-20).

⁵⁴ A Entrevistada 1BH é Psiquiatra Psicóloga e militante histórica da Luta Antimanicomial. Gestora com papel decisivo no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte, permanece contribuindo, atualmente, como Militante ligada ao Fórum Mineiro de Saúde Mental e à RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial).

⁵⁵ Considere-se como Matriciamento o arranjo organizacional para o trabalho em saúde proposto por Campos (1999), pelo qual constituem-se equipes de referência que disponibilizam apoio especializado matricial a outras equipes. De acordo com o autor, “Imagina-se que esta nova ordenação potencializaria alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico (PICHON RIVIÈRE, 1988; CAMPOS, 1992); transdisciplinaridade dos saberes e das práticas (JAPIASSU, 1976; NUNES, 1995; ALMEIDA FILHO, 1977; PASSOS; BENEVIDES BARROS, 1988); e o de gestão de organizações como dispositivo para produção de grupos sujeitos (CAMPOS, 1998).” (CAMPOS, 1999, 394)

⁵⁶ “Em setembro de 2004 foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde um Seminário de Atenção Básica do Município, que foi uma oportunidade de avaliar as primeiras tentativas desse trabalho integrado, possibilitando ampliar as perspectivas, evidenciar os nós críticos, bem como apontar sugestões para a construção deste trabalho conjunto a partir das particularidades das experiências apresentadas.” (OLIVEIRA, 2008, p. 20).

O outro ponto dessa Rede inicial eram os Centros de Convivência⁵⁷. Pensados para garantir a ampliação das formas de oferta de atenção ao sofrimento psíquico, operam na interlocução entre a arte e a loucura. Transcendendo aos limites da abordagem psi, constituíram-se como uma complementação da clínica, porém, formatando-se com independência em relação a esta. Inscreviam-se na dimensão da cidadania, na dimensão do viver, no sentido de dar potencialidade para a vida, para as trocas com o mundo. No dizer de Turci (2008, p. 105), “O princípio da clínica – o cuidado singular a cada caso – articula-se com o princípio da defesa da cidadania para promover a presença social dos loucos no território da vida coletiva e livre”.

Gramsci (1958) localizou no campo da cultura o elemento de conexão entre os que compartilham a mesma condição, sendo, portanto, importante instrumento de emancipação. Para o autor:

Toda revolução foi precedida por um intenso trabalho de crítica, de penetração cultural, de permeação de ideias através de agregados de homens antes refratários e unicamente preocupados em resolver dia a dia, hora a hora, o próprio problema econômico e político para si mesmos sem ligações de solidariedade com os outros que se encontravam nas mesmas condições (*Ibidem*, p.24).

Funcionavam, inicialmente, nos espaços dos Centros de Apoio Comunitário – CAC ligados à Secretaria de Desenvolvimento Social, favorecendo a convivência com outros usuários do espaço, não identificados pelo transtorno mental. Potencializou-se, através do dispositivo da arte como veículo da cultura e expressão da diversidade, o resgate, para os sujeitos com sofrimento psíquico, das possibilidades de interlocução com o espaço social, impactando positivamente em suas vidas. Para os usuários acompanhados nos CERSAM ou Centros de Saúde, a adesão ao Centro de Convivência do seu território constitui-se num primeiro passo em direção à produção e ao trabalho (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998).

Reconhecer o portador de sofrimento mental como tradicionalmente apartado da circulação social não implica em “ressocializá-lo”, na conotação

⁵⁷ Pensados com ponto de expansão da Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência nunca chegaram a ser objeto de financiamento pelo orçamento federal. Entretanto, foram assumidos pela Gestão Municipal de Belo Horizonte, ampliando-se posteriormente para as nove Regionais, e perduram até os dias de hoje, financiados pelo Fundo Municipal de Saúde.

adaptativa do termo, mas restituir-lhes as possibilidades de presença e participação na cultura (*Ibidem*, p. 256).

Tal perspectiva é reconhecida na fala do Usuário 1BH. Aos 64 anos, ele identifica-se como artista, fazendo música e poesia. Ex paciente do Hospital dia do Instituto Raul Soares, frequenta, atualmente, o CERSAM 3 e o Centro de Convivência da Região.

Eu acho que o tratamento que é dado em Belo Horizonte é “excelente”. E eu morei quando era novo no Rio, tentei gravar... ser músico, não consegui, voltei... Em Belo Horizonte, eu tentei... possivelmente todas as defesas possíveis para um ser humano de... de me tratar, então eu sou uma pessoa que não tenho mais vontade de sair de BH, porque aqui eu tenho a CERSAM [...] ... tenho Centro de Convivência, que eu tava lá agora de manhã e vou voltar agora de tarde... [...].
O principal da minha vida é o seguinte... sabe... os remédios só me ajudam, o que me cura é a arte... (Usuário 1BH)⁵⁸.

Em relação à infância, iniciou-se uma interlocução com as escolas, visando reverter a tendência crescente à psicologização de todos os problemas infantis e abrir espaço nas agendas para o atendimento dos casos graves.

Tal situação demonstrava claramente a função disciplinar atribuída pela cultura à saúde mental: a escola, a família, e outros espaços sociais demandavam dos profissionais da área uma uniformização das diferenças e uma normatização do desvio. (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 254-5)

Paralelamente à consolidação da rede substitutiva em curso, planejou-se o Controle e Avaliação dos hospitais psiquiátricos⁵⁹ pela gestão municipal, cumprindo função que lhe era atribuída pela gestão semiplena. Destacou-se a supervisão hospitalar. Os supervisores dos hospitais psiquiátricos eram psiquiatras selecionados levando-se em conta o compromisso ético com o projeto de desospitalização e garantia de qualidade mínima na assistência pelos hospitais enquanto não fossem completamente substituídos.

Diferentemente de outras áreas na própria Secretaria Municipal, esses profissionais, embora ligados administrativamente a outro setor, respondiam diretamente à

⁵⁸ O Usuário 1 BH define-se como artista e frequenta a rede há mais de 20 anos.

⁵⁹ Belo Horizonte, àquela época, reproduzindo a realidade verificada em todo o país, tinha 80% da sua rede hospitalar no setor privado. Cerca de 1.400 leitos psiquiátricos compunham seu parque manicomial (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998).

Coordenação de Saúde Mental, mantendo-a informada cotidianamente sobre a realidade dos hospitais. Junto às unidades hospitalares,

A sua presença quase sempre diária não se restringe à fiscalização das faturas, mas vai além, contemplando o acompanhamento das condições físicas e sanitárias do hospital, as discussões de casos clínicos e reuniões com os profissionais envolvidos, o contato direto nas alas com os pacientes, a avaliação dos prontuários como das intervenções dos técnicos (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 258).

A potencialização da Supervisão foi muito importante para a Gestão, que mantinha o norte do fechamento progressivo dos leitos nos hospitais psiquiátricos⁶⁰. Através desse expediente, era possível o acompanhamento direto do cotidiano dos hospitais (ocorrência de mortes, qualidade das altas, tempo de internação etc.) e tomada de medidas regulatórias para a melhoria da assistência nesses espaços enquanto eles ainda existissem. Assim, complementando a oferta de Serviços Substitutivos, desenvolveu-se uma política direcionada aos hospitais psiquiátricos que apontava para a sua gradativa desconstrução (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998).

Foi daquele período o conjunto de portarias municipais que proibiam internações diretamente nos hospitais psiquiátricos, a não ser pelos dois hospitais públicos do município, o Galba Veloso e o Raul Soares; e proibindo internações em hospitais psiquiátricos com mais de 250 leitos e a disponibilização dos leitos dos hospitais privados conveniados pela Central de Internação. Os dispositivos previam punições quando descumpridas as portarias, que se davam na forma de sanções pecuniárias, rebaixamento na classificação estabelecida pelo Ministério da Saúde, auditorias e encaminhamento para apuração do Ministério Público. Efeito consequente, foi-se obtendo o apoio dos profissionais lotados nos ditos hospitais contra as práticas denunciadas (*Ibidem*).

⁶⁰ Dos 2.093 leitos psiquiátricos existentes, em 1993, no município, no ano de 1998, 676 haviam sido desativados, restando, ainda, o montante de internações psiquiátricas como o maior gasto da prefeitura de Belo Horizonte com internação hospitalar. A desativação foi possível devido à diminuição da demanda dos habitantes do município pelos leitos psiquiátricos: de 70% em 1993 para 30% em 1998. Entretanto, os leitos remanescentes continuaram com elevada taxa de ocupação por pacientes oriundos do interior do Estado, onde não se consolidara a mesma Política substitutiva. A alternativa pensada, na ocasião, seria a municipalização do hospital público estadual ali localizado, habilitado para internar, seguindo-se a diminuição progressiva dos seus leitos, como medida que também forçasse os municípios a investirem em suas próprias redes substitutivas (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998). Entretanto, tal proposta nunca se efetivou.

Por outro lado, a garantia do fluxo dos hospitais para o Serviço Territorial mais adequado à demanda de cada paciente de alta hospitalar, orientado pelo Distrito Sanitário⁶¹, foi consolidando a reversão do modelo hospitalocêntrico para aquele de base territorial, modificando positivamente a percepção da população atingida quanto à qualidade da Rede extra hospitalar. Reverteu-se, também, o temor inicial de alguns profissionais, de que “uma multidão de egressos invadissem os Centros de Saúde, impossibilitando-os de fazer outras intervenções” (LOBOSQUE; ABOU YD, 1998, p. 259).

Pode-se constatar, ainda, a desmontagem do argumento dos hospitais, que rotineiramente não encaminhavam o paciente para tratamento ambulatorial, sob a alegação de que a rede não responderia à demanda e não conseguiria sustentar o fluxo criado (*Ibidem, loc. cit.*).

Outro ponto fundamental para a consolidação de uma política de saúde mental antimanicomial, já elencado acima, foi o fortalecimento do movimento social como instância de controle social e representativa dos interesses dos usuários do sistema de saúde. Conforme reafirma Turci (2008, p. 105),

As iniciativas dessa política não se circunscrevem a um projeto / modelo assistencial de saúde, nem simplesmente à desospitalização, mas concernem ao campo da cultura, à esfera do contrato político-social e jurídico, às organizações e movimentos sociais, tendo o governo municipal como instância catalisadora, organizadora e executora desta multiplicidade de ações numa perspectiva intersetorial.

Se, em 1991, ao visitar Santos, não havia, no município, qualquer esboço de uma política substitutiva, em 1993, já com um CERSAM e um Centro de Convivência implantados⁶², profissionais e usuários desses Serviços e participantes da gestão identificados com a militância no campo da saúde mental dão um passo decisivo para a organização do movimento social em Minas. Participam do I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, realizado no SESC Piatã, em Salvador.

O Encontro, realizado seis anos após o histórico II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, contou com 480 participantes inscritos e realizou com êxito a tarefa de articular as bases da organização nacional do Movimento: “será na

⁶¹ Os encaminhamentos iniciaram-se em outubro de 1996.

⁶² Trata-se do Cersam Barreiro e do Centro de Convivência São Paulo.

forma de uma rede, compondo-se de pessoas, grupos, experiências, movimentos e instituições, respeitando-se a autonomia de cada estado em sua própria forma de organização” (NESM-BA, 1993, p. 8). A representação de Minas Gerais assume, no Encontro, a responsabilidade de sediar a primeira Secretaria, e de realizar o próximo encontro nacional⁶³, conforme as diretrizes estabelecidas no Relatório Final do Encontro:

A organização nacional será coordenada por uma secretaria, que se localizará em um de seus núcleos, de forma alternada, bianualmente, sendo responsável pela convocação do Encontro Nacional, das plenárias semestrais e pela arrecadação financeira junto aos núcleos [...] (*Ibidem*, p. 8-9).

Assim, em 1994, organiza-se o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a ASSUSAM-MG – Associação de Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais, interlocutores decisivos junto à população e às instâncias gestoras para os avanços na política de saúde mental em Belo Horizonte. Aqui, registra-se, também, a marca de uma singularidade: a capacidade de incorporar entre os militantes profissionais que participavam da gestão, sem que interferisse no papel de Controle Social que é próprio do Movimento na relação com a gestão⁶⁴. Assim, o Movimento não se furtava a manifestar-se enfaticamente quando a gestão recuava em ações de relevância para a política. Para a Entrevistada 1BH. “[...] tanto o Fórum quanto a Política, naquela época, caminhavam... né, o mesmo caminho, era o mesmo, mas autônomos. E na hora que a Política dava aquela desviada, o Fórum vinha”.

⁶³ O II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial aconteceu no SESC Venda Nova, Belo Horizonte, em 1995.

⁶⁴ Em Castro (2008, p. 222), encontramos uma reflexão a respeito da parceria e independência do Fórum Mineiro na relação construída com a gestão: “Contemporâneo da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte e de outras cidades, não se confunde com as mesmas, ainda que lhes dê, sempre que necessário, apoio político. Reconhecem-se, dialogam e constroem, juntos e isoladamente, estratégias que buscam efetivar seus objetivos. Respondem, cada um, de um lugar; sem sobreposições, nem tampouco subserviência. A posição de alteridade, e também uma de suas mais presentes preocupações, é a marca característica das relações do Fórum Mineiro de Saúde Mental com as diferentes políticas municipais, e com os diferentes níveis de gestão pública. Tal posição busca assegurar um espaço de interlocução entre o movimento social e os serviços substitutivos que fecunde e enriqueça a prática de ambos, mantendo, contudo, a singularidade e autonomia dos envolvidos. Interessa ao coletivo antimanicomial manter com as políticas públicas de desconstrução do manicômio laços de filiação e pertencimento ao pensamento e à causa antimanicomial, em que os atores envolvidos se colocam em posição de horizontalidade. Aqui não há mestres, nem tampouco aprendizes. Apenas sujeitos exercitando sua condição de cidadãos”.

Ao reunir na militância trabalhadores, usuários e gestores, instaura-se o que Gramsci denominou de bloco intelectual – moral, possibilitando que:

Se estabeleça uma relação “orgânica” entre eles, condição essa necessária para a superação da natureza acrítica do senso comum e pela potencialização da capacidade intelectual e da eficácia da atividade política dos “simples” (DURIGUETTO, 2014, p. 275).

Apesar do compromisso orgânico da Gestão com o projeto, ressalta outra atuante precursora da Reforma Psiquiátrica mineira, aqui denominada Entrevistada 2BH⁶⁵, havia a necessidade de disputa-lo no âmbito da Secretaria do Governo, pois, embora houvesse:

[...] uma coordenação que tem clareza política do projeto, com um secretário de saúde que tem sensibilidade, isso não significa que era fácil obter as coisas, porque tem resistência dentro da secretaria. Porque dentro de uma secretaria tem disputa de recurso para várias áreas, para vários projetos. Agora, as pessoas que estão nos vários lugares tem que saber apresentar também, o projeto das suas áreas e saber colocar a importância e a relevância, né? [...] Mas existia essa... uma certa sensibilidade da... do gestor, agora o gestor geral, o secretário, ele também tem as prioridades né, gente. A gente sabe que hospitais é uma coisa que pressiona muito o setor saúde. Hospitais modo geral, uai, porque as pessoas morrem... as cirurgias... Oncologia é muito caro... Então, é uma pressão constante. Então, o povo soube disputar.

Considere-se que, com a Municipalização, todo o recurso que financiava os leitos desativados nos hospitais psiquiátricos retorna para o Fundo Municipal de Saúde, que é um Fundo Único. A Entrevistada 1BH enfatiza o esforço para garantir o reordenamento do recurso para o financiamento da rede substitutiva em expansão:

Assim, nós tínhamos também que gerar... além de, assistencialmente falando, tínhamos que fechar os hospitais, mas nós tínhamos, também, que pegar esse dinheiro, uai! Nós tínhamos que reordenar esse dinheiro, né? E é isso, isso aí a gente fez. Como Belo Horizonte tinha muito leito em hospital psiquiátrico,⁶⁶ muito desse recurso foi pra a Saúde Mental. Não tinha uma caixinha própria, que, aliás, eu nem concordo [...], mas a gente tinha toda a segurança que a Secretaria de Saúde usava esse dinheiro [...]. Em termos de financiamento, era isso, que a gente buscou fazer.

⁶⁵ A Entrevistada 2BH é Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva e Militante desde a origem do Movimento Antimanicomial. Ocupou por dois períodos a Coordenação Estadual de Saúde Mental e permanece engajada como membro do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da RENILA.

⁶⁶ Em 1993, o Município contabilizava 2100 leitos. Em 2008, haviam sido fechado 1600 destes. Atualmente, o município conta com 180 leitos, em dois hospitais públicos, sendo um pertencente à Rede Própria Municipal e o outro submetido à gestão estadual.

Nesse sentido, a Entrevistada 2BH ressalta o protagonismo do Movimento Social entre os atores sociais empenhados na concretização da política:

Um coletivo formado de usuários, trabalhadores, e que as pessoas traziam as questões da gestão, as dificuldades que eram discutidas, e a gente sempre acha que um movimento social, ele... as pessoas no coletivo sempre acham as saídas para os problemas. Então, o maior ator, mais importante de todos é o movimento social. Não tem ator mais importante do que ele não. Ele é mais importante do que o governador, o prefeito, secretário, o coordenador... ele é o mais importante. Eu não tenho dúvida.

A entrevistada discorre a respeito da concepção sobre o papel do Movimento, constituído ali pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental e ASSUSSAM, presente nesse período histórico da reorientação do modelo de assistência à Saúde Mental no município, ressaltando as dificuldades, a contradição e estratégias de enfrentamento:

As principais dificuldades que a gente teve é que tem momentos que a gestão quer investir menos no projeto Então, a gente tem que fazer o enfrentamento. Quais os... as estratégias... fazer discussão no coletivo, marcar audiência com secretário... às vezes ele recebe, às vezes não recebe, é... divulgar amplamente, pedir Audiência Pública na Câmara, fazer ato na porta do secretário... a gente faz uma carta todo ano para o gestor no 18 de Maio e lê na porta da Prefeitura... mesmo se ele tiver fazendo... dando um pote de ouro para as pessoas, o movimento vai se manifestar. Falando... porque o movimento social, gente, o movimento social, ele não é - para nós, né? Não estou dizendo que isso é uma verdade. Isso é a nossa concepção - ele não é um contraponto. Ele tem que existir. Porque o movimento social é um coletivo que tem a capacidade de pensar à frente do governo. Ele sempre tem que estar um passo à frente. Então, ele tem que ser, na verdade, um interlocutor permanente da gestão, é como se fosse... como é que eu vou dizer, o terceiro... uma terceira voz. Uma outra voz, que faz: Opa, pera aí, calma. Você tá... pensa nisso. Mesmo que a gestão faça boas coisas, ela sempre terá dificuldades, então o movimento social, ele tá ali para ficar apontando para o gestor: Opa, cuidado. Olha isso aí, isso aí você não tá indo bem não hein? Agora, tem gente que vê isso... a maioria dos gestores veem isso como um incômodo. E aqui também isso não é diferente. Já vem aquele povo chato, já vem aquele povo pidão, já vem aquele povo... Eles não conseguem olhar nessa perspectiva, né?

Embora possa se falar de uma parceria nessa relação entre uma Entidade da Sociedade Civil e uma Instância do Estado, ela não se dá sem os tensionamentos próprios do processo. Para Castro (2008, p. 225), por óbvio, o tensionamento pode ser positivo, sem necessariamente levar à ruptura. Segundo a autora:

O tensionamento nos parece inerente à relação política, comporta a disputa de ideias e interesses, ao mesmo tempo em que preserva o respeito à diferença e a qualificação dos interlocutores.

[...]

O primeiro momento de tensão entre estes dois atores ocorreu no início da implantação da Política de Saúde Mental, quando a gestão vacilou quanto à importância de nomear psiquiatras para compor as primeiras equipes dos serviços substitutivos. O Fórum Mineiro interpelou publicamente a administração municipal, convocando-a a cumprir o compromisso firmado com os trabalhadores e que deu origem à implantação da Política. Ou seja, houve tensão, mas o diálogo se manteve, o que tornou possível a efetiva atuação parceira que deu sustentação à criação e implementação dos primeiros serviços substitutivos (*Ibidem, loc. cit.*).

Segundo Gramsci (2001, p. 108), os processos de transformação são precedidos por período de crise intelectual, aquele em que se “oscila entre o velho e o novo, perdeu a confiança no velho e ainda não se decidiu pelo novo [...]”. O processo de criação de intelectuais é, portanto, permeado de avanços e recuos. Destaca, pois, a relevância dos partidos políticos, que aqui estendemos aos movimentos sociais,

Na elaboração e difusão das concepções do mundo, na medida em que elaboram essencialmente a ética e a política adequadas a elas, isto é, em que funcionam quase como ‘experimentadores’ históricos de tais concepções (*Ibidem, p. 105*).

Por meio dessa organização é que os intelectuais orgânicos adquirem legitimidade junto às massas para levar à frente um processo pedagógico, por meio da repetição de seus argumentos, de difusão de uma nova concepção de mundo que represente a substituição do velho pelo novo.

No dizer do autor, é nesse processo que ocorre:

[...] uma passagem do saber ao compreender, ao sentir, e, vice-versa, do sentir ao compreender, ao saber. O elemento popular “sente”, mas nem sempre compreende ou sabe; o elemento intelectual “sabe”, mas nem sempre compreende e, menos ainda, “sente”. [...] O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado. [...] [O intelectual] deve sentir as paixões elementares do povo, compreendendo-as e, portanto, explicando-as e justificando-as em determinada situação histórica, bem como relacionando-as dialeticamente com as leis da história, com uma concepção do mundo superior, científica e coerentemente elaborada, com o “saber”; não se faz política-história sem essa paixão, isto é, sem esta conexão sentimental entre intelectuais e povo-nação. Na ausência deste nexos, as relações do intelectual com o povo-nação são, ou se reduzem, a relações de natureza puramente burocrática e formal; os intelectuais se tornam uma casta ou um sacerdócio [...]. (*Ibidem, p. 221-222*).

Retome-se o exemplo da construção dos CERSAMS. Projetados, inicialmente, para o funcionamento em dias úteis, evoluiu, em seguida, para funcionar nos finais de

semana, por um amadurecimento das equipes acerca da importância da oferta extensiva do suporte à crise nos Serviços Substitutivos. Decidiu-se, para este fim, redistribuir a carga horária dos profissionais para a cobertura em todos os dias da semana. Da mesma forma, a Gestão aceitou arcar com os custos desta extensão no funcionamento às expensas do Tesouro Municipal⁶⁷.

Contudo, o período noturno permanecia sem cobertura pelos CERSAMS. Partiu dos usuários, a reivindicação de funcionamento noturno daqueles Serviços. No final da Gestão Popular, a ASSUSSAM procura a Coordenação de Saúde Mental: “Eles viram e pressionam pra gente começar a pensar uma estratégia de funcionamento noturno. 96. Só que [...] na nossa gestão, não foi possível, né, já estava terminando...” (Entrevistada 1BH).

Sucedem a Patrus Ananias, na gestão municipal, Célio de Castro (PSB). Vice Prefeito na gestão anterior, o novo mandatário não mantém o Secretário de Saúde no Cargo, substituindo, também, a partir de 1999, a Coordenação de Saúde Mental. “Saímos, né, saímos da gestão, e tudo, mas o Fórum Mineiro continuou monitorando a Política, né? Apesar de alguns recuos, de alguns imbrólios, a gente monitorava essa Política” (Entrevistada 1BH).

Em 1999, Miriam Abou Yd transfere-se para a Coordenadoria de Direitos Humanos, onde desenvolve alguns projetos em parceria com o Fórum Mineiro, fomentando, com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, cursos de formação política. Dessas iniciativas, desenvolver-se-á, posteriormente, a Suricato⁶⁸. O

⁶⁷ A Legislação que regulamenta o financiamento para os CAPS (Portaria 336/02) só surgirá em 2002, após a aprovação da Lei 10.216/01.

⁶⁸ A partir de 1999, o Fórum Mineiro, acolhendo a demanda dos usuários por trabalho, na ausência de políticas públicas voltadas para este fim, inicia a realização de Cursos de Qualificação Profissional com vistas à preparação para o trabalho. A partir desta iniciativa, com o fomento ao protagonismo dos usuários, iria gestar-se um empreendimento autogestionário, a Suricato – Associação de Trabalho e Produção Solidária, que ensejaria a criação, a partir de 2003, da Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários da SMSA, como a política pública de geração de trabalho e renda, “estratégia organizada para oferecer suporte técnico, gerencial e político, para buscar as condições favoráveis ao desenvolvimento da empresa social nascente, apoio logístico e ambiente institucional que oportunize parcerias, debates e o diálogo entre os diferentes setores da sociedade. A incubação é uma ferramenta pedagógica que visa instrumentalizar os sujeitos para a autogestão. Esse caminho irá proporcionar a inclusão social de fato e transformar as pessoas para a construção da cidadania.” (OTONI, ZACHEÉ; SOARES, 2008, p. 175)

Organizada sob as bases da Economia Solidária, a Suricato compõe-se de quatro núcleos produtivos: Vestuário e Moda, Mosaico, Marcenaria e Culinária. A gestão se faz por meio de uma Coordenação

período em que esteve ausente da Coordenação de Saúde Mental registra uma estagnação do projeto de superação da lógica manicomial, com algum retrocesso. Para a Entrevistada 1, “As pessoas que ficaram lá, elas não eram manicomiais, mas elas não tinham toda a delicadeza (risos)... eu tô falando assim, na insistência dessa lógica”.

Castro documenta o rebatimento da mudança mencionada na forma da relação com o movimento social:

[...] o tensionamento ganhou as cores da dissidência e o afastamento se impôs. Não podemos deixar de mencionar as consequências que tal situação provocou tanto para os serviços e seus usuários, quanto para a militância: a perda de uma orientação ética que, somada aos efeitos inevitáveis da institucionalização, tornavam burocrático aquilo que só a invenção e desejo de mudança podem sustentar. O retorno ao manicômio se fez notar no modo de conceber a prática, de articular os serviços e, fundamentalmente, no trato com os usuários e seu sofrimento. Esvaziada de sua potência transformadora, a política passou a ser conduzida, não mais como um bem público, como um patrimônio da cidade, e sim como propriedade daqueles que a geriam. Reduzida à condição de objeto da burocracia, negligenciava o diálogo com a cidade, desqualificando a atuação do movimento social. Seguiu ritos e ritmos da máquina pública, nem sempre consoantes com as aspirações da sociedade civil (CASTRO, 2008, p. 225).

Miriam Abou Yd retorna à Coordenação da Saúde Mental em 2003, na gestão de Fernando Pimentel (PT)⁶⁹, permanecendo até 2011. Naquele momento, dois dos CERSAMS de Belo Horizonte estavam funcionando 24 horas⁷⁰, implantação precedida por um ano de debates, cujas diferenças de posicionamento evidenciaram uma disputa onde a lógica manicomial também se inscrevia.

Segundo Souza (2008), três concepções de atenção à crise estiveram em disputa naquele período: uma proposta de funcionamento no modelo de “leitos-crise, artifício utilizado nas urgências psiquiátricas tradicionais, denominado como “observação estendida”, visando evitar a internação tradicional; a concepção de hospitalidade

Colegiada, com representações de cinco Comissões específicas: Comunicação, Cuidado e Saúde no Trabalho, Formação e Avaliação da Qualidade Técnica, Ética e Finanças. Recentemente, adquiriu espaço próprio – uma casa que agrega loja, que expõe e comercializa a produção dos associados, espaço de eventos e cozinha, sendo os serviços operados pelos usuários associados. Em outubro de 2018, um grupo de usuários apresentou a experiência da Suricato em Trieste, Itália, berço da Psiquiatria Alternativa.

⁶⁹Eleito Vice Prefeito no segundo mandato de Célio de Castro, Pimentel assume a Prefeitura em novembro de 2001, quando aquele renuncia por problemas de saúde.

⁷⁰ Eram o Cersam Leste e o Cersam Pampulha.

noturna, implantada em Trieste, Santos e Campinas; e o funcionamento 24 horas com plantão médico e de enfermagem, seguindo os moldes clássicos das urgências psiquiátricas. Venceu a concepção que favorecia o modelo médico tradicional, incluindo a centralidade do papel do psiquiatra, retroagindo a uma relação de dependência das demais categorias profissionais em relação ao mesmo.

A Secretaria Municipal de Saúde e sua Coordenação de Saúde Mental da época defendiam a proposta de “leito-crise”, mas na impossibilidade de sustentá-la, optou-se pela terceira e congênere. Foram implantados, em 2001, dois Cersams 24 horas, em dois distritos sanitários, com a previsão de um terceiro, para atender situações de crise por demandas espontâneas ou trazidas pelo SAMU e pela Polícia Militar. Os dois serviços ofereceriam 12 leitos-noite, a serem divididos entre os quatro CAPS existentes e, logo na sequência, entre sete serviços, pois três novos foram criados (SOUZA, 2008, p. 114).

Em 2003, quando a alternativa implantada em 2001 já acumulava problemas que punham em risco a qualidade do Projeto de Reforma Psiquiátrica inaugurado 10 anos antes, tem início o projeto “A Urgência Psiquiátrica e a Hospitalidade Noturna”, com o objetivo de “produzir um movimento de ampliação e qualificação de nossa Rede de Saúde Mental para que pudesse oferecer uma resposta adequada às situações de crise [...]” (*Ibidem*, p. 111).

O retorno à discussão ampliada entre os diversos atores sociais evidenciou, entre os principais problemas que mantinham em um horizonte distante a resposta efetiva à crise, o baixíssimo impacto dos leitos implantados nos CERSAMS sobre os índices de internação de agudos nos dois hospitais psiquiátricos (cerca de 158/mês, quando, em 1996 era de 147/mês); persistência de elevada procura por atendimento nos hospitais psiquiátricos pelos cidadãos de Belo Horizonte: cerca de 840 atendimentos/mês, incluindo moradores dos distritos com CERSAM 24 horas, os quais não haviam se tornado referência de urgência, tampouco noturna (1,8 atendimentos-noite somados os dois serviços); disputa pelos 12 leitos de retaguarda divididos pelos dois CERSAMS, gerando atritos entre os técnicos; persistência do encaminhamento dos casos graves, pelos CERSAMS, aos hospitais psiquiátricos; explicitação de “práticas neomanicomiais”, tais como super medicação, contenções sem critério e sem controle, restrição da clínica à supressão de sintomas); queixas de usuários em crise e técnicos dos transtornos no deslocamento para o pernoite

nos CERSAMS 24 horas – equipes desconhecidas e que variavam a cada dia, distância, engarrafamentos (*Ibidem*).

O abandono de princípios e mesmo o desvirtuamento destes era algo que se destacava, na época, na prática de alguns serviços de saúde mental da nossa rede e se expressava na forte presença do discurso médico. Centrada neste discurso, quando deveria orientar-se pela crítica ao mesmo, a prática perdia em vitalidade e criatividade, mas, essencialmente, em potência. Os serviços, ainda que nomeados como substitutivos, operavam como estruturas complementares ao hospital psiquiátrico e, percebendo ou não, aderiam ao empuxo à exclusão ditada pela cultura, abrindo mão, portanto, da responsabilidade que lhes deu origem: fazer caber na cidade a loucura. Reduzidos a objetos, mais uma vez, os usuários e seus sofrimentos subsumiam frente aos sintomas e à necessidade de sua remissão. O fazer clínico, proposto como ação coletiva e interdisciplinar, reproduzia a lógica anterior e sua hierarquia de competências. E neste, sabemos: o usuário, o portador de sofrimento mental, não conta, está excluído por princípio (SILVA; ABOU YD, 2010, p. 478).

Recolocando a centralidade da concepção de hospitalidade noturna⁷¹, para corrigir as contradições explicitadas, definiu-se, a partir de 2006, pelo funcionamento 24 horas em todos os sete CERSAMS, contando, cada um, “com um número de camas para responder à demanda de seus usuários, dando continuidade ao cuidado já iniciado durante o dia” (*Ibidem*, p. 481). Assim, conforme afirmam as autoras,

O que se introduziu como relativo ao período da noite, já no início do seu funcionamento, passou a ser percebido e avaliado como algo que diz respeito à assistência em tempo integral. Antes de ser noturna ou diurna, a hospitalidade é uma posição ética frente aos sujeitos, e contribuiu para desfazer o mito da noite como metáfora do perigo. Como continuidade do dia e suas lembranças, afetos e desejos, a noite somente nos assombrará se o dia, ao claro do sol, foi experimentado como tormenta (*Ibidem*, p. 481).

Concomitantemente, implantou-se o Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP que pode ser definido como “Um dispositivo estratégico, que complementa a rede e retroage sobre ela, dando um acabamento à mesma e, neste sentido, só funciona se a rede funcionar” (SOUZA, 2008, p. 119). Trata-se de um serviço de urgência noturno, instalado na região central de Belo Horizonte, funcionando de domingo a domingo, das 19:00 às 8:00 horas. Dotado de seis leitos, em um ambiente humanizado, com consultórios, sala de oficina, refeitório e equipado com Unidade Móvel de Suporte Avançado, contava, inicialmente, em cada plantão, com equipe

⁷¹ Para Souza (2008, p. 118), “a Hospitalidade Noturna, antes de ser um dispositivo para manejar com sintomas graves – observação contínua, atenção contínua ao sintoma psiquiátrico – é uma forma de lidar e possibilitar saídas para um sujeito em ruptura com seu laço social”

composta por psiquiatra, enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, auxiliar administrativo, um motorista socorrista do SAMU e pessoal de apoio.

Posteriormente, acompanhando a expansão da Rede, ampliou-se a equipe noturna com mais um psiquiatra e enfermeiro, que se desloca, realizando a ronda nos CERSAMS, durante a noite, com roteiro definido a partir da troca de informações com as equipes sobre os casos em acolhimento. Na composição desta equipe específica, tem-se como critério a admissão de profissionais que também integrem as equipes dos CERSAMS e Centros de Saúde.

É interligado aos CERSAMS e demais serviços da rede através do sistema “Gestão Saúde” que compõe o projeto de Telessaúde do município⁷², bem como telefone com gravação de chamadas, que legitima a prescrição da Assistência Terapêutica à Distância⁷³ (SOUZA, 2008). Conforme assinalam Santos *et al.* (2010, p. 409), a utilização da tecnologia do Telessaúde,

[...] ao introduzir acesso e compartilhamento de decisões clínicas, permite agregar novos elementos de intervenção no cuidado, mais compartilhado e com maiores probabilidades de êxito. Por outro lado, intervém no modo concreto de produzir atenção médico sanitária, com alto poder de impacto sobre a esfera assistencial, apostando na força das relações entre as pessoas e atenção primária.

Neste sentido, projetos que incorporam recursos de telessaúde com estruturas de interatividade e mecanismos concretos de educação permanente podem reorganizar o processo ainda muito individual de atenção, permitindo compartilhar a condução de casos. Podem também, fazendo uso assertivo do processo de incorporação de recursos de telessaúde e tecnologias de informação, contribuir para uma aproximação efetiva dos distintos níveis assistenciais.

⁷² “O Projeto BHTelessaúde, implantado em Belo Horizonte em 2003, conseguiu resultados importantes na área assistencial e de formação de recursos humanos, constituindo-se como modelo para a estruturação do projeto nacional de telessaúde, conduzido pelo Ministério da Saúde – MS – envolvendo 900 municípios brasileiros.”

“Todos os processos de incorporação de recursos de telessaúde na SMSA foram implementados com o envolvimento de áreas de informática – Laboratório de Computação Científica da UFMG e Prodabel, e em distintas faculdades – Enfermagem, Medicina e Odontologia, Hospital das Clínicas da UFMG e diversas áreas assistenciais e de formação da SMSA – atenção básica, urgência e emergência, SAMU, gestão do trabalho e educação em saúde, além do MS.” (SANTOS *et al.*, 2010, p. 406).

⁷³ Recurso também utilizado pelo SAMU. “Esta modalidade de atendimento permite ao médico regulador do SAMU estar virtualmente presente e participar de cuidados pré hospitalares, com resultados bastante promissores no que se refere à qualidade da atenção prestada e na agilização da atenção ao paciente no ambiente, com acesso a exames propedêuticos.” (*Ibidem*, p. 421).

O SUP não atende à demanda aberta, apenas a demanda regulada, principalmente pelo SAMU⁷⁴, uma vez que a população encontrará, nos equipamentos da rede, o acesso às necessidades de saúde mental. Desse modo, evita-se que o serviço de urgência passe a ser utilizado como modo de obter atendimento mais rápido, e não necessariamente de urgência, situação comum no modelo tradicional.

Concentra-se, portanto, na garantia da abordagem à urgência noturna dos casos novos ou de usuários não inscritos na hospitalidade, que são reconduzidos ao serviço do território no dia seguinte, bem como na oferta de retaguarda para as equipes e usuários que permanecem nos CERSAMS à noite. Há uma dinâmica de passagem de plantão, no final do dia, dos CERSAMS para o SUP, e do SUP para os CERSAMS no início do dia⁷⁵.

Os CERSAMS, no período noturno, funcionam com a presença de Técnicos de Enfermagem. O SUP, então:

Oferece apoio matricial e supervisão das ações dos auxiliares de enfermagem, que pode ser feito por Telessaúde ou presencial, dependendo da demanda. Agrega as competências e ações, propriamente médicas, como o uso de medicação, que são realizadas através da Telessaúde e, presencialmente, nas situações mais graves e que demandam uma intervenção específica, além do escopo de ação dos auxiliares de enfermagem (SOUZA, 2008, p. 121).

Logicamente, a opção pela hospitalidade noturna e pela conformação deste novo ponto de atenção da Rede, radicalizando o propósito de criar respostas à crise, prescindindo do hospital psiquiátrico, não se concretizaria sem embates. Apegados a uma normatização baseada nos dispositivos já estabelecidos e conhecidos, ditados pela tradição hospitalocêntrica, os argumentos contrários, apresentados por conselhos profissionais, sindicatos e parte dos trabalhadores, baseavam-se em duas premissas do modelo asilar: risco e perigo.

⁷⁴ Paralelamente à implantação do SUP, realizou-se uma profícua discussão com o SAMU, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Rede de Urgências Geral, além dos Cersams, de modo a garantir a viabilização do protocolo de fluxo e competências. Ressalte-se que o SAMU, desde 2004, foi ocupando o espaço da PM, como mediador das urgências (SOUZA, 2008).

⁷⁵ “A pulsação própria do seu modo de funcionar: abre / fecha, permite receber, acolher, assistir e inserir a cada noite / dia, novos sujeitos na rede, mas também permite-nos captar e inserir aquele que não se enlaçou ou não foi devidamente acolhido durante um dia e tem a chance – o usuário e a equipe – de descobrir onde a coisa escapou e fazer diferente.” (SILVA; ABOU YD, 2010, p. 482).

Como ressaltam Silva e Abou Yd (2010, p. 482),

Ancorados numa determinada interpretação de códigos de conduta ética profissional e na defesa de interesses corporativos, ou seja, de uma das partes, tentaram contrapor o direito de todos pelo recurso a discursos científicos e jurídicos, desconsiderando que a lei, invenção humana do limite que institui a civilização como possibilidade, para ser justa deve, antes de tudo, ser universal, precisa refletir não a exceção, mas a condição de igualdade de direitos.

O enfrentamento ao posicionamento contrário, que aludia a uma impossibilidade de manutenção dos CERSAMS à noite com a presença dos técnicos de enfermagem contou com a adesão do referido grupo, que se sentiu depositário de confiança na sua capacidade técnica, contrariando a histórica relação com a categoria: “a Coordenação de Saúde Mental foi quem mais depositou confiança nos auxiliares de enfermagem, proporcionando uma maior autonomia ao desempenhar suas funções”. (DUTRA; GODOY; ALMEIDA, 2008, p. 136).

Foi, sobretudo, fortalecido pela mobilização dos usuários, organizados em torno da ASSUSSAM. A decisão final deu-se no Conselho Municipal de Saúde, que referendou o Projeto de Hospitalidade Noturna. Vitória da aliança entre os representantes da gestão e o movimento social – representação dos interesses dos usuários.

Com COREN contra, com CRM contra, numa plenária do Conselho Municipal de Saúde, a plenária mais lotada que já existiu, com a participação dos usuários, maravilhosa! De chorar de bonito! COREN falando contra, CRM... o Helvécio, Secretário, vira e fala assim: quem manda na Política de Belo Horizonte não é nem COREN, nem CRM. Nenhum Conselho de Categoria. É o Conselho Municipal. Aí, o Conselho todo votou a favor, nós abrimos (Entrevistada 1BH).

Note-se que o processo de reorientação do modelo de atenção vai se instaurando com avanços, recuos e avanços, revelando as disputas político-ideológicas subjacentes, posicionando, através dos atores sociais envolvidos, os projetos antagônicos em disputa.

Comparativamente, podemos associar, numa leitura gramsciana, ao conceito de “guerra de posição”, expressando a luta que se dá no âmbito da sociedade civil, pela

conquista da direção político-ideológica através da obtenção do consenso em torno de um projeto.

A “guerra de posição” supõe o consenso ativo, ou seja, organizado e participativo, implicando também unidade na diversidade, um movimento dialético e democrático. Da “guerra de movimento” à “guerra de posição”, ocorre uma mudança de qualidade, ou seja, é quando há predominância do consenso sobre as forças coercitivas (SIMIONATTO, 2011, p. 46).

Acompanhando o processo de formatação da Rede de cuidado substitutiva, foram se articulando importantes espaços de interlocução, tendo em vista, sempre, a proximidade entre o nível central, as gerências e os trabalhadores. Desenhou-se uma grade de reuniões trimestrais com gestores, gerentes e trabalhadores de cada Regional; uma rotina de Supervisão Clínica⁷⁶ a cada 21 dias, também nas Regionais, além das reuniões periódicas de matriciamento.

De três em três meses tinha uma reunião com todos os trabalhadores da Saúde Mental da Regional. Todos os trabalhadores, todos os gerentes – em tese, tinham que estar lá, não quer dizer que estivessem – todos. Mas todos os trabalhadores, todos os gerentes, tá, pelo menos um representante de cada equipe de PSF, com pauta. Com alguma pauta que a gente tivesse pra discutir. Normalmente, era aquele chororô, tá faltando isso, tá faltando aquilo, a gente respondia... e a coordenação de Saúde Mental. Nós íamos nas nove. Apanhar, assim (risos). E bater também, mas não era problema. Vamos, apanhamos, mas é isso que a gente tinha que fazer, então tinha isso. Além disso, com os trabalhadores, né, dessa proximidade com os ... tinham as supervisões clínicas. De 21 em 21 dias, tinha supervisão clínica. Discussão de casos. Com uma profissional escolhida pela Regional, que ficava sendo supervisora (Entrevistada 1BH).

De acordo com o relato colhido dos trabalhadores, tais espaços mantêm-se ainda hoje, com maior ou menor participação, em função de fatores conjunturais. Consolidou-se, também, espaço de reuniões frequentes com as gerências dos CERSAMS e Centros de Convivência, e a construção de outros espaços de discussão com os trabalhadores. Para além da Rede, havia também o reiterado convite à participação nos espaços de discussão do Fórum Mineiro de Saúde Mental.

⁷⁶ A Supervisão Clínica é um espaço de discussão ampliada, orientada por um Supervisor. Em geral, eleger-se casos de difícil condução e resposta insatisfatória ao Projeto Terapêutico, possibilitando orientações e novas construções terapêuticas. Atualmente, três supervisores dividem a orientação, contemplando todas as Regionais.

Destaca-se a importância da inserção das equipes de PSF em tais processos, pela significativa contribuição para o cuidado no território, como corrobora a Entrevistada 1BH: “Muitos dos nossos casos de pacientes que tão morando nos SRTs⁷⁷ são acompanhados pelo PSF. Não precisa de psiquiatra. Aqueles casos de ficar trinta anos em hospício, tudo estabilizado, bonitinho...”.

5.1 O CONTEXTO ATUAL

Com essa trajetória, a Rede de Saúde Mental foi se expandindo, acompanhando o crescimento da cidade. Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial em Belo Horizonte oferece cobertura às nove Regionais (Distritos Sanitários): Barreiro, Oeste, Centro-Sul, Leste, Noroeste, Nordeste, Pampulha, Norte e Venda Nova, totalizando uma área territorial de 331.401Km², e uma população estimada, em 2018, de 2.501.576 habitantes, segundo o IBGE⁷⁸. Distribuem-se, os Serviços, da seguinte forma: na Atenção Psicossocial Especializada, 08 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM III / CAPS III), entre os quais distribuem-se 57 leitos para Hospitalidade Noturna⁷⁹; 03 Serviços de Atenção à Infância e Adolescência, sendo 02 CERSAMI – Centro de Referência em Saúde Mental Infantil, com 04 leitos para Hospitalidade Noturna, pertencentes à Rede Municipal e um Serviço Estadual, o CEPAL, que, a partir de 2007, teve substituída a antiga nomenclatura de Centro Psicopedagógico para Centro Psíquico da Adolescência e da Infância, para melhor corresponder à sua missão assistencial de referência em Saúde Mental da Infância e Adolescência. Conforme detalha a Entrevistada 3BH⁸⁰:

Então, Belo Horizonte dividiu as Regionais para esses três Serviços, então, o CERSAMI da noroeste atende Venda Nova, que é uma população grande, Pampulha e Barreiro, o CEPAL ficou com a Regional Centro Sul, Oeste e

⁷⁷ Moradias localizadas em diversos bairros de Belo Horizonte, vinculados ao Programa De Volta pra Casa, instituído em 2003 através da Lei Federal 10.708, a qual contempla os egressos dos leitos manicomial que, em função do longo período de internação, perderam o vínculo social e/ou com as famílias de origem, ou os têm muito fragilizados. Dispositivos estratégicos no processo de Desinstitucionalização, oferecem o suporte para a reconstrução cotidiana da cidadania desse sujeitos.

⁷⁸ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 19 maio. 2019.

⁷⁹ A Regional Centro Sul é a única que não conta com um CERSAM, sendo a cobertura desse território subdividida entre os CERSAMS Oeste e Leste.

⁸⁰ A Entrevistada 3BH é Enfermeira, esteve na Coordenação Municipal de Saúde Mental por um período e, atualmente, é trabalhadora da Rede CERSAM.

Leste e o CERSAMI Nordeste ficou com Norte, Nordeste e uma parte, também, da Centro Sul.

Complementam a Rede de Atenção à Infância e Adolescência, 09 Equipes Complementares, compostas por médico psiquiatra infantil, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, localizadas estrategicamente em uma UBS de cada Regional. Essas equipes atendem, conjuntamente com as equipes de saúde mental, equipes de Saúde da Família e CERSAMI, as crianças e adolescentes em sofrimento mental grave, num desenvolvimento compartilhado do projeto terapêutico singular. E o Programa Arte na Saúde, com 52 Oficinas, desenvolvido pela Coordenação de Saúde Mental em parceria com uma ONG. Contempla crianças de 06 a 18 anos, com ou sem diagnóstico de transtorno mental, encaminhados pelos Serviços de Saúde Mental, bem como pelas escolas ou Serviços da Assistência Social. Utiliza-se da arte como ferramenta para o enfrentamento de situações de vulnerabilidade e afirmação da cidadania.

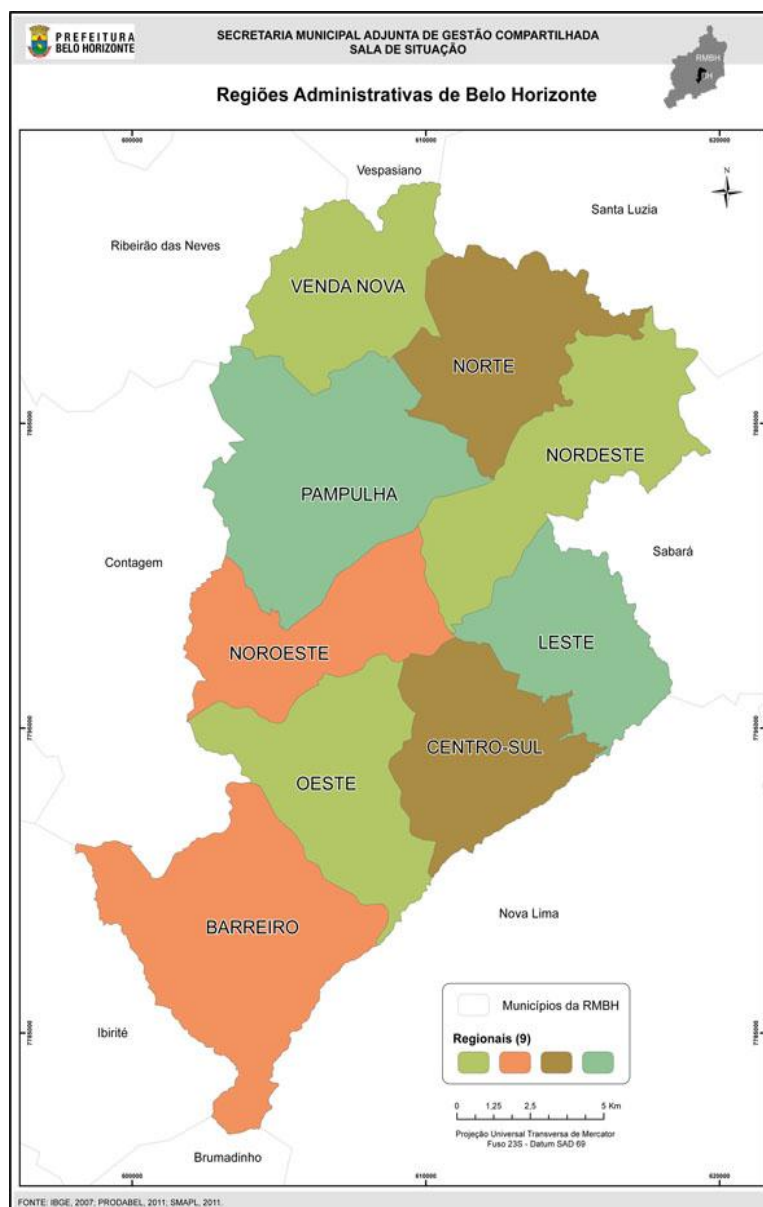
A Rede conta com 03 Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas (CERSAM AD III / CAPS AD III)⁸¹, que totalizam 08 leitos para Hospitalidade Noturna, além do Centro Mineiro de Toxicomania – CMT, Serviço Estadual, também incorporado à lógica substitutiva:

O AD Pampulha foi o primeiro, há dez anos atrás, depois veio o CERSAM Barreiro, AD Barreiro, e, por último, o Nordeste. Então, Belo Horizonte, ela divide o acolhimento e o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas nesses três CERSAMS CAPS AD e mais o CMT, que é do Estado, não foi municipalizado, mas ele foi incorporado no cuidado, no acolhimento, pra a Regional Centro Sul (Entrevistada 3BH).

Para uma visualização da subdivisão do território municipal em Regiões, observe-se a Figura:

⁸¹ Os CERSAMS, nas três modalidades (CERSAM, CERSAMI e CERSAM AD) são financiados de acordo com a Portaria GM 3.089/11.

Figura 1: Subdivisão do território municipal em Regiões



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

O Entrevistado 4BH⁸² problematiza o atraso na incorporação dos Serviços voltados para a população usuária de álcool e outras drogas, considerando-se a incorporação desse cuidado à Política Nacional de Saúde Mental: “Mas demorou. O primeiro CAPS AD aqui foi em 2008 [...]. Muitos municípios da região metropolitana já tinham CAPS AD, quando Belo Horizonte entrou”. O entrevistado enfatiza o impacto na Rede de Atenção Psicossocial a partir de 2003, quando o SUS assume a

⁸² O Entrevistado 4 é psicólogo, foi Coordenador Municipal de Saúde Mental por um período e atualmente Coordena um dos Serviços da Rede

responsabilidade pela atenção e prevenção de danos associados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas:

O modelo já tava mais estabelecido, mas eu acho que tem uma grande mudança, sobretudo aí nessa década, né? 2003 até 2011... que é a entrada do Álcool e drogas enquanto... no âmbito da Saúde Mental, né? Isso provocou mudanças significativas na Rede. Tanto nos Serviços, quanto na Política de Saúde Mental.

Segundo o Ministério da Saúde (2005 *apud* CHUNG, 2011, p. 102),

Devido às transformações sociais, políticas e econômicas, a SENAD desenvolveu – em 2004 – um processo de realinhamento da política existente através de um seminário internacional de políticas públicas, seis fóruns regionais e um fórum nacional sobre drogas. As deliberações foram apresentadas ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que as aprovou em 2005. Também em 2005, foram criados incentivos para subsidiar os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPS ad, através da Portaria 1059 / 05.

Na análise do Entrevistado 4BH,

O que eu percebi em Belo Horizonte, no primeiro momento, foi uma certa resistência, tanto dos gestores no âmbito da Saúde Mental, quanto dos próprios trabalhadores dos Serviços, de aceitar essa nova clientela. Não que essa clientela já não estivesse, de alguma forma, ligada à Saúde Mental, né? Quando a gente viu lá, as pessoas que estavam nos manicômios, a maior parte delas estava ali por questões ligadas ao consumo de álcool e outras drogas. Mas, traz para os Serviços todos, uma necessidade de qualificação dos funcionários dos Serviços, né?

Esta análise parece coadunar com a consideração de Chung (2011, p. 102)

É necessário lembrar que nos serviços de atenção aos usuários, profissionais da saúde estão sujeitos a enfrentar cada vez mais situações difíceis, decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, que se apresentam quando os pacientes estão muito graves, dificultando uma intervenção resolutiva. A formação dos profissionais da saúde nessa área é deficiente, recaindo a assistência sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Este, por sua vez, nem sempre conta com equipe mínima conforme preconiza a Portaria n. 336 / GM/ 2002 (BRASIL, 2004).

Antes do direcionamento da atenção para os usuários de álcool e outras drogas, portanto, esses usuários estavam sub atendidos pelo sistema, ou instrumentalizados nas Comunidades Terapêuticas.

Prossegue o Entrevistado 4BH, explicitando as divergências que atravessam essa ampliação da Rede.

E traz novos adversários políticos. Também. Porque é uma Política dividida de cabo a rabo, né? Em todos os âmbitos, ela tem uma perspectiva mais na linha de redução de danos, né, que é a linha que, até então, o Ministério da Saúde vem adotando, e você tem uma linha mais da dependência química, né? O pessoal que trabalha mais no Modelo... é... da psiquiatria mais biologicista e mais moralista também, ligadas a algumas... vertentes religiosas, então, isso traz um novo embate no campo aí, né?⁸³

O Entrevistado refere-se a um complexo cenário que envolve a inserção da atenção aos sujeitos com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas –SPA na Política de Saúde Mental brasileira, o qual cabe explicitar. A redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de SPA é preconizada na Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Para Lancetti (2006, p. 80), a Redução de Danos é menos diminuição do risco e mais ampliação da vida, sendo, por este motivo, assim como a desinstitucionalização, “necessariamente uma prática que se opera na contramão das práticas instituídas e ancoradas na ordem predominante”. Como considera o autor:

Ao aceitar o uso cuidadoso das seringas descartáveis, a operação de RD entra na corrente sanguínea como injeção de vida e se expande em forma de consenso pelos territórios geográfico e existencial. Uma mudança quase imperceptível acontece na relação de homens e mulheres com as drogas e nisso radica sua potência. (*Ibidem*, p. 81).

No campo da Saúde Mental, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde - desde os anos 1990 sob a direção de precursores da Reforma Psiquiátrica - a partir de 2003, incorpora a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SENAD. Até então submetidos à Segurança Pública, os problemas ligados ao uso

⁸³Segundo Nery Filho (2019), “Abstinência é o ato de abster-se, privar-se do uso de alguma coisa. Pode ser voluntária (abster-se de comer chocolate, abster-se de fazer sexo, abster-se de utilizar medicamentos, abster-se de ingerir bebidas alcoólicas, etc.), ou involuntária, imposta por circunstâncias externas, à revelia da vontade da pessoa. Redução de Danos foi compreendida, inicialmente, como estratégia clínica no cuidado de pessoas usuárias de produtos psicoativos, sem exigência de abstinência, voltada para a redução de eventuais danos acusados pelo produto, sua via de administração, condições ambientais de uso, estado de higiene e nutricional do usuário, dentre outras condições. A prática inaugural mais conhecida foi a troca de seringas usadas por seringas novas, com usuários de drogas injetáveis. Hoje a Redução de Danos é reconhecida em muitos países, como uma Política Pública de Saúde e Social, apoiada, principalmente, na Autonomia e Liberdade das pessoas, reconhecidas em sua Cidadania e Direitos”.

danoso de SPA passam a ser reconhecidos como questões de saúde pública. (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Considerando-se a disputa histórica entre os idealizadores da Reforma Psiquiátrica e seus opositores,

Nesse contexto, a Coordenação de Saúde Mental bem como representantes de centros acadêmicos, sob a égide da redução de danos, conseguem influenciar a reorientação normativa do texto das políticas sobre drogas no país a partir do final dos anos 1990 e até meados de 2010 (*Ibidem*, p. 119).

À medida que vai se consolidando a Política de Saúde Mental Antimanicomial, o projeto oponente vai articulando uma aliança entre dois grupos de interesses. De um lado, os defensores do Modelo Asilar que ganham hegemonia na Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, aglutinando parte da categoria médica em torno de interesses corporativos, condensados em documento intitulado “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”, de 2006. (*Ibidem*). De outro lado,

Outro grupo, movido pelo interesse em questões religiosas e no orçamento público, começa a ganhar o espaço estatal, sob insígnia de Comunidades Terapêuticas, sintetizando um segmento heterogêneo com práticas bem diversificadas entre si, agregadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACIT) de 1990 [...] (*Ibidem*, p. 120).

Elenca-se, nesse contexto, uma série de contraofensivas à Política em curso. Contrariando estudos epidemiológicos que atestam ser o consumo nocivo do álcool o principal problema relacionado à droga, a projeção, com a participação da mídia, da “epidemia do crack”, conquista o investimento de recursos governamentais. “Desenha-se a perspectiva disjuntiva entre a saúde mental e a questão de álcool e outras drogas, girando em torno das disputas pelo orçamento público de diferentes setores e níveis governamentais” (*Ibidem*, p. 120).

Segue-se o Decreto 7.179, de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas. Fruto das pressões sobre o governo, em 2011, a Política de Saúde Mental retrocede com a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS, através da Portaria 131, de 26.01.2012, apesar da inadequação às condições previstas para serem consideradas Serviço de Saúde, por seu caráter asilar, religioso e desprovido de equipe técnica.

Com a reconquista, a partir de 2016, da Coordenação de Saúde Mental pelo grupo opositor à Reforma Psiquiátrica, as CTs são alçadas à condição de estabelecimentos de Saúde através da Portaria SAS/MS no. 1.482, de 25.10.16, com direito a financiamento do SUS. Representativo do desmonte da lógica substitutiva, impõe-se uma danosa complementação com os CAPS.

Nesse sentido, tende a haver uma divisão de trabalho entre as CTs e os CAPS AD, em que os primeiros ficam encarregados de um público mais seletivo, que apresenta maior possibilidade de êxito nos resultados, o que sinalizará maior eficiência dos serviços não governamentais (*Ibidem*, p. 122).

Conjuminando com a retomada do processo de mercantilização da saúde mental, pela via da remanicomialização a partir das Comunidades Terapêuticas, há um claro desinvestimento na RAPS/SUS. Em contrapartida, amplia-se o aporte financeiro das CTs de 4.000 para 20.000 vagas. Como informam as autoras:

Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para a Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$1.100,00 para o máximo de 50 pessoas (*Ibidem*, p. 124).

Conforme asseveram as autoras, “a partir da Resolução CONAD no. 1/2018, a Política brasileira sobre drogas dá uma verdadeira guinada rumo à tendência predominantemente proibicionista” (*Ibidem*, p. 125). As mudanças na PNAD priorizam a Abstinência em detrimento às estratégias de redução de danos, constando, entre suas premissas básicas: “[...] promoção da abstinência, suporte social e redução dos riscos sociais e à saúde e danos decorrentes”. Por último, foi sancionado, no último dia 6 de junho de 2019, projeto que altera a Lei Antidrogas (11.343/06) para prever a internação involuntária de usuários de SPA.

Na fala de uma profissional de CERSAM AD, expressa-se o rebatimento desses retrocessos no cotidiano da Rede:

E aí a gente vê que é muito uma questão que é política, de desconstrução. Na Clínica AD a gente tem muito embates com a questão das comunidades terapêuticas, né? É uma luta que a gente vem travando mesmo, de dizer da importância do SUS nesse lugar do tratamento do álcool e das outras drogas. Muitas vezes, a gente deixa de

ter um financiamento e aí, quando descobre, esse movimento está sendo feito nas CTs, que não são unidades de saúde e nosso questionamento é esse. Assim, de dizer que é possível com uma política baseada na redução de danos, que isso pode ser efetivo sim, reconhecer os sujeitos nas suas limitações, trabalhar com ele até onde ele dá conta e não apenas direcionar para um lugar onde ele vai ficar sem um cuidado de saúde, sem um acompanhamento para a questão de saúde, médicos não escutam... Então nossa dificuldade, nosso enfrentamento... na clínica AD, a gente esbarra muito nessas questões das comunidades terapêuticas que vêm cada vez mais se fortalecendo, autorizadas, e aí, baseado nessa autorização que eles vêm tendo, eles forçam mesmo uma barra, assim, de, às vezes, trazer o usuário aqui apenas pra fazer uma prescrição e ir embora, e é um cuidado que a gente não banca, né, entendendo que não é apenas uma receita pra voltar a um estabelecimento aonde não tem o acompanhamento em saúde, né, então eu vejo muito esses enfrentamentos, a nossa dificuldade, na clínica AD é muito dessa, também (Terapeuta Ocupacional 1)⁸⁴.

Complementa essa Rede, Unidade de Acolhimento – UA⁸⁵ – que conta com dez vagas, para adultos, e uma para crianças e adolescentes. Oferece atenção residencial, por meio de acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo em caráter transitório. O Serviço funciona 24 horas /dia e recebe a demanda indicada pelos CERSAMS AD e CERSAMI, conforme projeto terapêutico. Conta com equipe composta por Coordenador, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Agentes de Proteção Social⁸⁶. E quatro equipes de Consultório na Rua, regionalizados conforme explica a Entrevistada 3BH:

[...], o Consultório na Regional Noroeste, que pega a Pedreira, né, que é um ponto de concentração de usuários de álcool e outras drogas, e também de tráfico. Então, a gente tem uma equipe de Consultório na Rua atuante lá. Tem uma equipe na Regional Norte, né, que pega também uma área de concentração de usuários, que é perto do Abrigo São Paulo, que é perto da Estação Metrô. Tem a equipe de Consultório na Rua da Regional Oeste, que também é uma região de grande aglomerado lá, grande concentração de usuários, também, de álcool e outras drogas, e na Regional Centro Sul, que também se concentra. Então, a gente tem quatro equipes, mas a gente precisa ampliar aquele território. Belo Horizonte é muito grande e, infelizmente, ao longo desse tempo, aumentou muito, né, os locais de concentração, a questão recurso, né, então, é uma abordagem... o nosso consultório na rua... é... ele prioriza o usuário de álcool e outras drogas. Né, então é um pouco diferente do que você tem no restante do Brasil, e na

⁸⁴ A terapeuta ocupacional 1, 28 anos, é contratada para a rede há 4 anos.

⁸⁵ Custeio definido pela Portaria 121/2012.

⁸⁶ Acerca da implantação das Unidades de Acolhimento, acrescenta a Entrevistada 3: “E a gente teve um pouquinho de dificuldade pra abrir, nós demoramos um pouquinho, estivemos em São Bernardo pra ver a experiência... Nós fomos em São Bernardo pra conhecer, né porque era Referência pra a gente, tanto a Unidade de Acolhimento Infantil como a de Adulto, e... depois a gente abriu a nossa aqui. Mas hoje são duas. É uma Adulto e uma Infantil, tá?”

Política de Consultório de Rua, né, que é uma questão mais ampla. Aqui, como nós temos a Atenção Básica, é... muitas equipes de Centros de Saúde, então, nós concentramos essa abordagem do Consultório na Rua na questão do usuário de álcool e outras drogas, que a maioria tá em situação de rua e não tem uma Política específica pra eles⁸⁷. Tá?

A Rede de Atenção Psicossocial conta ainda com a Atenção de Urgência e Emergência através do SAMU e 09 unidades de Pronto Atendimento (UPA); o SUP, atualmente com sete leitos; atenção hospitalar prestada Pelo Hospital Odilon Behrens, o Hospital do Barreiro e Rede FHEMIG; 31 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o SURICATO, estratégia de promoção da cidadania por meio do trabalho e produção solidária, que recebe os usuários referenciados pelos 09 Centros de Convivência. Na Atenção Básica, são 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 587 equipes de Saúde da Família. No tocante ao processo de redimensionamento do SUP para se adequar à expansão da demanda, a Entrevistada 3BH esclarece:

Na época que ele abriu, tá, ele abriu só com sete CERSAMS, não abriu com oito, não abriu com CERSAMI, a gente não abriu dando suporte pra criança e adolescente, abriu só com um psiquiatra e um enfermeiro, mas, a partir do momento que os Serviços foram ampliando e os leitos dos próprios CERSAMS também foram ampliando, né, foram feitas reformas, porque a demanda foi aumentando, nós precisamos aumentar a equipe, também, do SUP, pra dar mais segurança pra o usuário, os trabalhadores como equipe, e aí foi feito. [...] A ampliação foi gradativa. Foram dois enfermeiros. Aí, saía só um Enfermeiro, independente de ter intercorrência ou não, saía pra visitar os CERSAMS. Os leitos foram ampliando, os quadros cada vez mais graves chegando pra gente, né, o número de telemedicina foi aumentando, então, por segurança, nós achamos melhor, né, e conseguimos isso, porque, também, é insuficiente o número de profissionais, né, na Saúde Mental, ampliar pra dois psiquiatras à noite. Então, hoje, o SUP tem dois

⁸⁷ O Consultório de Rua “define-se como um dispositivo clínico de atenção à saúde biopsicossocial de pessoas em situação de rua, expostas a riscos de vida relacionados ao uso de substâncias psicoativas e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis.” (Nery Filho, Valério e Monteiro, 2011. P. 33). Considera-se, nesta definição, uma atenção à saúde que transcende o cuidado imediato do corpo físico dos sujeitos envolvidos, abarcando a complexidade dos aspectos ligados à sua experiência de vida em situação de rua. Já o Consultório na Rua, de acordo com Santana (2014), amplia o escopo das ações abarcadas pelo Consultório de Rua, destinadas à população em situação de rua no âmbito da Saúde Pública brasileira, migrando da pasta da Saúde Mental para a Atenção Básica, e tem o custeio definido pela Portaria 1.238/14. Conforme discorre a autora, “A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, entendemos que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população” (SANTANA, 2014, p. 1798). Conforme observa-se na explanação da Entrevistada 3BH, o município de Belo Horizonte optou por priorizar os usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, considerando o grau de vulnerabilidade dos mesmos.

psiquiatras e dois enfermeiros, mais a equipe da enfermagem e mais a equipe administrativa.

A estrutura física é que não comporta mais. Mas a equipe ainda... né, ainda dá, nesse momento, ainda é suficiente diante das demandas que vem dos CERSAMS. O acolhimento lá aumentou muito. Né, a gente tinha uma média ... quando eu pensei lá, uma média de acolhimento, de atendimento de três, quatro... hoje tá chegando a doze. Então, é insuficiente o espaço. Os CERSAMS ampliaram os leitos, mas nós ampliamos a retaguarda do CERSAM, com o enfermeiro, com o médico, que roda à noite em todos os CERSAMS e fazem também Relatório.

Em termos de Serviços e Estratégias, pois, a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, atualmente, pode ser visualizada como no Quadro abaixo:

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	152 Unidades Básicas de Saúde 587 Equipes de PSF 04 Equipes de Consultório na Rua 09 Centros de Convivência 52 Oficinas de Arte da Saúde 09 Equipes Complementares
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	08 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM III / CAPS III) Leitos de Hospitalidade Noturna: 57 02 Centros de Referência Infanto-juvenil (CERSAMI / CAPS I) Leitos de Hospitalidade Noturna: 04 03 Centros de Referência em Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas (CERSAM AD III / CAPS AD III) Leitos de Hospitalidade Noturna: 08 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna Leitos de Observação: 07
ATENÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	SAMU (USB E USA) 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	01 Unidade de Acolhimento Adulto – (UA) 10 vagas
ATENÇÃO HOSPITALAR	Hospital Odilon Behrens, Hospital Metropolitano do Barreiro Rede FHEMIG
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	31 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	SURICATO

Como estratégia de formação de profissionais para a Rede, na lógica substitutiva, constituiu-se, a partir de 2012, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental/PBH, contemplando, a cada turma, 08 médicos, 02 terapeutas ocupacionais, 02 psicólogos, 02 enfermeiros e 02 assistentes sociais. Entre os 19 profissionais de nível superior da Rede entrevistados para esta pesquisa, 06 (31,5%) concluíram a referida Residência e uma Terapeuta Ocupacional está em curso. Entre os cinco

psiquiatras entrevistados, quatro foram contratados como trabalhadores da Rede no final da Residência.

Acerca dessa capacitação, explanam os trabalhadores:

Então, eu fiz residência médica pela Rede também, sabe? Então, eu passei aqui como Residente, foi de 2015 até final de 2017. Aí, no último ano de Residência, eu já fui contratada como profissional da Rede. Eles tinham convênio, né, com a Residência. [...] É uma Residência conveniada ao hospital Odilon Behrens, mas, na verdade, é da Prefeitura, sabe? A gente passa pela Rede toda de Saúde Mental. Eu fui inclusive Residente daqui. Aí, terminando o estágio aqui, eu já fui contratada. Mas, como psiquiatra mesmo, eu terminei Residência em março. Aí, em abril, que eu efetivei, no concurso de psiquiatra. E eu tô desde então (Psiquiatra 1⁸⁸).

[...] na saúde mental foi a partir de 2013, eu fiz a Residência de psiquiatria né?; pelo Hospital de BH, o hospital municipal Odilon Behrens, depois eu fiz o quarto ano de Residência no hospital Raul Soares, e aí eu já estava na rede na PBH, quando voltei depois da licença da Residência, eu já vim pra psiquiatria! [...] Já vim pro serviço substitutivo, minha experiência com hospital foi no Raul Soares [...] Minha Residência já foi em Rede, porque o Odilon Behrens ... [...] a instituição que chancela a residência é o Hospital Odilon Behrens, que é um hospital clínico. [...] Mas a Residência já é feita nos CAPS, ela já é toda feita nos CAPS... Centros de Saúde, CAPS AD, né? Já é toda feita nos serviços substitutivos! É uma Residência em Rede (Psiquiatra 2⁸⁹).

No primeiro ano da residência eu fui interno aqui passei o ano todo por isso eu conheço o pessoal e o serviço aqui, agora que eu estou finalizando a residência eu voltei para cá, mais aí como médico psiquiatra. [...] Sim, eu acho que é uma residência peculiar é uma característica peculiar da residência que eu fiz a residência que é a residência do Hospital Municipal de Odilon Behrens e da rede SUS da prefeitura de Belo Horizonte, então minha residência eu diria que com uns 80% do período de formação dela foi já inserido na rede de atenção psicossocial, que aí agente passa por CERSAMS, passa no centro de saúde e outros dispositivos também (Psiquiatra 3⁹⁰).

Assim que me formei na faculdade e fiz a Residência em saúde mental no Odilon Behrens [...] É, e aí após concluir a Residência no fim de 2016 [...] eu consegui a oportunidade na rede estou desde então. Já passei por alguns equipamentos, mas sempre da urgência, ainda não passei pela atenção básica. Fiquei locada mesmo na urgência (Assistente Social 1⁹¹).

Aqui na instituição estou há seis meses eu tive um período de dois anos de Residência em Saúde Mental, né? Que foi aqui na PBH, que é uma residência multiprofissional onde nós circulamos por toda a rede, né? De Saúde Mental de Belo Horizonte. E a gente circula mais como trabalhador da rede mesmo, enquanto referência técnica, há um acompanhamento de preceptoria, mas nós estamos dentro do serviço enquanto técnicos do serviço mesmo. Acompanhando casos, referenciando, fazendo projeto

⁸⁸ A psiquiatra 1, 30 anos, é contratada da rede há 4 anos.

⁸⁹ O psiquiatra 2, 45 anos, é contratado da rede há 6 anos.

⁹⁰ O psiquiatra 3, 29 anos, é recém admitido no CERSAM, onde atuou por um ano como Residente.

⁹¹ A assistente social 1, 32 anos, é profissional contratada para a rede há 2 anos.

terapêutico, então esse percurso todo quatro anos (Terapeuta Ocupacional 1).

5.2 A CONSOLIDAÇÃO DO NOVO MODELO

Foi apresentado, no item anterior, a trajetória de implementação e avanço da reforma psiquiátrica em Belo Horizonte. Como foi visto, essa trajetória foi beneficiada tanto por um contexto bastante favorável, como por uma atuação decisiva dos profissionais. Atualmente, pode-se dizer que o modelo substitutivo parece consolidado na prática dos profissionais e na própria avaliação e aprovação da população usuária. Isto não significa, porém, a ausência de desafios, dificuldades e problemas. Entre eles, está a necessidade de uma ampliação da estrutura de oferta de Serviços, vez que a cidade cresceu, bem como a sua população se multiplicou. “Eu acho que falta... a gente tem nove regionais, aqui teria que ter um CERSAM AD pra cada regional, sabe, a gente teria que ter consultórios de rua em cada regional” (Assistente Social 2⁹²). A fala da profissional corrobora a afirmação da Entrevistada 3BH no tocante à insuficiência quantitativa dos equipamentos diante da demanda atual:

Cada Regional tem uma UPA, então são nove, cada Regional tem um Centro de Convivência, são nove, e com exceção da Centro Sul, cada uma também tem um CERSAM pra transtorno. Porém, pra Álcool e Droga, [...], o AD Pampulha, tá, ele atende Venda Nova, Pampulha e Noroeste. O Nordeste atende Norte e Nordeste. Tá? Centro Sul, a gente não tem nem CERSAM e nem AD. O transtorno, ele vai para Oeste e Leste. E Álcool e drogas vai pra o CMT⁹³ [...]. E o CERSAM AD Barreiro, tá localizado no Barreiro, ele atende a Regional Barreiro e a Regional Oeste. Então, você vê que o AD Pampulha, ele fica com mais Regionais, três, quando ele abriu, eram quatro, porque abrangia a Regional Norte também, e, infelizmente, com os recursos, né, para o CAPS, que seria pra atender uma população até trezentos e trinta mil. Se você somar a população desses três aqui, dá mais de um milhão.

Neste trecho, a Entrevistada 3BH toca no problema do financiamento, aquém do necessário para a expansão adequada da Rede. Nesse ponto, ela também ressalta que “o processo de expansão, num certo momento, foi... retrocedeu, em função de toda uma política, né? Não só de Belo Horizonte, mas como do Brasil”. Já a segunda

⁹² A assistente social 2, 50 anos, trabalha no CERSAM há 8 anos.

⁹³ O Centro Mineiro de Toxicomania – CMT é um Serviço da Rede Estadual, que se integra à Rede Municipal, absorvendo a demanda de atenção a usuários de álcool e outras drogas da Regional Centro Sul.

entrevistada sinaliza ainda uma limitação na estrutura para a atenção às comorbidades clínicas que acometem usuários de substâncias psicoativas. Ressalta, entretanto, que, no caso da crise psiquiátrica, a Rede atua de forma eficaz, conforme se lê abaixo:

[...] hoje, a gente tem algumas limitações ainda. Do que era, né, antes, a gente tem evoluído muito. Por exemplo, à noite, aqui, a gente só conta com equipe de técnicos de enfermagem. Então, não tem médico, e por ser um serviço de urgência, tem muita intercorrência, até clínica, mesmo. A gente conta com o serviço à distância, que é o SUP – eu até trabalho lá também. Aí, por exemplo, se tem uma intercorrência aqui, ou a ambulância tem que se deslocar de lá, com médico e enfermeiro pra vir pra cá. Nesse meio tempo, às vezes, tem que chamar o SAMU, aí depende de outros, assim. É... talvez uma falha seja essa, assim, pelo menos a enfermagem de noite, faz muita diferença não ter à noite. Outros casos também, que por nossa estrutura, às vezes, ser até mais limitada, a gente tem muitos pacientes que passam o dia aqui, às vezes paciente mais frágil, tem muita comorbidade clínica, que exige mais, às vezes, até uma investigação melhor, às vezes a gente precisa de um leito, sabe, mas não no sentido de... dessa estabilização psiquiátrica em si, porque eu acho que a maioria mesmo, a gente dá conta aqui. É mais quando tem coisas além disso. Por exemplo, você quer descartar algum quadro orgânico, é pedir exames, e tudo, mas aqui tudo é mais demorado, que a gente depende do centro de saúde (Psiquiatra 1).

Para contornar a dificuldade na atenção a usuários com comorbidades, a entrevistada anuncia a abertura recente de uma enfermaria com seis leitos em um hospital municipal destinado aos usuários em sofrimento mental com demanda de tratamento clínico.

Tanto é que agora, isso é recente, que a gente conseguiu uns leitos no hospital novo, aqui em Belo Horizonte, que é o Metropolitano do Barreiro, e a gente vai poder ter esse intercâmbio. Lá vão ter os residentes da psiquiatria da rede, e esses casos assim que exigem mais, a gente encaminha pra lá até descartar, né, outras causas, estabilizar as questões clínicas e depois vir pra cá. Agora, em relação à crise pura, psiquiátrica, grande maioria, assim, a rede dá conta sim. É mais esses casos assim, casos mais delicados, que a gente precisa... (Psiquiatra 1).

A narrativa dos profissionais inseridos nos quatro CERSAMS que se constituíram em campo de pesquisa em Belo Horizonte descreve, nos dias atuais, um cenário de consolidação do Modelo de Atenção Psicossocial, sustentado numa Rede de Serviços Substitutivos, de orientação antimanicomial, fruto de toda a construção sobredita. Há uma convergência na afirmação de que a rede de cuidados substitutivos é legitimada pela população do município, que a prioriza em detrimento do hospital psiquiátrico e de que esta Rede, de fato, substitui os leitos hospitalares

na oferta do cuidado. “Então, hoje os CERSAM são referências para a população, né? As pessoas do território nos procuram no dia a dia. As portas são abertas, né?” (Enfermeira 1⁹⁴). Nessa linha, a psiquiatra 4⁹⁵ coloca que:

[...] eu acho que em Belo Horizonte a gente conseguiu, que os hospitais continuassem, né, táí o Glauber e o Raul que são nossos grandes hospitais públicos que são estaduais e a gente... Vive sem eles, eles não, né... Nós... Glauber e Raul não... não interferem no nosso dia a dia, a gente não pensa neles.

Por outro lado, evidenciam as dificuldades inerentes à conjuntura atual, com rebatimentos na própria assistência, e o tensionamento diante da necessidade de estratégias de sustentação e expansão da Rede.

Em geral, os profissionais relataram um modo de funcionamento comum a todos os CERSAMS da Rede, que organiza o cotidiano e orienta o processo de trabalho das equipes.

Então, a gente tem um modo de funcionamento que é geral para todos os profissionais, né, a gente trabalha com a figura do profissional Técnico de Referência. É claro que aí, nos seus acompanhamentos individuais, os seus atendimentos individuais, na forma como a gente lida, a gente traz muita nossa bagagem, claro, da nossa formação (Terapeuta Ocupacional 2⁹⁶).

A figura do Técnico de Referência⁹⁷, aqui mencionada, pressupõe uma opção pela Interdisciplinaridade (cf. p.94), ambos conceitos basilares da Reforma Psiquiátrica. Ensejam um redimensionamento dos papéis profissionais e desconstrução da centralidade do saber médico, fomentados pela gestão no início da construção da Rede de BH, como exposto acima (cf. p.108). Na fala dos profissionais, sobressai uma avaliação positiva dessa organização, que requer um esforço coletivo no

⁹⁴ A enfermeira 1, 54 anos, trabalha na rede há 14 anos.

⁹⁵ A psiquiatra 4, 55 anos, trabalha no mesmo CERSAM há 24 anos.

⁹⁶ A terapeuta ocupacional 2, 33 anos, é profissional concursada da rede há 6 anos.

⁹⁷ Conforme definido na Linha Guia de Saúde Mental (2006, p. 149). “o técnico de referência não pode jamais ser escolhido em função de sua formação profissional específica. Pode ser o psicólogo, o enfermeiro, o psiquiatra, ou qualquer outro: todos os técnicos de nível superior em Saúde Mental devem adquirir idêntica capacitação para conduzir o tratamento de um portador de sofrimento mental. Por que este ponto nos parece fundamental? Porque questiona as formas de tratamento centradas na figura do médico, nas quais os outros profissionais entram apenas como auxiliares ou coadjuvantes. Ao questionar esse modelo, estamos questionando também as concepções medicalizantes do sofrimento mental, típicas do modelo manicomial e seus equivalentes. Questionamos também certas definições preconceituosas e estereotipadas, do tipo “Esse paciente tem demanda para psicoterapia, portanto será encaminhado para o psicólogo”; já esse outro “necessita principalmente de medicamentos, logo deve ser atendido pelo psiquiatra”.

sentido da superação de uma tradição multidisciplinar, caracterizado pelo isolamento das especialidades e pela hierarquização de papéis. A Assistente Social 2 ressalta a positividade dessa reconfiguração, que confere maior autonomia e empoderamento dos demais profissionais, possibilitando a superação da submissão ao saber médico.

Eu lembro que no início, logo quando eu entrei, eu sempre fui mais ativa e os colegas de trabalho viam muito assim ne/? Viam o assistente social como profissional que ia conseguir o benefício, aquele profissional que ia encaminhar pro bolsa família, pra tirar a documentação. E ai eu achei interessante que eu fiz uma pasta, logo que eu entrei aqui com todos esses encaminhamentos, eu falei gente! cada referência técnica é só procurar aqui, tá todo o passo a passo, e eu achei muito interessante porque você aqui é referência técnica, você não fica naquela coisa do fazer do assistente social somente. Não é desfazendo, mas você trabalha com escuta, você é referência daquele usuário, você constrói junto com ele o projeto terapêutico né? Então isso é muito interessante, que é diferente, às vezes, do assistente social que tá lá no pronto socorro, o assistente social que está na área hospitalar ne? Até mesmo a assistência aqui, a gente tem autonomia também, sabe? Você constrói junto com a equipe, ne? É diferente, não é: ah, a assistente social vai resolver só o que ninguém resolve. Né?. Ah, ele vai procurar o benefício. Não, aqui não, aqui eu faço parte da equipe, percebo isso como profissional da área de saúde mental, entendeu? Isso me fez crescer muito como profissional. [...] as pessoas te respeitam, você vai se emponderando também, você discute caso a caso de igual pra qualquer outro profissional, pode ser até o profissional medico, né? mas você discute... a sua escuta, ela é respeitada dentro da equipe.

Para a Terapeuta Ocupacional 1, a especificidade de cada saber profissional tem o seu lugar, que é a discussão do caso, onde os diversos saberes podem contribuir para nortear a condução do Projeto Terapêutico pelo Técnico de Referência.

Não há uma diferença no acolhimento... Claro que cada um vem com seu recurso, seu olhar diferenciado... Mas o que eu percebo muito é o multi nas discussões de caso, que a gente leva para as reuniões de equipe. É onde eu percebo assim a maior diferenciação da formação. E aí onde eu percebo uma atuação maior dessa diferenciação do profissional é nesse momento, onde a gente está discutindo caso, na elaboração do projeto terapêutico... Às vezes, eu estou perdida numa condução social e a assistente social vem e me dá uma mão... A enfermagem...

É relevante ressaltar a adesão à interdisciplinaridade pelos médicos, que no modelo anterior detinham poder diferenciado. A narrativa da psiquiatra 4 representa a abertura para a superação do modelo médico centrado.

Porque a Reforma tem isso, né?! Que é uma coisa que tira o poder do médico, não é?! Não é você quem determina se o paciente fica, se o paciente sai, você tem sua opinião e eu acho que o pessoal escuta muito, mas não sou eu que decido. Eu acho que isso pra mim é de um alívio tão

grande sabe?! Eu acho que isso não me... eu acho que trouxe alívio pra mim, trouxe mais leveza, do que tá tudo concentrado, que você decide! Então isso pra mim não tem nenhum problema. Esse tal do poder médico aí pra mim, eu... Eles vão ter que escutar também o que eu falo né...

A psiquiatra 1 reforça o olhar positivo sobre a interdisciplinaridade

Em geral, acho que se soma muito, né, a gente... nossa equipe, em particular, assim, acho que é uma equipe, né, bem unida. Assim, tem muita troca... sempre em comum com o paciente, assim, então, eu acho que é muito vantajoso, na verdade, ter diversos olhares, né, diversas áreas...

Nesta fala, a Entrevistada toca na participação do usuário na construção do seu Projeto Terapêutico, o que é enfatizado também pela Assistente Social 2, do mesmo CERSAM:

E ai nesse dia do ambulatório, você constrói junto com o usuário sabe? porque é muito importante é isso, essa construção junto com, não para ele. Lógico que, às vezes, a gente deseja pro outro, assim, um projeto assim, um projeto... mas assim, é ele que tem que definir. Não adianta eu querer pro outro, desejar pro outro, e ai é muito bacana esse trabalho.

A Enfermeira 2⁹⁸, por sua vez, sinaliza a mudança a partir da construção do vínculo entre Técnico de Referência e usuário, de modo que, para os últimos, torna-se irrelevante a categoria profissional do Técnico que conduz o seu Projeto Terapêutico. “se for falar da equipe multidisciplinar, eles nem falam disso, né? Eles nem sabem, às vezes, que o enfermeiro... é técnico”.

A Terapeuta Ocupacional 2, por sua vez, ao tempo em que corrobora as falas anteriores, sinaliza que o processo de mudança ainda não está completo.

A gente não pode falar que nós mudamos completamente, porque nós vivemos a hegemonia, ainda, do modelo biomédico. Nós não estamos afastados disso, né? Enfim, o modelo biomédico, o modelo medicamentoso... então, assim... então, é claro que eu penso que, na Saúde Mental, a gente avança muito, principalmente se comparado, ainda, às unidades básicas de saúde, aos hospitais... a gente avança porque aqui no CERSAM, por exemplo, eu conduzo muitos casos.. Eu acompanho, eu sou profissional... eu sou a responsável por aquele caso, é claro que junto com meu colega médico, e aí varia muito de caso pra caso. Tem caso que meu colega praticamente não vê o paciente, eu mais que acompanho, ele faz atendimentos mais pontuais, né, ele procura ver mais a questão da medicação.

⁹⁸ A enfermeira 2, 35 anos, trabalha na rede há 4 anos.

A profissional ressalta, ainda, o afastamento do profissional médico da função de Referência que foi se configurando por conta de fatores como a redução de Recursos Humanos e aumento da demanda.

Agora, havia uma época, também, que os profissionais médicos [...] inicialmente, isso era muito mais forte, eu acho, que os profissionais médicos, eles também cumpriam um pouco essa função de referência. Ser referência de algum caso, de fazer o projeto terapêutico, não só a questão medicamentosa. Isso, hoje, eu acho que tem sido muito difícil. Assim, aqui no CERSAM, não vejo, assim, muito isso acontecer. Mas isso já foi possível em algum momento. No seguinte sentido, assim, do profissional médico, ele ocupar esse outro lugar... entendeu? É Claro, assim, ele é referência técnica de alguns pacientes, claro que bem menos que a gente e ele é o médico de referência nosso. Eu penso que, assim, com a precarização do serviço, uma piora dessa configuração (Terapeuta Ocupacional 2).

A Psiquiatra 1 explica essa diferenciação do profissional médico em relação aos demais, que foi se configurando para resolver a questão da sobrecarga. Afirma que, em função da especificidade da prescrição do tratamento medicamentoso, privativo do médico, os usuários os identificam enquanto categoria, embora não se estabeleça uma relação de dependência.

A equipe, teoricamente, era pra ter cinco psiquiatras, né? Outra questão nossa é essa também, que é uma falha muito grande. Hoje, a gente tá em três psiquiatras. Então, acaba que cada um referencia um grupo de técnicos. Então, tem cinco técnicos que eu sou referência dos pacientes desses técnicos. Então, acaba assim, que as nossas consultas são mais espaçadas, e sempre tem essa troca, né, quando tem qualquer intercorrência nesse meio, o técnico procura a gente, fala, olha, tu pode atender pontualmente, tal... a gente tem uma agenda também, né, de ambulatório, uma vez por semana, e plantão, que são as urgências que a gente vai... que vai aparecendo, assim. Aí acaba que, com os médicos, eles sabem quem são exatamente, por conta da medicação, eles sabem que é com a gente que eles vão discutir, né, em relação à medicação. Mas o pessoal da equipe técnica filtra muito pra gente por conta disso, né, como são muitos...

A psiquiatra 4, a mais antiga do Serviço e a única a acumular a função de Técnico de Referência, a seu pedido, também aponta os mesmos fatores para o afastamento do médico desse papel. Sobre a especificidade da prescrição, considera, ainda assim, a contribuição dos colegas de outras categorias na definição da medicação.

Prescrição é o médico que faz. Eu posso até discutir com o meu colega, e tem colegas que... Olha... engraçado! Eu vou ficando aqui e vai tendo experiência... então tem gente que sugere: Por que você não prescreve tal medicação para esse paciente? Eu lembro que teve uma vez aqui que ele

usou e que deu certo e tal... [...] Psicólogo, TO, Enfermeiro... Eu falo: Gente, é mesmo, deixa eu ver aqui... E eu vou dar uma olhada no prontuário e realmente! E eu acato a opinião, né?! A gente discute, inclusive, mas na hora de fazer, de assinar... Isso aqui é uma especificidade minha.

A profissional associa a dificuldade de manter o número previsto de cinco psiquiatras em cada CAPS, também, à desistência de profissionais médicos que não se adaptam à mudança de modelo. “Quem já saiu daqui por não dar conta disso são os médicos, são os Psiquiatras.”

Na etapa de coleta de dados, por meio de observação direta, foi possível mesmo observar, nas passagens de plantão, nos diálogos interprofissionais, nas reuniões de equipe e mini equipes, a reprodução e uma relação horizontal entre os profissionais. Em uma discussão de caso, em um CERSAM, a técnica de referência, que é terapeuta ocupacional, discute com a médica a revisão da medicação de uma usuária, sugerindo prescrição já utilizada anteriormente, com boa resposta da mesma, com a concordância da psiquiatra. A técnica de referência traz argumentos que denotam o acompanhamento contínuo do caso e conhecimento da conduta pregressa conforme prontuário. A modificação da conduta, nesse caso, deu-se com respaldo na discussão do caso, sem a necessidade de agendamento de consulta com a usuária nos moldes tradicionais.

Em outra situação, no CERSAM AD, foi observada uma técnica de referência aprazar em sua agenda, o atendimento de uma usuária que desejava retomar o tratamento após interrupção por um período. O acolhimento e reorganização do projeto terapêutico, nesse caso, embora requeresse discussão posterior em equipe, não foi condicionado a uma avaliação prévia pelo profissional médico. Tais fatos observados comprovam os depoimentos dos profissionais.

Outra sinalização importante vem da Terapeuta Ocupacional 2, relativa à desconstrução do papel de destaque do profissional médico.

Essa forma de funcionamento dos plantões, ela também é uma forma de funcionamento que desloca a função do médico no sentido de que ele é um profissional plantonista como todos nós, como eu, como minha colega enfermeira, como minha colega psicóloga. Né, então ele também tá ali para abordar uma agitação, ele também vai estar ali para fazer um atendimento...

uma escuta, que é necessário, ele vai estar ali para fazer uma oficina, se for o caso, ele vai estar ali para atender um telefonema.

Na fala da Terapeuta Ocupacional 1, observa-se também o reconhecimento da importância da formação conjunta através da Residência Multiprofissional na desconstrução da hegemonia médica:

Então, a maior parte dos médicos que eu tive a oportunidade de trabalhar, isso eu falo por mim, são ex Residentes. Eu acho que esse período na Residência é fundamental, porque nós circulamos na rede os dois anos em parceria com o médico. Não tem uma diferenciação, né? Você é terapeuta ocupacional, então você não vai compreender disso. Não. A gente vai o percurso inteiro. E eu acho que isso pra clínica médica é bom, porque desconstrói um pouco, né? Eu acho que eles já saem dessa postura, né? Da Clínica Médica, da autoridade, de ser único e pode ser nesse momento por algumas características (é óbvio, você não vai entrar na questão da prescrição e tal), mas acho que estar nesta formação juntos desconstrói muito essa postura e eu vejo que aqui os médicos, eles são muito... acolhem muito, nós temos muita autonomia para conduzir os casos e eles apostam muito na gente assim. Confiam muito naquilo que a gente diz. Olha, eu acho que fulano não está bem... será que a gente não ajusta a medicação? Ah, então irei utilizar essa e essa medicação. O que eu vejo é que é algo diferente das outras clínicas onde o médico, ele é o único capaz de dizer sobre o paciente e é uma parceria muito válida. E ele nos acolhem bem, nos escutam. Dá esse empoderamento, sabe? E aí também acho que isso entra muito na questão da política, da reforma, de entender que não existe nenhuma superioridade, né? Eu acho que é da nossa construção desde a forma de vestir até a construção da forma de estabelecer os vínculos, né?

A respeito do cotidiano dos Serviços, as narrativas dos diversos profissionais corroboram a consolidação de uma organização comum do processo de trabalho das equipes. Em geral, ele se dá da seguinte forma:

O CERSAM é um Serviço que funciona 24 horas, né, é um CAPS III. A gente tem um modo de funcionamento, né, em algumas modalidades de tratamento, digamos assim. Então, a gente tem a modalidade intensiva⁹⁹, né, que, quando a pessoa precisa de cuidado em tempo integral, então, ela fica em Permanência Dia, a pessoa passa, né, uma parte, ou o dia inteiro aqui com a gente e ela fica também em hospitalidade noturna. Então, a gente tem 8 leitos para pessoas que precisam desse modalidade tratamento. Quer dizer que a gente não tem mais demanda que isso,? Frequentemente, sim, a gente tem mais demanda que isso, né? Semana passada, a gente tava tendo 10, 12 pacientes, a gente fechou com dez, mas aí, a gente conta com a rede (Terapeuta Ocupacional 2).

Percebe-se que persiste, como descrito anteriormente, o compartilhamento de vagas entre os CERSAMS para garantir a hospitalidade noturna aos que necessitam,

⁹⁹ As modalidades Intensivo, Semi-intensivo e Não Intensivo estão previstas na Portaria 336/02.

gerenciados através de planilha que compartilha os dados da rede em tempo real. O funcionamento diário é organizado em plantões, com troca de equipe entre os turnos matutino e vespertino. À noite, permanecem os Técnicos em Enfermagem, com suporte remoto do SUP, como confirma uma das entrevistadas, Enfermeira 1, e do SUP:

E ai o médico lá no SUP junto com o enfermeiro, depois a equipe cresceu. Foi para dois médicos e dois enfermeiros. A gente faz o rodizio na rota, um enfermeiro fica no SUP, o outro fica na rota e o médico também faz o rodizio. A gente visita todos os serviços, todos os CERSAM durante a noite. Atendendo as intercorrências, fazendo as supervisões dos cuidados da assistência da enfermagem, né? E o profissional que fica no SUP, ele faz o acolhimento... São acolhimentos da cidade de todos os pacientes de Belo Horizonte, né? Lá as portas são abertas. A gente atende os pacientes encaminhados do SAMU, da PM... A gente atende... urgência e emergência.

A rotina inclui, então, Passagem de Plantão de uma equipe para a outra às 7:00, às 13:00 e às 19:00. O CERSAM é definido, na narrativa dos trabalhadores, como um Serviço que existe, prioritariamente, para a atenção à crise. Em todos os CERSAMS constituídos em campo de pesquisa, foi possível observar a dinâmica da passagem de plantão entre o turno matutino e vespertino. Neste momento, a dupla responsável pelo plantão da manhã compartilha as situações de que envolvem os usuários em crise colocados em PD, aprofundando-se a discussão sobre novas ações para o Projeto Terapêutico Singular; informam suas definições sobre a continuidade ou não daqueles que estão na condição de hospitalidade noturna e relatam as novas situações de crise recebidas. Embora seja do profissional no papel de plantonista a autonomia na definição das condutas no período, pode-se perceber que os mesmos recorrem, algumas vezes, à opinião de colegas presentes, buscando respaldo em decisões que envolvem situações mais complexas.

A outra modalidade de tratamento, a pessoa vem em permanência dia, que pode ser uma vez por semana, duas vezes por semana e isso é acordado de acordo com a necessidade da pessoa né, se isso é o dia inteiro, se isso é só uma parte do dia¹⁰⁰... como que a pessoa vai vir, se ela precisa do transporte, se ela precisa de vale transporte, se a família vem trazer, se ela vem sozinha... (Terapeuta Ocupacional 2).

Nesta segunda modalidade, ao ser definida, no Projeto Terapêutico Singular pelo Técnico de Referência, define-se, também, segundo o grau de autonomia do usuário

¹⁰⁰ O que corresponde à modalidade Semi-intensiva.

no momento, a forma de deslocamento que garantirá a presença do mesmo no CERSAM. Ressalte-se que seguem sendo disponibilizados aos CERSAMS uma cota mensal de Vale Transportes¹⁰¹, bem como foi observado, em todos os Serviços, a disponibilidade permanente de um carro para o deslocamento dos usuários mais comprometidos. Na organização diária do Plantão, há sempre um Técnico em Enfermagem escalado para o Transporte, devendo acompanhar o deslocamento dos usuários previstos no percurso casa-CERSAM-casa, bem como o acompanhamento em outros deslocamentos que se façam necessário.

No CERSAM 1, durante passagem de plantão das 13 horas, presenciamos discussão de caso de uma usuária que, após episódio de auto – mutilação naquela manhã, foi conduzida imediatamente à UPA local, em carro da Unidade. Já de volta ao CERSAM naquele horário, a Técnica em Enfermagem dava retorno quanto aos cuidados e orientação recebidos na UPA e a equipe discutia formas de intensificar a atenção à usuária.

[...] e temos também uma modalidade, digamos assim, que é um nome, a gente chama ambulatorial¹⁰². A ideia é que o CERSAM não trabalhe muito com essa possibilidade de atendimento ambulatorial. Mas, infelizmente, ela, às vezes, acaba acontecendo muito. Tem alguns pacientes que é muito difícil transferir o tratamento para unidade básica de saúde. Em Belo Horizonte, só um parênteses, a gente tem equipes de saúde mental em todas as unidades básicas de saúde. Quer dizer, pelo menos um psicólogo, né, e um psiquiatra a cada 3 unidades... duas ou três unidades básicas. Mas é... a gente... os pacientes resistem muito ou às vezes é difícil mesmo, por alguma singularidade do caso, fazer a transferência desses pacientes para a unidade básica de saúde, então, infelizmente, a gente tem número alto de pacientes em regime, digamos assim, ambulatorial, que eu entendo que não é o ideal. A gente tem que priorizar os pacientes que estão realmente em crise, que estão muito graves, e que a gente tem que ter mais o cuidado intensivo, né? (Terapeuta Ocupacional 2).

De fato, no período de observação, presenciei nas reuniões de equipe de todos os CERSAMS a preleção dos Coordenadores estimulando os Técnicos a intensificarem o processo de encaminhamento dos usuários estabilizados para os Centros de Saúde, de forma a poderem ocupar mais tempo na atenção aos quadros mais graves, usuários na modalidade intensiva.

¹⁰¹ Durante o período de observação para a pesquisa, presenciamos, em dois CERSAMS, a comunicação pelas respectivas coordenações do esgotamento do montante de vale-transportes mensais antes do prazo e a discussão de estratégias para administrar a falta.

¹⁰² Que corresponde à modalidade Não intensiva.

Considera-se que este é um possível fator de estrangulamento no complexo cotidiano dos CERSAMS, que pode gerar distorções, como a que relata a Assistente Social 2:

Às vezes, a Permanência Dia nossa aqui é de 70 usuários no dia. Então, eu tenho paciente que está em Permanência Dia, que passa o dia, ou que quem está no ambulatório, que vem uma vez na semana, às vezes eu dou... ele é muito melhor escutado do que o que está em Permanência Dia, por conta da correria, você é atropelado... né, e o que tá em ambulatório, que tem o horário e o dia marcado, você vai escutar, entendeu? Você escuta a hora que der, na correria que der, aí, o que é que a gente faz? Eu tenho deixado algumas vagas na minha agenda de ambulatório pra quem tá aqui em Permanência Dia!

Os profissionais justificam, ainda, a permanência prolongada de parte dos usuários nos CERSAMS em função da retração das Políticas Públicas, marcadamente a partir de 2016, e o consequente agravamento da Questão Social, o que limita os avanços na construção de outras possibilidades no contexto social que os tornem menos dependentes dos Serviços. Essa problemática é mais visível nos CERSAMS AD, como reflete a Enfermeira 2, que aponta para o risco de uma nova Institucionalização:

Tem a questão também de cronificar. Eles tão ficando crônicos aqui. Esses pacientes, ao invés da gente colocar em PD e ir arrumando os projetos pra eles lá fora, que seja emprego, seja... porque tem muitos que são abandonados pela família, seja esse retorno para a família, pra ir tirando eles da PD, não, eles tão aí tem dois, três, quatro, cinco, seis anos, e não tem outros projetos de vida. Têm, mas não conseguem caminhar. Eu acho que é social, mesmo, sabe? Porque tem muitos, assim, que não tem... uma fragilidade, assim, muito grande, né, não tem suporte familiar nenhum... e vêm aqui como o único espaço... único lugar que tem esse suporte, assim. Aí, cai nessa questão, né que a gente fala, então, a gente tá... não tá deixando de institucionalizar, né?

Nessa linha de raciocínio, prossegue a Assistente Social 2, do mesmo CERSAM:

E a gente tem passado... o Brasil tá nessa crise danada, e isso tem um impacto real no nosso trabalho, porque eu lembro que uns anos atrás, quando entrei aqui, a gente tinha muitas opções de encaminhamento de usuários, pra fazer cursos no PRONATEC, a gente tinha listas de... eu tinha um contato na assistência social, eles mandavam listas de vagas de emprego com experiência, sem experiência... né, e você tinha essa possibilidade! Eu falo com o usuário, a vida é lá fora, não é aqui, então aqui... assim, aqui que teria que ser o momento da urgência mesmo né? só que acaba que ...

E agora, a gente tá muito sem opção mesmo. Aumentou muito o número de pessoas em situação de rua, usuário de álcool, e outras drogas, e às vezes é o único lugar que ele ainda tem, é o CERSAM.

O agravamento da Questão Social é percebido como um complicador também por outros trabalhadores do CERSAM:

De dez anos pra cá, na minha leitura, muitos casos, muitos pacientes psicóticos estão tendo acesso, estão usando droga com quantidade muito mais intensa. Então com isso, dificultou a abordagem hoje que é diferente, o tratamento tem um complicador. Vem à questão da violência com mais frequência, o manejo com esse paciente tem hora que é mais difícil (Enfermeira 1).

A preocupação com o contexto social e político expressa-se também na fala da Terapeuta Ocupacional 2:

Existe uma precarização, existe uma não priorização das políticas públicas de uma maneira geral, né, essa Emenda Constitucional, que é a PEC dos gastos, então, assim... isso vai chegando, ao Serviço, né, não tem jeito. Você vai vendo, né... a quantidade de usuários que a gente acolheu, nos últimos tempos, que tiveram seus benefícios cortados de um dia para o outro, né? E aí, eles tem que correr atrás, eles tem que entrar na justiça... aí entra em crise, porque, óbvio, a pessoa tinha o dinheiro dela contado, né, durante a vida toda... então, assim, a gente tá dizendo, né, de um empobrecimento, né, cada vez maior desses nossos usuários e de um empobrecimento do... da Rede do SUS.

É similar, nos CERSAMS, a distribuição da carga horária e atribuições dos profissionais, como se lê abaixo:

Então, a gente trabalha vinte horas semanais, a maioria dos profissionais. A gente tem uma organização aqui – isso varia de CERSAM pra CERSAM – mas a gente faz dois plantões. Em geral, é um plantão de manhã e um plantão à tarde. Então, das 7:00 à uma, ou de uma às 19:00. Em alguns CERSAMS, o profissional faz um plantão só. Aqui a gente tem funcionado assim, dois plantões pra a maioria dos profissionais, e a gente tem quatro horas de reunião de equipe e quatro horas de atendimento, referenciamento dos casos do ambulatório. Que são... é o outro turno, onde a gente vai estar aqui por conta de atender os nossos pacientes, ver como é que tá, né? E... enfim, acompanhar os casos que a gente referencia mesmo. Quando a gente tá no plantão, a gente... é claro que eventualmente a gente atende algum paciente nosso. Mas a gente tá, principalmente, responsável pelos... pelas demandas do pessoal que tá em hospitalidade noturna, que tá em permanência dia e dos acolhimentos, né, os casos novos (Terapeuta Ocupacional 2).

A Assistente Social 2 contribui detalhando esse processo:

[...] você tem o seu dia de plantão... no meu caso, meu plantão é quinta-feira à tarde, que eu sou responsável pelo plantão, e aí, os pacientes que são acolhidos no dia do meu plantão são inseridos nas micro regionais. Geralmente, [...] tem uma lista, e aí os pacientes vão entrando, vão entrando

conforme ... por ordem de nome, ai entrou, [...] usuário em situação de rua; entrou pra você. O profissional que acolheu, porque pode acolher no dia que não estou aqui, ou no horário, vai falar: olha, eu referenciei esse paciente, ele... aí passa o caso pra mim, ele vem pro acolhimento, ai é agendado um retorno. Quando o caso é muito grave, porque meu ambulatório é na quarta feira, então quando o caso é muito grave, acolheu na segunda feira, mas é um caso muito grave, que vai precisar... . - o plantonista é soberano naquela decisão, quem tá no plantão - Acho que ele vai ter ficar em Permanência Dia já, vai ter que ficar em hospitalidade noturna já, porque é um caso grave. Se não for um caso grave, é agendado no meu ambulatório.

Acerca da organização das equipes para atenção à demanda,

Então, a gente divide. Nossa Região, ela tem quatro micro áreas, que são a divisão da Região toda em quatro partes menores, e aí, a gente tem, dentro da nossa equipe, uma divisão da equipe, os profissionais são divididos em quatro micro áreas. Então, para facilitar o contato com as Unidades... porque aí, a gente tem mecanismos de aproximação das equipes das unidades básicas de saúde (Terapeuta Ocupacional 2).

Foi possível observar, durante a pesquisa de campo, reunião de micro áreas em um CERSAM, em que cada Técnico de Referência traz questões que demandam a contribuição de outros saberes para a condução dos projetos terapêuticos de seus referenciados. A reunião do subgrupo, com assistente social, psiquiatra, psicóloga e enfermeira seguiu-se à reunião mais ampla, que ocorreu na mesma tarde, após a passagem do plantão.

Pode-se observar, nos relatos, a preservação de espaços e estratégias historicamente construídos. Destaca-se a garantia continuada dos espaços de interlocução e articulação da Rede, e o reconhecimento da sua relevância pelos profissionais entrevistados.

Então, a gente tem... por exemplo, a cada três semanas, [...] as supervisões, né, são aí, de 8 até às 10 horas da manhã, é um caso que é trazido por algum profissional de unidade básica, ou do CERSAM, um caso que a pessoa tá com dificuldade na condução do tratamento né, que tem alguma questão, e aí, esse caso é apresentado e é feita uma discussão, né, a partir do ponto de vista da psicanálise, que é a orientação da supervisora. De 10 ao meio-dia, a gente faz reuniões de micro áreas, que a gente chama. Que é onde... essa quarta-feira, esse dia a cada três semanas, os profissionais das unidades básicas vêm aqui, acontece no auditório do CERSAMI. [...] Então vem os profissionais das equipes de saúde mental, praticamente todos, tem algumas exceções, mas praticamente todos e é aberto também aos profissionais das equipes de saúde da família, mas é mais difícil eles virem.

Então, quando tem esse segundo momento das reuniões de micro áreas, aí junta os profissionais do CERSAM daquela micro área respectiva, que aí, é

um médico, e aí, varia um pouco. Quatro, cinco, seis profissionais de nível superior. Então, por exemplo, eu, junto com mais uns três ou quatro colegas, mais um médico, somos responsáveis por uma micro área determinada. Então, todos os pacientes daquela micro área que são inscritos no serviço, nós assumimos o cuidado dessas pessoas. Então, aí a gente tem, nessas reuniões, a possibilidade de discutir o caso, então, se o caso já estabilizou, a gente vê a possibilidade de encaminhar pra o Centro de Saúde. Aí, nessa reunião, a gente discute o caso melhor, né, para não ficar só o contato via telefone ou encaminhamento por papel, então tem a possibilidade de discutir presencialmente esses casos também. Tem as reuniões de matriciamento também, mas a gente não tem conseguido participar.

Alguns colegas participam. Por exemplo, a gente tem uma assistente social que trabalha aqui e trabalha na unidade básica de saúde, então ela acompanha os matriciamentos, entendeu? Isso é um diferencial no caso dela, por exemplo, facilita muito. Mas nós não conseguimos ter uma organização para que a equipe como um todo faça essa participação no matriciamento. Que aí, já é reunião na unidade básica de saúde com a equipe de saúde mental, né? (Terapeuta Ocupacional 2).

A psiquiatra 4 referenda a efetividade dos espaços de articulação e matriciamento: “Então acho que a gente conseguiu esse fortalecimento da Rede porque o paciente vai sair da crise e ele vai voltar para o espaço dele. Se não for assistido lá, ele volta pra cá em dois minutos, né?!”

5.3 DESAFIOS E EMBATES ATUAIS

Em que pese a narrativa dos profissionais reiterar a consolidação e os aspectos positivos do modelo substitutivo, inscrito na concepção teórica e na ação dos envolvidos, esta mesma narrativa também incorpora uma análise crítica do contexto atual. Descrevem um cenário mais complexo, tanto pelo agravamento das condições de vulnerabilidade dos usuários da rede, quanto pelas consequências da retração nas políticas públicas, de modo geral, e retrocessos em curso na Política de Saúde Mental. Expressam, ainda, receio de não se conseguir continuar avançando no processo, até então, exitoso, apesar dos avanços e recuos próprios aos projetos de transformação de tal magnitude.

Apesar do reconhecimento e valorização dos espaços coletivos, a Terapeuta Ocupacional 2 adverte, mais uma vez, sobre a dificuldade de sustentar, presencialmente, esses espaços. Para a Psiquiatra 4, há que se intensificar o intercâmbio com as equipes da Atenção Básica para potencializar a sua capacidade

de sustentar a atenção aos psicóticos graves, uma vez que foi superada a resistência à presença dos mesmos naquele espaço.

Eu acho que o impasse que a gente vive hoje é isso! A Rede não dá conta dos nossos pacientes graves, então a gente segura eles muito no CERSAM. Como que a gente vai capacitar a Rede pra dar conta dos pacientes? Sabe?! Mas eu acho que mais que capacitar tecnicamente, que eu acho que a gente já alcançou é que a Rede hoje acredita que o paciente é deles. Porque o paciente psiquiátrico não era do Centro de Saúde. Ele chegava lá e falava: o paciente de vocês está aqui. Era muito comum isso antes. O paciente de vocês está aqui fazendo uma confusão no Centro de Saúde (Psiquiatra 4).

Para a médica, a mudança mais difícil, aquela que se dá no campo sociocultural, já ocorreu. Trata-se da transformação da cultura hospitalocêntrica que atribui a “propriedade” do chamado “paciente psiquiátrico” ao hospital psiquiátrico, transferido, no início do processo em BH, ao CERSAM. Talvez, aqui, possamos identificar um avanço no sentido da incorporação de uma nova atitude, um salto qualitativo no sentido ético político preconizado por Gramsci, na relação com as pessoas em sofrimento mental, premissa para uma nova hegemonia (c.f. p. 14).

Não existe essa frase! O paciente é nosso! Num determinado momento, ele vai ser do CERSAM porque ele vai estar em crise, mas após esse momento, ele vai pro Centro de Saúde, vai ser acompanhado lá pela equipe de Saúde Mental, pelo Generalista porque ele tem pressão alta, ele tem diabetes, ele tem outra coisa, então ele é de todo mundo. Então eu acho que a grande diferença talvez esteja aí sabe?! O paciente é de todos! É de todos (Psiquiatra 4).

A Rede Pública de Belo Horizonte conserva ainda 180 leitos nos moldes tradicionais, divididos entre um hospital psiquiátrico do Município e outro do Estado. Acerca desses leitos remanescentes, declaram os profissionais:

[...] eu acho que em Belo Horizonte a gente conseguiu, que os hospitais continuassem, né, táí o Glauber e o Raul que são nossos grandes Hospitais Públicos que são Estaduais e a gente... Vive sem eles, eles não, né... Nós... Glauber e Raul não... não interferem no nosso dia a dia, a gente não pensa neles (Psiquiatra 4).

Eu acho que o hospital hoje pode ser até um recurso como todos os recursos dentro do CERSAM. A gente se esgota, né? Têm uns casos assim muito difíceis que a gente já tentou tudo. Um caso assim... a gente não indica internação com frequência (Enfermeira 1).

No período de observação nos CERSAMS, pude presenciar várias discussões de situações de crise dos usuários, compartilhadas pelas equipes nas passagens de plantão. No CERSAM AD, foi possível acompanhar o desenrolar de um processo em que o usuário, em crise, ameaçou o oficinairo. A situação foi conduzida pela profissional responsável pelo plantão, que o colocou no leito de observação, onde lhe foi oferecida escuta, enquanto mantinha contato com a profissional médica da UPA, já que, contando, no período, com três médicos na equipe, não havia médico no CERSAM naquele momento.

O recurso à rede para a garantia da prescrição foi possível graças à pactuação já existente e ao compartilhamento eletrônico do prontuário. Apesar da articulação, o usuário acalmou-se sem precisar ser medicado. O caso foi discutido na passagem de plantão seguinte, com pactuação das ações da equipe para com aquele usuário e buscando entender o processo que desencadeou o evento.

No CERSAM 2, um dos técnicos precisou acompanhar um usuário à delegacia, após o familiar de outra usuária ter chamado a polícia, acusando-o de ter-lhe oferecido SPAs. Em uma reunião de equipe, discute-se a conduta em relação a uma usuária que ameaçou atirar pedra em uma profissional.

No CERSAM 3, discutiu-se as dificuldades para o manejo da crise de um usuário, com vários episódios de grave ameaça de agressão nos dias anteriores. Os profissionais que se colocaram na cena nos momentos relatados mostravam-se exaustos e temerosos quanto ao risco e demandavam apoio.

Considerou-se que esse, como outros casos, representam os efeitos da escalada de violência que vem acometendo a comunidade e reverberando na complexificação das situações que demandam o CERSAM, rebatendo em sofrimento, também, para os profissionais. Nesse mesmo Serviço, em passagem de plantão, comunica-se que a emergência de um dos hospitais psiquiátricos estava encaminhando uma usuária atendida após tentativa de autoextermínio, que residia naquele território.

Constata-se, pois, a tensão no cotidiano dos Serviços, revelando a relação entre a restrição dos gastos sociais e a restrição das condições de trabalho. Assim, à

complexidade da priorização pelos CERSAMS da atenção às situações de crise, somam-se os desafios das crises decorrentes do aumento da violência social. Estes Serviços passam, então, a ser acionados como mecanismo de proteção social, o que não é seu objetivo específico.

Apesar da convicção na lógica substitutiva implantada, alguns profissionais referem-se a exceções em que se pensa, sim, no recurso temporário aos hospitais existentes no município. Em geral, justifica-se pela necessidade de contenção mais contundente, em que consideram a estrutura do CERSAM frágil para a proteção do usuário. Ressalvam que há uma interlocução com os profissionais dos hospitais que, também imbuídos do ideal da desinstitucionalização, garantem a curta permanência e retorno breve ao Serviço de origem.

Pelo menos assim naquela crise mais aguda mais violenta assim de alguns usuários que a gente não tem estrutura mesmo e aí eu acho que o Hospital, ele serve como uma parceria nesse momento, né?! Até mesmo numa posição que vai dar uma contenção melhor para o sujeito, até visando à segurança deles mesmo, desses sujeitos (Psicólogo 1¹⁰³).

Eu vejo que, assim, o serviço substitutivo, ele é a melhor forma possível de tratamento para o portador sofrimento de transtorno mental. O que acontece é que, em alguns casos, às vezes, devido à sua complexidade, às vezes, o CAPS tem dificuldades de dar conta desse sujeito, porque, vamos supor, aqui [...] teve uma certa confusão, um deles já passou por internação nos hospitais, porque, sendo um serviço mais aberto, ele foge E lá fora, ele estava se colocando em risco absurdo, ele estava ameaçado por traficantes, mas ele não só se coloca em risco, como também coloca outras pessoas em risco. Ele extrapola nossa capacidade de dar conta do caso, de manter ele aqui, então ele teve que ser encaminhado pra o hospital nesse sentido, de um lugar com contenção física, digamos assim maior! (Psiquiatra 3).

Alguns casos há necessidade sim, né? Vamos dizer assim: o nosso trabalho é muito aberto, você ve a nossa estrutura física, ela é muito aberta, um portao frágil, uma grade frágil. Um paciente muito grave, com risco de fuga, se colocando em risco. A gente com essa estrutura, esse é meu pensamento, acaba colocando ele em risco. Então qualquer descuido pode ser fatal. Em alguns casos, aqui no CESAM, eu vi duas internações (ao longo de 15 anos), que foram essenciais, na verdade uma contenção física (Assistente Social 3¹⁰⁴).

A referência ao uso momentâneo da estrutura dos hospitais não representa uma dissidência na concepção da atenção à crise nos Serviços Substitutivos. Antes, reafirma uma responsabilização pela proteção dos sujeitos com quadro agravado.

¹⁰³ O psicólogo 1, 32 anos, é profissional contratado da rede há 2 anos.

¹⁰⁴ A assistente social 3, 55 anos, trabalha no mesmo CERSAM há 15 anos.

Ao falarem a respeito, os profissionais são cuidadosos em esclarecer que não se trata de transferir a responsabilidade a outrem, não advogam a necessidade de institucionalização prolongada, nem banalizam a utilização da estratégia, enfatizando que são exceções que extrapolam os limites de suas ações. Não mencionam, também, a “parceria” com qualquer hospital psiquiátrico, e sim aqueles em que os profissionais, de alguma forma, estão comprometidos com dimensão de reorientação do modelo assumida no município.

Tem muita coisa que eu acho que já melhorou, inclusive lá... pra eles também, né, que a gente fica com aquela imagem, né, ruim, do passado, assim, mas eu acho que até eles têm com outra visão, assim disso tudo. de evitar essa cronificação do paciente... nosso diálogo, assim, com eles sempre é bom, na verdade, a gente não tem grandes problemas. Inclusive, assim, já aconteceu. Aqui, menos comum, mas CERSAM geral, dependendo da estrutura, paciente foge, né, do CERSAM, paciente grave, etc. Já aconteceu da gente até fazer esse intercâmbio, sabe, mas isso é caso muito isolado. Da gente encaminhar paciente pra o hospital até estabilizar mais... (Psiquiatra 1).

Ainda assim, merece consideração a reflexão que não deixa de ser, a pretexto do esgotamento de recursos, uma contradição, na medida em que representa, segundo a observação da Terapeuta Ocupacional 2,

Infelizmente... enquanto tiver Hospital Psiquiátrico, a gente tem essa demanda para tal, né, então chega paciente, chega familiar, né, a própria equipe, eventualmente, fala, né, que a gente não dá conta, que a gente precisa encaminhar pra o Hospital Psiquiátrico... então, o Hospital Psiquiátrico, ele é esse lugar, né, que vai, no meu ponto de vista, então, lidar com loucura ainda nesse marco da exclusão, nesse marco de algo que é perigoso, de algo precisa de muros, né, de uma relação de poder, mesmo.

Vejamos uma análise, numa perspectiva ampliada, sobre os entraves para a Reforma Psiquiátrica antimanicomial na conjuntura atual, e suas expressões no contexto local:

A gente viveria um momento agora de aprimorar essa rede, de melhorar a rede, de fortalecer, né, do ponto de vista do Brasil de maneira geral, de ter mais CAPS III, né, porque a gente sabe que não tem - aqui em Belo Horizonte é uma exceção - então a gente teria que viver um momento de aprimorar, mas ao mesmo tempo, né, a gente não consegue muito dar conta disso, porque a gente tem aí, um enfrentamento com a questão das drogas, né, que tem sido predominantemente vista, aí, por esse ponto de vista da justiça, das religiões, né, das... e de um ponto de vista moralista, né? Da guerra às drogas mesmo, né? Então, aí isso impacta, né, a reforma psiquiátrica brasileira a partir do momento em que esses setores começam

a disputar dentro do SUS, dentro da reforma, né, assim, os caminhos de cuidado para isso. Então, eles começam a disputar e começam a conseguir (risos), a ganhar, né? Enfim, então aí, nos níveis... do ponto de vista do governo federal, desde a 3088, né, já coloca as comunidades terapêuticas na legislação, mesmo criando vários mecanismos de... que tentaram, e tentam barrar, né, o convênio com essas entidades, mas não só no SUS. Assim, na SENAD, né, na Justiça, já tem vários tipos de convênios com as comunidades terapêuticas, né, com o dinheiro público.

No estado também, né, no estado isso também teve, né, uma gestão... a gestão da Marta Elizabeth¹⁰⁵ que teve, recentemente, procurou... né, diminuir, fazer vistoria e diminuir o número desses convênios, não renovar esses convênios, mas, assim que ela sai, a situação volta de novo. Em Belo Horizonte, a gente tem algumas questões aí, numa reforma administrativa, da criação de um Conselho de Políticas sobre drogas... né, mas ainda não tem, especificamente, algo diretamente relacionado às comunidades terapêuticas não.

Mas elas existem, de uma maneira geral, e é constante, né, o pedido de familiares, especialmente nos CERSAMS AD, de encaminhamentos, ou mesmo de chegar aos CERSAMS pedindo os relatórios que eles pedem, né? Então... então, tem essa disputa, aí, do ponto de vista de financiamento, né, e de... lógico, de cuidados, e a disputa do ponto de vista da cultura, né? Dos modelos, exatamente no sentido de que essas entidades, elas propõem a exclusão, né? Elas propõem um afastamento, isolamento, né, elas propõem que essas pessoas estejam à parte da vida, né, que foi tudo o que a gente tanto lutou pra... minar, né? (Terapeuta Ocupacional 2).

Observe-se, a partir destas considerações, a presença de uma consciência crítica aguçada no núcleo profissional, que compreende amplamente o movimento da realidade e reconhece os retrocessos decorrentes de um avanço da ofensiva neoliberal, pondo em risco o projeto antimanicomial. Pode-se fundamentar tal compreensão a partir do conceito gramsciano de guerra de posição, que se refere à luta travada pela conquista da hegemonia no âmbito da sociedade civil (cf. p.134).

Tal situação, recorrente do ponto de vista histórico, expõe a fragilidade das políticas sociais. Não havendo a reversão da ordem do capital, elas tendem a ser, invariavelmente, refuncionalizadas a favor dos interesses dominantes. Revelam, nesse caso, uma apropriação da política pública de saúde mental pelo projeto conservador, mercantilista, voltado para a financeirização da oferta de Serviços garantidores dos direitos sociais (GRANEMANN, 2007).

¹⁰⁵ Marta Elizabeth Souza é Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva e Militante da Luta Antimanicomial desde a fundação do Movimento. Foi Coordenadora de Saúde Mental na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em dois períodos: de maio de 2004 a dezembro de 2010, e de abril de 2015 a fevereiro de 2018.

Seguindo esse raciocínio, a profissional elenca dificuldades concretas, também sinalizadas por outros trabalhadores. Reconhece, também, algum avanço, embora mais lento do que o necessário, diante da demanda de expansão da Rede.

Não se fala mais em expansão, eventualmente a abertura de um outro serviço na rede, que tem mesmo, a gente não pode falar que não teve, né, em Belo Horizonte, especificamente, houveram serviços novos recentemente inaugurados, a Coordenação de Saúde Mental fala que tem uma perspectiva de inaugurar... enfim, um outro Serviço – claro que isso tem anos, né? – mas, eventualmente, abre sim, né, por exemplo, o CERSAMI Nordeste, né, o segundo CERSAM Infantil da Rede foi inaugurado tem pouco tempo. Então, não pode dizer que não tenha, mas que do ponto de vista das condições de trabalho para a gente, junto com esse contexto geral de empobrecimento da população, as nossas condições de trabalho tem sido cada vez piores. Então, assim, os serviços nossos em Belo Horizonte, eles têm... a gente tem uma enorme dificuldade de reposição de materiais de conservação, né, você tá vendo aqui, as portas vão caindo... né, a gente não tem... o computador não funciona... tem três computadores no serviço inteiro que funciona... a gente... as janelas estão todas de vidros quebrados, então, não existe uma agilidade, uma rapidez na reposição dos materiais e na conservação dos Serviços (Terapeuta Ocupacional 2).

O incômodo com uma progressiva precarização na estrutura física e material dos Serviços fez-se presente na fala de muitos entrevistados, como evidência da uma lógica, em curso no Brasil, de desfinanciamento estatal dos equipamentos de oferta de serviços públicos. Entre os quatro CERSAMS observados, três funcionam em imóveis próprios da PBH, sendo um em casa construída para habitação e adaptada para o Serviço. Outros dois CERSAMS foram construídos pela Prefeitura, sendo que um deles compartilha área de um complexo onde funciona também o Centro de Convivência da Regional e um dos CERSAMI do município.

Apesar de não ter sido previamente projetado para o Serviço, que ali funciona desde a década de 1990, o CERSAM 1 oferece a estrutura adequada, disponibilizando, no andar térreo, consultório para acolhimento e atendimento a usuários com problemas de mobilidade, assim como os demais espaços – quartos para hospitalidade noturna (com duas e quatro camas, respectivamente), que permanecem fechados durante o dia; posto de enfermagem; farmácia; refeitório; área de convivência com piscina, quiosque área livre e refeitório, que são compartilhados pelos usuários em PD, com a supervisão da equipe. No andar superior, encontram-se quatro consultórios, todos equipados com computador e ar condicionado ou ventilador, destinados ao

atendimento de usuários que estão na condição de Ambulatório; sala de reunião da equipe, com computador e telefone e Coordenação.

O CERSAM AD funciona em imóvel alugado, antes ocupado por um clube, com ampla área de lazer, piscina e estrutura térrea que também separa os consultórios destinados ao acompanhamento ambulatorial e aquele destinado aos acolhimentos. Próximos a estes, está o quarto com seis camas para a hospitalidade noturna, posto de enfermagem e farmácia. Há uma sala ampla para a equipe, com computador e telefone e outra para a Coordenação, além do espaço utilizado como refeitório. A equipe sinalizou demanda por ampliação de banheiros para os usuários.

O CERSAM 2, que integra um complexo, tem seu espaço próprio todo construído no térreo, com amplo espaço comum e refeitório, um corredor com salas de atendimento, coordenação e dois quartos para hospitalidade noturna, próximos a posto de enfermagem; mais próximo à recepção, dois consultórios para acolhimento e a sala da equipe, com computador e telefone. Compartilha um auditório com os outros Serviços. Neste CERSAM, assim como no CERSAM 3, foi bastante enfatizado a falta de manutenção dos computadores (imprescindíveis, já que os Serviços operam com prontuário eletrônico e compartilhamento de informações com a Rede em tempo real).

O CERSAM 3, também construído em área própria, tem ampla área livre e dois andares, também destinando o andar superior aos atendimentos individuais, sala da coordenação e de reunião. No térreo, estão outros consultórios, sala de passagem de plantão, além de espaço com oito camas, próximo ao Posto de Enfermagem e Farmácia. Foi muito enfatizada pela equipe, a dificuldade para a garantia da manutenção dos equipamentos.

A Terapeuta Ocupacional 1 expõe a preocupação com a precarização como mecanismo para o retrocesso:

[...] dos retrocessos que nós temos, assim, por diversas vezes...cenário político. A cada política que muda é uma instabilidade, uma insegurança enorme que nós vivenciamos. Porque eu acho que a política, ela tá diretamente relacionada. Então assim, há pouco tempo nós vivenciamos

questões até com os nossos contratos, né? Que por vezes é um movimento de precarizar mesmo, né, de diminuir...

Na Rede de BH, convivem, atualmente, desempenhando a mesma função, profissionais concursados e outros com contrato por tempo determinado. Parte da contra reforma neoliberal consiste, por um lado, na precarização das relações de trabalho, com a fragilização dos vínculos e direitos trabalhistas, e na precarização dos serviços públicos estatais, a propósito da suposta redução do Estado, por outro lado (BHERING, 2003).

[...] porque, os profissionais da rede ou são concursados ou tem um contrato, um contrato assim, diga-se de passagem... bem precário, então vence...às vezes vence o contrato. [...] não é terceirizado, é contrato administrativo né? Por tempo de trabalho. [...] Como se fosse uma prestação de serviços. [...] são dois anos possíveis de prorrogar por mais dois (Psicólogo 1).

Na lógica da guerra de posições, isto também representa, para a defesa da Reforma Psiquiátrica, uma estratégia de desmobilização do segmento de trabalhadores envolvidos no projeto. Comparativamente, o bloco de trabalhadores que organizou a Reforma em BH, a partir da década de 1990, pode optar pelo Serviço Público, onde tinham uma estabilidade assegurada, em detrimento do mercado de trabalho privado (cf. p. 106).

A Terapeuta Ocupacional 1 enfatiza a mobilização do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em torno dessas questões.

Sim, eu participo das reuniões do movimento dos trabalhadores e a gente está sempre aí nesse embate (risos). Nesses enfrentamentos, nessas construções, né? Recentemente a gente tá até na produção de um vídeo pra falar sobre esses cortes que nós tivemos. O corte do café, que depois veio o corte do pão...

Então gente tá assim, e por entender, também, que às vezes, não é só aqui em Belo Horizonte, né, que os cortes estão acontecendo, é de uma forma nacional.

Mas a gente entende que, às vezes, em contato com outros colegas, de outras regiões, muitos acham que Belo Horizonte, por ser uma referência, não recebe essa pressão. Né, e a gente vivencia muito disso. Então temos de dizer mesmo pra os outros colegas, que olha, nós também estamos enfrentando, mas estamos aí... então...

Para a profissional, é preciso intensificar o trabalho de inscrição da Reforma Psiquiátrica no repertório social, para além dos atores diretamente envolvidos, ampliando as formas de enfrentamento.

Dentro dessa dificuldade que a gente tem em ser reconhecido, o pessoal fala muito, né, da reforma psiquiátrica, mas não há, eu vejo, que, fora, não há um reconhecimento efetivo, sabe? Da política do SUS, do que é que nós fazemos aqui dentro, então porque que isso existe... Eu acho que, assim, enquanto trabalhadores, nós conhecemos muito, mas... familiares, né, as pessoas que estão aí fora, eles ainda tem que conhecer até pra estar nisso com a gente, né?

Essa é uma reflexão compartilhada por outros profissionais da Rede, o que atesta um avanço qualitativo no comprometimento dos mesmos com a perspectiva de autonomização dos usuários inscrito no projeto antimanicomial. Tal nível de reflexão só é possível quando já se caminhou alguns passos rumo à consolidação do projeto, principalmente na dimensão ético política. No contexto das micro relações com os usuários, importa a busca de uma ruptura com a relação de poder constituída historicamente em torno do saber profissional e sua relação com os sujeitos objetificados pela doença (BASAGLIA, 1979). Numa perspectiva mais ampla, está posta a relação orgânica entre os intelectuais e os simples (GRAMSCI, 2001), pela qual se asseguraria a hegemonia de um projeto.

Porque aqui no Brasil a contribuição do profissionais foi maciça, Se não fosse essa articulação dos trabalhadores em prol de um modelo que fosse mais humanizado pra o atendimento do portador de transtorno mental, dificilmente a coisa aconteceria [...]. Aqui, os profissionais foram que meio os atores principais mesmo. Claro que, a partir disso, nós conseguimos mobilizar os usuários, a gente tem as associações dos usuários hoje e tudo mais, mas eu ainda sinto que os profissionais ainda dão o puxão de carro né? Eu acho que tal importância é gigantesca, mesmo, acho que não tem que acontecer como movimento dos profissionais, mas eu acredito que, no futuro, literalmente, talvez os usuários, os familiares dos usuários também tenham seus movimento mais independentes, inclusive da gente mesmo, porque nós agimos de acordo com nossas perspectivas (Psiquiatra 3).

Por outro lado, há uma nítida compreensão da necessidade de avançar no processo de reorientação do modelo, como um clamor de maior abertura para a comunidade, sinalizando que o passo de substituição da atenção hospitalocêntrica à crise pelo cuidado no CERSAM não se esgote em si mesmo.

Se assim for, conforme analisam os profissionais, não se terá consolidado a perspectiva psicossocial.

[...] eu acho que é o que fica muito nas costas do trabalhador né assim, cobra-se muito, né? Da atenção, mas a escolha é claramente pelo apoio da urgência, né? Então eu acho que esse é o avanço que Belo Horizonte precisa fazer, até porque a gente tem poucas frentes de reabilitação psicossocial, pouquíssimas, né? A rede, eu acho que pára no CERSAM, que vira meio que uma porta giratória assim, né?! O CERSAM. É o lugar do usuário é no território não é no CERSAM (Psicólogo 1).

Nesse sentido, a fala de outra profissional representa a clareza de que há uma caminho a percorrer, ainda, no campo cultural.

Agora, é um processo complexo, porque alguns casos não são de fato, ann, o único lugar que eles conseguem se sentir, de fato, acolhidos é o CERSAM, né... É isso, as vezes, dificulta um pouco, essa ideia de que os usuários já estão no território, que essa coisa do manicômio acabou, não é verdade, né?! Ainda tem muito, a gente ainda tem muito o que construir nesse sentido de que o usuário possa, de fato, circular, ser acolhido sem preconceitos, sem estigma no território dele. Ainda é algo que é difícil de construir, porque passa pela desconstrução dos colegas profissionais, né? Do pensamento. (Terapeuta Ocupacional 3¹⁰⁶)

5.4 DA REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A partir do que foi exposto, se analisarmos a Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, considerando as principais características que diferenciam o modelo asilar e o modelo da desinstitucionalização descritos no capítulo teórico deste trabalho, podemos afirmar que, do ponto de vista da relação entre os membros, o conjunto de trabalhadores aproxima-se do modelo da desinstitucionalização, na medida em que põe em prática a perspectiva interdisciplinar, estabelecendo, entre si, relações horizontais, reconhecendo e incorporando outros saberes, com co-responsabilização de ações construídas a partir das necessidades, embora conscientes de uma hegemonia, ainda, no contexto mais amplo da saúde, do modelo biomédico.

Não vejo nenhum outro lugar que trabalha com uma equipe com esse grau de autonomia de cada profissional, eu acho que o trabalho no CERSAM só é possível, inclusive, por causa disso, né. É porque são todos juntos e cada um na sua especificidade, dando o melhor da sua especificidade, pra que a

¹⁰⁶ A Terapeuta Ocupacional 3, 31 anos, trabalha na rede há 6 anos.

gente consiga sucesso nos casos, né. É... E eu acho que a autonomia profissional é muito importante, assim, é uma certa independência do saber de uma outra disciplina, né, seja ele o saber médico, ou o saber psi, né, do que é o quê. Como nós somos técnicos de referência, [...] que é uma função sem hierarquização, nesse sentido, não tem uma hierarquia de uma disciplina sobre a outra, é, e eu acho isso essencial (Terapeuta Ocupacional 3).

Há um esforço pela construção coletiva, com valorização dos espaços de troca e formação. No primeiro dia de observação de campo, foi possível acompanhar o final de uma oficina, como parte da estratégia de educação permanente envolvendo os três Serviços de Saúde Mental de uma das Regionais, em que era discutido o Acolhimento, na perspectiva da sua potencialização. Há ainda um processo de trabalho compartilhado e objeto de reflexões e discussões de novas estratégias.

Está presente uma percepção consciente e cuidadosa da coexistência, ainda, com uma cultura manicomial, que atravessa as relações cotidianas nos Serviços e dos conflitos dela decorrentes. Entretanto, se existe a autocrítica, há ainda uma dificuldade que ela se expresse em âmbito coletivo.

Porque hoje a gente convive com os dois modelos ao mesmo tempo, eles estão aqui dentro e... an... É, os dois modelos ainda existem e eles coexistem dentro de um serviço substitutivo. Eu acho que a gente tem que... é, esse repensar cotidiano, ele tem que acontecer, porque em algum momento a gente vai ter que romper com o modelo manicomial, que não dá pra gente achar que faz parte conviver com os dois modelos dentro de um serviço substitutivo, não acho, não faz parte...[...]. É, eu acho que tem que ter, eu acho que não dá pra naturalizar atos manicomiais dentro de um serviço substitutivo, eu acho que isso é uma grande dificuldade, muitas vezes, essas atitudes manicomiais são naturalizadas e justificadas cada hora por um motivo diferente, cada um mais manicomial que o outro, e fazer crítica a isso, é... pode ser bastante problemático dentro da equipe, né, assim é... pode ser bastante problemático pra equipe ouvir que ela não tá fazendo o que ela se propõe. É, então acaba sendo um ato muito individual essa avaliação cotidiana, né (Terapeuta Ocupacional 3).

Pode-se considerar, nesta fala, a representação de uma atitude reflexiva que busca superar uma “filosofia espontânea”, de busca por uma “filosofia da práxis” (GRAMSCI, 2001) que atinja sua dimensão política.

No tocante à relação com os usuários, observa-se um esforço para a construção de uma relação sujeito – sujeito, sendo os limites para a autorização do uso do “poder” pelo profissional problematizado pelos mesmos.

Mas eu acho que são coisas, ainda isso, ainda tá em construção, né, assim, pro próprio usuário e pro profissional, achar esse, an, qual o momento em que essa liberdade vai ser cerceada pelo bem do próprio usuário, uma liberdade cerceada não pela autoridade profissional mas pelo bem estar, né, e o limiar disso. Quando é que você priva um usuário da liberdade dele por uso da sua autoridade profissional, que acaba que ela é usada, ainda que a gente a combata, né, e quando você priva o usuário de determinada liberdade pelo próprio bem dele. Quando de fato é necessário e ele não tá conseguindo perceber, eu acho que essa linha é bem tênue, ela é difícil de ser identificada, né, acho que pra gente identificar isso, tem que ser um trabalho de todos os dias pensar quais os momentos que você pôde e não fez; o que é que você poderia ter feito e não conseguiu ou o contrário, o que é que você fez e que poderia ter feito diferente, enfim. Mas aí eu realmente acho que é, é... diário mesmo, é... eu venho aqui quatro dias por semana, acho que quatro vezes por semana eu tenho que parar e pensar que tipo de condução que eu propus pros meu usuários hoje, né? É... É isso (Terapeuta Ocupacional 3).

Vigora a metodologia da construção dos projetos terapêuticos a partir das necessidades dos usuários e em discussão com os mesmos, bem como a valorização e defesa do cuidado em liberdade, produção de sentido e aposta na autonomia. Quanto ao lócus da atuação, está construída na perspectiva da rede e do território, com expressa preocupação quanto ao retraimento das possibilidades de circulação do usuário no contexto atual.

Quanto à relação com o poder público, há um reconhecimento do esforço de gestões anteriores para a consolidação da Rede e instauração da nova forma de cuidado, caracterizando-se a co-responsabilização entre trabalhadores de saúde mental e poder local, com pactuações que acompanhavam o movimento da realidade. Quanto ao momento atual, expressa-se um certo distanciamento das instâncias gestoras em relação à realidade cotidiana dos Serviços e dos usuários, implicando em decisões administrativas que impactam esse cotidiano. Fatos ilustrativos foram observados em Reunião de Equipe de um dos Serviços.

Nesta reunião, o coordenador informa sobre o retorno do fornecimento de pão, café e leite para os usuários que havia sido cortado. Diz que problematizou o fornecimento, pela empresa, de sete garrafas térmicas, com o café pronto, no início

da manhã, para serem consumidos pelos usuários ao longo do dia: “Na minha casa, quando o café não é consumido e esfria, é descartado. Por que, para o usuário, não seria assim?” Diz que a empresa reviu e já está fornecendo o pó para ser preparado na unidade. Em seguida, fala que há um novo contrato para fornecimento de roupa de cama e banho, além de faixas de contenção. Diz que todo o material será chipado, porém o acesso ao chip será limitado à empresa, sendo um gasto adicional sem benefício para o Serviço. Outra profissional relatou que:

Mas essas pessoas estão muito distantes, né, umas mais, outras menos, do cotidiano mesmo dos usuários, né? Então, assim, a gente tem visto muito, atualmente. Uma situação que nós estamos vivendo agora, com o fechamento temporário das Unidades de Acolhimento por conta das questões de convênios, e a gente tem feito reuniões, né, semana passada houve uma reunião com a coordenação e é possível perceber isso, assim, né, o tanto que, para a Coordenação, consideraram que o encaminhamento que eles deram para a questão dos usuários, por exemplo, que não tinham mais como ficar na unidade de acolhimento, irem para os CERSAMS, como eles acharam que isso é o melhor! A melhor decisão! E o que a gente foi ouvir dos usuários e dos trabalhadores, tanto das UAs, quanto dos CERSAMS é que não é, porque você precariza... você arruma mais demanda ainda para os CERSAMS que já estão com muitas demandas, o usuário, né, que precisa de uma casa, um local de moradia, e não um CERSAM, a gente sabe como ficar num CERSAM é difícil, né, então, assim, tanto... eu tô dizendo disso especificamente, para dizer assim, como que a compreensão... como foi perceptível para a gente ver que a compreensão das pessoas que estão na gestão, tá um pouco distanciada mesmo da nossa realidade (Terapeuta Ocupacional 2).

A atenção à crise pela rede substitutiva é projetada como o norteadora na implantação da RAPS, sendo a aposta na garantia da hospitalidade nos CERSAMS o diferencial. Tal perspectiva é sustentada, principalmente, pela adesão dos profissionais. Foi evidenciado a incorporação e defesa do modelo à prática profissional como uma atitude política, de defesa do tratamento em liberdade, que não se efetivaria sem uma disposição para a sustentação de um novo agir em saúde mental, construída no trabalho cotidiano artesanal das equipes. Tal atitude, necessariamente, implica em dar lugar ao conflito, à percepção de incertezas e desafios, à expressão da exaustão e busca de saídas antimanicomiais, pondo em prática uma “inteligência militante” (SILVA, *apud* MERHY, 2007).

A propósito da militância, 10 entre os 22 profissionais entrevistados reconheceu aproximação atual com o Movimento Antimanicomial. Nove entrevistados negaram participação ativa no momento. Uma entrevistada afirmou participação anterior,

estando afastada no momento. Uma profissional afirmou ser militante engajada em outro movimento social, ligado à Redução de Danos para usuários de SPAs.

Tabela 1: Relação com o Movimento Antimanicomial – Belo Horizonte

Categorias	Quantidade	%
Sim	10	45,45%
Não	09	40,9%
Já participou, mas está afastado	02	09%
Participa de outro movimento	01	04%

Entre as formas de participação, foram mencionados o Fórum Mineiro de Saúde Mental; o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental; a ASSUSSAM; a Residência Integrada de Saúde Mental e Reuniões de preparação do 18 de maio¹⁰⁷. Alguns profissionais identificaram-se como militantes, sem estar vinculados a alguma entidade.

Sim, eu faço parte porque, desde a Residência em si... porque, na Residência, a gente entra em contato com as pessoas que foram os grandes precursores da Reforma aqui, né.? na rede da Prefeitura tem vários deles, né? Então, a gente tá sempre envolvido com a questão da Reforma Psiquiátrica, e é o modelo que agente adota, então não tem como não ser (Psiquiatra 2).

Claro que eu tenho. Sou militante né... de minuto a minuto as nossas vidas, em casa, no trabalho... no centro de saúde, na rua. Claro que tenho, né? Está na alma, não tem jeito (Assistente Social 3).

Porque é um problema, [...] é... Eu como Psiquiatra, por exemplo, eu vou pra um congresso... Todo mundo sabe que eu sou Psiquiatra do CERSAM, então eles me veem como uma militante da Reforma. Para os meus colegas, eu sou uma militante e eu me considero uma militante da Reforma, mas eu não uma militante que vai pra reunião...[...] Porque eu estou aqui todos os dias, né, é... apostando nesse projeto lutando pra que, que não haja retrocesso, né?! (Psiquiatra 4).

¹⁰⁷ Reuniões preparatórias para o Desfile da Escola de Samba Libertas que será Tan Tan, que acontece anualmente no Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O evento é uma estratégia de intervenção na cidade, elemento da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. As reuniões, envolvendo as diversas entidades e pontos da Rede, iniciam-se em janeiro, para uma construção coletiva, em que os serviços incorporam a participação como parte do seu projeto. Foi possível observar a primeira reunião do coletivo em janeiro de 2019, que contou com a presença de 30 pessoas, entre usuários e trabalhadores. Foi feita uma avaliação do processo desencadeado no ano anterior para o mesmo fim, e iniciou-se, a partir de uma análise da conjuntura, uma tempestade de ideias para definição do tema do ano corrente, que seria mote para um concurso de samba enredo entre os Serviços. O tema que foi às ruas no ano em curso foi “Direito às diversas gentes: de mãos dadas contracorrentes”.

Essa compreensão diverge da opinião expressa por outra profissional, a qual instaura uma divisão entre a noção de militância ativista e a militância no trabalho, na efetivação do modelo.

[...] se você chegar e perguntar pra qualquer profissional, se esse profissional defende a luta antimanicomial, todos eles vão falar que defendem. O tratamento mais humanizado... [...]. Agora... e muitos deles acham que o próprio trabalho deles em si é uma militância. [...]. E eu discordo veementemente. Eu acho que você é profissional, eu posso ter aqui a minha atuação, eu posso ter uma forma de lidar com os pacientes, com um trabalho que leve em conta isso, mas eu acho que militância é outra coisa. Militância é você... primeiro, que não é você sozinha, é um trabalho coletivo, não adianta eu vir aqui e fazer o meu, bater meu ponto e ir embora pra casa e achar que eu fiz... que eu tô militando (Terapeuta Ocupacional 2).

Entre as justificativas para a não participação ativa no movimento, figuram as demandas pessoais e familiares, a falta de tempo ou a retração na mobilização coletiva nos Serviços. Surge, como fato inegável, uma referência aos militantes históricos do movimento, que constituíram a primeira geração de trabalhadores da Rede. Considerando-se o papel decisivo desempenhado por aqueles, ainda que sem uma formação voltada para o novo modelo, nem uma rede formatada, questiona-se qual o diferencial na militância:

É, talvez uma outra hipótese seja assim naquela época também, você tinha essa coisa da construção do SUS, né? Então, acho que tinha muito também essa coisa da militância, muito da questão da construção do SUS. Né, não existe mais militância do SUS, eu acho que esse é um grande problema nosso, que nós vivemos atualmente. Alguns dos movimentos que eu participei ao longo da minha vida, eram mais relacionados à defesa do SUS de uma maneira geral. Aí, alguns autores vão dizer, assim, que a Reforma Psiquiátrica, a gente conseguiu manter um pouco essa questão da militância, né? E que, no SUS, não conseguiu. Talvez, isso seja uma coisa que influenciasse, né? Porque, se você pensar que no começo, além da questão da luta antimanicomial, você tinha também muito a questão, assim, da construção do serviço do SUS, de uma maneira geral, e essa atmosfera, digamos assim, influenciava muito mais os profissionais, né, que hoje, atualmente (Terapeuta Ocupacional 2).

Está presente a crítica ao hospital psiquiátrico, com ressalvas quando mencionados os hospitais ainda existentes no município.

Em BH hoje temos dois hospitais, assim, vinculados à rede SUS, né? que é o hospital Galba Veloso e o instituto Raul Soares. O Instituto Raul Soares ainda tem uma importância muito grande, [...], ele forma muitos psiquiatras por ano. O Raul Soares tem profissionais muito bons que também participaram do movimento de reforma psiquiátrica, mas ainda assim é uma

estrutura de hospital. Obviamente que não é aquela estrutura manicomial como era antigamente (Psiquiatra 2).

Quanto à formação dos profissionais, descreve-se, em geral, uma formação frágil na graduação, em grande parte voltada para o modelo asilar.

Na realidade eu fiz Psiquiatria num Hospital Geral, né, e a Reforma não era nem... Nem abordada e continua não sendo (Psiquiatra 4).

Quando eu me formei, eu nem sabia o que era CERSAM, não tinha ainda. Na minha formação eu não sabia o que era CERSAM, Fui entender o que era CERSAM quando trabalhei no Hospício (Enfermeira 1).

Acho que alguns currículos eles abordam pouco a questão de Saúde Mental. Eu tive professores que são do SUS e eu acredito que boa parte dos conhecimentos que eu tive sobre o SUS ou um pouco sobre a Reforma Psiquiátrica, né? Dessa formação característica dos professores do SUS, mas nada muito aprofundado. Eu vim conhecer mesmo foi na residência, na pós graduação (Terapeuta Ocupacional 1).

Por outro lado, está instalada a lógica da educação permanente, bem como está representado na experiência da Residência Multiprofissional Integrada o compromisso com a recuperação do déficit acadêmico na perspectiva antimanicomial. Na narrativa dos profissionais, ainda, é bastante enfatizada a formação no Serviço. “[...] tem 08 anos que estou no CERSAM, ai vim pra cá ... E a formação foi no campo, né?” (Assistente Social 2).

É evidente uma atitude autopoietica (MERHY, 2007) das equipes, a partir de uma clareza quanto à diferença entre os modelos. Nessa perspectiva, demonstram uma noção de processo na construção da hegemonia do modelo de desinstitucionalização, reconhecendo-se como parte implicada no processo.

Para esse conjunto de trabalhadores, submetido às condições da conjuntura atual, estão postos os desafios dos avanços necessários para a consolidação da Reforma Psiquiátrica em sua complexidade. Trata-se de um momento emblemático, principalmente porque, sendo possível dimensionar os avanços necessários justamente em função do caminho já percorrido, para os trabalhadores, configura-se a nítida compreensão do percurso ainda por trilhar.

6 A TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SALVADOR

Primeira capital do país, Salvador manteve-se como sede do governo nacional até 1763. Mas, com a decadência da economia agro-exportadora local e a transferência da capital para o Rio de Janeiro, a cidade experimentou um longo período de estagnação em termos econômicos, populacionais e desenvolvimento urbano até a década de 1950 (CARVALHO; PEREIRA, 2018). Atualmente, conta com área territorial de 693.831Km² e população entre 2.675.656 (último senso em 2010) e 2.872.347 habitantes (estimada para 2019), segundo o IBGE. Em 2016, tinha um PIB per capita de 20.796, 62. Em 2010, teve IDHM de 0,759.

Na capital baiana, as condições de implementação da Reforma Psiquiátrica foram bem diferentes, em decorrência do contexto político local e do processo de mobilização dos profissionais. Em meados da década de 1970, teve início uma articulação entre psiquiatras ligados ao Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina de Universidade Federal da Bahia – UFBA em torno de uma proposta de repensar a atenção à Saúde Mental e à Saúde em geral, que produziu um encontro entre o Projeto de Reforma Sanitária e um Projeto de Reforma Psiquiátrica no Estado. Importante ator social, nesse período foi a Associação Psiquiátrica da Bahia – APB, conforme atesta o psiquiatra Ronaldo Jacobina (2010), em entrevista concedida a Molesini (2011, p.113).

Eu me lembro que o elemento crucial é a Associação Psiquiátrica da Bahia, a pequena APB foi fantástica mesmo, e articulada com ela também o Cebes [...] esses dois grandes marcos: a Associação Psiquiátrica da Bahia, porque problematizava a saúde como um todo, e aí nela sem dúvida a liderança, a capacidade política de arregimentar, que é um grande... um agitador cultural e político que é Luiz Umberto Pinheiro [...].

Conforme publicado por Molesini (2011), Jacobina destaca, ainda, nesse período, a militância de dois psiquiatras, articulando a mobilização, a reflexão e o planejamento em torno dos dois projetos: da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária: Luís Umberto Pinheiro e Jairnilson Paim – intelectuais orgânicos, na concepção gramsciana, operando segundo a filosofia da práxis (GRAMSCI, 2001).

E nesse processo há uma luta que o mentor intelectual é uma combinação desse sujeito que age, que toma atitude, e o outro que formula com

consciência, que planeja, que é Jairnilson (Paim). [...] Tem elementos suficientes pra ilustrar a você de que ela (a APB) não só pensava em Reforma Psiquiátrica, ela se posicionava pensando a Reforma Sanitária brasileira (RONALDO JACOBINA, 25/11/2010) (*Ibidem*, p.113).

Para Jairnilson Paim, também em depoimento dado a Molesini (2011, p.113), “[...] aqui na Bahia, pelo menos, a Reforma Sanitária nasceu junto com a Reforma Psiquiátrica, depois houve caminhos diversos [...] (JAIRNILSON PAIM, 01/12/2010)”.

Na declaração de Luís Umberto Pinheiro, por sua vez,

[...] e aí começa a Associação Psiquiátrica fazer os debates públicos; aí nós já começamos a trazer os autores e as pessoas que já discutiam; quer dizer, as ideias que fundamentaram o conceito sobre saúde, a determinação social da doença, que era base inclusive da compreensão da estratégia de intervenção a partir da democratização da saúde [...] no debate da Associação Psiquiátrica, que naquela época não era frequentado só por psiquiatras, já era frequentado por uma certa intelectualidade, por filósofos, o pessoal da área de Comunicação Social, de Comunicação e Cultura, gente da área de Artes, interessados em geral, pessoal da saúde mental das diversas escolas. Mas, era um grupo muito amplo, quer dizer, nós tínhamos cem psiquiatras na época na Bahia inteira, tinham cem psiquiatras. Todos esses seminários nossos eram feitos com duzentas a duzentas e cinquenta pessoas. Então muita gente era gente de fora, inclusive da área da saúde, então ficou um grupo com uma presença cultural (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009) (*Ibidem*, p. 114).

Nesses espaços ampliados de discussão, circularam, naquele período, entre importantes referências nacionais e internacionais, Michel Foucault e Franco Basaglia. A visita de Basaglia, promovida pela APB, ficou registrada no Boletim Hospital Juliano Moreira vol. 97, número que reabilita a publicação, que vinha com a circulação suspensa há 15 anos.

Em outubro de 1978 estive neste hospital o Dr. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, mentor de reformulações estruturais na Assistência Psiquiátrica Italiana. A nova política sanitária italiana define o tratamento como voluntário e para os casos de tratamento obrigatório e internação foram estipulada uma série de trâmites legais objetivando proteger os direitos dos doentes (BAHIA, 1979, p.25).

Havia, também, conforme informa Pinheiro a Molesini (2011, p.115), as publicações da Associação Psiquiátrica, bastante representativas do teor crítico e transformador que se intentava imprimir no meio profissional da área da Saúde.

[...] Essa Revista da Associação Psiquiátrica foi a primeira sem nenhuma propaganda de ninguém. Portanto, primeira revista médica sem propaganda da indústria farmacêutica, e a segunda questão é que ela sai, porque o

Cebes tem o primeiro número em 1976, mas acontece que essa aqui também foi pensada em 76, quer dizer ela nasce junto, ela foi uma consequência da luta [...] que ela começa em 77 [...] (o primeiro volume editado, foi de julho a dezembro de 1977).

[...] Tinha um jornal que se chamava CONFLITO, da Associação Psiquiátrica, que distribuimos para além da Psiquiatria, sempre para criar nível de cultura, já de renovação de uma cultura, do pensar sobre saúde, sobre saúde mental etc. (LUIZ UMBERTO, 23/11/2009)

A Reforma Sanitária na Bahia, pois, chega por meio da mobilização da Entidade representativa dos psiquiatras, a partir de 1975. De acordo com Molesini (2011), vai aglutinando, ao longo das décadas de 1970 e 1980, representações da academia, de partidos políticos de esquerda (embora constitua-se como Movimento suprapartidário) e representações de movimentos sociais que se formavam, entre os quais destaca-se a Federação das Associações de Bairros de Salvador – FABS.

Também foi relevante o papel de articulação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Entidade fundada nacionalmente em 1976, ficando conhecida como “Partido Sanitário” em razão do alinhamento dos seus membros às propostas do Partido Comunista Brasileiro – PCB junto às associações de bairros e grupos religiosos. Conforme publicado no jornal ABMnotícias n. 132, de abril de 1980,

Além da articulação com as demais entidades na área de saúde, o Cebes-BA vem iniciando um processo de trabalho junto a sindicatos, associações de bairros e grupos religiosos, dentro da proposta de sistematizar a visão da população sobre a questão saúde e subsidiar o delineamento de plataformas de lutas pela participação democrática no processo de decisões do setor. Nesse sentido, foi elaborado o texto Participação Social da definição das políticas de saúde. [...] Espera-se que este trabalho possa culminar em um Encontro Popular de Saúde.

A Associação Psiquiátrica da Bahia afasta-se do movimento pela Reforma Psiquiátrica quando este, pela direção do MTSM, radicaliza a crítica ao modelo hospitalocêntrico e inscreve-se como Movimento Antimanicomial.

A ruptura vai revelar-se explicitamente como disputa de projetos, quando a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, Associação Médica Brasileira – AMB, Conselho Federal de Medicina – CFM e Federação Nacional dos Médicos – FENAM divulgam o documento Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, em 2006, criticando o modelo antimanicomial em curso, e

elencando propostas que reafirmam a hegemonia do saber médico e da instituição psiquiátrica.

A ABP, como representante dos psiquiatras brasileiros, congregando mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil, vem defendendo, desde os anos 60, a reformulação do modelo da assistência em Saúde Mental no Brasil. Por isso, não pode se furtar ao dever histórico de registrar que após 5 anos da promulgação da Lei 10.216 ainda não ocorreu a criação de um modelo assistencial que atenda as reais necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais. Esperávamos que, com a promulgação da referida lei, ocorresse um grande impulso em direção a um modelo assistencial integral, de boa qualidade e que acolhesse a todos aqueles acometidos por transtornos mentais em seus mais diversos graus de complexidade, o que efetivamente não ocorreu.

A ABP, após ampla discussão e aprovação do presente documento pelos Delegados de suas federadas em Assembleia Geral iniciada no Pré-Congresso, em Curitiba, PR, em 24 de outubro de 2006 e concluída em São Paulo, no dia 9 de dezembro do mesmo ano, vem apresentar ao país as diretrizes para um modelo de assistência em saúde mental no Brasil (2006, p.6)¹⁰⁸.

No âmbito da Reforma Sanitária, por sua vez, a conjuntura política, marcada pelo conservadorismo e pelo autoritarismo, impunha grandes dificuldades para o avanço, na Bahia, da Política de Saúde em construção, como assinala Molesini (2011, p.151):

Mesmo com a abertura política e com o avanço das forças político-sociais em prol da transição democrática brasileira, a política baiana ainda era fortemente marcada por fenômenos como corporativismo, clientelismo e patrimonialismo, enfim, sob uma estrutura de princípios desfavoráveis à participação cidadã nas discussões de assuntos públicos. As características do cenário político do estado naquelas décadas foi resultado, sobretudo, da conduta adotada pelos partidos políticos ligados à figura de ACM¹⁰⁹, uma vez que esse grupo político foi por três décadas o protagonista da vida política na Bahia. Estabeleceu-se uma conduta política que consistia em manter a sociedade civil fora das decisões e neutralizar grupos políticos rivais.

¹⁰⁸As diretrizes elencadas no referido documento irão respaldar a Portaria 3.588/17, que edita a denominada “Nova Política de Saúde Mental”, representativa da contra reforma psiquiátrica que volta a ocupar as instâncias gestoras da Saúde Mental em âmbito nacional, com o apoio apenas das entidades de representação dos médicos. A dita Portaria inscreve, de fato, a própria desconstrução da ideia de substituição dos manicômios e estimula a internação, na medida em que volta a incluir os hospitais e ambulatórios na RAPS, redireciona o financiamento para os leitos hospitalares e recoloca a centralidade no papel do Psiquiatra. (cf. p.64-66). Analisado do ponto de vista gramsciano, vive-se uma nova fase da “guerra de posições”, em que a defesa da manutenção da hegemonia do modelo asilar adquire novo fôlego.

¹⁰⁹ Antônio Carlos Magalhães.

A perspectiva promissora para o avanço da Reforma Sanitária na Bahia lograda pela conquista do governo estadual pela oposição ao carlismo¹¹⁰, com a vitória de Waldir Pires, pela Coligação “A Bahia vai mudar” (PMDB/PDT/PSC/PCB/PCdoB) em 1986, vai revelar, por um lado, o contundente empenho do Secretário Estadual de Saúde, o psiquiatra Luís Umberto Pinheiro, em implantar as bases para reorientação da assistência na direção do Modelo Sanitarista¹¹¹, e por outro lado, o seu desgaste e isolamento, diante do enfrentamento das velhas práticas sedimentadas pela tradição privatista, clientelista e corporativa que o Estado conhecia¹¹².

O resultado dessa aguda conjuntura é a saída do Secretário quando Waldir Pires retira-se do governo, em 1989, visando um projeto de candidatura futura à Presidência da República¹¹³. Segue-se, em todo o período posterior, uma apropriação do processo de Reforma Sanitária, associado a uma releitura, de cunho neoliberal, de seus objetivos, dado o avanço do neoliberalismo no contexto nacional e a retomada do poder, em âmbito estadual, pelas forças carlistas¹¹⁴.

Na aludida conjuntura, o Estado da Bahia torna-se um dos mais atrasados diante do processo de descentralização da gestão preconizada pelo SUS. No governo de ACM (1992-1995), isto se restringe a uma desconcentração de recursos para as DARES, ignorando a municipalização (MOLESINI, 2011).

A Prefeitura Municipal, seguindo os ventos da municipalização que se anunciava pelo País cria, na Secretaria Municipal da Saúde, em Salvador, uma estrutura administrativa contemplando os distritos sanitários, inclusive nomeando formalmente os gerentes em 1991. A partir daí, a relação dos gerentes dos DS é estabelecida ao mesmo tempo com a Sesab e com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. Esta situação ambígua se manteve até 2006, quando Salvador assume a gestão plena do sistema municipal de saúde (*Ibidem*, p.238).

Sem governabilidade, sempre obstaculizados pelo governo estadual, os distritos sanitários, em Salvador, não deslancham. Salvador será a última capital a assumir a

¹¹⁰ Expressão atribuída ao modo de operar dos grupos políticos aglutinados em torno de ACM.

¹¹¹ Para maior compreensão deste modelo, ver Paim (2012).

¹¹² Destaca-se, nesse período, a criação do Conselho Estadual de Saúde (CES), realização da primeira Conferência Estadual de Saúde (CONFERES) e elaboração do primeiro Plano Estadual de Saúde. Avançou-se, também, com a implantação de Distritos Sanitários e assinatura de convênio com o SUDS (ÁVILA, 2013).

¹¹³ Todo o complexo cotidiano desse curto período de governo é detalhada por Molesini (2011).

¹¹⁴ Ver detalhamento desse processo em Ávila (2013).

Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde, o que só ocorrerá em 2006. Até esse período, mantinha uma rede de serviços de saúde ínfima e totalmente dependente da gestão estadual, como afirma a Entrevistada 1SSA¹¹⁵:

O estado da Bahia era um estado altamente centralizador [...] a capital era como se fosse um apêndice, né, uma Secretaria do governo do estado. [...] teve época que a Folha de Servidores daqui era paga com recurso do Estado... dependia de...então, era uma coisa acanhada. Salvador tinha 17... não, não chegava a 17 unidades... postos de Saúde, unidades de saúde. Eram poucas... você contava no dedo, as unidades de saúde do município.

Entre 1992 e 1995, período em que o governo estadual de ACM vai iniciar a implantação do SUS na Bahia, ocupava a Prefeitura de Salvador, Lídice da Mata, eleita por uma coligação dos partidos de esquerda – PSDB, PDT, PPS, PSB, PC do B, PV, PMN e PT. Embora representasse a terceira derrota do grupo carlista na prefeitura de Salvador no período de redemocratização brasileira¹¹⁶, a gestão de Lídice da Mata vai enfrentar, além das dificuldades financeiras do município, um isolamento do Executivo em relação ao Legislativo, cuja maioria oposicionista rejeitava os projetos da Prefeita e não aceitava os seus vetos.

O carlismo, nesse período, tinha uma relação direta com o governo federal, além de controlar a principal rede de TV, com constantes ataques à gestão municipal. Sem conseguir unir a esquerda que a elegeu em torno de um projeto para a cidade que disputasse a hegemonia a partir da participação popular, e sofrendo boicotes advindos das outras instâncias federativas, a gestão municipal amargou o isolamento em relação ao cenário estadual e nacional (ÁVILA, 2013).

6.1 IMPASSES NA TRANSIÇÃO ENTRE OS MODELOS

No início dos anos 2000, seguem irrelevantes as ações voltadas para a saúde mental, no Estado e Município, se consideradas as perspectivas construídas pelo Movimento Antimanicomial em torno da Reforma Psiquiátrica. Em âmbito nacional, a

¹¹⁵ A Entrevistada 1SSA é Enfermeira, foi Presidente do SINDISAÚDE, Membro do Conselho Estadual de Saúde na sua implantação e está no quarto mandato como vereadora no município, compondo a Bancada da Oposição.

¹¹⁶ Até esse período, nomes ligados a ACM revezavam-se nos cargos de gestão estadual e municipal por meio de indicações da estrutura de poder então dominante. No período pós ditadura, antecederam a Lídice da Mata, por meio de eleições diretas, Mário Kertész, em 1985 e Fernando José, 1988, ambos pelo PMDB.

adesão ao projeto de substituição do modelo avançava nos municípios governados por partidos de esquerda, a exemplo de Santos e Belo Horizonte, impulsionadas por algumas legislações estaduais, que antecipam as condições previstas no Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, que seguia tramitando lentamente no Congresso Nacional (cf. p.63).

Apenas em 2003, dois anos após a vigência da Lei 10.216/01, finalmente aprovada, ocorre a habilitação da Bahia na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde¹¹⁷. Para assumir a condição de co-gestor do SUS, conforme previsto na Norma Operacional de Assistência à Saúde 2002 (NOAS), a SESAB precisou se readequar, favorecendo o processo de descentralização e a rede municipal (ÁVILA, 2013).

Acerca da situação da Saúde Mental no Estado, manifesta-se o então Coordenador de Saúde Mental na SESAB:

A Bahia tem 2.454 (dois mil, quatrocentos e cinquenta e quatro) leitos psiquiátricos em 16 (dezesseis) unidades de internação, tendo a capital 64% dos leitos. [...] todavia, na capital há uma concentração de leitos psiquiátricos, devido à vinda de pacientes das diversas regiões do interior, o que ocasiona a formação do asilo, pois com a perda do contato com a família, o paciente ao invés de ficar quinze dias, permanece na unidade durante anos. A Bahia tem apenas treze Centros de Atenção Psicossocial - CAPS credenciados, número muito inferior às demais unidades da Federação, tendo Salvador apenas três CAPS. Até pouco tempo, a Saúde Mental trabalhava com hospital psiquiátrico e ambulatório tradicional, mas para os pacientes menos severos, hoje se implantam os chamados serviços substitutivos ou CAPS, [...].

Os esforços que deverão ser feitos durante esse período quadrienal são no sentido de ampliar o orçamento para 8%.¹¹⁸ Com relação aos Gestores, é necessário definir um Plano Oficial de Saúde Mental com base nas diretrizes da reforma psiquiátrica e nas Normas Operacionais do SUS - NOAS, oficializando as parcerias, pois não é o Estado que vai ser responsável pelos CAPS e medicamentos, podendo, no entanto, colaborar com recursos, sendo seu o papel o de incentivar, coordenar e supervisionar essas ações, regularizando as parcerias. [...] Até o ano de 2004, o município deve gastar em saúde 15% do seu orçamento e o Estado, aproximadamente 12,5%. [...] (Ata da 92ª Reunião do CES realizada em março de 2003 – Fala de Dr. Antonio Rabelo Coordenador de Saúde Mental do Estado da Bahia, *apud* ÁVILA, 2013, p. 195).

Ressalte-se que é anterior à habilitação do Estado da Bahia para a Gestão Plena, a Portaria GM 336/ 02, que regulamenta os CAPS. No período subsequente, pois, há

¹¹⁷ Governava o estado, nesse momento, Paulo Souto (DEM), ligado ao grupo carlista.

¹¹⁸ Até então, o gasto com Saúde Mental (internação e ambulatório) era de 3,6% dos gastos do estado com a Saúde.

uma indução pela Coordenação Nacional de Saúde Mental à expansão dos CAPS, em todo o território nacional, disponibilizando o recurso fundo a fundo¹¹⁹ (cf. p. 70-71). Respondendo a esse incentivo financeiro, a SESAB habilita, em 2004, cinco CAPS no Estado da Bahia, dois deles em Salvador, sendo um para Infância e Adolescência. Em prosseguimento, no ano de 2006, a Bahia já conta com 100 CAPS implantados.

Também por indução do Ministério da Saúde, por força da Portaria 251/02, a fiscalização efetuada pelo PNASH, no ano de 2003, provoca impacto sobre a oferta dos leitos hospitalares no estado. Ainda no período de três meses pós vistoria estabelecido pelo PNASH para readequação das condições de funcionamento consoante a mencionada Portaria, a empresa Serviços Médicos Cirúrgicos da Bahia S.A., detentora de 43,2% dos leitos psiquiátricos do Estado¹²⁰, comunica formalmente à SESAB a decisão de encerrar as atividades de uma de suas unidades, com 500 leitos. Em 2005, essa mesma empresa decide fechar os dois outros hospitais psiquiátricos de sua propriedade, totalizando a redução de 1.060 leitos na capital.

Além de deter o monopólio do maior número de leitos psiquiátricos da capital, a referida rede de serviços hospitalares privados figurou, nas décadas anteriores, como o maior empregador dos psiquiatras do Estado. Junte-se a isso a preservação da formação médica nos moldes tradicionais e o realinhamento das entidades representativas da categoria - que passam a defender uma proposta de atenção à saúde mental que não rompe com a lógica mercantilista, médico – centrada e hospitalocêntrica. Esses três fatores podem explicar a pouquíssima adesão por psiquiatras baianos ao projeto de atenção instituinte.

¹¹⁹ Nesse período, numa sinergia com as ações da Coordenação Nacional de Saúde Mental amparadas nas propostas aprovadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental /2001, o movimento social encampa, em âmbito nacional, a campanha “Reforma Psiquiátrica: é no município que ela acontece”.

¹²⁰ Estes dados constam no Plano Plurianual de Saúde mental para o Estado da Bahia – 2003 – 2006 (mimeo). O documento aponta, ainda, que 60% dos leitos dessas Unidades estavam ocupados com pacientes da capital.

O Plano de Saúde Mental para o Município de Salvador elaborado em 2005 dava conta de que, naquele momento, apenas três dos doze Distritos Sanitários da capital contavam com Serviços de Saúde Mental.

Dentre estes, apenas os distritos de Brotas, Itapagipe e Barra/Rio Vermelho possuem, no momento, unidades de atenção à Saúde Mental, ambulatórios especializados e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹²¹. Outros quatro distritos possuem CAPS estaduais: a Liberdade, para atendimento infantil; Águas Claras, atendendo a adultos; CREASI, voltado para idosos, próximo ao Iguatemi; o CAPSad do Canela, no DS Barra / Rio Vermelho, atendendo a usuários de álcool e drogas. Além destes, há o CAPS II N'zinga, no DS Subúrbio Ferroviário, criado por uma Organização Não-Governamental (ONG) (SALVADOR, 2005, p. 5).

A precipitação da decisão de fechamento de grande parte dos leitos privados financiados pelo SUS na capital é efeito indireto do PNASH, desde quando o programa condicionava o financiamento à garantia de requisitos mínimos para a assistência, o que estava longe de existir, uma vez que impossibilitava a manutenção do padrão lucrativo até então estabelecido nesta relação público – privado. Em Salvador, este fator irá provocar uma percepção da necessidade de implantação de uma rede de serviços municipais que pudesse contemplar o contingente de pessoas com transtornos mentais que, não dispendo de outra alternativa de cuidado, tornara-se clientela cativa da supra referida rede de hospitais, num ciclo ininterrupto de longas internações. Conforme analisa a Entrevistada 1SSA:

[...] mas os CAPS foram sendo construídos muito... a partir do momento que a própria rede privada desistiu do negócio. Desistiu, porque não interessava mais. Com a nova política de desfinanciamento, né, de reduzir o investimento na assistência hospitalar, nos manicômios, e incentivar a rede substitutiva, então, o setor privado foi se retirando. Porque deixou de ser lucrativo pra eles. Então, [...] esse foi um fator determinante. Aliado a isso, o movimento social, cobrando a reforma psiquiátrica... né, nós temos aí os Conselhos, o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Municipal, que tiveram, na época, uma atuação importante e o próprio Ministério Público também, né, nós temos ações do Ministério Público obrigando a prefeitura a implantar. Foi feito um TAC, né, um Termo de Ajustamento de Conduta pra que a prefeitura começasse a implantar. Então, foi assim. Foi por imposição, né, do Movimento Social, do Ministério Público e o redirecionamento da política a partir do governo federal, a partir

¹²¹ Ressalta o documento que os CAPS existentes nos três Distritos referidos funcionavam há dois anos no mesmo espaço físico dos Centros de Saúde Mental pré existentes, dividindo o espaço com os antigos ambulatórios, o que, certamente, torna confusa a percepção de uma reorientação do modelo assistencial pelos sujeitos envolvidos. Apenas um deles – o que funcionava no Ambulatório de Saúde Mental Rubim de Pinho, foi transferido para outro imóvel, passando a denominar-se CAPS Adilson Sampaio. Os demais permanecem ainda hoje no mesmo espaço, convivendo com os respectivos ambulatórios.

do Ministério da Saúde foi fundamental pra isso, né? Essa mudança no financiamento. Porque é sempre o financiamento que direciona.

Como está posto, distante de um comprometimento orgânico com a reorientação do modelo assistencial, a gestão municipal vê-se compelida a responder à demanda precipitada pela ação do Ministério da Saúde, Movimento Social e Ministério Público. Também a Entrevistada 2SSA¹²² sublinha essa particularidade na formatação da Rede em Salvador:

[...] a gente sabe que o histórico de Salvador de implantação da rede baseado no TAC [...] Mas, assim, isso foi o que propulsionou, né, que a rede possa ser feita. [...] Então, vem o TAC, vem uma definição, uma determinação de como essa rede, ela precisa se constituir, e a coordenação começa a responder por isso. Então, tem que responder por isso, tem que construir CAPS, tem que responder... Ai começa a implantar CAPS, por exemplo, ali no Osvaldo Camargo, né, que eram três CAPS juntos na mesma sede. Os três eram cada um em uma sala. Por quê? Porque tinham que ter três, em primeira instância, né? Mas assim, não tinham usuários. Os usuários não buscavam, porque eles também não sabiam o que era mesmo o CAPS. Então, os profissionais foram buscando os usuários, né? Foram fazendo, é... acionamento no território, e tal.

Então, no processo histórico, a gente tem muito mais pessoas no nível não grave procurando esses lugares. Se antes, o hospital psiquiátrico era a maior referência, né, os graves iam pra lá. Então... e isso, é... aceitar esses usuários menos graves, eu não sei o quanto que isso também gerou uma conformação da rede até a atualidade. Porque você começa a aceitar eles e o CAPS começa a cuidar só dessas pessoas, ou mais dessas pessoas basicamente, né?

Percebe-se, pelo depoimento acima, o flagrante e indesejável improvisado, em se tratando de uma pretensa reversão de modelo assistencial inscrito na política pública em vias de institucionalização. Três fatores chamam a atenção sobremaneira. Um deles é o caráter impositivo, e não de adesão, pelas instâncias governamentais e trabalhadores envolvidos, à transformação em curso na Política de Saúde Mental, na medida em que o Ministério Público emerge como o agente por excelência de decisão na condução da implantação da Rede de Serviços.

Outro fator diz respeito aos espaços alocados para o início da operacionalização da rede. Sem respaldo na noção de territorialidade, uma vez habilitados os Serviços, estes são instalados no mesmo imóvel onde já funcionava, há muitos anos, um Centro de Saúde Mental estadual, constituído nos moldes do modelo ambulatorial,

¹²² A Entrevistada 2SSA é psicóloga e foi trabalhadora da Rede de Saúde Mental no período inicial da pretensa transição de modelos.

recentemente municipalizado. Conforme analisa a Entrevistada 2SSA, evidentemente, não se estabeleceu, no campo sociocultural, uma nova imagem sobre a oferta de assistência. Para a população soteropolitana, prevaleceu o modelo ambulatorial, sem que o serviço absorvesse os casos graves.

Semelhante situação ocorre em relação aos outros dois serviços, transferidos para espaços onde também funcionavam antigos ambulatórios. O Centro de Saúde Mental Rubim de Pinho, em Itapagipe, foi o único onde se conseguiu, posteriormente, desmembrar o CAPS, instalado em outro imóvel no mesmo território. Nos três exemplos, mantiveram-se os três serviços ambulatoriais, que seguem funcionando até os dias atuais.

A situação mais complicada, em termos do significado sociocultural, é a do Centro de Saúde Mental Aristides Novis, que já ocupava o espaço onde funcionou, desde 1874, o Asilo São João de Deus, renomeado como Hospital Juliano Moreira na década de 1930 e sucedido pelo Centro de Saúde Mental Aristides Novis na década de 1980 quando o hospital foi transferido para Narandiba. Operou-se, ali também, o desmembramento CAPS / Ambulatório, que seguem funcionando como anexos ainda hoje.

[...] o primeiro hospital psiquiátrico daqui da Bahia, que era lá, né, em Brotas, que funcionava na época, esse lugar, ele continuou sendo referência de cuidado às pessoas com transtornos mentais, né, mas ele se reformula, se reorganiza... vira ambulatório, e o primeiro CAPS foi lá, né? Nesse mesmo lugar. Então, isso pra mim, é algo que tem um certo dano ao sentido... no sentido da referência que se tem ainda. A referência que se tinha de cuidado lá era uma, e quando muda, vira um CAPS, transformar isso culturalmente e atingir uma proposta como o CAPS vem, territorial, de cuidado ampliado, acho que isso ficou ainda um pouco complicado pra as pessoas, né, assim, no sentido sociocultural, mesmo, falando, as pessoas que vão buscar esse Serviço, né? Então, isso requer um investimento maior, também, de conhecimento da proposta, de um novo fazer, diferente do que era antes, e acho que isso não foi tão assim, nesse período, né? (Entrevistada 2SSA).

Prevalece uma proximidade, tanto física, quanto operacional, entre CAPS e Ambulatório, que reflete a indefinição quanto à transição de modelos de atenção. Os usuários seguem nomeando-se como vinculados ao Osvaldo Camargo ou Aristides Novis, sem identificar CAPS ou Ambulatório, os quais compartilham o mesmo nome.

Quanto aos critérios de vinculação, também não ficam muito claros.

O processo de trabalho como esse, de maior definição, caracterização, sempre que é... o grave persistente. Não, não é grave persistente, tem que pensar no contexto sociocultural da pessoa, de vulnerabilização, né, de como é que está o impacto dela na vida funcional... são vários... várias as dimensões, né, que tem que se analisar pra definir se é de CAPS ou não, né? Isso, às vezes, pra as pessoas, elas querem ali fechadinho. A gente não conseguiu alcançar uma definição aí melhor pra isso... enfim. Aí, isso se inicia...assim, né, e esses profissionais que estavam na época eram os profissionais dessa época, que estavam tentando descobrir, né, fazendo essa proposta (Entrevistada 2SSA).

O terceiro problema digno de nota é a declaração da existência de um vácuo no sentido da compreensão do que seria de fato o modelo substitutivo proposto, por partes dos atores incumbidos da sua implantação.

Os profissionais. Então, quando você tem uma referência anterior, né, de cuidado e isso muda, às vezes, é difícil você acompanhar a proposta, [...] sabe, eu tô querendo te falar... precisava de um processo de trabalho muito aberto, e naquela época, **não se sabia nem o que que era mesmo, em termos gerais, né, a própria política pública, quem tava no Ministério da Saúde, né, todo lugar, não se sabia muito que tipo de cuidado é esse, né, como eu acho que até hoje não se sabe.** Então, nessa época, era bem mais difícil, né, se reconhecer como ... esse trabalho... foi muito progressivo, e ainda é muito lento, em termos de mudanças que se propõem, né, a reforma ainda não é entendida, a atenção psicossocial ainda não é compreendida, né, na sua potência, assim (Entrevistada 2SSA, grifo nosso).

Embora importantes transformações viessem em curso no cenário nacional, a maioria dos profissionais envolvidos com a Saúde Mental em Salvador, até então, permaneciam absorvidos pela cultura manicomial dominante, com pouquíssimo acesso ou interesse pelas experiências de cuidado em liberdade. Pode-se denotar, para além da falta do devido planejamento, no discurso dominante, uma subjacente reserva quanto à aposta no novo paradigma, caracterizada na falta de crítica ao modelo asilar e na recorrente afirmação da ameaça à saúde mental que representaria a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Essa reserva, bem como a ausência de gestões fortes de esquerda, certamente, dificultou o acesso às instâncias gestoras e de planejamento, por potenciais intelectuais orgânicos da Reforma, imbuídos de uma intencionalidade e comprometimento com a reversão do processo, que pudessem fomentar a formação

em serviço, posto que se tratava de um modelo em construção, conforme já assinalado no capítulo teórico.

Esses intelectuais, presentes no Estado, seguiram intervindo a partir do movimento social e instâncias de Controle Social, desempenhando o papel de denúncia, com pouca capilaridade entre o conjunto dos profissionais. Grande parte destes seguiram alocados em hospitais psiquiátricos ou com vínculos precarizados nos serviços inaptos.

Observe-se, pelo histórico registrado até aqui, a imensa diferença entre o contexto de implantação da reforma psiquiátrica em Salvador e Belo Horizonte, no que diz respeito às condições políticas e mobilização dos profissionais. Em primeiro lugar, se analisarmos a decisiva relevância dos dispositivos previstos pelo SUS para condução de uma transformação da assistência rumo à lógica sanitária, podemos perceber que, se em Belo Horizonte foi impulsionador de uma vontade política em gestação no seio de intelectuais orgânicos identificados com o projeto sanitário, o mesmo não se deu em Salvador.

Nesta capital, a luta pela continuidade da hegemonia das forças autoritárias já instaladas retardou o processo de municipalização em 15 anos, submetendo as estruturas distritais, ainda que formalmente constituídas, sob domínio da gestão estadual. Sem a autonomia devida, mesmo quando ocupada por representante eleita a partir de coligação dos partidos de esquerda, a administração municipal manteve-se ao largo dos avanços na política de saúde mental. Ademais, considere-se o desinteresse pela reforma e/ou aliança dos gestores ao grupo hegemônico na psiquiatria e na estrutura empresarial conveniada ao SUS.

Ressalte-se a reorientação político-ideológica da entidade representativa dos psiquiatras, que, se nos anos 70 e 80, parecia favorecer a formação de um bloco de intelectuais orgânicos signatários do projeto de reforma psiquiátrica, potencializando o seu poder aglutinador, no período posterior, não avança para além da denominada dimensão econômico – corporativa (cf. p.25), passando a aglutinar intelectuais orgânicos do modelo conservador, desmobilizando-se, no âmbito da entidade, as

ações voltadas à “reforma intelectual e moral” (GRAMSCI, 2002) com vistas a uma nova hegemonia.

Nesta conjuntura, o fator financeiro é que irá determinar os fatos desencadeados a partir do início dos anos 2000, como afirmado pela Entrevistada 1SSA, que levam à imposição por uma implantação dos CAPS na capital, desprovida, ainda assim, do respaldo necessário à concepção de um processo de reforma a partir de uma consciência ideopolítica, como sinalizado pela Entrevistada 2SSA.

Assim, restou prejudicada a transformação da assistência, sobretudo no que diz respeito à responsabilização pela atenção à crise.

No cuidado com a crise, vai impactar em que caracterização de público é esse que eu atendo historicamente. Então, quando tem uma crise, não é aqui, porque nunca foi. Às vezes, as pessoas dizem: ah, porque sempre foi assim. Esse sempre foi assim é muito ruim pra gente alcançar essa mudança de proposta da Reforma, sabe? (Entrevistada 2 SSA).

Igualmente problemática será a constituição do conjunto de operadores do novo modelo. Além da improvisação na estrutura física, da ausência de investimento prévio no preparo teórico – prático, sobre os profissionais aos quais se confiou a implantação da “nova” rede, pesavam vínculos trabalhistas extremamente precarizados.

Os profissionais, [...] aqui em Salvador, analisando esse esforço de construção dessa rede, né, que até hoje, é... os técnicos, nos CAPS, tiveram um papel muitíssimo importante, porque sustentaram, apesar de um ambiente completamente desfavorável... eram terceirizados... vínculos precários, então eles sustentaram, pelo envolvimento, né, que tinham, pela implicação que tinham com a proposta política da reforma psiquiátrica. E depois, é que houve todo um processo de... teve o concurso, né... (Entrevistada 1SSA).

Essa análise é corroborada pela Entrevistada 2SSA:

Então, me parecia que era uma rede constituída por profissionais com uma consciência social importante, né, e de defesa, também, né, com controle social maior, com compreensão da reforma melhor, porque eu acho que eles tiveram de compor uma nova rede, então, vamos compor essa rede como? Vamos estudar, pra ver como essa rede é, vamos lutar por essa rede, né?

Se havia disponibilidade dos profissionais contratados, entretanto, faltava o acesso a um processo reflexivo reorientador do modelo capaz de favorecer uma filosofia da práxis transformadora. Ademais, sem transformações estruturais concretas, ia prevalecendo o senso comum em torno das possibilidades de atenção à crise, e a influência de antigos conceitos, como a autorizar a reprodução da justificativa “sempre foi assim”, supracitada.

A Entrevistada 1SSA discorre acerca dos embates travados para garantir a inserção dos trabalhadores da rede por meio de concurso público.

[...] do concurso, que foi feito no final do governo João Henrique por força de determinação da Justiça, a partir de uma Representação que nós fizemos para o Ministério Público, e, a partir daí, houve a determinação. Porque era todo mundo terceirizado. Nem era REDA. REDA, Redinha... tinha os REDA, Redinha, mas a maioria não tinha vínculo nenhum. A maioria era oriunda de um contrato com a Real Sociedade Espanhola e que foi denunciado, e aí a Prefeitura teve que desfazer... E aí, o pessoal ficou sustentado por um TAC. O vínculo chamava de TAC (risos). Durante dois, três, quatro anos, o TAC. Aí, ele foi obrigado a fazer o concurso. Aí fez o concurso para 3.500 vagas. Porque era esse número que era tudo vínculo precarizado. E foi uma batalha pra a gente conseguir. Eu tenho orgulho de ter participado até, dessa luta aí pelo concurso. E se não fosse isso feito, vou te dizer, hoje não teria sido feito. Hoje, estaria a rede toda, toda, toda, inteirinha privatizada.

Embora reconheça a importância da estabilidade nos vínculos dos profissionais para a Rede, a Entrevistada 2SSA lamenta a forma abrupta como foi feita a substituição pós concurso, o que representou, também, uma descontinuidade, com sofrimento para usuários e trabalhadores: “Quando há uma mudança, uma quebra, saem esses profissionais, vem o concurso de uma forma, assim, tão... quebrando, né, te demito hoje e tchau pra você, então, isso gera...”. A entrevistada detalha mais esse momento de crise na Rede:

Sem uma transição, sem uma possibilidade de cuidar de quem era cuidado, sem se compreender que se trata de pessoas em sofrimento e que vínculo foi constituído há tempos, que essas pessoas são referência de cuidado há anos... e essa pessoa vai embora a partir de hoje. Isso gerou um impacto desastroso na rede, né, em diversos aspectos. No aspecto dos usuários, que eram cuidados e que se desfizeram, e não foram mais aos Serviços, que entraram em maiores crises, né, em maiores adoecimentos por conta disso, de uma rede que, de novo, tava chegando novos profissionais que, a maior parte deles, não tinha conhecimento, então, era novamente uma rede a se fazer de novo, né? E, claro, no nível de concursado, também, você acaba – não sei, são muitos vieses, aí, né – o estágio probatório também é bem delicado pra alguns, né, então, isso, às vezes, fragilizava a relação

com a rede, né? Às vezes, fortalecia ... depende muito dos profissionais, então comecei a perceber, assim, que alguns não queriam muita coisa, já bastava o concurso... pra outros, não, eu vou fortalecer porque agora mesmo que eu estou aqui como efetivo, né?

E, principalmente, uma outra coisa ruim, que foi... quem ficou, que já era efetivo, já era há muito tempo, e quem chegou novo, alguns Serviços sentiram isso: você chegou novo, mas eu sou antigo aqui. E aí, começou a gerar cisões nas equipes, né, de quem é novo e quem é antigo, e isso impactar no cuidado também.

A substituição dos profissionais contratados pelos concursados deu-se a partir de 2013, quando se iniciava a gestão de Antônio Carlos Magalhães Neto (ACM Neto), eleito pelo DEM. Na narrativa de uma profissional concursada entrevistada registra-se um possível “enxugamento” das equipes após o concurso.

Aqui a gente diminuiu. Tinha muito mais funcionário quando eu entrei, mas aí depois foi saindo, saindo... era um chororô danado, saindo, saindo, saindo, aí foi chamando o pessoal concursado devagarzinho, mas não ficou a mesma quantidade de gente não, ficou menos (Psiquiatra 1¹²³).

Entenda-se que o sofrimento gerado decorre mais da natureza mambembe e inconsequente da constituição da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador, e menos da conquista da possibilidade de estabilidade para os trabalhadores, como reconhece a Entrevistada 3SSA¹²⁴: “Pra mim, foi um avanço. Mesmo com a dificuldade... encontrar equipes verdes, e tal, mas você tem possibilidade de investimento”.

Assim também analisa a Entrevistada 1SSA,

É um paradoxo, né, mas o melhor é que a gente tenha servidores concursados, permanentes, né, que tenham perspectiva de continuidade no Serviço e que a gente possa... inclusive, nós estamos brigando agora, pra que os gerentes das unidades sejam de carreira¹²⁵.

O concurso contemplou, inclusive, oficinairos e profissionais de educação física. Embora tenha garantido vagas para médicos, persiste, ainda hoje, o problema da

¹²³ A Psiquiatra 1, 41 anos, é concursada e trabalha na rede há 13 anos.

¹²⁴ ¹²⁴ A Entrevistada 3SSA é Terapeuta Ocupacional, integrou a Área Técnica de Saúde Mental da SESAB e atualmente coordena um CAPS na capital.

¹²⁵ Em Belo Horizonte, todos os gerentes dos serviços de saúde são concursados e submetidos a seleção interna, que passa pelo crivo das Coordenações de área. Quanto aos trabalhadores, atualmente, os mais antigos são concursados, havendo, também, a convivência entre estes e aqueles com vínculos mais precarizados. Entretanto, recuperamos aqui a condição de estabilidade que permitiu aos trabalhadores imbuídos de instaurar a mudança, na década de 1990, optarem por trabalhar somente na rede pública, bem como manterem-se engajados nos movimento social.

desistência dos profissionais em relação ao trabalho nos CAPS. Para a Entrevistada 1SSA,

Não é só na psiquiatria, né, é em todas as áreas da saúde, mesmo... a rede municipal aqui de Salvador sempre foi assim. Antes, digamos assim, com até maior razão, entre aspas, porque os salários no município eram horríveis, e eles têm uma perspectiva de...né? tem inserção no mercado de trabalho muito maior, então, eles faziam o concurso e...saíam logo, abandonavam logo.

Agora, até segura mais, porque os salários melhoraram, depois... com esse plano municipal de carreira que foi aprovado, [...] final (do mandato) de João Henrique.

A conquista da estabilidade nos vínculos trabalhistas tem rebatimento sobre as relações interprofissionais e sobre a organização do trabalho em equipe.

Melhorou muito. A equipe, a nova equipe, porque, assim, ó. Quando eu entrei, ainda tinha REDA. Tem isso também nos Serviços, né, essa... essa questão, assim, da troca dos ... dos profissionais. Né, e agora, com esse negócio de ser todo mundo concursado, estatutário, [...] eu acho que a equipe fica ... fica mais tempo, e, com isso, a gente consegue uma coisa muito maior, né? Porque tu vincula mais com os pacientes, tu vincula mais com a equipe, porque a gente também precisa vincular uns com os outros, né, pra que a equipe trabalhe bem. Então, isso ajuda bastante. E a gente vai se conhecendo, também, que é uma coisa importante, né? (Educadora Física 1¹²⁶).

No tocante à também histórica precarização dos equipamentos da rede, bem como a forma um tanto desordenada de distribuição dos Serviços nos Distritos, elenca-se, ainda, a dificuldade na alocação de imóveis, no território, para os Serviços, impactando, obviamente, na falta da garantia da acessibilidade aos usuários.

A dificuldade era real. Então, era assim. Precisamos do distrito tal. Ah, encontramos uma casa. Essa casa é legal? A casa é legal, é. No que pode atender, é. Então, nunca se teve também uma análise epidemiológica. Também nem se pode ter, né? Então, até aí, também, é interessante, né, ir pela adequação do imóvel, né? Então, às vezes, um tá perto do outro, ou tá muito distante, né? E, às vezes, tem pessoas do próprio distrito que tá muito longe desse CAPS, é de uma região que precisaria mais...isso acaba... essa forma aleatória, né, heterogênea, assim de implantação da rede, também tem uma consequência. Tem consequência pra quem chega, pra quem fica, né, e pra quem nunca vai, né? Então, isso é um outro ponto (Entrevistada 2SSA).

¹²⁶ A Educadora Física 1, 47 anos, é profissional concursada. Trabalha na rede há 9 anos, tendo sido o seu primeiro vínculo por meio de REDA (Regime Especial de Direito Administrativo)

Para a Entrevistada 1SSA, há um problema fundiário real, o que não justifica a falta de empenho em resolver a questão.

Salvador tem, realmente, um problema fundiário muito sério. Tanto que você vê, de vez em quando o prefeito tá dando título... porque tem muita casa de invasão. E aí, quando você vai ver, não tem escritura, e tal... muitas casas não tem. Isso não é invenção. Eu acho que eles procuram pouco. Mas não é invenção. É difícil mesmo (Entrevistada 1SSA)

A questão da dificuldade de adequação da estrutura mínima para funcionamento dos CAPS retardou o processo de reabilitação dos mesmos junto ao Ministério da Saúde, para repasse do financiamento que, na época, tinha uma rubrica própria.

Sem contrapartida financeira do Estado e Município, os Serviços que inauguram a Rede de Atenção Psicossocial de Salvador, muito distante de retratarem a mudança, trazem a marca da precariedade. De acordo com o Relatório de visita aos CAPS realizado pela Ouvidoria da Câmara Municipal de Salvador em 2013, 68% dos 19 Serviços visitados foram classificados como irregulares no item Estrutura física e visibilidade.

Conforme acrescenta a Entrevistada 3SSA:

Em relação a Salvador, a gente passou muito tempo com os CAPS funcionando e sem habilitação. E isso era muito questionado, porque os CAPS de Salvador, eram vários, eu acho que eram seis CAPS em funcionamento sem habilitação [...]. E isso refletia uma série de coisas, né? Primeiro, que não chegava o recurso no município e isso virava, inclusive, uma justificativa, né, não é um CAPS habilitado e o reflexo, na verdade, se ele não é habilitado, porque não é habilitado? Então, porque, na verdade, os CAPS, muitas vezes, não cumpriam a legislação, né, a norma mínima técnica em termos de funcionamento, então eles tinham equipes incompletas, ... casas mal estruturadas... [...] E tinha uns CAPS que não tinham nem casa. Funcionavam em lugares emprestados, ou então sem ter a mínima condição salubre¹²⁷.

¹²⁷ A questão da adequação dos imóveis para o funcionamento dos CAPS não foi um problema restrito a Salvador. Tanto que em 15 de abril de 2013, o Ministério da Saúde lança a Portaria 615/13, que “Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Unidades de Acolhimento”. É do mesmo ano o documento do Ministério da Saúde Manual de estruturação física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: 30 jun.2019. O Manual, em sua introdução, adverte que “[...] este Manual visa contribuir com a definição e a reflexão sobre os projetos de construção, de reforma e/ou ampliação de CAPS e de UA e não se propõe à padronização de estrutura física” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.5). Elenca, como premissas a serem consideradas, “a afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no

Entre os CAPS constituídos como campo de pesquisa, observou-se que persiste uma gama de problemas ligados às condições dos imóveis. Três dos cinco CAPS visitados funcionam em casas alugadas. Um CAPS permanece em estrutura onde já funcionou hospital psiquiátrico e centro de saúde mental, com ambulatório anexo. O CAPS AD funciona em anexo da histórica Faculdade de Medicina da UFBA, adaptando, sem transformação da estrutura física, o espaço antes destinado à Academia (atualmente em busca de outro imóvel para transferência, devido a solicitação da UFBA).

O CAPS 1 funciona em casa de três andares, tendo, originalmente, no andar térreo uma garagem, espaço atualmente inviabilizado para utilização pela falta de adaptação da estrutura. O acesso para a estrutura em funcionamento se dá por escada, ocasionando problemas a usuários com mobilidade reduzida. Nesse piso, encontra-se área avarandada ampla, onde se realiza atividades ao ar livre, grande salão com recepção, que é utilizado para assembleias, e outras atividades coletivas e farmácia. No terceiro piso, também acessado por escada é que se encontram duas salas de atendimento e sala da coordenação.

O CAPS 2 funciona em casa antiga, de dois andares, com pequena área de circulação ao ar livre, onde há uma garagem adaptada para oficina, um quiosque e sanitários recentemente instalados. No andar térreo, há uma recepção, onde permanecem policiais militares, com sala de acolhimento próximo, pequeno salão para assembleias e atividades coletivas, que funciona também como refeitório, um antigo banheiro adaptado para descanso de usuários, sala adaptada para posto de enfermagem e cozinha que é utilizada também para oficinas. No segundo andar, acessível também por escadas, há sala de coordenação, sala de técnicos, uma sala de grupo e três consultórios.

sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”; a disponibilidade e o desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte; a configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário; espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos; a atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade; a permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios.” (p.17). Apesar disso, os CAPS desta capital, ainda hoje, habitam estruturas inadequadas. Um único CAPS foi construído no município, o CAPS AD III Gey Espinheira, o qual, apesar da estrutura física, sendo o único CAPS III da cidade, não consegue ainda cumprir a função de ofertar assistência 24 horas à população usuária.

O CAPS 3 funciona em casa recentemente reformada, em que foram feitas subdivisões com divisórias em madeira para ampliação do número de consultórios. Conta com pequena varanda gradeada, onde os usuários permanecem em espera para consultas, recepção, sala de coordenação, sala de farmácia e três consultórios. O andar de cima, acessível por escada, foi adaptado para funcionamento de oficinas, compondo-se de dois amplos vãos.

O CAPS 4 funciona em amplo espaço antes destinado à internação. Tem recepção com balcão onde ficam policiais militares¹²⁸, em frente à farmácia, com abertura gradeada para dispensação de medicação aos usuários do CAPS e Ambulatório (anexo). Tem muitas salas utilizadas como consultório, sala ampla para reunião, sala de coordenação, posto de enfermagem, refeitório amplo e grande área de circulação. Observa-se, ainda, a conservação de grades em alguns espaços, remanescentes do período asilar.

O CAPS AD, que não está diretamente ligado à rede municipal, funcionando com aporte financeiro do governo do estado¹²⁹, utiliza três andares de um prédio anexo à estrutura da Universidade. No andar térreo, utiliza como área ao ar livre o espaço próximo a um estacionamento. Ali são realizadas assembleias e algumas atividades interativas. Tem sala destinada ao descanso de usuários, ao lado da recepção. No mesmo andar, encontra-se sala mais ampla, utilizada para reuniões de equipe. No segundo andar, acessível por escada, estão salas adaptadas para estrutura administrativa. No terceiro piso, encontram-se consultórios e sala de oficina.

Muito embora a conjuntura nacional, embalada pela perspectiva de redemocratização, favorecesse e impulsionasse o avanço progressivo da Reforma

¹²⁸ A presença de policiais é assim justificada pela profissional médica em um dos CAPS: “Agora tem dois policiais que ficam, antes não tinham. Uma vez, o paciente entrou aqui à noite. Entrou aqui, invadiu, quebrou o CAPS todo, aí depois a gente fez uma greve, aí botaram os policiais aí. Hoje ficam dois policiais. (Psiquiatra 1)

¹²⁹ Durante Assembleia, observada em agosto de 2018, foi abordada a questão relacionada a atraso no repasse da verba pelo governo do estado, com prejuízo na garantia de transporte, alimentação e contratação de pessoal para o CAPS. O Coordenador relatou que teve uma Reunião na SESAB acerca do atraso de três meses no repasse de recursos. Foi informado que o primeiro mês de atraso já foi pago e, por isso, foi possível contratar a Assistente Social, que “tá chegando”. Quanto ao segundo repasse, a SESAB informou que foi feita a transferência, mas a FAPEX informa que não entrou na conta. O terceiro mês deve ser depositado em agosto. Diz que a regularização desse recurso vai permitir garantir alimentação e transporte.

Psiquiátrica, é notório que, na Bahia e especialmente em Salvador, não havia, ocupando espaços de decisão, atores comprometidos de fato com o projeto. Como já visto, em Belo Horizonte, foram esses atores, legitimados pela gestão local, que empreenderam o papel de elaboração e difusão de um novo modo de fazer, antimanicomial, ocupando-se de conquistar corações e mentes para o projeto, bem como instituir os fluxos e mecanismos regulatórios, a fim de construir uma nova hegemonia na saúde mental.

Enquanto ali a aliança entre gestores, trabalhadores e usuários caracterizada pela gestão participativa aproximou-se daquilo que Gramsci (2001) atribuiu à função do partido – de aglutinar forças capazes de organizar e dirigir o desenvolvimento orgânico de um projeto, em Salvador, conforme avalia a Entrevistada 1SSA:

O problema é que aqui na Bahia e em Salvador, quem ocupou cargos de secretaria... os cargos discricionários sempre teve um propósito de beneficiar o setor privado e /ou filantrópico. Nunca pensou na política pública, né...generosa como essa que é o SUS. Mas sempre esteve lá pra criar convênios com o setor filantrópico, ou contratos com o setor privado. É só a gente pegar as planilhas de financiamento ... as prestações, que você vai ver. Quando um Secretário é ligado ... vem do setor lucrativo, ele dá atenção e aumenta os ganhos e a transferência dos recursos para o setor lucrativo. Quando é do setor filantrópico, é a mesma coisa. Então, os objetivos sempre foram esses. Nunca nós tivemos Secretários realmente preocupados pra que essas políticas dessem certo. E sempre assim. Sempre, nesse período aí – eu tô tirando o período de Eduardo Mota que foi Secretário Municipal de Saúde¹³⁰ e tinha e participava da construção do SUS. Exceto ele, os outros sempre foram defensores da medicina curativa. Então, não tinham nada ... é de lamentar que Salvador tenha passado esse tempo todo nessa...

Este é um dos fatores determinantes da estagnação na política de saúde mental em Salvador, vez que, se é na estrutura do SUS que repousa a garantia da sua efetividade, esta não se concretiza sem que a coloquem em movimento sujeitos organicamente comprometidos com o caráter público desta política¹³¹. Em Salvador, pode-se dizer que os *locus* de poder de decisão e gestão dos recursos financeiros sempre estiveram ocupados por intelectuais orgânicos do projeto privatista, os quais,

¹³⁰ Eduardo Luiz Andrade Mota é Professor Titular do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA. Foi Secretário de Saúde do município de Salvador entre 1993 e 1996, durante a Gestão de Lídice da Mata.

¹³¹ Conforme Pereira (2009, p.287): “O termo ‘público’ que qualifica a política tem um intrínseco sentido de universalidade e de totalidade orgânica. Assim, a política pública não pode ser confundida com política estatal, ou de governo, nem com a iniciativa privada, mesmo que, para a sua realização, requeira a participação do Estado, dos governos e da sociedade e atinja grupos particulares e indivíduos”.

ou desqualificavam as questões relativas à saúde mental, ou tendiam a instrumentalizar os dispositivos existentes, de forma a favorecer o projeto dominante.

No campo do Controle Social, a Entrevistada 1SSA destaca a conquista do Conselho Estadual de Saúde que foi a implantação, no Estado, da Comissão Técnica de Reforma Psiquiátrica, a exemplo do que vinha ocorrendo em outros estados.

Eu fui membro do Conselho Estadual, participei da luta pra implantação e fui membro do Conselho, na primeira composição, e nós conseguimos instalar uma Câmara Técnica de Reforma Psiquiátrica. Edna Amado, Marcus Vinícius¹³², né... e foi... e aí, a gente... então, essa Câmara Técnica serviu pra a gente impulsionar um pouco o debate sobre a Reforma no Estado e aqui em Salvador também, né, obviamente, porque, inclusive, o próprio Secretário de Saúde de Salvador participava do Conselho Estadual de Saúde e a gente... a Câmara Técnica fazia o debate, fazia a avaliação das instituições de Saúde Mental, e apresentava no Pleno do Conselho.

Registre-se que se inicia ainda na década de 1990, uma organização do movimento social pela Reforma Psiquiátrica em Salvador. A Entrevistada 1SSA destaca a entidade pioneira do Movimento Antimanicomial na Bahia: “a gente não pode deixar de lembrar do papel do NESM, de Marcus Vinícius, de Edna Amado, que começaram, né, a juntar gente em torno deles, dessa ideia, né?” De fato, o Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios – NESM assume a vanguarda e a radicalidade na crítica ao Modelo Manicomial, radicalizando, também, no enfrentamento das forças políticas contrárias à Reforma Psiquiátrica.

A Entidade organizou o I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que aconteceu em Salvador, em Setembro de 1993, além do I Encontro Docente Assistencial do Estado da Bahia, este último, provocando a reflexão sobre a necessária reformulação dos currículos universitários frente às novas concepções para o trabalho na área de Saúde Mental.

¹³² Fundadores do NESM (Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios), Entidade precursora do Movimento Antimanicomial na Bahia. Marcus Vinícius é psicólogo, morto em fevereiro de 2016. Edna Amado é assistente social.

Juntamente com outras Entidades – Conselhos de Psicologia e Serviço Social, Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Bahiana de Imprensa, Sindi - Saúde, Ministério Público – organizou ações de denúncia de situações recorrentes de violação de direitos humanos, provocando a intervenção do Estado – como caravanas e blitz aos hospitais psiquiátricos do Estado; denúncia da situação do Hospital de Custódia e Tratamento; Denúncias da situação de Comunidades Terapêuticas da região.

No árido cenário da Saúde Mental baiana, o NESM impondo-se como representante de um projeto contra-hegemônico, investe na organização política dos usuários. Inicialmente, agrega os usuários em sua própria organização. Note-se trechos do depoimento do primeiro usuário que se associou à Entidade, Araújo (2003, p. 56)::

Em memorável primavera de 1993, encontro o Movimento Antimanicomial, que realizava o seu primeiro evento na Bahia (no SESC Piatã). Vinha marcado há décadas pela tragédia da loucura. [...]

Desbunde, nesse encontro, comecei a participar do NESM – Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios. Naquelas reuniões marcantes, nos dias de segunda-feira no Conselho Regional de Psicologia, vai surgir uma nova política, uma nova ética, uma nova loucura, na qual vou mergulhar profundamente [...].

A prática, a caminhada, o dia a dia, desde a organização do dia 18 de maio, passando pelas alianças com os movimentos populares da Bahia, faz surgir um novo sujeito social que vai se relacionar enfrentando o modo de fazer política institucional na Bahia, o que é outra loucura, bem como criar maneiras prazerosas de se falar sobre a luta antimanicomial.

Surge, aí, uma importante liderança, legitimada, entre os usuários por compartilhar com os mesmos o sofrimento advindo das práticas manicomiais e, ao mesmo tempo, respeitado por técnicos e representantes políticos, pela contundência do seu posicionamento em favor do projeto antimanicomial. Em torno dele, será possível aglutinar os usuários para a construção do Movimento de Usuários de Saúde Mental da Bahia – MOUSM-BA:

A criação de um movimento de usuários é uma nova instância onde se darão os confrontos em que os usuários vão participar na condição de cidadãos, denunciando os horrores ocorridos nos porões da loucura, nos hospitais psiquiátricos, e pensar junto com os técnicos a criação e implementação de outro modelo de assistência à loucura. [...].

Organizar as associações dos usuários é fundamental, apesar de não ser fácil a organização dessas pessoas, como em qualquer lugar do mundo. Estamos falando de algo novo, de dar voz a quem foi calado química ou mecanicamente (*Ibidem*, p.56-57).

Com a morte de Eduardo Araújo em 2004, o MOUSM é desmobilizado. Em 2005, o NESM assessora nova mobilização de usuários, que irão constituir a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários de Saúde Mental – AMEA. Em relatório da Primeira Assembleia Municipal de Usuários e Familiares de Saúde Mental de Salvador, realizada em 18.05.2005, no Espaço Cultural da Universidade Católica do Salvador – UCSAL com representantes dos Centros de Saúde Mental Álvaro Rubim de Pinho e Aristides Novis, Hospital Juliano Moreira, Associação Beneficente Alternativa de Saúde Mental e Centro de Saúde Mental de Narandiba – CENA, foram elencados 49 pontos de pauta a serem rediscutidos nas próximas assembleias, para posterior agendamento de reunião entre usuários, familiares e o Secretário de Saúde daquela época, Luiz Eugênio Portela¹³³. Dentre os pontos relacionados, estavam:

Qualificação e reciclagem dos servidores e prestadores de serviços no âmbito da saúde mental com o devido apoio do poder público; atendimento adequado por parte dos profissionais dos serviços substitutivos que ainda não incorporaram os princípios da reforma psiquiátrica; que o município tome providências para a efetivação do Programa de Volta pra Casa que por irresponsabilidade da prefeitura deixou Salvador de fora¹³⁴; repúdio às contenções e maus tratos; criação de CAPS III; evitar internação desnecessária; contratação de mais profissionais; garantia de alimentação – refeição e lanche – para os pacientes intensivos e semi – intensivos nos CAPS; garantia de remessa de material para as oficinas nos CAPS pela SMS; disponibilização de veículo junto às unidades de saúde, CAPS e ambulatórios para visitas domiciliares e emergências; pensar um modelo CAPS com maior autonomia, a exemplo de outros CAPS.

A fragilidade da condição dos trabalhadores da rede de saúde mental os impede, a princípio, de organizarem-se politicamente em torno do mesmo projeto. Muitos anos depois, percebe-se uma aglutinação de profissionais da área em torno do que ficou conhecido com Coletivo Antimanicomial no Estado. Fazem-se presentes também outros grupos identificados com a luta pela Reforma Psiquiátrica, como Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental – NISAM, Associação Brasileira de Saúde Mental – ABRASME, GT Eduardo Araújo.

¹³³ Luiz Eugênio Portela Fernandes de Souza exerceu a função de secretário municipal de saúde de Salvador entre janeiro de 2005 e junho de 2007, na gestão de João Henrique Carneiro (PDT).

¹³⁴ Trata-se do Programa regulamentado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que favorecia o processo de desinstitucionalização, instituindo o auxílio – reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Os usuários denunciavam, ali, o fato do município de Salvador ter perdido o prazo de habilitação junto ao Ministério da Saúde para operacionalização do Programa.

6.2 DESAFIOS E EMBATES ATUAIS

Em que pese a atuação do movimento social, o campo da Saúde Mental soteropolitana chega aos dias atuais sem conseguir, de fato, efetuar uma transição entre os modelos de atenção. Vigora, na verdade, uma “complementaridade” entre os dois modelos. Despreparados para a atenção à crise e sem o suporte da estrutura sanitária preconizada, carentes também da própria ressignificação conceitual amparada no SUS, a rede de CAPS, ainda hoje sucateada, segue atuando numa rotina que mais se assemelha ao modelo ambulatorial, em geral encaminhando os usuários para a internação em hospital psiquiátrico quando o quadro psíquico se agrava. Observe-se, no quadro abaixo, a conformação da Rede de Atenção Psicossocial do Município.

Quadro 2: Rede de Atenção Psicossocial de Salvador

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	90 Unidades de Saúde da Família (USF) 47 Unidades Básicas de Saúde (UBS) 12 Núcleos de Saúde da Família (NASF) 3 Equipes de Consultório na Rua (CR) 1 Equipe de Matriciamento em Saúde Mental
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA	14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II 01 CAPS I (Contratualizado) ¹³⁵ 02 CAPSi II 02 CAPS AD II (01 SESAB/UFBA) 01 CAPS AD III 03 Centros de Saúde Mental (CSM)
ATENÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	01 Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP) ¹³⁶ 11 Unidades de Pronto Atendimento 24 h (UPA) 04 Pronto Atendimento (PA) SAMU 192
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	01 Unidade de Acolhimento Infante Juvenil – (UAI)
ATENÇÃO HOSPITALAR	02 Hospitais estaduais especializados em psiquiatria 01 Hospital Geral com 02 leitos de Saúde Mental (Hospital Geral Roberto Santos) 01 Hospital Municipal com leitos em Saúde Mental (Hospital Municipal de Salvador)

¹³⁵ O CAPS I aqui referido é, na verdade, uma ONG (Organização não Governamental), financiado com recursos públicos mediante contrato com a Prefeitura Municipal, e com gestão independente.

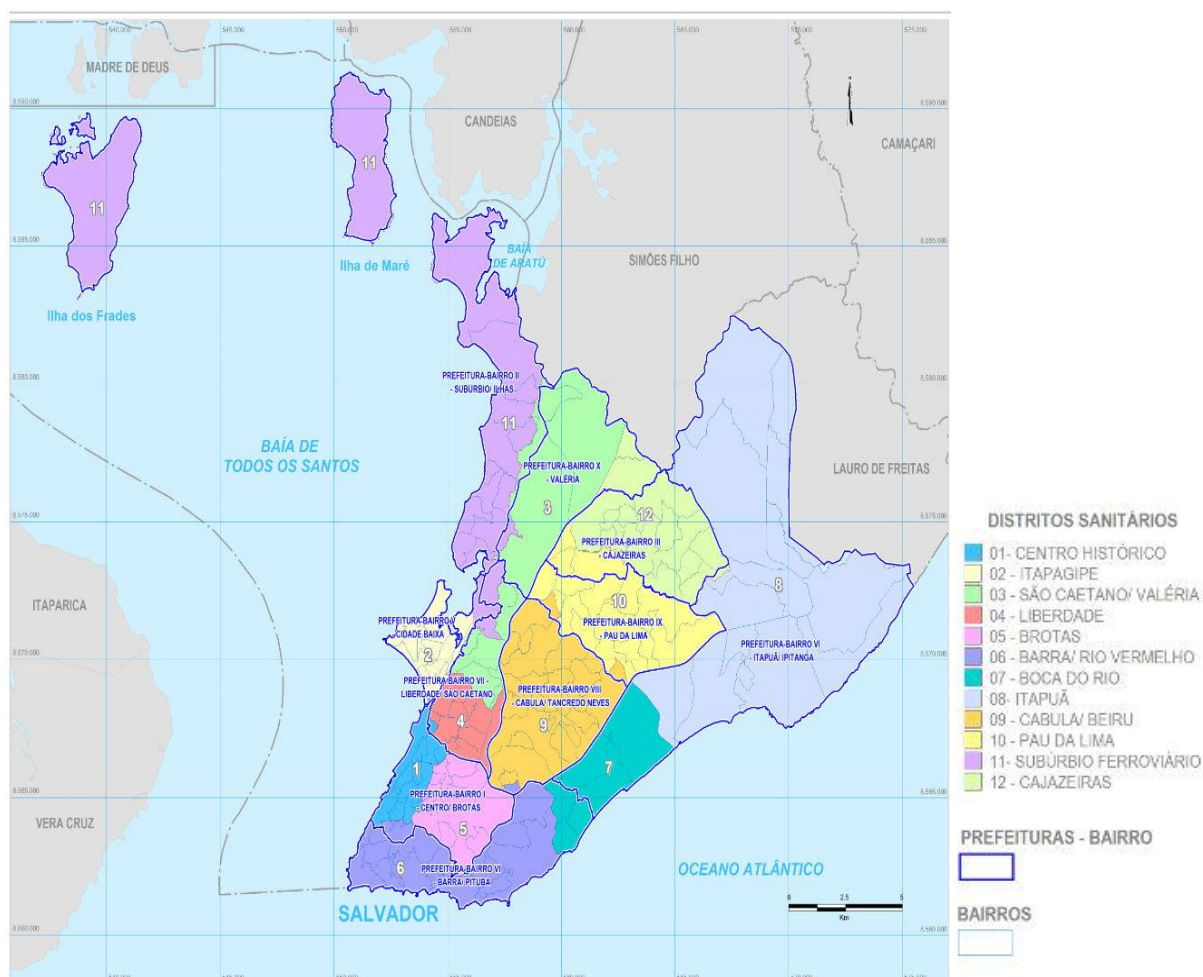
¹³⁶ O Pronto Atendimento Psiquiátrico é um Serviço da atenção à Urgência e Emergência, criado com o objetivo de dar suporte à rede, contando com sete leitos, cuja equipe assume o cuidado dos usuários em crise, podendo ser reencaminhados aos CAPS ou inseridos no Sistema de Regulação para internamento na rede hospitalar. Funciona em espaço que também apresenta visíveis inadequações, e está subordinado à Coordenação de Urgência e Emergência da SMS, e não à Coordenação de Saúde Mental.

ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	07 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Grupo GERAR (ISC – UFBA / SETRE)

Fonte: Coordenação de Saúde Mental – SMS (Dados atualizados em Fevereiro de 2019).

Para uma visualização espacial, observe-se a distribuição territorial dos Distritos Sanitários em Salvador:

Figura 2: Distribuição territorial dos Distritos Sanitários em Salvador



Fonte: Sistema de Informação Municipal de Salvador.

Distribui-se a rede de CAPS e Ambulatórios pelos 12 Distritos Sanitários da seguinte forma:

Quadro 3: Distribuição da rede CAPS e Ambulatórios de Salvador

DISTRITO SANITÁRIO	SERVIÇOS
Barra / Rio Vermelho	CAPS II Garcia / UFBA CSM Osvaldo Camargo CAPS II Osvaldo Camargo PA Psiquiátrico
Boca do Rio	CAPS II Rosa Garcia
Brotas	CSM Aristides Novis CAPS II Aristides Novis
Cabula / Beiru	CAPS II Eduardo Saback CAPS AD Pernambués
Cajazeiras	CAPS II Nise da Silveira CAPS II Águas Claras
Centro Histórico	CAPS II Antônio Roberto Pellegrino CAPS AD Gregório de Matos (Administrado pela SESAB)
Itapagipe	CSM Álvaro Rubim de Pinho CAPS II Adilson Sampaio
Itapuã	CAPS II Franco Basaglia CAPSIA Luis Meira Lessa
Liberdade	CAPS II Liberdade CAPSIA Liberdade
Pau da Lima	CAPS II Pau da Lima
São Caetano / Valéria	CAPS II São Caetano CAPS AD Gey Espinheira
Subúrbio Ferroviário	CAPS II Maria Célia Rocha CAPS NZINGA (ONG)

A cobertura assistencial dos três CAPS AD abrange uma territorialização que ultrapassa os Distritos, da seguinte forma:

Quadro 4: Cobertura assistencial – CAPS AD em Salvador

UNIDADES ESPECIALIZADAS	TERRITORIALIZAÇÃO
CAPS AD III Gey Espinheira	Cajazeiras Itapagipe Itapuã Pau da Lima São Caetano / Valéria Subúrbio Ferroviário
CAPS AD Pernambués	Boca do Rio Cabula / Beiru Itapuã Liberdade
CAPS AD Gregório de Matos	Barra / Rio Vermelho Brotas Centro Histórico Itapuã

Recorde-se que, conforme abordado anteriormente (p. 186), embora haja CAPS em todos os distritos, a alocação dos mesmos no território não se fez de forma planejada e seguindo dados epidemiológicos. Resulta daí que a localização dos CAPS não contempla a necessidade de toda a população. Há uma pactuação que

coloca o Território de Itapuã sob responsabilidade dos três Serviços. Quanto aos Ambulatórios especializados (Centros de Saúde Mental), subdividem-se na atenção ao território como no quadro abaixo:

Quadro 5: Ambulatórios especializados - Salvador

UNIDADES ESPECIALIZADAS	TERRITORIALIZAÇÃO
Centro de Saúde Mental Álvaro Rubim de Pinho	Itapagipe São Caetano / Valéria Subúrbio Ferroviário
Centro de Saúde Mental Aristides Novis	Brotas Cabula / Beiru Centro Histórico Liberdade
Centro de Saúde Mental Osvaldo Camargo	Barra / Rio Vermelho Boca do Rio Cajazeiras Itapuã Pau da Lima

Comparado com o processo de implementação da mesma Política Social em Belo Horizonte, vamos encontrar relevantes diferenças. Um primeiro ponto a salientar é a dificuldade na implantação do SUS na Bahia e em especial no município de Salvador, conforme descrito. A estrutura do SUS seria o chão sobre o qual se construiria a nova forma de atenção à Saúde Mental. Por estrutura, entenda-se tanto a oferta de equipamentos físicos, quanto a introjeção e observância dos princípios e diretrizes que redirecionam a forma do relacionamento com os sujeitos em tratamento.

Em Salvador, o Modelo Sanitário não substituiu, de fato, a lógica privatista¹³⁷, o que se evidencia tanto no quantitativo de serviços privados / conveniados, quanto na forma como a própria criação de serviços de base territorial se mantém no aspecto formal, subfinanciada, não havendo, na prática, uma substituição da demanda pelos serviços de saúde de maior complexidade.

¹³⁷ De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, "Atualmente, o município dispõe de 2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) até junho de 2017. Desse total, a maioria (85,53% - 2.554) é privado não vinculado ao SUS, 8,20% são público municipal, 1,57% público estadual, 0,35% público federal, e 4,35% filantrópicos e privados vinculados ao SUS. Dos 432 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde vinculados ao SUS, 81,25% estão sob gestão municipal, 14,58% sob gestão estadual e 4,17% sob gestão dupla. A rede complementar representa 30,09%, ao passo que a rede pública responde por 69,91% dos estabelecimentos" (SALVADOR, 2018, p. 98). Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.

Portanto, para além da conquista tardia da autonomia na gestão, que prejudicou a organização e desenvolvimento dos Distritos Sanitários, observa-se, ainda hoje, pouco envolvimento destes Distritos com a concepção e o processo da Reforma Psiquiátrica, eximindo-se do papel de conduzir e apoiar uma reorientação da sua rede na forma da oferta dos serviços. Por outro lado, como se lê na observação da Entrevistada 3SSA, há um certo distanciamento da gestão central na relação com os Distritos e os serviços territoriais, o que desfavorece o alinhamento técnico-político-ideológico¹³⁸.

Mas, é como se não conseguissem, no nível central, passar pra o Distrital o que precisa ser feito. Sabe? [...] Descentralizar e estar com a gente. Né? O nível central precisa estar com a gente, vivendo a realidade, não ficar naquele... sendo atolado, né, por aqueles problemas todos, e tal. Então, essa eu acho que é uma dificuldade de entendimento e a diversidade ideológica, né? Então, muitas vezes, o que a gente tá propondo aqui, não agrada a todos no Distrito. E algumas coisas são sabotadas, a gente nem entende, no início, por que, quando vê, por trás, está uma não concordância, né? Não é muito legal mexer com o protagonismo dos usuários, entende, então, tem algumas coisas que são meio... a gente ainda não tem um alinhamento... consenso de como deve ser isso [...].

Ademais, não se avançou muito no município, sequer no tocante à Atenção Básica. “[...] a atenção básica já é pouca em Salvador, né? Não cobre... tá aumentando. Mas não cobre todo... todo o espaço” (Educadora Física 1¹³⁹). Segundo dados disponibilizados no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SALVADOR, 2018), Salvador contava, em 2012, com uma cobertura de 18,6% na Atenção Primária, evoluindo para 45,7% em 2017. O documento destaca o incremento dessa cobertura especialmente no período de 2013 – 2014, o que está relacionado à recomposição do quadro de recursos humanos possibilitada pela convocação de profissionais aprovados no Concurso Público n. 01/2011 – conquista já aludida acima pela Entrevistada 1SSA.

Resta, portanto, um déficit de mais de 50% da população descoberta.

No entanto, existe a necessidade de ampliar a destinação de investimentos financeiros para esta área com intuito de possibilitar que este nível de

¹³⁸ Recorde-se que, na experiência de BH (cf. p. 115 -116), houve um investimento contundente por parte da coordenação de saúde mental, de aproximação e suporte aos Distritos Sanitários no processo inicial de implantação da reforma.

¹³⁹ A Educadora Física 1, 47 anos, é concursada e trabalha na rede há 9 anos, tendo sido o seu primeiro vínculo por meio de contrato de trabalho REDA (Regime Especial de Direito Administrativo).

atenção à saúde possa alcançar os seus objetivos precípuos de coordenação do cuidado e ordenação da rede de atenção à saúde, uma vez que, a Atenção Primária a Saúde tem possibilidade de resolver cerca de 80% das necessidades de saúde apresentadas pela população (STARFIELD, s/d) (SALVADOR, 2018, p. 104).

Observe-se que, enquanto em Belo Horizonte (cf. p.115-116), as equipes de Saúde da Família potencializaram a proposta do cuidado em saúde mental no território, a falta desses serviços territoriais em Salvador acarretou, para os CAPS, a absorção de usuários que poderiam estar sendo assistidos nas USFs, impactando em prejuízo na atenção aos casos graves pelos CAPS. A questão do matriciamento¹⁴⁰, então, surge tardiamente, como iniciativas isoladas de alguns CAPS, a partir da construção interna de suas equipes.

Vamos falar do nosso território, né, porque dos outros lugares, não dá pra falar. No nosso território, a gente tem avançado bastante no matriciamento, nesta rede, dentro do território, que é a atenção básica, as equipes de saúde da família, as unidades básicas de saúde, mas ainda tem muita gente resistente a trabalhar com saúde mental. Porque a Portaria diz, né, que os casos mais leves, eles têm que ser atendidos pela atenção básica. E a gente se ... como a atenção básica não tinha esse trabalho efetivo de matriciamento, antes, a gente se sobrecarregou de muito paciente que a gente chama aqui de paciente leve. Né? Paciente que tem um pânico, uma ansiedade leve, é... um ... uma depressão. Esses pacientes poderiam ser atendidos na atenção básica. E a gente... uma boa parte dos pacientes do CAPS são esses (Educadora Física 1).

Tendo permanecido alijadas do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no município, as equipes, no território, colocam uma diversidade de demandas para as equipes dos CAPS. Há uma grande ênfase na expressão da necessidade de capacitação para fazer frente à complexidade do campo.

Acho que essa é uma dificuldade, e a outra é educação permanente. Eu cheguei e não se falava em saúde mental nas unidades básicas de saúde, por exemplo. Então, a gente foi provocando, participando de reunião de equipe, de GT da RAPS, que ficou um tempo agora parado, a gente vai reativar, então, não há nenhum investimento na discussão dos casos clínicos que eles têm dificuldades, a autorização para que eles possam manejar, né, e possam manejar... então, assim, eles me demandaram duas coisas importantes. A USF ... uma das nossas USFs demandou: aqui colocam pra gente fazer grupo de hipertensão, diabetes, grupo disso, grupo daquilo, tem também aqueles pacotinhos, não é, ou eles entendem que vem dessa forma.

E agora você tá falando que a gente precisa cuidar... saúde mental... a gente precisa produzir escuta qualificada, precisa estar próximo, e tal, ouvindo o sofrimento do outro, mas a gente não é preparado pra isso, nossa formação é outra. Aí, pediram uma formação em grupos operativos. Pra que

¹⁴⁰ Cf. p. 116.

eles conduzissem melhor, né, coletivo, através dos grupos operativos. Demandaram a qualificação dos médicos, que a gente tá fazendo. Que, pra mim, antes era um retrocesso. Ah, não vamos fazer isso não, tal, vai gastar tempo. Mas hoje, vejo que não é. A gente oferta o que eles precisam, o que eles estão demandando, né?

Então, como é que você tá me dizendo que eu vou manejar psicofármacos, se eu não sei. Não sei, não me sinto segura, não sei se é uma droga segura, tal... (Entrevistada 3 SSA).

Em uma experiência exitosa, mas também isolada, de matriciamento, realizada entre 2010 e 2014, no Distrito Sanitário da Liberdade¹⁴¹, foram constatados, segundo Amaral *et al.* (2018, p. 803), como resultados, “mudança no olhar” em relação a tais casos, “tanto pelo desenvolvimento de maior compreensão sobre o que é o transtorno mental/sofrimento psíquico, como pela descoberta ou invenção de possibilidades de intervenção”.

Conforme constata os autores, “o contato dos profissionais com tais demandas, em situações que consigam exercer e reconhecer seu potencial de cuidado, facilita a desmistificação da loucura” (*Ibidem*, p. 804). Verificou-se, também, naquela experiência, uma maior responsabilização pelas equipes da atenção básica sobre as demandas de saúde mental, antes invisibilizadas, conforme se lê em depoimento de uma agente comunitária aos autores:

Na saúde mental? Olha, agora, com esse trabalho, o agente aciona. Porque antes a gente não tinha esse olhar. A gente só tinha o olhar para o quê? Pra hipertensão, diabetes, essas outras doenças. Saúde mental a gente não tinha. A gente sabia que existia, mas não tinha esse olhar. [...] Agora, quando a gente identifica uma situação dessas, a preocupação fica logo maior de procurar resolver. Aí você já tem um outro olhar. Não é aquele olhar de descaso. (Letícia) (AMARAL *et al.*, 2018, p.804).

Para além da legitimação das demandas de saúde mental e do desenvolvimento de uma empatia entre os agentes comunitários e os sujeitos com sofrimento mental, que ultrapassava a mera apreensão de saberes técnicos, o trabalho impactou positivamente no acesso ao tratamento, a partir da articulação entre ESF e CAPS, aspecto significativo em um território marcado pela tradição manicomial¹⁴²:

¹⁴¹ A experiência de matriciamento deu-se por iniciativa de uma Residência Multiprofissional, sendo incorporado pelas equipes dos CAPS de referência.

¹⁴² “Esse distrito é afetado por uma forte tradição da psiquiatria hospitalar-manicomial, sendo, por muitos anos, um polo de hospitais psiquiátricos em Salvador. Nessa única região concentravam-se: o Hospital Santa Mônica (fechado em 2003), Sanatório Bahia e Casa de Saúde Ana Nery (ambos fechados em 2006), e o Hospital Especializado Mário Leal (ainda em funcionamento). O fechamento

Segundo Amaral *et al.* (2018, p. 804-805):

O AM tornou o CAPS mais conhecido pelos ACS, seja pelo desconhecimento anterior sobre a existência do serviço, ou por produzir uma familiaridade ao conhecer quem são os profissionais desse serviço. Outro aspecto diz respeito à criação de instrumentos de comunicação que facilitaram o encaminhamento dos casos entre CAPS e ESF.

Observe-se que as iniciativas de matriciamento produzem efeitos similares àqueles descritos na experiência de Belo Horizonte (cf. p.115 - 116), evidenciando sua importância para a qualificação da assistência à saúde mental na perspectiva do território. Entretanto, diferenciam-se as experiências pelo fato de terem sido pensadas pela gestão e incorporadas à dinâmica de toda a rede, no caso de BH, sendo que em Salvador surgem a partir da maior ou menor estruturação das equipes dos CAPS, não chegando a atingir mesmo a reduzida rede de ESF instalada, sujeita também à descontinuidade devido à precarização da rede.

Vejamos o depoimento da Terapeuta Ocupacional 1¹⁴³, acerca da experiência em outro território:

O matriciamento, a gente tá retomando, né, na verdade, ainda estamos engatinhando no matriciamento. Nós já fizemos um trabalho de matriciamento há um tempo atrás, há uns anos atrás, aí paramos, por conta das demandas das unidades básicas, e agora a gente tá tentando retomar. [...]

Parou por conta das demandas da atenção básica. A gente teve que parar. Aí, quando foi... acho que foi ano passado, nós tentamos retomar... mas, menina, é tão capenga, as coisas, né, que, assim... uma unidade não tinha enfermeira pra... junto aos ACS pra poder dar essa ...fazer essa parceria e dar esse suporte. E assim, eles têm demandas outras, e que a gente... quer queira, quer não, gente... saúde mental não é prioridade, em lugar nenhum, infelizmente.

Além da dificuldade no encaminhamento dos usuários estabilizados, que possibilitaria uma maior rotatividade, com maior acesso aos quadros graves, a manutenção da centralidade no atendimento do médico e a dificuldade de permanência de psiquiatras nos CAPS, mesmo após o concurso público, produz outra distorção. Em geral, os CAPS, baseado em deliberações internas,

de três instituições psiquiátricas de grande porte no período de três anos acarretou uma brusca redução de 1.100 leitos psiquiátricos, sem nenhuma transferência imediata do cuidado para serviços substitutivos locais, uma vez que o CAPSi foi inaugurado nesse território em 2004 e o CAPS II em 2007” (AMARAL *et al.*, 2018, p.805).

¹⁴³ A Terapeuta Ocupacional 1 tem 43 anos e é profissional concursada da rede.

interrompem as admissões quando estão sem psiquiatras, sendo também observado o agendamento de acolhimento, a limitação quantitativa, de horário, ou estabelecimento de ordem de chegada.

Tal situação, embora justificada por insuficiência ou sobrecarga da equipe, conflita com a noção de Acolhimento preconizada pela Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2004), gerando um problema com a acessibilidade, cuja consequência é o crescimento da demanda pelo atendimento ambulatorial nos serviços de emergência e/ou o agravamento dos quadros de saúde mental, levando à internação.

Diferentemente do Município de Belo Horizonte, que assumiu os custos não cobertos pelo governo federal na implantação da Rede, em Salvador, segundo a Entrevistada 1 SSA, é comum o remanejamento da verba destinada a determinada política:

Porque eles têm uma margem pra transferir os recursos de uma rubrica pra outra... eles ainda fazem isso. Fazem isso na Atenção Básica, fazem isso nos recursos que vêm carimbados pra medicamentos, pra a assistência farmacêutica, pra a vigilância sanitária, pra a vigilância epidemiológica... e pra a saúde mental também. Tem recursos que... pra políticas... programas... linha de cuidado, que são definidos nacionalmente, que são devolvidos. Então, aqui é assim. O município, além de não aportar recursos novos, próprios, eles ainda redirecionam. Remanejamos os recursos que deveriam ser aplicados nas políticas de atenção básica e na política de saúde mental.

Pelos relatos, observa-se, também, um embaraço na superação das dificuldades dos trabalhadores no nível conceitual, técnico e cultural, bem como na superação de conflitos e divisões internas. Estes foram mais ou menos dirimidos a partir da dinâmica interna construída em cada Serviço, levando a que constituíssem seus modos próprios de organização do cotidiano e processo de trabalho.

Consideremos a premissa da Interdisciplinaridade. Percebe-se, pela narrativa, uma compreensão do requisito, nessa nova prática, da superação do foco nas especificidades, permanecendo, estas, inscritas no modo de fazer as atribuições que são comuns, resguardando marcas de cada formação específica.

Há, contudo, o espaço reservado para o atendimento direto aos usuários naquilo que se define como competências específicas de cada categoria profissional.

É... todo técnico aqui é um técnico de saúde mental. Então, claro que a gente tem a especificidade do educador físico, do enfermeiro, do psicólogo, mas, no geral, a gente faz todo e qualquer atendimento que qualquer outro profissional faz. Né? Na minha área específica, inclusive, eu nem tô fazendo nenhuma oficina na minha área específica, que é a educação física. Entendeu? Faço muito mais o trabalho de saúde mental do que educação física. Claro que, quando eu vou atender um paciente, por exemplo, eu sempre faço essa pergunta. Prática atividade física? Entendeu? Então, eu tenho o olhar da educação física. Mas, atualmente, eu não faço nenhuma oficina. Minha oficina, que eu vou fazer... que vai começar agora em junho, inclusive, ela é dos ouvidores de vozes. Junto com a psicóloga. A gente vai trabalhar... é... os pacientes que têm transtornos psicóticos, né? Pessoas que têm alucinações auditivas, visuais, cinestésicas, e que têm delírios. É esse o grupo. [...] É, a gente faz tudo: acolhimento, atendimento individual, vou fazer grupo agora, faço visita domiciliar, faço atenção à crise... tudo que é previsto dentro do trabalho de CAPS, a gente faz. O acompanhamento aos usuários, também, se precisar, pra alguma intervenção fora CAPS, a gente faz... faz tudo. E tem que saber um pouco de tudo. Tem que saber da parte de assistência social, você tem que saber um pouco de psicologia, tem que saber um pouco de farmacologia... entendeu, tem que saber um pouco de ... dos transtornos, mesmo, de psicopatologia... (Educadora Física 1).

Como todo serviço substitutivo, né... meu processo de trabalho aqui é um processo de trabalho interdisciplinar mesmo. Porque, quando eu falo de interdisciplinar, não é uma questão só de uma equipe multi. Onde você tem todos os profissionais, e cada um atende no seu quadrado, né? A gente tem uma dinâmica aqui no serviço que é bem bacana. Porque, antes do profissional assistente social, eu sou técnico de Referência. Então, o técnico de referência, ele chega à frente, ele chega primeiro, ele chega... no acolhimento, né? No acolhimento à demanda do usuário ou do familiar, onde existe um espaço de troca, tanto com esse familiar, com esse usuário, como com os demais membros da equipe. Não é um trabalho engessado, é um trabalho que tem bastante flexibilidade. [...] Agora, eu atendo o que é de competência técnica do Serviço Social. A especificidade... encaminhamento benefício, orientação, direitos sociais, trabalhistas, previdenciários... essas questões sociais mesmo do usuário. Eu faço separadamente. Tanto é que a gente... os profissionais, a gente disponibiliza uma agenda com dia e horário que eu posso atender as famílias em específico. Ou o próprio usuário que queira saber especificamente (Assistente Social 2¹⁴⁴).

O conceito da Interdisciplinaridade, entretanto, não é absorvido homogeneamente pela equipe. Concorre, ainda, com um certo corporativismo:

[...] corporativismo é uma delas. Por exemplo, é... os desejos individuais, eu acho que a gente conseguiu... minimizar. Mas... porque a gente coloca o coletivo na roda, e aí, a gente vai trabalhando, né? Às vezes, eu não tenho muito interesse em fazer tal coisa, isso não me agrada, não concordo, mas a gente vai na ideia do consenso... mas, por exemplo, eu... os

¹⁴⁴ A assistente social 1, 48 anos, tem experiência de 25 anos na saúde mental, sendo profissional concursada do município há 12 anos.

trabalhadores, por exemplo, os farmacêuticos e os médicos, pra mim, sempre foram problema, assim, problemas no sentido de: a farmácia é muito bem delimitada no que fazer, e aí, a briga dos conselhos: enfermeira não dispensa, não sei o quê, [...] e aí, não tem farmacêutico o dia todo na farmácia, aí, o farmacêutico não faz o que todos os profissionais do CAPS fazem. Né, eles trabalham só no núcleo de formação deles¹⁴⁵. A questão da medicação, e tal. E isso gera um distanciamento. Tanto de... deles se inserirem na proposta, né, quanto... crescerem, a prática, enfim... e os médicos da mesma forma. Só que, aqui nesse CAPS, a gente conseguiu ... está conseguindo diluir a questão do médico. A gente tá conseguindo fazer boas conversas, mudar um pouco a prática, né? Mas a farmácia, ainda é um grande problema (Entrevistada 3 SSA).

De fato, em todos os CAPS observados, o farmacêutico mantém-se restrito à sua especificidade. O enfermeiro 1¹⁴⁶, que iniciou sua atividade no CAPS como farmacêutico¹⁴⁷, relata uma experiência diferenciada.

A lógica farmacêutica, eu iniciei como farmacêutico, ela é bem centrada, é... No consultório, na dispensação dentro da farmácia, então, a gente vê e a gente, é... Atua na lógica, é, é... Acadêmica, entre paredes... [...] Aqui eu acabei desconstruindo isso, mas porque que eu desconstruí, né? Eu tive a necessidade de me interagir, interagir com meus colegas, interagir com os usuários do serviço, não é? E não daria pra eu fazer isso somente dentro da farmácia, então eu... É... Comecei a coordenar grupos, né, sendo que nesses grupos, aí eu vou ter a visão do farmacêutico, né, a perspectiva do cuidado na lógica da farmácia. [...] Então... Eu acabei que, é... Alterei essa forma, né, de cuidar só pela dispensação, pelo cuidado direto, né, do medicamento, mesmo porque o medicamento já tem muito tempo que a gente não tem no serviço, então não é uma ferramenta, é... que eu tenha em mãos pra poder ficar, né...[...] E aí, eu fui... Já que não tenho o medicamento, eu vou fazer atenção farmacêutica, é... Com os usuários, através, an, né, é... Das possibilidades, eles continuam usando o medicamento, eles continuam adquirindo medicamento e eu posso intervir aí, não apenas na dispensação, mas observando como que tá sendo o uso, como que tá sendo a aquisição, né, quais são as dificuldades, as formas de, é... De guardar esse medicamento. Então as orientações, né, eu posso continuar realizando (Enfermeiro 1).

¹⁴⁵ A Entrevistada faz essa reflexão ancorada na discussão sobre Campo e Núcleo de saberes e práticas, desenvolvida por Campos (2000). Segundo o autor, “Admite-se hoje a inevitável existência de uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas. O mesmo ocorrendo com os campos de prática. Nesses termos, quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional” (p. 220). Amparado nessa concepção é que, no campo da atenção psicossocial, preconiza-se o trânsito entre campo de responsabilidade e núcleo de competência na relação entre os profissionais de uma equipe. “O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (p. 220).

¹⁴⁶ O Enfermeiro 1 atua no CAPS há seis anos e meio, tendo também formação em Farmácia.

¹⁴⁷ O profissional, que tem formação em Farmácia e em Enfermagem, mudou de função, após a dispensação de medicamentos ser desativada no CAPS, que é subsidiado pelo governo do estado: “[...] esse serviço é um serviço que é financiado pelo estado. Todos os outros CAPS, eles são financiados pela prefeitura, pelo município, né, por essa justificativa, por essa razão, o governo do estado, ele, é... Justificou a ausência do medicamento nesse serviço por não ser subsidio do município, ele justifica que o município é que deveria dar conta da medicação da população...” (Enfermeiro 1).

Os médicos¹⁴⁸ expressaram diferentes modos de inserção no trabalho de equipe.

Eu faço atendimento dos pacientes, atendo as consultas, paciente marcado vem pra consulta, a gente atende. Médica né? Um psiquiatra, né, faz avaliações medicas e faz à medicação. Alguns casos são marcados, alguns são extras. [...]

O trabalho de equipe é fundamental, mas nem sempre a gente consegue porque as equipes estão sobrecarregadas, nem sempre a gente consegue... nem discutir o caso de um paciente. A gente não consegue, como aconteceu aqui agora. Nem preenchi meus prontuários, tem um paciente aqui que eu não fiz a receita. A gente precisa discutir com a coordenação, mas só que não dá tempo fazer tudo, então é... é Brasil né? A ideia do processo de atendimento de equipe é perfeita, mas a realidade não é bem essa não.

[...] é um atendimento ambulatorial. É diferente se eu for atender numa emergência de hospital ou enfermaria, tem diferenças, mas aqui sendo um CAPS ou sendo ambulatório, o atendimento médico é o mesmo. Você avalia se a gente tivesse esse contato mais interdisciplinar, seria mais diferente, mas hoje aqui a gente consegue fazer mais um atendimento mesmo, mais sozinha, quer dizer, porque eu não participo da reunião de equipe. O dia da reunião não é o mesmo dia que eu estou aqui, então faz muita diferença, teve uma época que eu participava das reuniões de equipe, mas depois deixei de participar (Psiquiatra 1¹⁴⁹).

Participo de uma equipe, que a gente faz, uma vez por semana, a gente faz discussão de alguns casos, é, escolhidos, casos mais complexos, casos que necessitam de uma discussão mais elaborada do... da atuação, né, tanto do tratamento, como da conduta dos profissionais, como é que a gente pode interagir. Por exemplo, assim, pacientes que se recusam a vir ao CAPS, pacientes que, é, de alguma forma, não tão respondendo bem ao tratamento, entendeu, pacientes muito graves, que, é... necessitam de internamento, então, tudo isso é discutido na mini equipe (Psiquiatra 2¹⁵⁰).

[...] eu acho que aqui no CAPS, a gente tem uma visão mais completa do paciente, e a gente tem um trabalho mesmo de equipe, né? Eu me sinto mais apoiada, assim, me sinto mais resguardada. Aqui, eu posso encaminhar o paciente pra o técnico, pra fazer revisão de prontuário, ver o que tá acontecendo, ver os benefícios que podemos lutar... toda essa parte que, no hospital, é mais partido, mais... não tem tanto esse trabalho em grupo, né? Trabalho em equipe (Psiquiatra 3¹⁵¹).

É possível perceber que, entre os profissionais médicos, uns aderem ao modelo substitutivo, outros preservam a concepção ambulatorial, característica do modelo anterior: “Na verdade é assim, eu não trabalho no CAPS porque eu faça parte da Reforma Psiquiátrica, eu trabalho porque eu sou psiquiatra e trabalho dessa forma atendendo os pacientes ambulatorialmente” (Psiquiatra 1). Da mesma forma que em

¹⁴⁸ Em um dos CAPS selecionados, não obtive o consentimento dos profissionais médicos para a entrevista narrativa.

¹⁴⁹ A psiquiatra 1, 55 anos, tem formação em psiquiatria há 30 anos, com experiência em CAPS há 15 anos.

¹⁵⁰ O psiquiatra 2, 52 anos, tem formação em psiquiatria há 30 anos e trabalha há um ano na rede do município de Salvador.

¹⁵¹ A psiquiatra 3, 31 anos, é profissional concursada da rede.

Belo Horizonte, a maior quantidade de atribuições privativas desse profissional justifica a não participação nas diversas atividades interdisciplinares, com exceções.

Assim, as pessoas chegam para o acolhimento e eu não faço acolhimento, faço só a consulta. Depois, quando o paciente tem indicação de psiquiatra, porque tem pacientes que vem pra cá e nem todos ficam com psiquiatra, se vê que é uma questão mais de terapia, de inserção social mesmo, precisa de estar inserido em algum trabalho, uma oficina, não são todos que vem, mas a maioria vem porque CAPS são casos geralmente mais graves com pacientes mais graves, mas tem alguns que não passam, [...] mas a grande maioria, 90% passa pela psiquiatra, eu ou a outra e aí eu trago a triagem do pessoal que acolhe, vejo se é caso pra aqui ou não, né, de CAPS e aí marco a consulta pra mim. Faço a consulta junto com a terapia às oficinas e as consultas.

Geralmente no início a gente faz mensal. Se o paciente estiver grave, de 15 em 15 dias e quando está estável, o paciente faz de dois em dois meses as consultas. Se tiver alguma emergência, alguém não estiver bem aqui no dia, a gente também dá uma olhada extra, faz assim se tiver alguma coisa alguma necessidade (Psiquiatra 4¹⁵²).

Aqui no CAPS, além dos atendimentos ambulatoriais, de consulta individual, eu desenvolvo algumas atividades em grupo, eu desenvolvo um grupo terapêutico de psicoterapia para usuários de álcool, eu tenho grupo de psico - educação para usuário de medicamentos, pessoas que estão em tratamento medicamentoso, eu também faço atendimento individual para prescrição durante esse grupo. Faço uma oficina de inglês, semanal também, que é aberta pra todos os usuários do serviço.

Me mantenho à disposição pra manejo de crise, demandas do serviço que possa vir a ocorrer, tenho algumas atividades de capacitação, visitas a outras instituições... visita domiciliar, que eu não tenho muito tempo a fazer, mas eu tenho... procuro fazer também. Então eu fico me dividindo entre as atividades mais estruturadas que tem um dia fixo, um horário fixo, mas também procuro manter um tempo livre para poder me dedicar a essas atividades extras que possam vir a ocorrer (Psiquiatra 5¹⁵³).

Aparece, nas narrativas, a valorização da reunião de equipe como espaço privilegiado de trocas e construções, que vai consolidando um saber coletivo, a partir da reflexão sobre as experiências compartilhadas.

Nossa reunião técnica, ela é semanal e sagrada. Começa oito, termina 12, às vezes, mais do que 12. E foi uma reunião que foi... a gente pensou na potencialização da reunião. Então, a gente organizou pauta, a gente tentou colocar quinzenalmente. Temática e estudo de caso. Estudo de caso é o que mais amarra, porque eu sinto que os profissionais ainda não se sentem muito seguros pra conduzir estudo de caso, porque a gente tá no início, né? Necessita de um investimento maior, tal... mas ajudou bastante, porque as temáticas, a gente sempre discute, às vezes convida alguém, às vezes não. Mas sempre pensando na reorientação do processo de trabalho. Se a gente tivesse o tempo inteiro alinhando a teoria e a prática... E a teoria, sempre a gente busca de algum parceiro que a gente se relacione. Não é? Então, por exemplo, a urgência, a gente convida o PA, porque a gente se relaciona

¹⁵² A Psiquiatra 4, 41 anos, é profissional concursada, trabalhando no CAPS há 5 anos.

¹⁵³ O Psiquiatra 5, 35 anos trabalha no CAPS há 6 anos.

com o PA. Vamos falar de crise com o PA, porque a gente não discute só crise. A gente discute crise, como a gente se relaciona, fluxo, né? Eu acho que a reunião, ela ajudou bastante. Tanto na questão dos conflitos internos, que existiam, né, divisão da equipe, que não era tão clara assim, mas tinha... (Entrevistada 3SSA).

Os processos de discussão aqui são bem fluentes, a gente tem encontros semanais, onde a gente discute os casos dos pacientes que tã em crise, né, a atenção à crise ou aqueles que não tã muito bem (Assistente Social 1).

Pode-se observar, ainda, um tímido, mas empolgante avanço rumo à Intersetorialidade. A Entrevistada 3 SSA relata um processo construído a partir da aproximação com outras instâncias no território, rompendo a barreira do silêncio em torno da questão da Saúde Mental.

Porque era uma sensação assim, ó... não vamos pra essa reunião não, porque nossos equipamentos nem falam de Saúde Mental. Então, esse foi um espaço que a gente começou a futucar. Quais são as demandas sentidas pela população, que vocês percebem, como é que vocês lidam com isso, tal. E aí, foi aí que começou a dar uma ... um caldo, né? Começou a falar-se de Saúde Mental nos equipamentos. Só que agora, a gente chegou num momento de falar não, agora a gente tem que chamar todo mundo pra roda. Um comandante da polícia, que, de vez em quando a gente chama, aí fica morta de medo da tropa que vem (risos) até o líder com as lideranças, que ficam muito focadas na questão política partidária e estão esquecendo das demandas da população. E aí, nossa próxima... nosso próximo rompimento é conseguir abrir mão de algumas coisas que a gente faz aqui pra fazer no território. Então, por exemplo, tem dois territórios... dois bairros daqui, [...], que a gente percebe que a demanda tá chegando muito forte. Então, a gente não sabe se as pessoas lá estão adoecendo mais, ou a gente não sabe se a gente mexeu com aquele território de tal forma, que tava lá guardadinho, que eles agora estão... meio que brotando. Então, projeto em saúde mental tem que ser comunitária. A gente precisa ir pra lá produzir coisas lá. É o que, é habitação... sabe, as pessoas estão morando de forma muito ruim... sabe, isso é um fator de risco? É... pobreza de uma forma geral... é a violência... sabe? Eu acho que, agora, a gente precisa... eu fico dando essas dicas pra eles, porque eles me trazem...

O CAPS 1 evidencia que tem feito um movimento de sair do isolamento e avançar na direção do território. Nesse sentido, ao mesmo tempo que busca, com a aproximação junto à rede territorial, encaminhar os usuários estabilizados para outros recursos da Rede, chama para si os casos graves e persistentes que vinham constituindo-se em demanda reprimida.

Os pacientes do CAPS seriam os de transtorno mental severo e persistentes e que é o que a gente tem que se debruçar, que é os que menos vêm no CAPS. Que, geralmente, são aqueles que não saem de casa, que não querem... que não tem crítica nenhuma de doença. Então, a

gente... precisa intensificar mais esse trabalho de matriciamento. E essa Rede toda, que também tem os ambulatórios que são poucos, em Salvador, não tem muitos ambulatórios¹⁵⁴. Se bem que deu uma melhorada... deu uma melhorada porque a gente tá conseguindo dialogar com eles também e tem mandado alguns casos moderados para o ambulatório. Mas que o ambulatório também fica sobrecarregado, que são poucos, né, são só três em Salvador e eles não conseguem atender. Então, tem uma rede deficiente. Além da questão física, do local, tem uma rede deficiente... (Educadora Física 1).

A perspectiva do retorno à rede comunitária provoca nos usuários grande resistência, o que se explica pelos vínculos já formados no CAPS, bem como pela insegurança quanto à garantia da assistência alhures, numa rede de saúde mental tão pouco estruturada.

Não, seu caso é leve. [...] Começa por aí, eles não querem ser caso... [...]. E, realmente, a dor de cada um de nós... não dá pra medir, mas, quando tu diz... porque a gente diz em relação aos outros casos. Não é? A gente não menospreza a dor do paciente não. Não é isso (Educadora Física 1).

Para esse intento, a equipe vem desenvolvendo uma metodologia que se aproxima daquela observada nos CERSAMS em Belo Horizonte, adaptando-se às particularidades de Salvador, que lhes permite superar uma prática reconhecidamente identificada com a lógica ambulatorial, possibilitando maior agilidade no trabalho extra muros. A mudança reflete um esforço técnico e reflexivo de superação das dificuldades, inscrevendo a presença do CAPS no território. Partiu da aproximação com a experiência já desenvolvida em Campinas – SP, conforme mencionado pela Educadora Física 1.

[...] eu acho que, durante um tempo, a gente meio que funcionou como ambulatório. E a lógica vem mudando, inclusive, a gente mudou a forma de... porque, antes, a gente funcionava como Técnico de Referência. Hoje, a gente trabalha com mini equipe de Referência. Que é mini equipe de território. Então, a gente sai muito mais do CAPS. Porque antes era o seguinte: [...] vamos supor, se você fosse minha paciente, de (localidade x), e aí, eu tinha outro paciente lá de (localidade y), outro paciente lá de (localidade z)... se eu fosse pegar a Kombi pra visitar esses três pacientes que é você e mais os dois outros, não ia dar num dia só pelo trânsito... de se locomover nesse território, que é gigante. E com o trânsito de Salvador, essas coisas todas. Então, essa questão de trabalhar com a localidade, com mini equipe, é muito mais tranquilo. Porque eu tenho assim, eu tenho bairros que são mais próximos. E aí, eu vou pra esses bairros, aí eu já sei que você mora do lado do outro paciente. Entendeu, eu já conheço mais o

¹⁵⁴ Os ambulatórios aqui referidos são os três Centros Especializados de Saúde Mental, que continuam funcionando segundo a lógica pré Reforma Psiquiátrica.

lugar, que, antes, eu não conseguia conhecer, porque o território é gigante (Educadora Física 1).

Reconhecidamente, a aproximação com o território modifica a relação técnico – usuário. A noção de intensificação de cuidado, antes interpretada como a obrigatoriedade da presença do usuário no CAPS por período maior, é reconsiderada.

Agora, é a equipe que intensifica o trabalho no território.

Esse negócio de... paciente tem que vir na oficina. Tem que vir à oficina. Poxa! Tu diz um negócio desse, aí tu não vai lá na casa da dona fulaninha, que isso aí eu fui aprender quando eu fui pra rua. Tu não vai lá na casa da dona fulaninha, que, há pouco tempo teve uma ... um acidente, quebrou a perna e tem cinquenta mil escada pra subir. Como é que essa paciente vem no CAPS, minha gente? Como é que a gente vai dizer que a paciente não vem no CAPS porque não quer?

[...] isso é uma das coisas, fora a questão econômica. Que a maioria dos pacientes não tem condições de vir no CAPS porque não tem dinheiro pra pegar o transporte. Entendeu, fora mil outras coisas. Isso é uma questão. E que a gente fica dizendo, não, não vem, não fica, não vem em nada, não quer nada com nada. Vá lá. Aí, outra coisa que o povo diz também, que eu fico retada. Tem paciente que dorme aí no CAPS. E aqui é um inferno de quente. Um inferno de quente. Eu digo assim, vá pra casa dos pacientes que tem uma porta, uma janela, não tem ventilação, entra lá dentro, com aquele teto dessa altura... (Educadora Física 1).

Esse deslocamento do olhar do profissional a partir do contato com a realidade favorece a instalação de um novo modo de fazer, representando, de alguma forma, um passo para a superação da cultura manicomial, segundo a qual, à diversidade de problemas que circundam o transtorno mental, se responde por meio da institucionalização.

[...] no outro modelo, era o seguinte. Ele só ia visitar, quando a pessoa tava quebrando tudo já em casa, quando tava num ato extremo. Que, aí, a família ligava... e agora, não. Agora, a gente tem tempo pra se debruçar sobre esses casos e saúde mental não se faz em um, dois dias, não se faz em uma consulta, se faz com a vinculação durante um tempo... que pode ser, que é de cada um, que é do processo, meu e teu, da vinculação. Pode durar uma semana, pode durar, que eu digo, pode demorar uma semana, pode demorar um ano (Educadora Física 1).

Por outro lado, impõe-se, para a equipe, o desafio da necessária atenção à demanda reprimida, constituída pelos casos muito graves, que não acessavam espontaneamente o CAPS, num contexto de extrema dificuldade no encaminhamento dos usuários com quadros estabilizados. “Ainda mais agora, que

nós estamos cutucando o território [...] o que tava escondido, tá tudo aparecendo, tudo aflorando” (Técnica em Enfermagem 1¹⁵⁵)

Menina, o que eu percebo aqui, o que eu aponto todo dia nas reuniões. Nosso matriciamento, [...] até nós estamos bastante avançados em relação aos outros CAPS. Mas, a proporção que tá saindo é bem menor do que a que tá entrando[...] e aqui, a gente ainda tem muita gente que é perfil pra UBS e a gente não consegue matriciar e estão todos aqui. E os que são perfil CAPS estão chegando, e nós estamos assim, ó (faz gesto de que está cheio). Aí, se fala da intensificação de cuidados. Eu, é como eu falo todo dia. Acho que nós estamos apagando focos de incêndio. [...] Eu... eu não tenho muito... não tive condições de ter muita teoria a respeito do que é a intensificação de cuidados, mas eu, pelo que eu observo, nós estamos só atendendo crise. Aí, nessa semana, tem reunião de equipe. Tem algumas pessoas pra intensificar. Aí a gente consegue fazer algumas ações, algumas intervenções, faz algumas visitas, algumas pactuações, mas aí, quando chega na semana que vem, a gente não consegue dar continuidade a essas pessoas porque chegaram outras piores. Então, eu digo, a gente tá aqui apagando focos de incêndio. Não consegue dar continuidade. Não é porque a gente não quer... (Técnica em Enfermagem 1).

A perplexidade diante do volume de casos de transtorno mental grave que não acessavam o CAPS representa, mesmo, uma realidade que vem se reproduzindo no município de Salvador, e que vem se constituindo a partir da implantação da rede sem priorizar a atenção à crise, conforme descrito acima (cf. p.182 -184). O enfrentamento da situação por esta equipe específica - que não deixa de provocar uma crise no serviço - valoriza-se como um movimento no sentido da mudança de paradigma, na medida em que chama para si a responsabilização pelos casos graves de transtorno mental. A ocultação dessa realidade, quando ocorre, “resolve” a crise no serviço, mas condena o usuário à internação.

Por outro lado, o processo de redimensionamento da relação demanda / oferta do CAPS acima relatado não é observado em todos os Serviços. Em outro CAPS, conforme comenta a psiquiatra 3:

Não tem como encaminhar. Alguns pacientes estáveis, e tal... a gente tenta encaminhar, a maioria embarga, porque não quer sair, porque... tem farmácia, tem a gente aqui...mas, eu acho que mais da metade dos pacientes que eu atendo dava pra ser atendido no ambulatório, se tivesse um PSF, mas não ... assistência básica... mas não tem!
[...] A gente só...pegando mais gente, conseguindo liberar um ou outro pra ambulatório. A rede não absorve.

¹⁵⁵ A Técnica em Enfermagem 1, 45 anos, é profissional concursada, trabalhando no CAPS há 5 anos.

A meio do caminho de uma maior aproximação com a reorientação do modo de cuidado, é notório que a intensificação do cuidado no território pode evitar “abandono do tratamento”. No entanto, na falta da estrutura para hospitalidade noturna nos CAPS de Salvador, situações de crise são ainda remetidas para o hospital psiquiátrico ou pronto atendimento psiquiátrico, o que reforça a complementaridade entre os modelos, comprometendo a reversão da forma de oferta de cuidado.

Na etapa de observação desta pesquisa, a experiência de acompanhar o trabalho da equipe no território, em determinado momento, levou esta pesquisadora ao hospital psiquiátrico Juliano Moreira, onde as técnicas realizaram visita a uma usuária do CAPS internada. Em geral, os profissionais justificam o encaminhamento da crise para o hospital, em nome da falha na rede local, reproduzindo uma certa naturalização da desresponsabilização do CAPS pela crise.

[...] tem momentos que o usuário está numa crise, a gente enquanto profissional de saúde no CAPS não tem o que fazer, porque a gente não tem estrutura de CAPS III aqui, tem o G¹⁵⁶, mas o G não é... tem todo um protocolo, todo um processo pra poder fazer encaminhar o usuário pra lá, tem outras especificidades para outros negócios, então assim, quando o usuário está representando risco para a vida dele e para o outro, eu sempre coloco isso quando encaminho, ou para o hospital psiquiátrico ou para... quando a gente acaba... para o Juliano, eu sempre coloco no prontuário, pela falta de CAPS III no município, lançou-se mão de uma estratégia que é o hospital psiquiátrico. Então assim, eu não posso malhar o tempo todo o hospital psiquiátrico se eu, enquanto profissional, em vários momentos utilizo esse recurso, eu não acho isso legal, é uma coisa da reforma, do movimento antimanicomial que me deixa muito chateada e mobilizada é isso, né? eu acho que houveram muitos avanços, mas não acho que é o modelo, né? esse hospital, mas é o que a gente tem, no momento, o que eu penso é que deveria ter leitos, alternativos em hospitais gerais, ter o CAPS III, se fazer o investimento pra gente não precisar usar o hospital psiquiátrico como recurso, entendeu? Hoje a gente tem muitos profissionais em hospitais psiquiátricos que trabalham em CAPS e têm outras perspectivas, né?” (Terapeuta Ocupacional 2¹⁵⁷).

Na realidade, é... infelizmente, ainda é um local de... de recurso, né, que a gente tem... infelizmente, pra o atendimento à crise. Mas é o local que a gente sabe que não trata. Enclausura... agride...que tira a identidade... Infelizmente, é, ainda é um recurso, né? A nossa opção é o PA Psiquiátrico. Quando não tem vaga no PA é que a gente utiliza o recurso do hospital. Primeiro no Mário Leal, e última opção Juliano Moreira.” (Terapeuta Ocupacional 1).

¹⁵⁶ Refere-se ao único CAPS III em funcionamento no momento.

¹⁵⁷ A Terapeuta Ocupacional 2, 43 anos, é profissional concursada e trabalha na rede há 18 anos.

[...] agora é uma pena que é assim, ao mesmo tempo em que está se fechando os leitos psiquiátricos não tem... não se tá dando esse suporte não é? Aqui em Salvador, por exemplo, é uma cidade enorme e a gente não tem CAPS III, que seria um CAPS para os pacientes que poderiam ficar 24 horas pelo menos em observação em uma crise, não temos, então termina que fica complicado porque o paciente que está muito surtado mesmo, ele tá cada dia tendo menos vagas para se internar nos hospitais psiquiátricos que realmente deveriam acabar, mas essas vagas que deveriam estar surgindo em outros locais não estão acontecendo... (Psiquiatra 4).

Olhe só, é uma coisa delicada porque assim, eu sei que a reforma, esse hospital, os hospitais psiquiátricos não deveriam, a lógica seria que eles não existissem mais como existe hoje, mas teria que aos poucos os serviços substitutivos ocupassem seu lugar, o CAPSIII e os hospitais gerais instalassem os leitos destinados a psiquiátricos, uma doença como outra qualquer, mas a gente sabe que isso não aconteceu, né? Você disse que é de 2001, então a gente está em 2019, então 18 anos. [...]

Isso, da lei. E aí você vê que depois, eu tenho trezes anos de CAPS e eu não vi muita coisa, muito pelo contrário, eu acho que as coisas foram regredindo, ao invés da gente sentir avanços, os hospitais psiquiátricos eles ainda se colocam como necessário porque não tem o CAPSIII. Então se a gente tem um paciente, eu não vou dizer que ele é altamente desnecessário, não, porque eu já tive paciente em crise e as vezes ele precisa estar internado, mas como eu não tenho CAPSIII para que ele receba o atendimento que eu considero como adequado, infelizmente eu tenho que colocar no Juliano, tem que ir pro Juliano, para o Hospital das Clínicas, é um dos que eu considero melhor, dos que eu frequento com os pacientes e Mario Leal, não tem outra opção. E o PA, eu gosto do PA, apesar de achar minhas críticas, o espaço físico e tudo ali, mas eu gosto do PA, porque o PA eu sei que não fica muito tempo, eu fico pensando como CAPSIII (Psicóloga 3¹⁵⁸).

Volta à discussão, a ausência de CAPS III no município. A esse respeito, surge, recentemente, uma resposta vinda do governo estadual. É bem recente a Portaria que aprova o Plano de Desinstitucionalização do Estado¹⁵⁹ - Portaria 352, de 13 de agosto de 2019 – em que a SESAB compromete-se com a construção e entrega ao município de Salvador de dois CAPS III. A forma como esse dois serviços irão incorporar a atenção noturna à crise, demandada em todos os distritos sanitários, ainda está em discussão no âmbito do município. Tendo em vista o reduzido quantitativo de equipamentos previsto, pode-se antever, aqui, dificuldades similares àquelas enfrentadas pelo município de Belo Horizonte, no período em que contava apenas com dois CAPS III, cujas equipes assumiam a responsabilidade noturna pela demanda de toda a rede (cf. p. 130).

¹⁵⁸ A Psicóloga 3, 46 anos, é profissional concursada há 13 anos.

¹⁵⁹ Respalda o referido Plano a Portaria GM/MS n.2.840, de 29 de dezembro de 2014, que cria “o Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente ‘Estratégias de Desinstitucionalização da RAPS’, no âmbito do SUS, e instituindo o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal para as ações voltadas para o processo de desinstitucionalização. Essa Portaria estimula principalmente que os municípios onde estão localizados os hospitais psiquiátricos desenvolvam ações para efetivar a desinstitucionalização de pessoas que passaram por longas internações” (BAHIA, 2019, p. 12).

Ressalte-se que, apesar do movimento do Ministério da Saúde retroagindo na Política de Saúde Mental, implementando ações de fortalecimento do modelo hospitalocêntrico – inscritas na Portaria 3.588/2017, apoiada pelas entidades médicas baianas, o Plano de Desinstitucionalização da Bahia reafirma a Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS:

Apesar da política recente do Ministério da Saúde de incluir o Hospital Psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS (BRASIL, 2017), o que vai na contramão do que vinha sendo construído até o momento na Política Nacional de Saúde Mental, o Estado da Bahia adota o modelo de gestão que preconiza a substituição progressiva do modelo de atenção vigente. (BAHIA, 2019, p.11).

O documento, elaborado a partir de uma comissão nomeada pelo gestor estadual, composta por representantes intra e intersetoriais, enfrentando a dissidência do Ministério Público da Bahia (MP/BA) e da APB, elenca um conjunto de ações para a efetivação da reorientação do modelo assistência, dentre os quais figura o cofinanciamento estadual de CAPS III e CAPS ad III.

O Eixo 4 institui a transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), a fim de cofinanciar as ações de CAPS III e CAPS ad III habilitados no estado, conforme estabelecido na Portaria Estadual SES/BA nº 543, de 10 de maio de 2018. Nesse sentido, busca-se consolidar o repasse regular e automático fundo a fundo, a partir do entendimento da relevância desses serviços de base territorial e comunitária para a integralidade do cuidado em saúde mental dos casos que requerem acolhimento noturno. Trata-se de um incentivo significativo para favorecer a implementação desses dispositivos. (BAHIA, 2019, p.41).

No CAPS 2, há também uma subdivisão em mini equipes com o objetivo de implementação tardia do Matriciamento¹⁶⁰, o qual vem se dando, de acordo com a exposição da Assistente Social 1, grandes dificuldades. Ressalta a invisibilidade do CAPS junto aos Serviços da Rede em Geral, bem como o desconhecimento em relação à sua especificidade:

A gente tá tentando, pelo matriciamento... o CAPS [...], no Distrito Sanitário [...] tentar um matriciamento com a Atenção Básica. Né, então, a gente começou pela Unidade [...]. A primeira reunião que eu, particularmente, tive com o [...], eles... a gerência de lá disse que eles não enxergavam o CAPS. Ou seja, não sabiam o que era o CAPS, não sabia como o CAPS

¹⁶⁰ Embora seja uma diretriz, o Matriciamento, aqui, está sujeito ao esforço relativo de cada equipe de CAPS, sofrendo avanços e recuos.

funcionava, nem pra que servia o CAPS. Que a gente era um Serviço invisível. E em várias reuniões que eu tive, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, o CAPS era invisível. Os CAPS e as Residências Terapêuticas são invisíveis para a Rede. Tem gente que não sabe nem o que é uma RT. Uma Residência Terapêutica, né? E aí, assim. O que a gente buscou. Mostrar o que é o Serviço, o que o Serviço... quais são... o que que o Serviço oferta e qual é o público alvo desse Serviço. Não é uma pessoa que gritou lá na fila porque não teve uma vacina que vai ser encaminhada pro CAPS. Porque é assim que se faz [...]. O paciente deu uma surtada lá, deu uma crise, manda pra o CAPS, pra o CAPS resolver. E aí, eles sentiam muita dificuldade por conta do território. Porque, quando chegava aqui no CAPS, a gente informava que não era o território daquele usuário, [...]. E... eles encaminhavam e não tinham uma devolutiva do que foi feito com esse paciente. Ou quando tinha a devolutiva, era que ele foi encaminhado para o Território. E aí, ele dizia, o que é que adianta? Que matriciamento é esse? Então, a gente tá refazendo esse percurso, né? Tanto dos nossos usuários que precisam da Atenção Básica, que eu costumo dizer que o usuário de Saúde Mental, ele só tem mente, né? Ele não tem cérebro, ele não tem coração, ele não tem pulmão, ele não tem nada. Gritou lá, é doente mental, pode estar com dor de dente, mas tem que ir pra o CAPS ou pra o hospital psiquiátrico [...].

Então, a gente tá tentando o matriciamento dessa forma. A gente conseguiu, há uns dois anos atrás, com uma Unidade de Saúde da Família da [...], que a gente tem uma parceria bem bacana, porque a gente encaminha o usuário daqui prá lá, que precisam de Atenção Básica, e eles encaminham... a gente faz assim. A gente não precisa estar com o usuário da Atenção Básica no CAPS. Aqueles que têm um problema leve, a gente vai lá, auxilia a equipe, no sentido da prescrição. A gente tem uma médica ... porque eles dizem que não se sentem à vontade em prescrever, porque não fizeram psiquiatria. E a gente conseguiu derrubar isso, hoje a [...] prescreve medicamento psiquiátrico pra os usuários que têm transtornos leves, né? E a gente conseguiu essa ...

Embora guarde diferenças em relação ao CAPS 1, o processo de trabalho descrito pela Terapeuta Ocupacional do CAPS 2 contempla uma diversidade de ações coerentes com a forma da atenção preconizada.

[...] se eu for descrever o meu processo de trabalho, então eu geralmente chego, dia de segunda eu tô no plantão, aí eu faço o acolhimento e na ambiência do CAPS, então eu vou procurar estar circulando, ver como é que os usuários estão naquele dia, se tem algum usuário que não está bem, né? ver se tem alguma demanda com serviços, para a coordenação, aí a gente direciona, isso na segunda. Nesse meio tempo, eu também tenho que fazer os registros dos usuários, registrar mais, questão do BPA que agora foi exigido, e aí comunicar os colegas sobre os números de situações. Na quinta, eu faço uma oficina, que é oficina de culinária, que aí também tem os registros, têm a preparação, muitas vezes eu vou com usuários, muitas vezes os usuários vão, às vezes eles não estão afim de ir, e eu vou sozinha comprar os materiais para a oficina, [...]. Aí na sexta eu tirei o dia de manhã pra poder fazer o trabalho de território, então, que acaba muitas vezes não sendo na sexta, as vezes na quinta, dependendo da necessidade, se tem algum usuário em crise eu vou ter que acompanhar ou no PA ou lá no UG, ou em outra situação que precise.... Aí na sexta eu faço isso, ou faço os atendimentos de referência, e na sexta de tarde eu tenho uma reunião

técnica, que também é muito importante, que a gente não tem isso no hospital, né?

Revela, por outro lado, um embate entre a cultura manicomial e a nova perspectiva de cuidado atravessando as relações interprofissionais no cotidiano do trabalho.

[...] acho que isso muitas vezes dificulta o processo de trabalho, porque às vezes aqui eu sou chamada de babá de maluco, né? eu já ouvi de colegas assim, ah, não vou ser babá de maluco, o que significa ser babá de maluco? Porque com a reforma psiquiátrica, os procedimentos que os profissionais vão disponibilizar para o cuidados dos usuários são outros, e o agenciamento está entre eles, se você pega o protocolo do SUS ali que descreve aqueles procedimentos que vão para as RAAS que vão para os BPAS¹⁶¹, são o quê? Agenciamento em saúde, articulação do território... então na realidade são as práticas que a gente desenvolve, que muitas vezes os profissionais desconhecem, estão no serviço, né, e desconhecem. E aí, assim, nesse sentido, eu acho que as vezes, isso acaba, não é dificultando só, mas é meio que uma frustração, você tá ali tentando fazer um trabalho pautado em uma política de saúde mental e tudo, e de repente não tem um entendimento disso, e isso se torna uma interferência no trabalho do outro. Mas assim, apesar disso, eu gosto muito dessa coisa do poder, você lançar mão de várias alternativas, perspectivas de cuidado pra você ajudar o outro, entendeu? Tipo eu poder sair com o usuário, ir com ele na Defensoria, poder acompanhar ele numa consulta, eu poder orientar ele em relação a essa questão da autonomia, no território, poder conhecer a família, o lugar de vida dele, então isso pra mim, ao mesmo tempo que o trabalho de saúde mental é algo que é desgastante, porque exige do profissional uma série de funções, né, do sujeito e funções específicas, eu acho que dá atenção, ele também dá uma liberdade, liberdade no sentido de você poder planejar junto com o outro, a partir da história do outro, que você pode propor de cuidado pra ele, entendeu?

Nessa linha também segue a psiquiatra 3, analisando o processo descrito, do ponto de vista da reorientação e do pressuposto da interdisciplinaridade, como uma “pseudo-reforma”:

A forma que é feita aqui... eu falo sempre na reunião. Eu falo assim, olhe gente, vocês falam tanto na questão da reforma, não sei o que, mas, assim... acaba ficando uma coisa muito próxima. Porque fica centrado em mim, Dra. L... Aqui, por exemplo, teve uma crise, de um usuário. Se tem eu aqui, o povo não vai lá ver não. Entende? Tipo... vamos tentar segurar sem o remédio. A maioria do povo faz é me ligar. [...] gente, tem que dar conta de... claro que tem crises e crises, mas umas crises que eu já vi aqui... e assim, tem muito essa ideia ainda centrada no médico, centrado na questão assistencialista... alguns profissionais não, mas alguns outros sim [...]

Eu não sei, eu acho que a gente se perde, porque fica ainda muito centralizado nesse modelo mais antigo. Apesar de ser visto de outra forma,

¹⁶¹ RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) e BPA (Boletim de Produção Ambulatorial) são instrumentos de informação sobre os procedimentos adotados nos CAPS. A Portaria 854/SAS, de 22/08/2012 atualiza os procedimentos, tendo em vista a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas pelas equipes, consoante a complexidade do Serviço.

de tentar se ver de outra maneira, no frígir dos ovos, quando acontece alguma coisa, não se aborda de outro jeito.

Esta dificuldade, de incorporação de novas premissas à prática cotidiana, inscreve-se entre as consequências da falta de investimento na formação:

[...] a questão da formação, tem concursos, profissionais foram chamados, mas nem todo mundo teve a oportunidade de fazer uma formação fora, em relação à questão da saúde mental, e eu acho que a falta de informação às vezes leva o profissional a ter uma compreensão equivocada, então eu acho que o processo de formação de educação permanente, eu acho que é uma coisa primordial (Terapeuta Ocupacional 2).

Falha por conta da Rede, falha por conta de... hoje, a gente tá mais estruturado, mas a gente tem muitos profissionais novos, profissionais que prestaram concurso pra um CAPS, mas que não sabem nada de Saúde Mental, nem de Reforma, nem de Modelo... nada. E que vão aprendendo no dia a dia. Acho que tá faltando um pouquinho de embasamento teórico, e a questão prática também, mas que esta reunião que a gente tem de equipe fortalece bastante, acho que precisava ter um espaço de discussão técnica mesmo, apesar de chamar reunião técnica, mas a gente só discute os casos clínicos e as questões administrativas. Eu acho que a gente precisava de um espaço que a gente pudesse estudar, que a gente pudesse ler, que pudesse discutir a Reforma, o que o Modelo preconiza, porque a gente tem colegas aqui que ainda olham pra a gente e dizem eu não tô aqui pra ser babá de paciente e a gente pontua que, por tais e tais autores, a Reforma Psiquiátrica é assim, é dessa forma que a gente tem que direcionar a atenção ao usuário em sofrimento mental dentro de um centro de atenção psicossocial, então, eu acho que não é 100 % por essas questões. E pela questão do nível central também, porque desconhece, o Distrito Sanitário também desconhece, a gente que tá fazendo o movimento de conhecimento agora. Então, as demandas que são solicitadas ao Serviço, muitas vezes, não condizem com a realidade e com o modelo de Reforma Psiquiátrica, né, a gente precisa estar esclarecendo o que é. (Assistente Social 1).

Não há, de fato, na RAPS de Salvador, a inscrição permanente de espaços que contemplem uma formação teórico-metodológica, muito menos a perspectiva que favoreça a formação no Serviço, a partir da articulação entre conceitos e a prática desenvolvida no cotidiano. Essa ausência promove a constante tensão entre os profissionais, situada entre a expectativa de uma reorientação do modo de cuidado e a reprodução das práticas já arraigadas. No discurso, acaba aparecendo como uma queixa da falta de preparo do outro. No entanto, haveria de ser um processo coletivo.

Claramente, além da demanda por espaços de reflexão, há uma falta de condução, pelas instâncias gestoras, de um processo transitório que vá destituindo as velhas práticas e instituindo novos processos, e ao mesmo tempo trabalhando as resistências, no sentido mesmo da reforma intelectual e moral, com vistas à incorporação do projeto da reforma psiquiátrica, pelos profissionais, na sua dimensão ético política. (GRAMSCI, 2001). Conforme já visto, em Belo Horizonte, esse processo foi sendo cuidadosamente tecido pelos intelectuais orgânicos que acessavam as instâncias decisórias, consolidando, como parte do processo de trabalho, os dispositivos de educação permanente.

Por outro lado, são referidos muitos problemas relativos à estrutura física e equipamentos:

Hoje mesmo eu fiz uma coisa que eu não gosto de fazer, mas eu paguei o uber do meu bolso para levar dois usuários na Defensoria, porque eu tinha feito o agendamento de carro, mas a prefeitura reduziu os dias do carro, então a gente tinha carro por exemplo três dias na semana, ou a semana toda pela manhã, reduziu, e agora a gente só tem dois dias específicos, eu acho que é segunda e quinta, e a gente não pode mudar, entendeu? eu não estou aqui sempre terça e quinta, ou é terça e quarta, sei que tem dois dias, num desses dias eu não estou, e no outro estou fazendo oficina, então eu não tenho como parar uma oficina para fazer uma atividade externa. E hoje já tem duas semanas que eu estou criando expectativas para levar esses usuários para a defensoria e a gerente me disse: olha não consegui mudar o carro, então assim, eu acho que ela atravessa, assim ela é uma espada, uma faca que sai cortando a clínica (Terapeuta Ocupacional 2).

Em Belo Horizonte, observou-se a garantia de carro para uso exclusivo dos CAPS, disponíveis 24 horas por dia. Em Salvador, foi possível presenciar, em observação de uma assembleia, tratar-se, por demanda dos usuários, da questão do carro. A coordenadora relata que o CAPS tem direito assegurado por Portaria a um carro em período integral na porta, à disposição. Porém, o Distrito Sanitário, que tinha oito veículos, perdeu quatro, então, ficaram três carros para atender a vários Serviços, estando um veículo disponível para o CAPS apenas às terças e quintas. Diz que os usuários têm perdido oportunidades de atividades externas por esse motivo e, às vezes, negocia com um dos dois outros Serviços quando há uma demanda em outro dia da semana. Embora seja conhecida a previsão da disponibilidade do carro para os CAPS, há dificuldade no acesso ao recurso em todos os CAPS observados, com prejuízo para a assistência.

Há referência, ainda, a insuficiência de Recursos Humanos. Em que pese a conquista da estabilidade nos vínculos trabalhistas, há remanejamento de profissionais sem substituição, além do aumento da demanda. A consequência é a reprodução de modos de fazer do antigo modelo, mais simplificados, para os quais se dispensa menos tempo por profissional.

Agora, a gente lida com os problemas da estrutura mesmo, né? Porque é muito difícil. Desde que eu entrei aqui, já diminuíram alguns técnicos, e não tem ninguém no lugar... entendeu? Então, tá tudo sobrecarregado, as meninas estão sobrecarregadas. Então, assim, pra mim, é muito difícil. Às vezes, acaba virando ambulatório mesmo. Dizer que aqui a gente consegue suplantando corretamente as necessidades do usuário, não. (Psiquiatra 3).

É, acho que tinha muita gente do REDA e foi acabando os contratos e eles chamaram menos gente e ficou faltando gente teve um momento que ficou sem enfermeiro aqui um tempão agora tem dois mais ficou. Só tinha uma terapeuta ocupacional, alias não tinha terapeuta ocupacional [...] na época. Eu já entrei pelo concurso, eu nunca fui REDA e assim, tinha muito mais funcionários, realmente diminuiu bastante (Psiquiatra 4).

[...] isso aqui é uma política desde a prefeitura, que o prefeito assumiu esse trabalho de tirar os REDAS e colocar os concursados, tirando tudo isso e não vinha mais ninguém, tipo assim, tirava enfermeira porque era TAC ou REDA e não colocava ninguém no lugar. E a gente dizia, não vai vir ninguém? Até que a gente parou de falar e aí veio a determinação que aqui já tinha equipe mínima¹⁶² e que podia sair gente, inclusive meu colega saiu, tinha dois educadores físicos e só precisava de um, ele foi encaminhado para outro local. Então a gente nem pergunta mais por que sabe que isso não vai acontecer (Psicóloga 3).

A narrativa da psiquiatra 3 revela, nesse processo, a dificuldade de superar a centralidade do papel do médico na rotina da equipe e na percepção dos usuários, cuja maioria não está efetivamente vinculada à Referência Técnica, tendo no médico, a representação do atendimento principal da Unidade.

Eu acabo sendo uma referência da equipe aqui dentro, porque a maioria dos usuários ainda tem uma ideia do médico enquanto figura, né, central. Por mais que a gente tente... é sempre... em todas as consultas... já conversou com o seu técnico? Tem quanto tempo que você não conversou? E, assim, você vê que não tem uma compreensão. Alguns que estão há mais tempo, já entendem. E que participam. Outros que não participam tanto. Então, eu acabo tendo uma relação muito próxima, mais do que os outros funcionários, né, os outros colegas, até porque, por exemplo, eu sempre tô nessa sala. Ai, quem quiser abrir a porta, abre... não tem aqui aquele fluxo que deveria ter. TR... e falar comigo. Não, aqui, já passa direto... então, isso é comum aqui.

¹⁶² A Portaria 336/02 estabelece uma equipe mínima necessária para o funcionamento dos CAPS. Na prática, como exposto, esse indicativo é usado como limite, sem considerar a complexidade e a demanda.

A gente que tá na coisa do remédio... embora se discuta muito essa importância desse trabalho de equipe para o paciente, né, da desmedicalização da coisa, o processo, caminha muito pra manter a coisa da medicalização ainda. Não dá, porque... eu costumo dizer que, sei lá, no dia que eu atendo doze numa manhã, um participa de oficina. Sabe, um... dois. O resto, não. Aí, encaminho pra o TR, pra o TR ver [...]. Então, ficar só comigo não dá. A gente não tem condição de fazer esse trabalho completo, assim [...] complicado (Psiquiatra 3).

Explícito o processo de ambulatorização nos CAPS, caracterizado pela centralidade do médico, rotina de agendamento, ênfase na medicação, tem-se, também, o problema do inchaço das agendas, caminho da temida “cronificação dos usuários nos Serviços”.

[...] eu já estando aqui há muito tempo, desde 2014, então, a maioria dos pacientes, é retorno, tá estável, mas, assim, não diminui nunca, assim, não diminui nunca a quantidade de pacientes numa manhã, numa tarde. Sempre uma quantidade muito alta. Eu recebo alguns alunos aqui, né, então, eu faço um turno a mais, então eu tenho cinco turnos no serviço, um de reunião, então eu tenho quatro turnos de atendimento. E não dá conta (Psiquiatra 3).

Apesar de todos os entraves, a reflexão da Terapeuta Ocupacional 2 é de que a perspectiva de reforma instaurada na Saúde Mental, por si mesma, já inscreve a possibilidade de uma outra prática, mais consequente, mais propositiva e provocadora de mudanças efetivas na relação com o sujeito adoecido.

Então para mim, reforma psiquiátrica é uma mudança né? na perspectiva do cuidado, é uma melhora significativa, acho que a gente não tem muito essa visão né de que houve essa melhora porque a gente acaba focando sempre nos entraves né, o CAPS tem um monte de problema. Tá, mas, assim, eu acho que houve muito avanço né, avanço na perspectiva de poder trabalhar gestão do território, de você poder sair pro lugar de vida desse paciente, poder entender esse entorno nas relações que estabelecem fora, ajudar na organização do cotidiano, processo de troca dele, entendeu? Eu acho que isso é muito enriquecedor, para mim isso é Reforma.

6.3 DA REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A partir das constatações presentes no item anterior, observa-se que as mudanças foram muito mais tímidas em Salvador. No tocante à relação entre os membros das equipes, apesar da conformação de um campo de responsabilidades compartilhado através da função de Técnico de Referência, há uma vinculação de dependência destes ao saber médico, atribuindo-se a este maior poder de decisão, o que dificulta

a ruptura com o modelo biomédico, sobretudo no manejo das crises. Percebe-se o estreitamento dos laços interpessoais proporcionalmente ao maior ou menor investimento na construção coletiva de um novo fazer profissional.

Olha, eu acho mais é... menos tranquilo o trabalho em equipe do que com o usuário, com o usuário eu me dou melhor (risos). [...]

Tanto faz o lado da mesa que se está, foi isso que eu falei desde o começo porque eu posso tá aqui, mas eu posso tá aí também e pode não ter mesa e pode ter uma roda tá?! Mas eu acho que as questões de vaidade, as questões egóicas, as questões, digamos, de competitividade, as questões das relações sociais em equipe, elas dificultam por demais o trabalho que já é tão empobrecido materialmente né, e o pouco preparo também que as pessoas têm nessa... nesses trabalhos. Tem gente que vem trabalhar aqui que nunca soube o que é luta antimanicomial. [...]

E o que que se espera daquilo. Então é como se tivesse colocando regras que às vezes não cabem né, dentro do esquema que eu falei com você, então com a equipe é mais difícil (Psicóloga 1¹⁶³).

[...] essa coisa do núcleo e do campo, né? É... a gente se mistura tanto, se mistura tanto, que em alguns momentos, na verdade, fico assim: meu Deus, cadê a psicóloga? (Risos) Sabe? Então, mas, ao mesmo tempo, é muito rico. Tem muitos embates, e embates necessários, mesmo, a reunião técnica é um momento bastante ... muito produtivo, eu acho, né, que a gente vê ali todas as ... cada um, dentro da sua categoria, e ao mesmo tempo, tentando encontrar algo que seja comum, né, a todos, a nosso trabalho, um norte, né? Acho que é isso (Psicóloga 2¹⁶⁴).

No tocante à relação com os usuários, embora esteja presente a noção de busca de uma horizontalidade, visando a construção de projetos com e a partir das suas necessidades, valorizando a constituição do vínculo, pressupostos do modelo de desinstitucionalização, lança-se mão do papel simbolicamente coercitivo do aparato policial, com sua presença constante em algumas unidades, como a mediar as relações. Há, ainda, divergências intra-equipes quanto à forma da relação com os usuários. O pano de fundo é a suposta periculosidade do usuário, por um lado, e o saber impositivo, de outro, característicos do modelo asilar.

Traz uma lógica, né, diferente e assim, cuidadosa com esse cuidado com o usuário, né, a gente entende as especificidades já que a gente trabalha com uma grande parcela de pessoas em situação de rua, né, então a gente vai compreender o contexto de vida dessas pessoas, né, e por vezes, por mais que eles, é... Tratem a gente com um certo, assim, desrespeito, é... Uma certa violência, mas a gente também entende, né, de que ponto tá partindo essa violência, de que ponto tá partindo esse desrespeito, né, então, trabalhar com a população, principalmente, a população em situação de rua não é fácil, né, mas o vínculo facilita muito, muito, muito mesmo. [...]

¹⁶³ A psicóloga 1, 63 anos, é profissional concursada da rede há 13 anos.

¹⁶⁴ A psicóloga 2, 35 anos, é profissional concursada do CAPS e tem experiência de 13 anos em saúde mental.

É o vínculo, o segredo de toda... O manejo, o manejo de crise, né, de aproximação, é... O vínculo facilita... Um usuário que a gente tem vínculo, ele aproxima a gente de outro usuário que a gente não tem quase vínculo, e isso aí facilita muito a vinculação de novas pessoas.¹⁶⁵ (Enfermeiro 1).

“[...] e essa é a luta, né, de que a gente precisa olhar para os usuários como cidadãos, né, que são pessoas que precisam ser encorajadas a estar nesse lugar, empoderadas, e às vezes a gente vê um excesso de maternalismo muito grande e que limita demais o usuário, né... então até o exercício dele de cidadania, ou muitas vezes ver o usuário como alguém que está ali, infelizmente tem muito isso... é que... como se fosse inimigo, como se ele estivesse ameaçando, como se a gente tivesse a sina do usuário e que esse usuário esteja... seja seu inimigo, quando não é isso. Eu entendo que as relações podem ser muito mais horizontais né, horizontalizadas. É um espaço de troca. Você tem que estimular esse usuário (Assistente Social 2¹⁶⁶).

O lócus da atuação, prioritariamente, é o CAPS, com iniciativas particulares voltadas para o território, ainda assim limitadas pelas restrições na forma do deslocamento. Embora até a promulgação da Portaria 3.588/17 o hospital psiquiátrico não estivesse contemplado na RAPS, em Salvador, este nunca deixou de ser o espaço de contenção nas crises, explicitando a complementaridade entre dispositivos dos modelos distintos. A atenção à crise ocorre por meio da institucionalização, ainda quando as equipes intensificam a presença no território. A implicação, para os usuários, é a restrição de liberdade, violência como forma de contenção e abordagem reducionista da crise, em geral, justificada pela falta do espaço físico do CAPS III.

Quanto à relação entre os Serviços e o poder público, esta é marcadamente centralizada, distanciada, hierarquizada, mantendo um vínculo de submissão das equipes, as quais, por sua vez, reproduzem expressões de impotência, dependência e descrédito.

[...] se realmente as pessoas abraçarem e a gente tiver subsídios para que as coisas aconteçam de fato, não tenho sombra de dúvidas, mas se você coloca uma instituição já falida e sem recursos, acho que tem algo por trás que quer realmente que não aconteça, não é uma coisa que você... não existe uma troca dialógica de que eu acredito que você vai funcionar e vamos investir nisso, então acredito que há uma mudança de paradigma, eu

¹⁶⁵ Enquanto aguardava esta entrevista, observei as discussões da equipe e dos usuários sobre um conflito grave que ocorrera no dia anterior, entre dois usuários, com deliberação coletiva para o impedimento do acesso ao CAPS de um usuário envolvido. Observamos, na área externa ao Serviço, o usuário em questão abordar o profissional, disposto ao diálogo: “Uma aproximação e que acaba facilitando, né...[...] E que eu, enquanto equipe, posso aproximar ele dos outros da equipe que tem uma fragilidade aí, né...” (Enfermeiro 1).

¹⁶⁶ A assistente social 2, 37 anos, é profissional concursada da rede há 6 anos.

sei que preciso de investir nisso, mas ao mesmo tempo o mercado me diz que eu preciso investir em outra coisa e aí como a gente está na teoria do capital de que o mercado fala mais alto do que o ser humano, então é muito cruel eu acho, a gente vivencia uma realidade esquizofrênica, bem adoecedora mesmo e quem entende fica sem poder fazer muito, porque parece que você está remando contra a maré, mas eu acho que essas mudanças de paradigmas que você começa na comunidade e isso vai ampliando um pouco mais... (Terapeuta Ocupacional 3).

Com relação à adesão, concepção e envolvimento dos profissionais, percebeu-se quase unanimidade na afirmação do modelo de atenção psicossocial e rejeição do modelo asilar como norteador do trabalho.

Então a gente precisa sair da casinha, precisa se despir dos nossos preconceitos, da nossa formação clínica, porque a maioria da formação acadêmica clínica, não é uma formação psicossocial, a maioria das formações, a minha não foi graças a Deus, mas assim, a formação do médico é assim, do enfermeiro, do psicólogo acaba sendo muito clínica, então aquela questão do consultório e a gente não só trabalhava com o discurso mas a gente trabalhava com a experiência, com a ação e com o que tem nos dados de realidade e nada mais concreto do que você trabalhar com a AB, com os ACS que conhecem a área, que sabem como é a dinâmica da comunidade, tráfico, enfim, você precisa entender como é que funciona para você até oferecer suporte a esse indivíduo, você não vai dizer “ah você faça uma coisa” e isso é completamente surreal para ele, não é a realidade dele, entendeu? eu vou dizer assim “você vai fazer dieta”, “tá, como vou fazer dieta se eu ganho X e minha realidade é comer pastel todo dia, acarajé todo dia porque a pessoa me dá e é mais fácil para mim”, então assim você precisa trabalhar saúde dentro da realidade que ele tem. Eu não posso ir além do que ele pode me oferecer. Para mim isso é a base (Terapeuta Ocupacional 3¹⁶⁷).

Em menor proporção, mas ainda presente, está a expressão de uma certa dúvida quanto à eficácia do modelo anterior, bem como uma comparação com as experiências da rede privada, que incorporou parte da metodologia da reforma, oferecendo oficinas e ampliação da equipe profissional, sem, contudo, redimensionar as bases da relação com os sujeitos adoecidos e a perspectiva do cuidado.

[...] então, o pouco que eu conheço é um discurso que é comum na Rede, né? De profissionais que são da Reforma, profissionais que são movidos por esse ideal. Eu não conhecia... e, na verdade, ignorava, até então... até chegar no CAPS... e apesar de ter quase cinco anos aqui, eu estou numa fase de observação. Eu ainda não criei minha opinião formada. Ainda estou tentando entender. [...].

É porque eu sou questionador de natureza. Tudo que eu ouço, eu falo: e se fizesse de um outro modo? Ai, todas as verdades que todos os profissionais

¹⁶⁷ A terapeuta ocupacional 3, 42 anos, trabalha no mesmo serviço há 10 anos, tendo passado pelas variadas formas de vínculo trabalhista: REDA, TAC e Estatutário.

dos CAPS acreditam... se eu queria conhecer... ter acesso a profissionais dos hospitais, queria conhecer psiquiatras fora dos que estão no CAPS para ver uma outra opinião... uma outra... verdade, vamos entender assim. Então, eu ainda estou numa fase de tentar entender. Tô começando a pesquisar, ler sobre... (Oficineiro 1¹⁶⁸).

[...] mas a principal dificuldade é o investimento do poder público. Porque eu entendo, como a [...], que é um hospital dia, particular, mas funciona muito parecido com um CAPS. Eu conheço profissionais que trabalham lá e eles têm recursos que a gente sonha. Ontem, mesmo, a gente tava num evento que a Faculdade [...] promove todo mês de maio, no mês da Luta... na semana da Luta, aí, teve apresentação de diversos CAPS e teve uma apresentação de pacientes da [...] e a qualidade do recurso... Eu sou artista. Eu trabalho com música, já fiz alguns vídeos, alguma coisa assim... algumas coisas pessoais minhas...o vídeo que os usuários da [...] produziram, eu não tenho capacidade nem qualidade de produzir quando eu tô trabalhando [...] E os usuários lá, os recursos que eles tinham... é fantástico. Às vezes, aqui, a gente tem dificuldade de tesoura e papel. Não tem. Aí, a dificuldade com o recurso é... é tremenda (Oficineiro 1).

Outrossim, há uma parcela dos profissionais que, apesar de uma adesão formal ao modelo de atenção psicossocial, reproduz a cultura manicomial em ações, atitudes e resistências que conflitam com os esforços de reorientação. Assim como em BH (cf. p. 167 -168), essa “herança” do modelo asilar suscita reflexões sobre o impacto nas relações intra equipes.

[...] tem algumas pessoas que a gente compartilha do mesmo pensamento, tem pessoas que tem o pensamento da clínica, que acredita que o lugar de fazer tratamento é a sala e a gente vai permeando os diversos saberes e posturas, vai tentando argumentar. [...]. Tem os altos e baixos da equipe, tem vezes que a equipe entra em períodos de crises, mas a gente tem muitas diferenças e divisões na equipe (Terapeuta Ocupacional 3).

Percebe-se, na experiência da equipe do CAPS 1, ao debruçar-se de forma reflexiva sobre a própria prática e empreender um movimento desafiador rumo ao território, uma atitude autopoietica (MERHY, 2007)

Quanto à formação entre os profissionais, reproduz-se, também aqui, a formação incipiente na graduação, ou totalmente voltada para o paradigma asilar, sem um modelo oposto para confrontar. Por outro lado, a implantação do novo paradigma não se desenvolveu de modo que a formação em serviço favorecesse um processo de transição entre modelos. Reproduzem-se, portanto, capacitações engessadas e / ou dissociadas do cotidiano dos serviços, impossibilitando uma filosofia da práxis que leve à superação do modelo instalado.

¹⁶⁸ O Oficineiro 1, 39 anos, é concursado e trabalha na rede há 4 anos.

A adesão do conjunto dos profissionais ao desafio de um modelo instituinte, é, portanto, mais passiva, menos implicada, como que ainda distante da dimensão ético-política da reforma. (GRAMSCI, 2001). Quando questionados quanto à aproximação com o movimento antimanicomial, berço e referência do movimento reformista, os 33 profissionais entrevistados em Salvador, assim se posicionam:

Tabela 2: Relação com o Movimento Antimanicomial

Categorias	Quantidade	%
Sim	09	27,27
Não	21	63,63
Já participou, mas está afastado	03	9,10

Mesmo entre os que declararam ter relação com o Movimento Antimanicomial, prevalece a participação nos eventos do 18 de maio e/ou a relação com membros da Associação Metamorfose Ambulante – AMEA. Apenas uma entrevistada declarou-se militante:

Sim, sim. Eu participei da construção da I Parada do Orgulho Louco, em 2008, né? Eu tava na reunião (pausa) É muito difícil falar (chora). Dá uma saudade... Ô meu Deus. Eu participei da reunião que surgiu essa ideia ... eu me lembro (Psicóloga 2).

O conjunto dos fatores analisados leva, portanto, à percepção de uma realidade bastante distanciada, em Salvador, do modelo de desinstitucionalização. Comparando-se com o processo analisado em BH, diante do mesmo projeto de reforma, é possível afirmar que tal cenário se dá, na capital baiana, menos pela impossibilidade de concretização da transformação idealizada, do que pela renúncia, em diversas formas e instâncias, à utilização dos mesmos dispositivos acionados alhures, seja no âmbito do SUS, do aparato jurídico-legal, técnico-assistencial, sociocultural, financeiro ou ético-político.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já explicitado, este estudo origina-se de inquietações despertadas no cotidiano do meu exercício profissional e militância dedicados à consolidação da Reforma Psiquiátrica enquanto política pública brasileira. Destina-se, portanto, a uma reflexão sobre a implicação dos sujeitos envolvidos com a problemática da Saúde Mental, com ênfase na contribuição dos profissionais que, ao longo do processo, imbuídos de uma condição específica de saber, assumem papéis de concepção, organização, direção e/ou operacionalização dessa política.

Buscando uma análise do papel destes profissionais balizada pelo conceito gramsciano de Intelectual Orgânico - para o qual é almejada a incorporação de uma dimensão ético-política à práxis, ensejando a conquista da hegemonia do projeto ao qual se vincula - formulei, como tese, que a capacitação/cultura e comprometimento ético-político dos profissionais contribui positiva ou negativamente para o sucesso da Política de Saúde Mental. Ressalve-se que, por fundamental que seja o papel desses sujeitos imbuídos de um mandato profissional, vincula-se, inevitavelmente, a sua participação às condições históricas, políticas e culturais do contexto em que atuam, não lhes cabendo toda a responsabilidade pelos resultados obtidos.

Assim, fez-se mister partir de uma reflexão sobre a história desse complexo campo da saúde mental, buscando apresentar, inicialmente, os determinantes que influenciaram a construção do modelo asilar a partir dos argumentos incorporados pelos sujeitos que o instauraram. Ali, destaca-se junto com o nascimento do asilo, a constituição de um campo de saber profissional – a psiquiatria – legitimado por um contexto social de mercantilização do ser que lhe atribui o mandato de exclusão do “doente mental” em nome da proteção da sociedade contra quem às suas normas não se adapta (BASAGLIA, 2005). Observa-se, naquele contexto, a formulação e legitimação das noções de incapacidade, cronicidade e periculosidade do doente mental, justificando o asilamento, assim como toda a dinâmica do tratamento asilar, cuja tecnologia, no dizer de Machado *et al.* (1979), é o próprio espaço asilar. Tais formulações, obviamente, estiveram a cargo de intelectuais orgânicos identificados com o modelo instaurado.

No período pós II Guerra Mundial, observa-se, a partir do apelo ao resgate dos direitos humanos, a eclosão de movimentos que irão questionar o papel hegemônico do hospital psiquiátrico e reivindicar outra resposta à problemática social da loucura (TENÓRIO, 2001). Entre os diversos movimentos que se destacaram – notadamente na Inglaterra, com a experiência da Comunidade Terapêutica e na França, com a Psiquiatria de Setor – destaca-se, na perspectiva aqui adotada, a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, de inspiração gramsciana. Diferente das outras propostas reformistas, o movimento encabeçado por Franco Basaglia, abrindo-se à complexidade do campo, expõe a institucionalização como raiz dos problemas e ousa propor a superação da hegemonia do hospital psiquiátrico como locus de tratamento. Trata-se, então, da inscrição de intelectuais orgânicos identificados com outro projeto em torno da atenção à saúde mental, guiado por princípios emancipatórios.

A experiência italiana é adotada como referência pelo movimento social que, no Brasil, aglutinando trabalhadores e usuários, empreende a tarefa de questionamento do modelo assistencial até então vigente e conquista de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Num processo minuciosamente relatado nas páginas deste escrito, permeado de avanços, retrocessos e desafios, evidencia-se a disputa de concepção e interesse que atravessa as últimas três décadas, no cenário brasileiro, provocando distintos posicionamentos dos atores sociais envolvidos e uma heterogeneidade nas experiências de implantação da reforma psiquiátrica, a depender das condições ideopolíticas e das conjunturas.

A partir da triangulação dos dados obtidos por meio de análise bibliográfica e documental, entrevistas narrativas e observação direta, nas duas capitais brasileiras – Belo Horizonte e Salvador – foi possível analisar o movimento dos profissionais envolvidos nos diferentes contextos. Tem-se, a partir daí, como importante consideração, que, havendo uma reprodução, no âmbito da saúde mental, da disputa pela hegemonia de um projeto conservador (o modelo asilar) e um projeto de cunho emancipatório (o projeto de desinstitucionalização), a cada um deles adere e constitui-se um grupo de intelectuais orgânicos (GRAMSCI, 1975).

É patente que, sendo a disputa de distintos projetos societários um fenômeno da democracia política (NETTO, 2006), é nos contextos de garantia de liberdades políticas fundamentais que se viabiliza o confronto dos projetos antagônicos ensejando a conquista dos membros da sociedade. Ao contrário, em contextos autoritários, apenas ganha expressão o projeto articulado aos interesses do grupo no poder, sendo inviabilizada a ampliação do debate.

Conforme explicitado no resgate histórico deste estudo, é no contexto de reconstrução da democracia que o projeto de desinstitucionalização inscreve-se e consegue avançar, no âmbito internacional (a partir do período pós II Guerra Mundial), assim como no período de redemocratização brasileira. Em ambos os contextos, instauram-se processos que aglutinam, em torno do projeto contra-hegemônico, seus próprios intelectuais orgânicos, passando a disputar, com o projeto instituído, a hegemonia.

Assim é que, no Brasil, a partir de uma mobilização inicial de trabalhadores do campo da saúde mental, desde o final da década de 1970, desdobrou-se a organização do movimento social, o qual conquistou a instauração, enquanto política social, de uma reorientação do modelo de assistência à saúde mental, cujo marco legal é a Lei 10.216/01. Reorientado de modo a pautar-se por uma compreensão da complexidade do campo, antes reduzida à dimensão biológica, o modelo incorporou, entre os seus intelectuais /militantes, aqueles que iriam produzir outras reflexões teóricas – “os saberes insurretos” (FOUCAULT *apud* LOBOSQUE, 2006). Uma produção teórica autônoma, concomitante a novas experiências práticas nos novos Serviços, onde a formação de “trabalhadores de um novo tipo” se dava a partir de uma “reinvenção cotidiana da assistência”. Tais construções visavam uma ruptura com o saber institucionalizado, uma ampliação do saber, operando disputas no campo científico, ainda que incorporando parte do conhecimento teórico já elaborado.

Ampliando-se o alcance das ações de saúde mental, ampliou-se também o campo do conhecimento requerido, incorporando, conseqüentemente, profissionais advindos das diversas áreas, entre os quais se gestariam novos intelectuais orgânicos, ocupados da concepção, organização e operação do novo modelo, bem

como da sua legitimação e difusão. Tendo entre os precursores diversos psiquiatras, configurou-se, para esta categoria, o desafio de disputar a adesão dos seus pares, já que aí se encontram, também, os intelectuais orgânicos do modelo asilar.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, possui uma dimensão ético-política, requerendo, para a sua consolidação, a adesão intelectual e moral ao projeto por um conjunto representativo da sociedade, e a incorporação, pelo conjunto dos seus operadores, de uma filosofia da práxis que traduza uma nova forma de olhar e relacionar-se com a “loucura”. O papel dos profissionais, então, no sentido gramsciano, tem uma importância crucial, como demonstra a análise das experiências de Belo Horizonte e Salvador.

Ficou evidente que o projeto de implementação da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte contou com condições históricas favoráveis, entre as quais figura instauração de um contexto democrático. Naquela capital, a partir da década de 1990, um conjunto de profissionais sensibilizado pela proposta – notadamente após conhecer a experiência da Reforma Psiquiátrica em Santos – optou por permanecer vinculado ao setor público, mobilizando-se para a construção da reorientação do modelo de atenção à saúde mental.

Desse grupo emergiram intelectuais orgânicos que encontraram respaldo no poder local, principalmente nos mandatos de partidos progressistas, que se comprometeram com a gestão participativa e com a efetivação do SUS – Política Social garantidora do direito à saúde instaurada no mesmo período no país. Assim, resultaram também da potencialização dos dispositivos do SUS – princípios e diretrizes, estrutura, financiamento – a efetividade na construção de uma rede de serviços territoriais substitutivas aos hospitais psiquiátricos, principalmente na atenção à crise, considerada, em geral, um nó crítico na transição de modelos. Longe de ser um processo concluído, carece de avanço nos sentidos da atenção psicossocial.

As circunstâncias acima elencadas favoreceram também em Belo Horizonte a instalação de um processo de educação permanente, reflexivo, crítico, possibilitando a aproximação com uma compreensão e busca de respostas à complexidade do

campo da saúde mental. Resulta, ainda desse contexto, o fortalecimento do movimento social e a construção de espaços de difusão da cultura animanicomial entre o conjunto de trabalhadores e a população usuária, configurando a consolidação do modelo substitutivo. A experiência da Reforma Psiquiátrica, em BH, é, portanto, exitosa, embora enfrente riscos de retrocesso no cenário atual, pelas transformações e crise no país.

Já em Salvador, a ausência, no mesmo período de implantação da Reforma Psiquiátrica em âmbito nacional, de um contexto democrático na esfera estadual e municipal inviabilizou o processo participativo em torno das modificações na esfera da Saúde Mental, processo esse que chegou a se delinear no período curto de gestão progressista no governo estadual, mobilizando a categoria médica em torno da entidade representativa dos psiquiatras. No período subsequente, entretanto, a entidade se afasta do ideal reformista, passando a mobilizar seus associados em torno do modelo centrado no hospital, à medida que a rede hospitalar privada vai se tornando o maior empregador dos profissionais da categoria.

À esfera municipal, mantendo-se sob o domínio do gestor estadual até a segunda metade dos anos 2000, faltou autonomia para a instalação, no âmbito do SUS, das prerrogativas necessárias à implantação da Reforma Psiquiátrica, só chegando esta a ser tratada, enquanto obrigação do gestor local, a partir de uma imposição judicial. Portanto, com a conquista tardia – somente em 2006 – da gestão plena da saúde, sem fazer uso dos mesmos dispositivos garantidos pelo SUS que possibilitaram a consolidação da rede substitutiva em Belo Horizonte, resta, ainda hoje, uma rede fragilizada nos seus diversos aspectos, muito distante de ser substitutiva, reproduzindo uma complementaridade com os hospitais psiquiátricos.

Assim, na ausência uma esfera participativa que favorecesse a influência e legitimação de intelectuais orgânicos implicados com a reforma psiquiátrica antimanicomial, no campo profissional, manteve-se a fragilidade dos profissionais das diversas áreas requeridos para a atenção psicossocial, por meio de vínculos trabalhistas precarizados, que dificultavam sua organização. Igualmente, não se instaurou o necessário processo de educação permanente reflexivo, dificultando a apreensão do caráter transformador da reforma.

Deslegitimado o espaço de apreensão da complexidade do campo, sem suporte das instâncias gestoras, reproduziu-se, para os novos profissionais, a apreensão do novo modelo como passível de convivência e/ou complementação com o modelo asilar, num perspectiva simplificadora. Outrossim, o contexto favorável aos operadores do modelo antigo empodera seus intelectuais orgânicos, vinculando a maior parte da categoria médica à reprodução do modelo que lhes instituiu, enquanto saber profissional, o poder no trato com a “loucura”.

Contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduz-se, ainda hoje, no cenário soteropolitano, a relação hierarquizada entre profissionais médicos e demais categorias profissionais, assim como entre a Instituição hospital psiquiátrico e os demais dispositivos da rede. Assim, à incorporação dos princípios da Reforma pelo conjunto dos profissionais opõe-se a inviabilização, pela falta de garantia do processo em outras instâncias, ocasionando a estagnação no processo de mobilização.

A partir da pesquisa realizada, fica demonstrada, portanto, a importância do contexto democrático para o avanço do projeto, bem como a complexidade da trajetória, a qual evidencia dois elementos fundamentais: a atuação dos intelectuais orgânicos, por um lado, e as condições históricas, por outro lado. Fica patente, também, que as limitações surgidas no processo são uma realidade própria dos projetos de transformação. Transformação essa que se dará, um dia, com a conquista da hegemonia, desde o alcance, por um conjunto representativo de atores sociais, da sua dimensão ético-política.

Em que pese as dificuldades da atualidade, os profissionais continuam sendo os que mais se aproximam da realidade, sendo, portanto, estratégica a sua contribuição. No contexto atual, em que vem reconquistando hegemonia o modelo tradicional, cuja crítica aos aspectos em que a Reforma não avançou oferece como solução a retomada do reducionismo, faz-se ainda mais fundamental a sua mobilização.

Por fim, a partir da ampla análise aqui empreendida, resta comprovada a tese sobre a contribuição positiva ou negativa dos profissionais, a partir da sua capacitação / cultura e comprometimento ético – político, para o sucesso da Reforma Psiquiátrica.

Entretanto, a análise das experiências aqui registrada faz ressaltar como as condições sociopolíticas também influenciam de modo significativo os resultados do processo. Parafrazeando Marx, retomamos aqui a epígrafe desta tese, para reafirmar que são os homens, sim, que constroem a sua história. Mas não o fazem do modo como querem, e sim, a partir de condições históricas determinadas.

REFERÊNCIAS

ABIB, R.; QUEIROZ, M. (Produção). Saúde Mental década de 90 - Ministério da Saúde parte 2. *Youtube*. Publicado em: 17 dez. 2013. (10 min. 30 seg.) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FNvpQ-lpk00>. Acesso em: 30 mar. 2017.

AMARAL, C. E. M. *et al.* Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *In: Interface (Botucatu)* [online]. v. 22, n. 66, p. 801-812, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005005005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 set. 2018.

AMARANTE, P. (Coord.). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ FIOCRUZ, EAD /FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANANIAS, P. Prefácio. *In: REIS, A. T. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

ANDRADE, L. O. M. de. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANTUNES, R. *O novo sindicalismo*. São Paulo: Scritta Editorial, 1991.

ARAUJO, E. O Mundo Vivido de Eduardo de Araujo. *In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ARRUDA, E. *Resumo histórico da psiquiatria brasileira*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

ÁVILA, H. D. D. de. *A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1996 a 2006*. Salvador: H. D. D. Ávila, 2013.

BAHIA, Governo do Estado. *Plano de Desinstitucionalização da Bahia*. Salvador, SESAB, 2019.

BAHIA, Governo do Estado. *Plano Plurianual de Saúde Mental para o Estado da Bahia – 2003 – 2006* (Síntese da Versão preliminar para apresentação ao CES – 26/02/03). Mimeo. 2003.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da Atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde. *In: Rev. Esc. Enfermagem USP*, 2011. Disponível em www.ee.usp.br/eeusp/. Acesso em 14 mar. 2017.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub júdice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização Paulo Amarante. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política Social: fundamentos e história*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra – reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma psiquiatria comunitária. p. 41-47. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *Revista da Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS - *Portaria 106*. DOU 11.02.2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS - *Portaria 224*. DOU 30.01.1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS - *Portaria 251*. DOU 31.01.2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS - *Portaria 3.088*. DOU 23.12.2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS - *Portaria 336*. DOU 19.02.2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. SNAS - *Portaria 189*. DOU 11.12.1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados*. v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/ULv73a>. Acesso em 15 abr. 2018.

BRASIL, República Federativa. *Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=790351&filenome=LegislacaoCitada+-PL+7663/2010. Acesso em: 25 jun. 2019.

BURTON, R. *Institucional Neurosis*. Bristol, John Wright, 1959.

CAMPOS, C. R. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. *In: REIS, A. T. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81231999000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *In: Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, P. J. *Crise: Desafio Estratégico da Reforma.* 2009. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/portal/noticia/381-806>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. Salvador: transformações de uma metrópole da periferia. *In: RIBEIRO, L. C. Q.; RIBEIRO, M. G. (Orgs.). Metrópoles brasileiras: síntese da transformação na ordem urbana 1980 a 2010.* Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrópoles, 2018.

CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.* Tradução de Iraci D. Poletti. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CASTRO, A. M. Fórum Mineiro de Saúde Mental: A alegria e a coragem de se fazer política. *In: NILO, K. et al. (Org.). Política de Saúde Mental em Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

CHUNG, V. M. N. V. Políticas Públicas e a Assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas. *In: FERREIRA, T. (Org.). Caderno Saúde Mental*. v. 4. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2011.

CORREIA, L. C. *Por uma pedagogia da loucura: experiências de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.* 2018. Tese (Doutorado em Direito). Universidade de Brasília – UNB. Brasília, 2018.

COUTINHO, C. N. Gramsci e as Ciências Sociais. *In: Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, v.9, n. 34, dez. 1990.

CUNHA, R. E. *Avançando para a Municipalização Plena da Saúde*. O que cabe ao Município? Brasília; Ministério da Saúde, 1994.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELGADO, J. A. *O pensamento de Marx e o Serviço Social*. [20--]. Mimeo.

DELGADO, P. G.; LEAL, E. M.; VENÂNCIO, A. T. *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1997.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. *Réponse à la Crise*. Departamento di Salute Mentale. Trieste, 1991 (mimeo).

DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DURIGUETTO, M. L. A questão dos intelectuais em Gramsci. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n.118, p. 265-293, abr./jun. 2014.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FRASER, N. Reconhecimento sem Ética? *In: SOUZA, Jessé; MATTOS, Patrícia (Org.)*. *Teoria Crítica no Século XXI*. São Paulo: ANNABLUME, 2007.

GIDDENS, A. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta, 1998.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOHN, M. da G. *Teorias dos Movimentos Sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1994.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. V. 2. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; Co-edição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. v. 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI, A. *Quaderni del carcere*, V. Turim: Einaudi, 1975. v. 4. (Edição Crítica de Gerratana).

GRAMSCI, A. *Quaderni del cárcere*. v. 1. Turim: Einaudi, 1977.

GRAMSCI, A. *Quaderni del cárcere*. v. 4. Turim: Einaudi, 1975. (Edição Crítica de Gerratana).

GRAMSCI, A. *Scritti goivanilli*. 1914 – 1918. Turim: Einaudi, 1958.

GRANEMANN, S. Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho. *In: Revista Em pauta* – Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. N. 20. 2007. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/viewFile/159/184>. Acesso em: 08 set. 2019.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *In: O Social em Questão*. Ano XXII, n. 44, maio/ago.2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M.; ZUARDI, A. W. O impacto do trabalho em profissionais de serviços de saúde mental. *In: BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; BARROSO, S. (Orgs.). Avaliação de Serviços de Saúde Mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

JONES, M. *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.

LEAL, E. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos*. 1994. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

LIGUORI, G; VOZA, P. *Dicionário Gramsciano (1926-1937)*. São Paulo: Boitempo, 2017.

LOBOSQUE, A. M.; ABOU YD, M. N. A cidade e a loucura. *In: REIS, A. T. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. *In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006.*

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *In: Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 155-170, 2017.*

MACHADO, L. A. *O Plano Local de Saúde Mental. Área Técnica de Saúde Mental / SES /MG, Belo Horizonte, 2007.*

MACHADO, R. *et al. Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.*

MALTA, D. C. *et al.* Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário – centrada. *In: REIS, A. T. et al. (Orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.*

MANIFESTO DE BAURÚ, 1987. Disponível em: www.capufpfileswordpress.com/2007/12/manifesto-de-baurudoc. Acesso em: 02 nov.2011.

MAREK, F. *Gramsci e il movimento operário dell' Europa occidentale. Crítica Marxista, Roma, n. 3, 1967.*

MARX, K. *O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte. São Paulo: Centauro, 2006.*

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: Expressão Popular, 2008.*

MATOS, M. C. de. *Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.*

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. *In: Análise de Política na Saúde. 2011. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=1015>. Acesso em: 13 out. 2019.*

MERHY, E.; AMARAL, H. (Orgs.). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, 2007.*

MINAYO. M. C. de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.*

MOLESINI, J. A. O. *A Reforma Sanitária na Bahia: um lugar na história (1987 a 1989). 2011. Tese (Doutorado Enfermagem). Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.*

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MS – Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília-DF, 2004.

NASCIMENTO, E. B. *Construção do projeto ético político do serviço social a partir do estudo de caso de um Hospital Psiquiátrico da Bahia*. Salvador: UCSAL, 2014.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Orgs.). *Guia do Projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

NESM-BA. *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*. Salvador, 1993.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NETTO, J. P. *Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, J. P. Entrevista Interview. In: *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro. v. 9. n. 2, p. 333-340, jul./out.2011. Disponível em www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/10.pdf. Acesso em: 03 mar. 2018.

NICÁCIO, M. F. de S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Campinas, SP: [s.n.], 2003.

OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, E. G. A Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: Uma parceria com as equipes de Saúde da Família. In: NILO, K. *et al.* (Org.). *Política de Saúde Mental em Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

OTONI, C.; ZACHEÉ, K.; SOARES, M. A política pública de inserção produtiva: afirmação de um projeto. In: NILO, K. *et al.* (Org.). *Política de Saúde Mental em Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética. In: *Intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. *In: CFESS / ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2009.

PITTA, A. M. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Política. *In: Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 12. Rio de Janeiro, Dec. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 14 abr. 2017.

RAMALHO, C. S. Paradigmas: Uma visão da Loucura Através das Diferenças. *In: O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1997.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. *In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. *In: NICÁCIO, M. F. (Org.). Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SALVADOR, Prefeitura Municipal. *Plano de Saúde Mental para Salvador*. 2000. Mimeo.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde de Salvador (SMS-SSA). *Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021*. Salvador, 2018. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em 22 set. 2019.

SAMPAIO, J. J. C. *Epidemiologia da imprecisão: processo saúde / doença mental como objeto da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, ago.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SANTOS, A. de F. *et al.* Incorporação de recursos de telessaúde em BH – experiência pioneira com impacto na assistência e na formação. *In: MAGALHÃES JUNIOR, H. M. (Org.). Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

SANTOS, A. L. N. Direitos Humanos e Cooperação Internacional. *In: IVO, A. B. L. (Coord.). Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social: 81 problemáticas contemporâneas*. p. 176-182. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013. (Coleção Trabalho e Contemporaneidade).

SARACENO, Benedetto. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá /Instituto Franco Basaglia, 2001.

SEMINÁRIO - 35 anos de Basaglia no Brasil: Mesa Venite a Vedere: Miriam Abou-Yd. Forum Mineiro de Saúde Mental. *Youtube*. Publicado em: 04 dez. 2014. (13 min. 22 seg.) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FNvpQ-lpk00>. Acesso em: 30 mar. 2017.

SILVA, M. V. C. da. Da loucura às rosas. *In: TOLEDO, J. F. (Org.). (Colônia): uma tragédia silenciosa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

SILVA, M. V. O. *Loucura, Instituição e Sociedade*. Fragmento de Dissertação de Mestrado. Do pré-psiquiátrico ao pós-psicanalítico: cursos e percursos da trajetória da cultura psicológica na Bahia. 1995. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1995.

SILVA, M. V. O. Mesa de Abertura. *In: Seminário Nacional para Avançar a Reforma Psiquiátrica: Construindo uma agenda positiva*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007.

SILVA, R.; ABOU YD, M. N. Hospitalidade Noturna na Saúde Mental: a nossa luta é por delicadeza. *In: MAGALHÃES JUNIOR, H. M. (Org.). Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

SIMIONATTO, I. *GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, L. B. de; BARROSO, M. G. T. Pesquisa Etnográfica: Evolução e Contribuição para a Enfermagem. *In: ESCOLA ANA NERY. Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 150-5, março de 2012.

SOUZA, P. J. de C. Resposta à crise: A experiência de Belo Horizonte. *In: NILO, K. et al. (Org.). Política de Saúde Mental em Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TURCI, M. A. (Org.). *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. *In*: PITTA, Ana Maria Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

VENÂNCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. (orgs.). O campo da atenção psicossocial. *Anais do 1º. Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 1997.

VILAÇA, E. *et al.* *Implantação e desenvolvimento de Distritos Sanitários: conceitos chaves*. 1991. Mimeo.