

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

Thaís Silva Acácio

O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção

Rio de Janeiro

2019

Thaís Silva Acácio

O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadores:

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Ana Paula Freitas Guljor

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A168p Acácio, Thaís Silva.
O processo de reforma psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção / Thaís Silva Acácio. -- 2019.
111 f. : graf.

Orientadores: Paulo Duarte de Carvalho Amarante e Ana Paula Freitas Guljor.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Psiquiatria - tendências. 3. Saúde Mental. 4. Hospitais Psiquiátricos - história. 5. Participação Social. 6. Saúde Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Thaís Silva Acácio

O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 29 de março de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dra Juliana Perucchi
Faculdade de Psicologia/UFJF

Prof. Dra Tatiana Wargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz

Prof. Dra. Ana Paula de Freitas Guljor (Oriendatora)
Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz

Rio de Janeiro

2019

Àqueles que mudaram minha visão de mundo e minha vida desde meu primeiro contato: *louco, doido, maluco, pinel, tam tam, psico, 22, biruta, paciente psiquiátrico, portador de transtorno mental, usuário em sofrimento psíquico*, e tantos outros rótulos. Pessoas! Gente! Seres humanos por tanto tempo subjugados, invisibilizados, enclausurados, estigmatizados, e há tantos anos incompreendidos neste mundo adoecido pela racionalidade.

AGRADECIMENTO

A produção deste trabalho me ensinou muito, não somente no âmbito profissional, mas fundamentalmente no âmbito pessoal. Amadureci em aspectos que eu jamais imaginaria no início de todo este processo. E por tudo isso, muitos são os agradecimentos a fazer:

A Deus, por essa força inexplicável, que me dá coragem e segurança em dias difíceis.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, desde sempre. Seja pelo estímulo aos estudos, ao pensamento crítico, seja pela formação ética e responsabilidade social.

Ao Daniel, por ser o melhor companheiro que eu poderia ter na vida, que acreditou em mim quando nem eu mesma acreditava. Que quando eu tinha receio até de fazer a inscrição no processo seletivo do mestrado, me mostrou que eu poderia ser capaz. Vibrou com muita alegria a aprovação, aguentou com leveza a distância imposta pela mudança necessária para a realização do curso e participou ativamente de todo o árduo processo, com muita (mas MUITA) conversa, propostas, sugestões, e muito amor.

Aos meus irmãos, Tânios e Juliana, por estarem fisicamente tão longe, mas sempre tão perto. Ainda que não tenham aprendido até hoje o significado de nenhuma das mil siglas que eu uso cotidianamente, eles entendem sim de afeto, demonstrado por curiosidade e incentivo. Aos seus respectivos companheiros, que também participaram ativamente desta construção, seja por percepções e construções sobre a saúde mental com a Miriam, seja por diálogos e ensinamentos de Foucault com o Iriê.

À Julia, pela amizade de uma vida, pelas palavras de apoio, pelas broncas, pelo carinho e ajuda com meu trabalho, e que, juntamente com o Filipe, sempre me abrigaram com muita alegria, porta-copos e Netflix. E à Lalá também, que junto com a Julia formam “minhas comis”, as melhores “irmãs sem sangue” que alguém pode ter.

A todos os demais familiares, pelo carinho traduzido em apoio e interesse. Em especial à Thalita, por além de ser prima e comadre, durante a dissertação assumiu papel também de orientadora e revisora.

À minha turma de mestrado, que me faltam palavras para descrever. Um grupo de muita luta e força, que em um contexto acadêmico contemporâneo tão competitivo, incansavelmente se ajudou e cooperou para que crescêssemos sempre todos juntos. Fossem

por mensagens em grupo ou privadas, conversas pessoalmente e muitos abraços, o afeto foi mesmo muito revolucionário nesta turma. Carrego um carinho especial por cada um de vocês!

Ao grupo “Fome de Quê?”, que sempre me alimentou de amor. Tão importante saber em um contexto de crise, das incontáveis adversidades dos últimos tempos, àqueles que estarão ao seu lado. Seja em um bom papo com vista para o Pão de Açúcar, seja em um breve almoço cheio de risadas na “AS[h]FOC”. Ou mesmo como ensinar a fazer capa sem numeração e sumário automático, ou aprender a fazer notas de rodapé. Vocês são incríveis: amo vocês!

Ao meu orientador, Paulo Amarante, que se transformou de um grande ídolo para um grande mestre. Se ainda na faculdade conhecê-lo era um sonho distante, se tornar sua orientanda de mestrado era inimaginável. E minha co-orientadora, Ana Paula Guljor, que foi uma feliz surpresa no mestrado, sempre disponível com muito carinho e sugestões.

À minha analista, Zulmira Buzan, por ter a sensibilidade e assertividade necessárias aos meus conflitos internos, minhas inseguranças e indecisões. Sem ela eu não teria coragem sequer de fazer a seleção do mestrado e certamente também não teria chegado ao fim deste processo. A análise transforma vidas, e sem dúvidas (ou através de muitas dúvidas e incertezas) transformou e transforma a minha.

Aos entrevistados da pesquisa, que disponibilizaram não somente tempo, mas histórias de vida. Vocês foram fundamentais para toda a construção deste estudo. Sinto-me extremamente honrada com a participação de cada um.

Ao Henrique Lacerda, historiador responsável do Arquivo Histórico da Prefeitura de Juiz de Fora; ao Jefferson Timoteo Oliveira, bibliotecário da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; e à Rosane Jaques, da Divisão Assistencial do Departamento de Saúde Mental da Prefeitura de Juiz de Fora, que dedicaram tempo do seu trabalho com muita boa vontade e disponibilidade à construção do meu.

À Fiocruz, por ser esta referência que sempre me despertou admiração, e tanto contribuiu para minha formação. Aos mestres que estiveram nesta trajetória, por serem a ferramenta de transformação desta instituição. Ressalto aqui agradecimento àquelas que secretamente nomeei de “musas da Fiocruz”. Pesquisadoras de garra, que fazem de seus estudos e aulas instrumentos de mudança, e são para mim fontes de inspiração e força feminina. Com o grave risco de esquecer alguma, são elas: Roberta Gondin, Luciana Dias de Lima, Isabela Soares Silva, Marilene Castilho Sá, Creuza Azevedo, Lilian Miranda, Cristiani

Machado, Mônica Martins. E, em especial neste grupo, agradeço à Tatiana Vargas Baptista, que já era para mim uma referência bibliográfica ainda na graduação, se tornou referência de didática na especialização e mestrado, e de sensibilidade acadêmica na qualificação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por apoiar financeiramente meus estudos. Sem a bolsa de mestrado esse trabalho jamais seria possível.

Por fim, agradeço imensamente ao Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROEX-CAPES), por acreditar em minha pesquisa, e disponibilizar apoio financeiro para a realização deste estudo.

Este trabalho é fruto de um processo coletivo, amparado por afetos vindos das mais diversas fontes: familiares, amigos, professores, e toda a complexidade que me trouxe até aqui. E a todos os envolvidos, direta ou indiretamente para a concretização deste sonho, serei eternamente grata.

*Nem sempre tudo foi bom como é agora. Na escola, aprendemos que antigamente, nos tempos sombrios, as pessoas não percebiam quão mortal era a doença do amor. Durante muito tempo ela era inclusive encarada como um sentimento bom, a ser celebrado e buscado. Claro que essa é uma das razões que o tornam tão perigoso: **afeta nossa mente, impedindo-nos de pensar com clareza ou tomar decisões racionais sobre nosso próprio bem-estar** (...). Naquela época, as pessoas identificaram outras doenças, como estresse, problemas cardíacos, ansiedade, depressão, hipertensão, insônia, transtorno bipolar, sem perceber que eram, na verdade, apenas sintomas que, na maioria dos casos, resultavam do **amor delíria nervosa**.*

LAUREN OLIVER, 2012, p.8.

RESUMO

O processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma construção

O presente trabalho aborda o processo de Reforma Psiquiátrica no município mineiro de Juiz de Fora. Este esteve inserido no que era popularmente chamado de “corredor da loucura”, em que a expressiva maioria dos leitos psiquiátricos de Minas Gerais se encontrava nos municípios de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora. Outro importante fator histórico é que este teve sua história também marcada pela “indústria da loucura”, chegando ao significativo número de 1792 leitos psiquiátricos, distribuídos em sete hospitais psiquiátricos privados no município na década de 1980. A criação do primeiro estabelecimento psiquiátrico na cidade é ainda em 1939. No entanto, o processo de descredenciamento destes se deu de maneira bastante distinta, sendo que os dois primeiros foram descredenciados ainda na década de 90, e o último no ano de 2015. Para se aproximar desta realidade primeiramente se fez necessária a aproximação com as quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Estes conceitos auxiliam na compreensão desta realidade enquanto um processo social e complexo. Outra construção teórica relevante a este estudo foi a análise arqueológica, proposta por Michel Foucault. Isto porque a construção histórica deste estudo não visa um postulado, uma verdade universal, mas as condições de possibilidade dos acontecimentos. Assim, foi feita pesquisa documental em produções acadêmicas, normativas, ou mesmo jornalísticas. Com estes dados coletados fez-se uma construção histórico-documental. Foram realizadas ainda entrevistas semiestruturadas, com pessoas que de alguma forma participaram deste processo: profissionais, gestores e usuários. A escolha dos entrevistados se deu de maneira não probabilística, a partir do método “bola de neve”. Através da transcrição destas entrevistas, produziu-se então uma construção histórica a partir dos olhares, das percepções subjetivas dos entrevistados. Por fim, conclui-se que muitos são os fatores que se comunicam e que fazem parte desta dinâmica construção: a forte tradição manicomial e seus efeitos na cultura do município; a importância da participação social; as particularidades da construção da rede municipal de saúde mental, a constituição dos dispositivos, a territorialidade; a questão política e dos jogos de poder; os efeitos do imaginário social da loucura; e da importância de dar visibilidade a todo este processo.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Análise Arqueológica.

ABSTRACT

The process of Psychiatric Reform in the city of Juiz de Fora

This study approaches the process of Psychiatric Reform in the city of Juiz de Fora. This city was inserted in what was popularly called *corredor da loucura* (corridor of madness), in which the expressive majority of the psychiatric beds from Minas Gerais state were in the cities Belo Horizonte, Barbacena and Juiz de Fora. Another important historical factor is that this same city has its history also marked by the *indústria da loucura* (industry of madness), reaching the significant number of 1792 psychiatric beds, distributed in seven private psychiatric hospitals, during the 1980s. The creation of the first psychiatric establishment in Juiz de Fora was in 1939. However, the closure of these occurred in quite different ways, with the first two closings in the 1990s, and the latest in the year of 2015. In order to approach this reality, first was made important and necessary the four dimensions of the Psychiatric Reform: theoretical-conceptual, technical-assistance, legal-political and sociocultural. These concepts helped understanding this reality as a complex and social process. Another theoretical construction relevant to this study was the archaeological analysis proposed by Michel Foucault. Therefore, the historical construction of this study does not aim to achieve a postulate, a universal truth, but the conditions of possibility of the events. Thus, documentary research was done on academic, normative, or even journalistic productions. With these data collected, a historical-documentary construction was made. There were also semi-structured interviews with people who somehow participated in this process: professionals, managers and those in treatment. The sample was given in a non-probabilistic way, using the snowball method. Through the transcription of these interviews, a historical construction was produced from the looks, the subjective perceptions from the interviewees. Finally, it is concluded that many are the communicating factors that are part of this dynamic: the strong asylum tradition and its effects in the culture of the city; the importance of social participation; the particularities of the local mental health network, the constitution of the devices, territoriality; the political question and the games of power; the effects of the social imagery of madness; and ultimately the importance of giving visibility to the this whole process.

Keywords: Psychiatric reform; Mental Health; Archaeological analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Frequência de AIHs por Grupos de Causa em Juiz de Fora nos anos de 1994, 95 e 96.	44
Gráfico 2 – Distribuição dos Gastos com AIH do SUS/JF em 1996	44
Quadro 1– A Atenção Primária à Saúde Mental: o Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora-MG	52
Quadro 2 – Descrição dos Entrevistados	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infância e Juventude
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CLIS-JF	Comissão Local Interinstitucional de Saúde de Juiz de Fora
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRRESAM	Centros Regionais de Referência em Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESP-MG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GEDAE	Grupo Espírita de Apoio a Enfermos
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
HRJP	Hospital Regional Dr. João Penido
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
HPS	Hospital Pronto Socorro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISM	Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPP	Núcleo de Atenção ao Paciente Psicótico
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PADQ	Programa de Atenção a Dependência Química

PAP	Programa de Atenção ao Psicótico
PASMC	Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança
PIAS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PJF	Prefeitura Municipal de Juiz de Fora
PNASH-Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares versão Psiquiatria
PROESAM	Programas Especiais em Saúde Mental
PTA	Programa de Transtorno de Ansiedade
PTD	Programa de Transtornos Depressivos
PTH	Programa de Transtorno de Humor
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SAS	Secretário de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1. Introdução.....	16
2. Alienismo, Luta Antimanicomial e Reforma Sanitária	19
2.1. Construções da Saúde Mental e Atenção Psicossocial	19
2.2. Recortes sobre a Saúde Pública no Brasil.....	28
3. Construções Metodológicas: uma aproximação com a Arqueologia de Foucault.....	35
4. Uma construção histórico-documental da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora ..	43
5. Olhares Sobre o Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora	61
5.1. O Histórico Manicomial: a dimensão teórico-conceitual	62
5.2. A Rede de Saúde Mental de Juiz de Fora: a dimensão técnico-assistencial.....	66
5.3. As Decisões Políticas e Normativas: a dimensão jurídico-política	76
5.4. Participação Social, Militância e Recursos Comunitários: a dimensão sociocultural	79
6. Considerações Finais.....	87
BIBLIOGRAFIA	97
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) USUÁRIOS E FAMILIARES.....	104
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PROFISSIONAIS E GESTORES	106
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)	109
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS E FAMILIARES.....	110
APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS E GESTORES ..	111

1. Introdução

O presente trabalho surge de questões vivenciadas por mim desde o primeiro contato com a saúde mental, ainda na graduação em Psicologia. Durante este período tive a oportunidade de realizar estágios e projetos de extensão nesta área, e por vezes me questionava sobre o que ocorria neste campo em Juiz de Fora, minha cidade natal, e se as práticas estavam em consonância com as demais no Brasil e no mundo.

Depois de formada persistiam muitas dúvidas e inquietações, que me fizeram buscar uma especialização em saúde mental na Fiocruz. Neste momento eu pensava enquanto estudo a possibilidade de analisar criticamente a progressão de leitos psiquiátricos do município em tela, concomitante com o processo de desinstitucionalização. No decorrer do curso percebi que este ainda não era meu foco. Alterei então para uma proposta de análise de serviços da rede de saúde mental.

Ao ingressar no mestrado, através do contato com as mais diversas disciplinas, bem como com a possibilidade de orientação, meu olhar se dirigiu para este processo, esta construção de Reforma Psiquiátrica de Juiz de Fora. A ideia não seria mais então uma análise de serviços, em uma tentativa de apontar erros e/ou acertos. Para além do momento questionador do processo crítico e conceitual da assistência psiquiátrica, neste novo momento, a proposta seria então se debruçar sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, vislumbrando através de diversos atores e documentos, a história possível, o processo dinâmico, com suas contradições, incertezas e possibilidades.

Um importante ponto que fez com que estas novas possibilidades de construção surgissem foi o contato mais próximo com as construções teóricas de Michel Foucault. Me debruçar um pouco mais nas propostas de uma análise arqueológica trouxe sentidos (e desrazões) que desde o início, mesmo que sem saber, eu estava a procura. Como dito pelo próprio autor: “Uma história que não é a de sua perfeição crescente, mas, antes, a de suas condições de possibilidade; (...). Mais que de uma história no sentido tradicional da palavra, trata-se de uma ‘arqueologia’” (FOUCAULT, 2002, p. XIX).

Se uma construção metodológica se iniciava, algumas perguntas ainda permaneciam: qual então seria o recorte a fazer? Qual seria a história a buscar? Neste árduo e maravilhoso processo acadêmico de constante construção de minha pesquisa, me deparei com a possibilidade de me refazer, e fundamentalmente de me “permitir o não saber”. Não somente pelo contato com a literatura que me apontava que “A investigação arqueológica deve desfazer-se dos vários reconhecimentos prévios do seu objeto e deixar que o movimento de

escavação dos enunciados reconstrua o objeto no decorrer da análise.” (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015, p. 158-159), mas também com a necessária ponderação de meu orientador, que lembrou o papel do pesquisador enquanto aquele que vai a campo buscando aquilo que não sabe, diferente de uma postura, muitas vezes por mim previamente sustentada, de querer reafirmar aquilo que já se sabe. Todo este processo foi de uma tamanha importância difícil de expressar em palavras. Ir a campo com este novo olhar me permitiu contato com possibilidades antes inimagináveis.

Fez-se fundamental, portanto, abordar uma construção histórica, com suas limitações, tensões e paradoxos. A construção do paradigma psiquiátrico data de alguns séculos. No entanto, possibilidades de intervenção em uma nova lógica de cuidado são marcos muito recente no decorrer deste processo. Em paralelo a esta construção histórica, uma outra também fundamental se construía, que era a da saúde pública no país. O primeiro capítulo busca então traçar estes elementos, da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, em suas facetas no Brasil e no mundo. Longe de almejar a completude de temas tão amplos e complexos, o estudo busca alguns elementos centrais a esta construção aqui proposta, bem como seus pontos de interseção.

No capítulo seguinte expressa-se esta construção metodológica, que se deu com muito aprendizado e desafios. Primeiramente de entender a complexidade que as dimensões da Reforma Psiquiátricas propostas por Paulo Amarante (2013) representam: dimensão teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Conceitos que não buscam enquadrar ou enrijecer, mas, muito pelo contrário, complexificar o olhar. Entender que estas são dimensões importantes e que se comunicam no decorrer de todo o processo auxilia na compreensão de que a Luta Antimanicomial, que os processos relativos à saúde mental, não se resumem à reformulação de serviços ou assistência. Esta é uma luta por uma sociedade mais justa, com garantia de direitos humanos a cidadãos por tantos anos destituídos de fala, de visibilidade. Para a construção deste estudo também foi fundamental a aproximação com outro autor: Michel Foucault. Na busca por uma história que não se dá de maneira linear, que não busca uma verdade, um postulado universal, as construções teóricas deste autor sobre análise arqueológica se fez imprescindível. Assim, o que se buscou construir com este trabalho não foi uma verdade única e categórica, mas diferentes formas de compreensão da realidade, que se complementam, ou mesmo se contradizem, sem que com isso se anulem. Assim, o campo de estudos deste trabalho se deu através de documentos históricos, sejam eles produções acadêmicas, normativas ou mesmo jornalísticas; e um total de 13 entrevistas semiestruturadas com alguns atores que participaram de alguma maneira deste processo: seja

enquanto profissional na linha de cuidados, seja enquanto profissional gestor do Departamento de Saúde Mental de Juiz de Fora, seja enquanto pessoa em tratamento, tanto na rede pública como privada. Para a seleção destes sujeitos de pesquisa utilizou-se o método “bola de neve”, no qual a escolha dos entrevistados é configurada através de cadeia de referências, ou seja, de maneira não probabilística em que o próprio contato com o campo e os entrevistados aponta novos sujeitos de pesquisa (VINUTO, 2014).

Para apresentar estes dados pensou-se na divisão então de dois capítulos: um que abordasse uma construção histórico-documental, através dos documentos supracitados. Neste, os dados são apresentados em certa linearidade, em que pouco a pouco vai se construindo este processo histórico da Reforma Psiquiátrica no município de Juiz de Fora, através de acontecimentos importantes, peculiaridades do município, ou mesmo dos efeitos da legislação estadual e federal a esta construção. No capítulo consecutivo este mesmo processo histórico é então apresentado de uma nova maneira: através dos olhares, das construções subjetivas, das contradições presentes neste processo. Escapa, neste sentido, a possibilidade de uma linearidade histórica, mas se formula então uma construção a partir das dimensões propostas por Amarante (2013), dando assim visibilidade para a complexidade possível e presente neste processo.

Por fim, nas considerações finais alguns pontos de discussão, e algumas percepções pessoais a partir da construção deste estudo: a forte tradição manicomial e seus efeitos na cultura do município; a importância da participação social; as especificidades da rede municipal de saúde mental, a constituição dos dispositivos, a territorialidade; a questão política e dos jogos de poder; os efeitos do imaginário social da loucura; e, por fim, da fundamental importância de visibilidade deste processo, enquanto uma construção dinâmica, sempre permeada por novos desafios, novos acontecimentos, que precisa cotidianamente ser legitimado, na busca por uma sociedade justa, com garantia de direitos, e sem manicômios.

2. Alienismo, Luta Antimanicomial e Reforma Sanitária

Com a finalidade de elucidar o contexto no qual o trabalho em tela está inserido, o presente capítulo visa a construção de um referencial teórico que abarque a constituição da saúde mental, ainda do início da concepção de alienação mental, ao contemporâneo paradigma psiquiátrico. Inserido nesta história encontra-se o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se deu através dos movimentos sociais, especialmente da Luta Antimanicomial.

Entendendo que este processo ocorre concomitantemente à própria construção da saúde pública no país, fez-se necessário então extrair alguns recortes deste amplo e complexo movimento histórico da Reforma Sanitária. Propõe-se assim a apresentação de questões basilares à melhor compreensão do Processo de Reforma Psiquiátrica de Juiz de Fora.

2.1. Construções da Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Desde os primeiros momentos de sua instauração, o alienismo já era objeto de muitas críticas. Segundo Paulo Amarante (2013), no período clássico o hospital desempenhava função eminentemente de “hospedaria”, isto é, não havia neste momento esta concepção enquanto uma instituição médica. Como afirma Castel “É preciso lembrar que o hospital só se tornou um meio prioritariamente médico no século XIX (...). Sob o Antigo Regime, a população dos hospitais não era constituída somente de doentes nem de todos os doentes” (CASTEL, 1978, p. 45)

O enclausuramento em asilos se deu no século XVII enquanto medida à desorganização social e à crise econômica na Europa, provocadas pelas mudanças nos modos de produção, isso é, uma maneira em que regimes absolutistas e totalitários operavam o ocultamento da miséria (DESVIAT, 2015). Neste momento, o mecanismo utilizado eram as chamadas *lettre de chachet*. Sobre estas temos:

Os outros enclausuramentos, isto é, a maioria dentre eles, eram efetuados a partir de uma ‘ordem do rei’ ou *lettre de chachet*. Essa ordem era outorgada por intermédio do ministro da Casa real, por iniciativa da autoridade pública ou por iniciativa das famílias. Desta forma, quando um insano perturbava a ordem pública, os serviços da chefia de polícia de Paris e os intendentés, nas províncias, podiam solicitar uma ordem de internação ao rei. (CASTEL, 1978, p. 17)

Com o início da sociedade industrial, a partir do século XVIII, as cidades começaram a aglomerar pessoas que não encontravam lugar nessa nova ordem de produção (LANCETTI e AMARANTE, 2006). O louco não era entendido enquanto doente, e sim como um dentre os vários que haviam abandonado o caminho da razão. Os hospitais passaram a receber então os delinquentes e desajustados, incorporando a estes papel disciplinar. O enclausuramento ainda não tem, neste momento, uma conotação médica ou patológica (AMARANTE, 1998).

Michel Foucault refere-se a esse processo como “A Grande Internação” (FOUCAULT, 2009), em que os Hospitais Gerais, herdando o modelo existente para o que até então se conhecia de “tratamento para a lepra” passaram a ser macro instituições asilares. Ainda segundo o autor observa-se que:

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar (FOUCAULT, 2009, p. 8).

Até este momento a loucura gozava de certa liberdade (OLIVEIRA, 2009). Não era prática vigente o costume de excluir os desviantes em instituições de cerceamento de liberdade, posteriormente descritas por Ervig Goffman como “instituições totais” (GOFFMAN, 2015). Como aponta Foucault, no livro “História da Loucura na Idade Clássica”, obra esta que se configura enquanto grande marco do que se entendia do paradigma psiquiátrico até então, serão necessários quase dois séculos para que o molde de exclusão e enclausuramento preconizado para a lepra dê lugar à loucura (FOUCAULT, 2009).

Com a transição ideológica que se deu na Europa com a queda de regimes totalitários, dando lugar a “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, instaura-se neste momento um paradoxo em relação à loucura. O enclausuramento anterior a este período remetia diretamente ao absolutismo, logo deveria ser abolido. Assim, as autorizações reais para internação, as tais *lettres de cachet* deveriam ser suprimidas, e os alienados já não podiam mais ser enclausurados (DESVIAT, 2015). Afinal, nenhum homem poderia ser preso ou detido, a não ser em casos de delitos previstos em lei. No entanto, a loucura não é um delito (CASTEL, 1978). Assim, as novas normas sociais proibiam a privação de liberdade sem garantias jurídicas.

A medicina, como aponta Castel (1978), se molda enquanto “liberal” em uma sociedade liberal. É curioso observar então o nascimento do saber (e do poder) psiquiátrico. Como, nestas condições de sociedade a loucura esteve, por tanto tempo, vinculada ao hospício?

No período do Iluminismo, também denominado Idade da Razão, por seus preceitos de racionalidade, o conceito de alienação (que do latim refere-se à ruptura, ao delírio) foi justificativa suficiente à exclusão destas pessoas consideradas “alienadas e desviantes”. O louco é aquele então que vem abolir a possibilidade de liberdade, pelo seu descomprometimento com a razão. Assim, seu confinamento constitui-se enquanto medida de caráter jurídico, retirando uma liberdade que sua própria conduta, tida como irracional e

delirante, já havia abolido. Por esta via, internar era organizar a liberdade. E para tanto, a loucura deveria ser conduzida à razão, por meio do encontro com o médico. A reclusão de alienados, neste momento, passa a ser definida como algo terapêutico e indispensável: isolar estas pessoas de um mundo perturbador, de paixões irritantes. A loucura tornou-se objeto médico: ganhou valor de doença (YASUI, 2010).

Esta era a precondição do tratamento do alienista, daquilo denominado “tratamento moral”. Era preciso confiná-los em lugares apropriados: os asilos. Surge assim a internação enquanto prerrogativa de tratamento (DESVIAT, 2015). Deste modo, o ato fundador de Philip Pinel, tido como “pai da psiquiatria”, não foi somente a famosa “retirada das correntes dos alienados”, mas sobretudo, o ordenamento do espaço hospitalar. Fato importante a se observar neste momento é que: “Se a psiquiatria nascente vinculou seu destino ao da instituição totalitária, e por tanto tempo, não foi só por razões técnicas nem somente por razões políticas, mas pela conjunção estritamente regulada, no espaço e no tempo, dessas duas séries” (CASTEL, 1978, p. 51).

Faz-se necessário aqui perceber não apenas o surgimento da psiquiatria, mas o lugar da própria medicina neste contexto. Com o surgimento dos Estados Modernos e de maior sistematização dos conhecimentos, as concepções de saúde e doença sofrem severas alterações, principalmente com o engendramento da anatomopatologia. As práticas de cuidado agora recaem não somente sobre a forma de lidar com a patologia (como segregação para a lepra, quarentena para a cólera), mas também sobre o doente (FOUCAULT, 2017a). Aparece assim então uma preocupação com a educação da população, com a higienização, e estas práticas surgem também na organização dos hospitais e na normatização da medicina. O referencial teórico passa a ser então a racionalidade biomédica, e começa a se firmar uma aliança entre o saber médico e o Estado. Ainda segundo este autor, temos: “Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente (...). Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.” (FOUCAULT, 2013, p. 7).

O século XIX traz para o cenário psiquiátrico o desafio cientificista de tornar-se uma especialidade, sobretudo uma especialidade médica respeitável. Para isto, a psiquiatria precisa adotar métodos empíricos, baseados nas ciências naturais (OLIVEIRA, 2009). A ética da psiquiatria incorpora o direito sobre o corpo, a vontade e o comportamento do paciente psiquiátrico, com respaldo empregado pelo “saber científico”. De tal modo, ainda que a hospitalização enquanto isolamento proposto por Pinel fosse de fato um marco importante e uma mudança de olhar, buscando pela primeira vez um “propósito de cura, e não de morte”, e

engendrando ao hospital valor terapêutico (AMARANTE, 2013), o que se observou com a história foi:

Os métodos eram ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que poderia, ao mesmo tempo, infantilizar e culpabilizar o louco. Pinel, depois de haver “libertado os acorrentados”, reconstituiu em torno deles um encadeamento moral, que transformou o asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento. (...) a sanção tinha de seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal (YASUI, 2010, p. 85) .

Desta maneira, ainda segundo o autor supracitado, “As correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas, sobretudo, de palavras” (YASUI, 2010, p. 87). Porém, como descreve Desviat:

Mas houve fatos não previstos pelos primeiros alienistas, que logo se uniram às características constitutivas dos novos asilos, os manicômios. O otimismo em que se baseara a psiquiatria, o otimismo dos primeiros alienistas, sua confiança na possibilidade de cura do louco, própria daqueles tempos esclarecidos, dominados pela confiança na razão e no sujeito humano, logo iria esgarçar-se (DESVIAT, 2015, p.24)

A construção deste momento histórico não se trata, pois, de uma busca por “responsáveis originários”, ou por culpar este ou aquele acontecimento histórico. Esta seria uma busca tanto sem sentido quanto anacrônica. O que se pretende, portanto, diz da compreensão de um contexto, de uma lógica primordial e norteadora neste período. Ainda sobre esta construção: “O alienismo pineliano ganhou o mundo, principalmente em decorrência do contexto e das questões atreladas ao seu surgimento, isto é, a Revolução Francesa, os princípios libertários, republicanos, democráticos e igualitários que influenciaram inúmeros países” (AMARANTE, 2013, p. 35).

Até a segunda metade do século XIX, não havia no Brasil nenhuma assistência médica específica à população em sofrimento mental. No entanto, em meados de 1830, um conjunto de médicos, de maioria formada por higienistas, passa a reivindicar enquanto medida de higiene pública, a construção de um hospício para alienados. Este grupo, que tinha grande respaldo social, inclusive sendo seus membros os criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, foi responsável pelo desencadeamento de importante movimento pela criação deste estabelecimento (COSTA, 2007). Criticava-se, à época, que aqueles entendidos enquanto loucos estivessem abandonados pela cidade com questionamentos, inclusive, ao modo de tratamento realizado neste período pela Santa Casa de Misericórdia. Estes médicos reivindicavam, portanto, que esta população pudesse ser tratada em asilo arejado e higiênico, e não mais em celas insalubres oferecidas nos hospitais gerais. Assim:

Em 1841, o imperador Pedro II assina o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, que veio a ser inaugurado em 1852. A partir de então, os doentes mentais foram todos reunidos no Hospício D. Pedro II, cuja direção permaneceu, no entanto, confiada aos religiosos da Santa Casa de

Misericórdia. Somente a partir de 1881, data da criação da cadeira de ‘Doenças Nervosas e Mentais’, um médico generalista, Nuno de Andrade, assume a direção do estabelecimento. (COSTA, 2007, p. 40)

Existem acontecimentos outros à constituição deste paradigma psiquiátrico no Brasil que não cabem aqui neste trabalho¹. Válido destacar, no entanto, que há neste contexto a construção então da psiquiatria brasileira enquanto instrumento científico, tecnológico, e, portanto, de poder.

Após a Segunda Guerra, em tempos de reconstrução social, maior tolerância e sensibilidade às diferenças, a sociedade chegou à conclusão, por diferentes vias, que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido (DESVIAT, 2015). Como sugere Erving Goffman, ao introduzir seu texto sobre as instituições asilares:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida (GOFFMAN, 2015, p. 17).

A sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos pouco diferenciavam dos campos de concentração (AMARANTE, 2013). O período pós-guerra tornou-se então cenário para projetos de reforma psiquiátrica contemporâneos, atualizando críticas e propondo reformulações nas instituições asilares (AMARANTE, 1998). Muitas foram as propostas para mudança deste modelo assistencial prestado pela psiquiatria até então, em todo o mundo: Comunidade Terapêutica, a princípio na Inglaterra; Psicoterapia Institucional, na França; Psiquiatria de Setor, também na França; Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos; Psiquiatria Democrática, na Itália (AMARANTE, 1998). Estas foram algumas das mais diversas iniciativas que, com critérios, práticas, e embasamento teóricos distintos, buscavam novas possibilidades à assistência psiquiátrica até então preconizadas.

O Brasil, apesar de contexto distinto aos países mencionados, não tinha uma realidade muito diferente. Afinal, como proposto por Erving Goffman (2015, p. 48) “nas instituições totais (...) as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos”. Assim, ao final da década de 1950, o cenário da assistência psiquiátrica prestada era de superlotação, falta de vestuário, péssimas condições físicas e de assistência (LANCETTI e AMARANTE, 2006). Tal situação

¹ Para leitura mais aprofundada desta construção no país recomenda-se as obras de Jurandir Freire Costa: “História da Psiquiatria no Brasil” (COSTA, 2007); e de Roberto Machado e colaboradores: “Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil” (MACHADO, LOUREIRO, *et al.*, 1978).

possibilitou maior entrada da iniciativa privada, até então com pouca expressividade de assistência neste setor. Especialmente a partir do Golpe Militar de 1964, em que passa a vigorar um modelo econômico de crescente centralização nas mãos do Estado, proliferaram as clínicas psiquiátricas privadas, conveniadas com o poder público. Sobre este processo há uma importante publicação, denominada “Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental”, de Luiz Cerqueira (1984). Nesta o autor demonstra a seguinte progressão de leitos psiquiátricos: de pouco mais de 3 mil leitos privados em 1941 para o alarmante salto de mais de 78 mil leitos em 1978, ao passo que os leitos públicos, neste mesmo recorte temporal, permaneceram praticamente inalterados, isto é, de aproximadamente 21 para pouco mais de 22 mil leitos. Assim, este autor “demonstrou de forma enfática como o processo de privatização da assistência psiquiátrica, chamado por ele de ‘indústria da loucura’, estava em marcha acelerada.” (PAULIN e TURATO, 2004). É preciso enfatizar também, não somente o aumento vertiginoso no número de internações, como também da ausência de controle em relação ao período médio de permanência. Assim, em 1975, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava um limite de 3% de internação resultante de consultas, o contexto brasileiro apontava para 13% de internações. Desta forma, no final da década de 70 e início da década de 80, chegou-se a ter 111 mil leitos psiquiátricos no Brasil (AMARANTE, 2010).

Frente a este cenário, o marco inicial do movimento de Reforma Psiquiátrica no país foi um episódio denominado por “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Profissionais de unidades de tal divisão, na cidade do Rio de Janeiro, deflagram greve em 1978. Esta se deu pelas denúncias de maus-tratos realizadas por médicos destas unidades. As repercussões não se limitam ao âmbito local, e culminam num processo que irá dar origem ao “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” (MTSM) (AMARANTE, 1998). Ocorreram então, em todo território nacional, diversos encontros e congressos decisivos na militância do MTSM, culminando na origem da trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE e TORRE, 2010). Assim, a década de 70 se torna o “período germinativo” da reforma, nos quais se fizeram seus valores e ideais, sem se esquecer do contexto histórico de regime de Estado autoritário (TENÓRIO, 2007). É nela que a política de exclusão começa a ser contestada e com ela o aparato físico, o trabalho da equipe de cuidados, a superlotação daqueles internados, dentre outros (AMANCIO, 2012).

O segundo momento deste processo de reforma se dá pela via da trajetória sanitarista, que tem início na década de 80 (AMARANTE, 1998). Algumas questões importantes deste momento histórico, do que se denominou de Reforma Sanitária, serão mais profundamente abordadas no próximo tópico deste capítulo. O que vale desde já destacar é que, frente a um

cenário de ineficiência e gastos públicos insustentáveis, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Este mesmo conselho, no ano seguinte, aprova através da Portaria nº 3.108, de 21 de dezembro de 1982, o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária (MPAS, 1983), com vistas a estabelecer uma mudança gradual e progressiva. Na proposta elaborada por este conselho consta:

Nos últimos tempos, dentre todas as enfermidades, aquela que teve maior incremento em sua incidência foi, sem dúvida, a doença mental, conforme diagnóstico da OMS. Se, por um lado, o desenvolvimento econômico e tecnológico tem sido significativo em termos globais, apresenta graves distorções e desvirtuamentos que levam ao paradoxal agravamento das dificuldades de grandes parcelas da população. (MPAS, 1983, p. 9).

Há também neste documento o questionamento do modelo asilar, que, apesar de já haver críticas a este no período, na prática era o que ainda prevalecia; entre outras constatações e considerações. Este foi um importante marco não somente para a construção da Reforma Psiquiátrica, mas enquanto um marco na construção da saúde pública e da Reforma Sanitária.

Ainda na década de 80 o MTSM passa a ganhar mais respaldo e prestígio, contando com o apoio e participação de pessoas que outrora estiveram internadas, bem como de familiares de internos (AMANCIO, 2012). Em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde mental, conhecido como “Congresso de Baurú”, é lançado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, em que tal movimento adquire força e amadurecimento (AMARANTE e TORRE, 2010).

Outros fatores que contribuíram para a Reforma foram a Constituição Federal de 1988, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. Sem estes, dificilmente seria possível a efetivação deste processo reformista (AMANCIO, 2012). Afinal, é a partir desta nova Constituição democrática que a saúde passa a ser direito de todos, cabendo ao Estado lhe garantir acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados a promoção, proteção e recuperação da saúde (DESVIAT, 2015). Assim:

Através dos princípios e diretrizes do novo projeto do S.U.S., o sistema de saúde sofre reformulações profundas, no âmbito jurídico-organizacional, político-administrativo e técnico-assistencial, que vão sendo implementadas gradualmente ao longo dos anos 90 (AMARANTE e TORRE, 2010).

Começa, de tal modo, efetivamente a se materializar em serviços extra-hospitalares, intermediários ou substitutivos das macroinstituições asilares, os manicômios (AMARANTE e TORRE, 2010). Ainda no final da década de 80, mais especificamente em em 1987, é criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Luiz Cerqueira, que foi grande influenciador para a criação de serviços inspirados neste projeto, inclusive o

primeiro CAPS de Juiz de Fora, como será elucidado no capítulo específico sobre a construção histórica da cidade. Dos principais objetivos deste novo dispositivo era uma nova possibilidade de atendimento à população, isto é, um filtro entre o hospital e a comunidade. Há ainda proposição de atividades de inserção social e psicoterapia, funcionando oito horas ao dia, cinco dias por semana (AMARANTE, 1998). Já em 1989, a partir de intervenção realizada na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos, e o fechamento deste hospital psiquiátrico privado, foi possível a criação de um novo formato de sistema psiquiátrico, inteiramente substitutivo ao anterior, de caráter manicomial. Nesta nova modalidade, foram realizados diversos trabalhos, como cooperativas, associações, moradias, e a concepção de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em funcionamento 24h por dia. Este foi, sem dúvida, um grande marco para a construção da saúde mental no Brasil.

Ainda no mesmo ano, através do Projeto de Lei 3657/89, apresentado ao Congresso Nacional, inicia-se alterações crescentes nas políticas públicas (AMANCIO, 2012). No texto de tal projeto, proposto pelo parlamentar mineiro Paulo Delgado², havia a proibição, em todo território nacional, da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e os convênios relativos a hospitais psiquiátricos privados (DESVIAT, 2015). Frente a este processo, algumas foram as unidades da federação a também garantir legislação específica para a realidade da saúde mental. Em Minas Gerais foi aprovada a Lei Estadual 11.802, de 18 de janeiro de 1995, que:

Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências.” (BRASIL, 2004, p. 37)

Deste modo é possível demonstrar que, no contexto estadual mineiro, este movimento antimanicomial de resistência às antigas práticas e reformulação da assistência consegue ter grande força política, inclusive com a garantia formal através desta nova legislação que se estabelece. No corpo desta lei há ainda a garantia de novas práticas e a proibição de outras, tais como psicocirurgia (procedimento mais conhecido pelo nome de “lobotomia”) e camisas de força.

Já na década de 90, o Movimento da Luta Antimanicomial surge como ator no processo de reestruturação da atenção psiquiátrica. Utilizando-se das estratégias do Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica configura-se então enquanto política pública

² Válido ressaltar que curiosamente o parlamentar construiu o início sua trajetória política no município de Juiz de Fora.

oficial, tramando suas redes no interior do aparelho estatal (YASUI, 2010). Algumas resoluções normativas começam a ser produzidas, como Portarias e Resoluções. Como a Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 2004, p. 243), que estabelece diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, contemplando, inclusive, questões como funcionamento de NAPS/CAPS. Porém, se por um lado havia o processo democrático consolidado neste momento em âmbito nacional, os problemas econômicos do país se agravaram. A estabilidade econômica foi tida como prioridade fundamental, subordinando outros aspectos da vida social a esta condição. A adoção e defesa deste modelo instaurou-se enquanto forte obstáculo a implementação das políticas sociais propostas pela Reforma Sanitária. “Assim, segregação, violência e exclusão continuam, mais do que nunca, sendo pautas na agenda da discussão nacional” (YASUI, 2010).

Assim, embora o supracitado projeto de lei tenha sido rejeitado em seu texto original, após doze anos de tramitação foi aprovada em 6 de abril de 2001 a Lei Federal 10.216 (BRASIL, 2004, p. 17). Esta é o efeito jurídico de uma série de medidas contempladas pela reforma psiquiátrica, que pretendeu modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, substituindo gradativamente a internação por serviços de saúde mental em âmbito público-comunitário. O texto desta lei, no entanto, não assegurou algumas das intenções mais fundamentais do projeto inicial, tais como a progressiva extinção de leitos psiquiátricos. Ainda assim, é um decisivo marco histórico e social, sendo conhecida por muitos como a “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (AMARANTE, 2013), ou pelo nome do parlamentar de autoria, isto é, a “Lei Paulo Delgado”.

Esta lei é de fato um marco e uma grande conquista para a sociedade. Mas é válido lembrar que muito já vinha e continuou sendo feito, em termos de construções jurídicas neste processo: Portarias, Resoluções, Leis Estaduais, como, por exemplo, a Portaria GM nº106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2004, p. 100), que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos; a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004, p. 125), que estabeleceu as modalidades e complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial; e as portarias seguintes de credenciamento destes serviços; o Programa de Volta Para Casa, que institui auxílio-reabilitação para egressos de internação psiquiátricas, através da Lei Federal 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2004, p. 23). Neste sentido, uma das portarias mais recente que ganhou muito destaque em âmbito nacional foi aquela que institui a Rede de Atenção Psicossocial, isto é, a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Isto porque aborda diretrizes, objetivos gerais e específicos, descreve os

componentes desta rede, seus pontos de atenção, discorre sobre iniciativas de geração de renda e trabalho.

O momento atual é de incertezas, como, dentre tantos acontecimentos, a criação da “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e Assistência Hospitalar Psiquiátrica” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018), em novembro de 2018. Com o discurso de modernidade e atualização científica, supostamente através de debates e diálogos, o que na prática se visa produzir é a retomada de velhas concepções, como o privilegiamento do setor privado, em detrimento do SUS; o retorno da concepção da saúde enquanto meramente ausência de doenças, subjugando toda uma construção histórica de luta social, de mudança de cultura, de produção de autonomia. É cedo, no entanto, para saber quais serão, de fato, as propostas a serem aprovadas³, quais mudanças serão concretizadas, e, principalmente, quais efeitos de todo esse processo mais recente. Ainda assim, é sempre válido afirmar é que a Reforma Psiquiátrica é um processo de construção coletiva, com mais de 30 anos de luta, que produziu efeitos imensuráveis no sentido de uma sociedade mais justa, com garantia de direitos humanos a todos os cidadãos.

2.2. Recortes sobre a Saúde Pública no Brasil

Ao abordar a construção histórica da saúde mental brasileira faz-se fundamental perceber que tais acontecimentos se deram em um contexto mais amplo, não somente no âmbito da saúde em si, mas também de questões sociais e políticas. Assim, busca-se aqui falar sobre a construção da saúde pública brasileira, com o intuito de melhor contextualizar o processo proposto neste estudo.

No ano de 1964, o levante de tropas militares saindo de Juiz de Fora em direção ao Rio de Janeiro foi o marco de instauração do regime militar autoritário no Brasil. Com a justificativa de “restauração da ordem”, medidas diversas de repressão popular foram adotadas, além de posturas econômicas que agravaram ainda mais as desigualdades sociais no país (ESCOREL, 1999). Uma característica marcante deste momento foi a completa reversão da tendência descentralizante em saúde que vinha sendo construída no período anterior. Os

³ Durante a produção deste trabalho uma Nota Técnica, produzida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, foi ao ar no site deste ministério e chamou a atenção da opinião pública. Temas como inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS e financiamento para aparelhos de eletroconvulsoterapia estavam propostos no corpo do documento, o que gerou opiniões distintas. Frente as mais diversas críticas feitas por especialistas da área, posteriormente o documento foi tirado do ar, com alegações por parte do governo de que o texto não estaria pronto. Este acontecimento reforça o momento de instabilidade, incertezas, e também para qual direcionamento aponta o governo que se encontra atualmente no poder.

poderes estaduais e municipais foram desmantelados, criando-se assim um sistema praticamente unitário, fazendo da centralização a lógica vigente (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

Na primeira década deste regime, as questões relativas à saúde eram marcadas por instituições previdenciárias, que ao incorporar vertiginosamente instituições empresariais de caráter privado, conduziram a saúde para uma lógica mercadológica (SCOREL, 1999). Válido frisar que no contexto da saúde mental, é neste período que se configurou o processo conhecido por “indústria da loucura” (CERQUEIRA, 1984), que foi previamente abordado. Assim, fruto de políticas públicas ineficientes, o quadro final era de agravos na saúde da população. Ao reduzir a qualidade do serviço público, este modelo afetava diretamente os graves quadros populacionais de saúde, como altíssimas taxas de mortalidade infantil, epidemia de meningite, expansão da poliomielite e outras endemias (SCOREL, 1999).

Apesar deste cenário, no meio acadêmico se iniciava uma nova concepção, uma nova forma de pensar a área de saúde. Um movimento que teve suas bases a princípio nos Departamentos de Medicina Preventiva, entre 1964 e 1974, mas que posteriormente incorporou as lutas dos movimentos sociais, culminando no denominado “movimento sanitário”. Este engendrou, na história do país, intervenções fundamentais ao que se tornaria o Sistema de Saúde no Brasil (SCOREL, 1999).

Com a crise de legitimidade que começa a assolar o regime ditatorial vigente em meados de 1975, a solução encontrada pelos militares foi dar ênfase às questões sociais. Isto porque:

O fim do período do milagre coincide (e induz) o surgimento da crise deste modelo de política de saúde, marcada pelo decréscimo de recursos destinados ao setor e o aparecimento público de manifestações de protesto e insatisfação com o padrão de cuidado à saúde, mesmo que cerceados pela repressão política ainda vigente (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994, p. 79).

De tal modo, através de “uma abertura lenta, gradual e segura”, passam a ser incorporados especialistas em diferentes frentes sociais, como a saúde pública. Representantes do movimento sanitário passam assim a ocupar cargos importantes no Ministério da Saúde e na Previdência Social. Estes atores foram fundamentais para a transformação e organização dos serviços de saúde que iria vir a ocorrer no país (SCOREL, 1999). No entanto, como proposto por Tatiana Vargas Baptista:

A variedade e natureza das políticas sociais desenvolvidas a partir de 74 demonstra assim o duplo interesse do Estado neste momento, qual seja: a manutenção da ordem com respaldo social e a constituição de um Estado minimamente capaz de produzir desenvolvimento (BAPTISTA, 1997, p. 7).

Sob esta ótica foi implementado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, definindo assim um novo desenho, não somente da assistência e previdência, mas também do modelo de saúde. Isto porque, passa a funcionar em 1978 neste sistema uma autarquia federal e autônoma denominada Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência, o INAMPS. No decorrer dos anos este vai se consolidando em uma rede extensa, estando em todos os estados e diversos municípios, apesar deste ter sido, na prática, um processo intenso de centralização de poder (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

Assim, esta inserção dos iminentes sanitaristas em tais espaços institucionais não se deu com exitosas alterações no modelo hegemônico vigente naquele momento. (SCOREL, 1999). Isto porque é preciso considerar que as propostas e intervenções dos militares neste período, seja no campo social quanto político eram ainda estratégias para manutenção do controle e ordem social. (BAPTISTA, 1997). Desta maneira, o movimento sanitário possuía ainda baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, segundo Scorel, “a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de Saúde” (1999, p. 184).

O movimento supracitado passa a se organizar de forma diversa, com frentes como o movimento estudantil e a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976. Mas é fundamental ressaltar também a participação de movimentos populares no desenvolvimento das ações deste movimento. Lança-se mão, ainda, do discurso médico social, que visa transpor uma lógica preventivista, pela incorporação de uma nova ótica de movimento ideológico e prática política. Já em 1979, no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que aconteceu na Câmara Federal, foi apresentado por este centro de estudos um documento denominado “A Questão Democrática na Área da Saúde” (CEBES, 1979). Este trazia no corpo de seu texto contribuições como saúde enquanto uma questão democrática, isto é, reconhecida enquanto direito universal inalienável, com caráter social de direito e responsabilidade cabível à coletividade e ao Estado. Versava ainda sobre proposta de criação de um Sistema Único de Saúde, de responsabilidade do Estado, abordando inclusive mecanismos de financiamento, dentre tantos outros pontos fundamentais à construção histórica da saúde pública, como descentralização do sistema, produção e distribuição de medicamentos, controle de endemias, formação de profissionais de saúde.

A década de 80 inicia com severa crise financeira, e foi marcada, portanto, por intensas transformações no campo político e social, o que também teve seus impactos ao sistema nacional de saúde. Ainda no final do regime militar, o movimento sanitário, que de certo modo era “marginal”, se configurou enquanto organizado e representativo. Segundo

Escorel (1999) “A partir de 1982, desenvolveram-se, no interior da Previdência Social, propostas de reformulação no setor saúde (...)” (p.189). Assim, no período de transição democrática, a participação da sociedade civil na formulação das políticas ganhou legitimidade. Válido ressaltar, também no ano de 1982, o retorno das eleições diretas estaduais, com a possibilidade assim de aplicação das ideias da reforma sanitária em um universo menor, isto é, em diversos municípios. Até mesmo o próprio governo federal passa a adotar algumas propostas deste movimento, porém muito mais enquanto estratégia discursiva de enfrentamento da crise do que de uma prática concreta neste momento (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994). Outro importante fator a se destacar:

Contraditoriamente, o componente assistência médica da previdência social sofre uma dramática redução de suas disponibilidades de recursos, sendo que a participação do INAMPS nas despesas do SINPAS foi reduzida de 30% em 1976 para 24% em 1981 e 20% em 1982, ao mesmo tempo em que a contestação ao modelo vigente cresce nos meios técnicos e acadêmicos e se generaliza no âmbito da opinião pública (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994, p. 83)

Assim, as críticas passaram a se intensificar, sendo realizadas tanto dos chamados reformistas, quanto da parcela conservadora, e na prática a saúde ocupou lugar de uma “grande vilã”, isto é, da responsável por esta crise financeira previdenciária, especialmente pelo alto gasto, fruto fundamentalmente da descoordenação e ausência de controle daqueles que prestavam serviços assistenciais. (BAPTISTA, 1997). Algumas foram as tentativas e proposições, mas a mais expressiva foi a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. No ano seguinte de sua formação este conselho formulou o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde”, que ficou conhecido por “Plano do CONASP”, que apresentava as principais distorções do sistema de saúde, sob a gerência do INAMPS (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

A discussão engendrada pelo plano do CONASP foi importante para a criação de propostas necessárias visando maior eficiência e eficácia. Dentre as diversas proposições, uma a se destacar foi o Programa das Ações Integradas de Saúde (PIAS), que posteriormente foi denominado apenas Ações Integradas em Saúde (AIS), que:

(...) significou uma proposta de integração e racionalização dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência para o atendimento. (BAPTISTA, 1997, p. 17)

Assim, a partir de 1984, foram implementados princípios como reponsabilidade do poder público, com utilização prioritária dos serviços desta natureza; o planejamento de ações a partir de dados epidemiológicos; valorização das atividades básicas; bem como a descentralização e a hierarquização dos processos e serviços (ESCOREL, 1999).

Com o fim do regime militar e a despeito da grande mobilização pelas eleições diretas em 1984 (sob o slogan “DIRETAS JÁ”), a eleição ocorreu de forma indireta através do colégio eleitoral do Congresso Nacional. Foi eleito Tancredo Neves, político mineiro, no entanto, seu falecimento antes da posse oficial, levou José Sarney ao poder entre 1985 e 1990, novas transformações se deram no sistema de saúde. No final do regime anterior o setor saúde já se apresentava em grande desenvolvimento. As AIS passam a ser então o eixo fundamental da política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática, ganhando assim, a partir da Nova República, expressão nacional e se tornando uma importante ferramenta no processo de descentralização (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

A tentativa de unificar a saúde em um sistema único, com a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) ao Ministério da Saúde se deu com tensões de diferentes setores. Neste contexto, no ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, como um grande marco da história da saúde pública brasileira. Sustentada pela máxima de que “a saúde é dever do Estado e direito de todos” e com significativa representatividade social, “esta passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros” (ESCOREL, 1999, p. 193).

Dos vários desdobramentos desta conferência, um marco importante foi a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Este foi concebido pela Presidência do INAMPS e visava à descentralização dos serviços de saúde, contribuindo para a consolidação e desenvolvimento das AIS (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994). Esta implementação se deu com a dependência dos dirigentes políticos, especialmente aqueles locais; o que iniciou com amplo apoio, mas esbarrou em dificuldades com o decorrer do processo.

O processo histórico se seguiu com a proposição de uma nova constituinte, o que fez com que os ideais da Reforma Sanitária pudessem ser contemplados. Alguns dos mais fundamentais princípios deste movimento passaram então a fazer parte do texto da Constituição, o que engendrou posteriormente o Sistema Único de Saúde. No entanto, se o governo tinha como pretensão a contemplação de políticas sociais, o modelo econômico adotado fez com que estas políticas fossem pouco a pouco substituídas por políticas de caráter conservador. Assim, ao final do governo Sarney, a política de saúde se deu em grande retrocesso, especialmente quanto à descentralização e o privilegiamento do setor público (ESCOREL, 1999).

Ao final de 1990 o movimento sanitário ganhou nova configuração, visto que se tinha em cena uma nova conjuntura, com novos dilemas e desafios a enfrentar. Vários foram estes desafios, de acordo com as diferentes vertentes contempladas por este movimento. Porém, um desafio comum a todos se encontrava em políticas que começaram a ganhar força neste período, não apenas no contexto brasileiro. O projeto neoliberal, que tem como principal fundamento a não participação do Estado na economia. Este foi incorporado em diferentes âmbitos governamentais, e se deu enquanto uma potente tensão à construção social estabelecida até então, visto que caminha na contramão de toda luta até então popularmente construída. Com princípios como privatização de empresas estatais e ênfase na globalização, se instaura enquanto notável desafio até os dias atuais.

Um importante processo que ganha também força especialmente nos anos 90 é a descentralização da saúde. Se no período ditatorial as ações eram extremamente centralizadas na federação, as conquistas garantidas pela criação do SUS passam a trazer um processo de maior autonomia dos demais entes federados. É válido, neste ponto, destacar a importância das Normas Operacionais Básicas (NOBs) para o processo de municipalização da saúde através de mecanismos de repasse de recursos federais para os municípios⁴. Sobre estas normas:

Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo (...) (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001, p. 273).

Assim, através destes instrumentos, mecanismos foram criados para estes repasses, uma vez que a criação de secretarias municipais de saúde, bem como os demais processos de descentralização, era ainda incipiente no início da década de 90.

Com a Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece a NOB SUS 01/93, são implementado o modelos de transferência “fundo a fundo”, para estados e municípios, através de regulação de condicionalidades para esta execução, isto é, a partir de critérios específicos que visavam a descentralização, àqueles que se encontravam em gestão semi-plena (ou incipiente, parcial) (BRASIL, 1993) . Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, que aprova a NOB SUS 01/96, faz com que se estabeleçam critérios para gestão plena. Estes são marcos substanciais para o processo de descentralização da saúde, produzindo autonomia e co-responsabilização entre os entes federados, em especial

⁴ Para melhor compreensão destas normas, mecanismos, contexto histórico, desafios e seus efeitos práticos, recomenda-se a leitura do artigo “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas” (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

para o presente trabalho, relativo à questão municipal, visto que “a municipalização, de fato, reduz os riscos de fragmentação dos serviços, oferece a possibilidade de compreensão das necessidades e das faixas de risco de uma população, constituindo-se a condição ótima para estimular a participação ativa da comunidade” (VENTURINI, 1998, p. 15)

Assim, após a breve contextualização das políticas de saúde presentes neste trabalho, é substancial se pensar nos riscos da incorporação deste projeto neoliberal na contemporaneidade, não apenas enquanto política econômica, que acaba por produzir acirramento nas desigualdades, mas também enquanto desmonte de uma longa construção social, de um histórico de lutas, que culminou com uma grande conquista (ainda que com limitações): um sistema único, descentralizado e democrático.

3. Construções Metodológicas: uma aproximação com a Arqueologia de Foucault

As abordagens qualitativas englobam uma robusta diversidade de vertentes, com conjunto de métodos e técnicas bastante variados. Pelo caráter peculiar do processo em que se deu a construção do campo da saúde mental, pensou-se então na produção desta pesquisa com referencial teórico voltado às metodologias qualitativas. Do período em que esta pesquisa era “mera inquietação”, ainda na graduação em Psicologia, até a concretização dos estudos do mestrado, passando pela especialização em Saúde Mental, muitas foram as possibilidades de abordagem pensadas, ou mesmo do objeto a ser estudado. Progressão de leitos psiquiátricos, análise da rede e dos serviços oferecidos, legislação produzida. O que o decorrer deste estudo proporcionou, no entanto, foi buscar abordar um espectro mais amplo, não mais sobre leitos, serviços, assistência, mas fundamentalmente sobre a complexidade: a construção do processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora.

Mas como então percorrer por tamanho desafio? Qual abordagem traria o arcabouço necessário à aproximação desta realidade?

Uma primeira questão foi a construção da complexidade desta realidade em si. Neste ponto, foi fundamental a noção das quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, propostas por Paulo Amarante (2013):

- Dimensão Teórico-Conceitual: diz da reflexão dos elementos que constituem o paradigma psiquiátrico. Possuem uma perspectiva epistemológica ao abordar os conceitos mais fundamentais da psiquiatria que, como visto no capítulo anterior, foi fundada num contexto em que a ciência significava a expressão máxima da verdade. Deste modo, os conceitos psiquiátricos devem ser avaliados e contextualizados em um determinado modelo de ciência.
- Dimensão Técnico-Assistencial: nesta se faz possível pensar a construção direta dos serviços e da assistência prestada. Os dispositivos devem ser concebidos enquanto aqueles que lidam com pessoas, e não com doenças. Devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividade.
- Dimensão Jurídico-Política: É importante perceber que para a consolidação de uma desinstitucionalização psiquiátrica torna-se fundamental o respaldo jurídico e político, no intuito de sustentar a possibilidade de mudança paradigmática, garantia de direitos humanos e construção de cidadania.
- Dimensão Sociocultural: este processo não se configura enquanto reformulação de serviços, mas em transformação na sociedade. Portanto, esta é uma dimensão estratégica.

Isto porque envolve nas pautas da Reforma Psiquiátrica, a questão de se repensar o imaginário social sobre a loucura. De tal forma, iniciativas diversas que operem diretamente na cultura, convidando os demais atores da sociedade a participar, são primordiais ao movimento de desinstitucionalização.

Ao abordar a Reforma Psiquiátrica enquanto um processo social complexo, com dimensões diversas que se comunicam, o autor traz então a possibilidade de ampliação desta abordagem, da complexidade deste objeto, e da importância de suas mais variadas facetas. Esta construção teórica auxilia também na visibilidade de aspectos por vezes subjugados, e articula, portanto, embasamento teórico para possibilidades deste olhar.

Ao se estabelecer a construção da complexidade desta realidade persistia ainda a questão: por quais meios se aproximar? Qual seria então a abordagem metodológica a auxiliar a construção deste estudo?

Acredito ser válido, neste ponto, incorrer sobre a minha própria desconstrução enquanto pesquisadora. Os questionamentos sobre a realidade da saúde mental de Juiz de Fora me permeiam desde o período da graduação. Estar inserida ainda enquanto estagiária já me fazia perceber algumas questões delicadas, questionar o contexto e discordar de algumas práticas. Assim, no início deste estudo, ainda que veladamente, minha busca era pela verdade, ou mesmo por responsáveis. O que o aprofundamento nos estudos me permitiu foi perceber a não linearidade da história, a complexidade da construção deste processo, que mais do que envolver “culpados”, envolve atores múltiplos, que, com diferentes visões de mundo, participam direta ou indiretamente desta história. Esta desconstrução pessoal foi possível graças às aulas diversas ministradas no programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, e fundamentalmente pelas reuniões e proposições de meus orientadores, que com formação crítica e embasamento teórico me fizeram repensar diversas questões, ou mesmo certezas. A ida a campo em si, através do contato com diferentes documentos e olhares, foi também de suma importância. Para tanto, uma ferramenta se fez imprescindível: as construções teóricas propostas por Michel Foucault.

Ainda na graduação tive oportunidade de me aproximar das proposições de análise discursiva de Foucault. Esta noção foi fundamental para o início de uma construção de complexidade. Assim, o presente trabalho baseia-se em uma metodologia de análise arqueológica, também produzida por este autor.

Um importante aspecto a ser ressaltado nesta proposição metodológica é a assunção de que não se irá trabalhar com o *fato em si*, isto é, o presente estudo não busca encontrar uma

verdade absoluta sobre “A Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora”, mas as construções, os tensionamentos, as forças e os acontecimentos; a partir de olhares diversos. Assim, o entendimento destas proposições não se dá enquanto um procedimento formal de pesquisa, mas um método de análise: “Seu método por isso, é inusitado, porque não é um molde ou um formato de pesquisa, mas um conjunto de questões que se apresentam como ponto de partida e que rejeitam o que é tomado como certo ou verdade, normal ou dado” (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015, p. 154).

Uma questão que a princípio já se apresenta remete-se ao recorte temporal, uma vez que uma visão arqueológica não se propõe, *a priori*, a uma delimitação temporal. Isto porque busca a constituição dos saberes, e não precisamente sua temporalidade (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015). A imersão no campo se deu, portanto, aberta a descobertas, a acontecimentos, que produzissem assim a construção destes saberes. É também válido afirmar, ainda segundo estes autores, que a arqueologia é um método transgressivo, isto é, coloca em suspenso questões dadas como universais e se propõe a trabalhar com o inusitado, o inesperado (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015). Isto posto, a constituição do campo de estudos foi composta por pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas.

Quanto aos aspectos éticos deste estudo, foram respeitadas as proposições da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à banca de qualificação em janeiro de 2018. Para este estudo foram produzidos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para “Famíliares e Usuários” (Apêndice A) e outro para “Profissionais e Gestores” (Apêndice B) que elucidavam aos sujeitos de pesquisa o objeto de estudo, bem como da não imposição à participação, ou mesmo da livre possibilidade de interrompê-la a qualquer momento. Ainda nestes termos há a solicitação de autorização para gravação do áudio das entrevistas enquanto condicionante a participação no presente estudo. Posteriormente foi produzido ainda um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice C), assumindo responsabilidade com a integridade e confidencialidade das informações a serem encontradas nos documentos pesquisados no Departamento de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Assim, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), que gerou o número do parecer consubstanciado de aprovação 3.047.675.

Minha entrada em campo inicialmente se deu com a busca de trabalhos acadêmicos já produzidos sobre o contexto da Reforma Psiquiátrica de Juiz de Fora, que pudessem minimamente apontar para alguma direção já construída. Algumas foram as publicações

encontradas no decorrer deste estudo, tais como artigo publicado em revista, capítulo de livro, dissertação de mestrado e tese de doutorado (HECKERT, 1991; MELO DE PAULA, BARROS, *et al.*, 1991; RIBEIRO, 1991; MARQUES, 1996; BARRETO, 2003; MENDES, 2007; QUEIROZ, 2009; RODRIGUES, XAVIER, *et al.*, 2013; SANTOS, 2013; FORTES, 2017; PINTO, 2017; TARMA, 2017). O que estes trabalhos tinham em comum era a aproximação, em maior ou menor grau, com a saúde mental de Juiz de Fora. Seja através da análise da realidade de trabalho de alguma categoria específica neste contexto, tal como enfermeiro e assistente social, seja trazendo dados sobre a realidade da assistência em período específico. No decorrer deste processo de pesquisar por publicações fui informada que houve no final dos anos 90 e início dos anos 2000, através de parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), uma Especialização em Saúde Mental desta instituição no município de Juiz de Fora. Assim, estive na cidade de Belo Horizonte em busca de publicações produzidas naquela escola que tocassem em meu tema de pesquisa. Lá encontrei outras importantes produções sobre esta temática (BARBOSA, 2000; GOULART, 2000; RIBEIRO, 2000; TOMAZ, 2000; BARROS, 2015), que foram também fundamentais à construção histórica de meu trabalho.

No intuito de encontrar então documentos, publicações técnicas, arcabouço formal, estive algumas vezes no Arquivo Histórico da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Apesar da disponibilidade e incansáveis tentativas de auxílio do diretor deste serviço, poucos foram os documentos encontrados sobre um passado mais remoto deste campo na cidade. O que poderia, a princípio, se transformar em frustração, me fez pensar enquanto esta realidade era em si um dado. O quanto não encontrar documentação sobre os hospitais psiquiátricos de Juiz de Fora apontava para a própria importância da documentalidade, e o quanto isto era subjugado por estes estabelecimentos. O lugar que a dimensão jurídico-política demonstrava nisto tudo, que será mais amplamente elucidado no capítulo específico sobre esta construção histórico-documental.

Ainda na intencionalidade de encontrar documentos que pudessem auxiliar esta construção histórica, estive pesquisando no Departamento de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Neste espaço tive contato com documentos diversos, especialmente do período pós-constituente e implantação do Sistema Único de Saúde. Afinal, é somente após estes marcos que a saúde se complexifica entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), e passa por processo de municipalização. Assim sendo, tomei conhecimento de importantes acontecimentos deste processo histórico, bem como tive acesso

à documentos oficiais que se fizeram fundamentais ao capítulo de construção histórica a partir de produção documental.

Este modo de construir o estudo esteve embasado na afirmação de que “A investigação arqueológica deve desfazer-se dos vários reconhecimentos prévios do seu objeto e deixar que o movimento de escavação dos enunciados reconstrua o objeto no decorrer da análise.” (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015, p. 158-159).

Apesar de entender que documentos formais se dão em um dado contexto, e que não se configuram enquanto verdade absoluta ou imparcial, no presente trabalho quis também se dar destaque a diferentes olhares e vivências sobre este processo. Assim, integra também este campo de pesquisa 13 entrevistas semiestruturadas, que ocorreram concomitantemente à pesquisa documental supracitada. Para critério de inclusão e seleção daqueles a serem entrevistados, utilizou-se o método “bola de neve”, que se configura enquanto uma forma não probabilística, que utiliza cadeias de referência para escolha dos participantes. Ou seja, a princípio lança-se mão de documentos e/ou informantes chaves, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Em seguida, solicita-se que estas pessoas indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente, aumentando progressivamente o número de participantes (VINUTO, 2014).

Deste modo, o critério de inclusão dos sujeitos de pesquisa, a princípio, foi do próprio conhecimento prévio desta realidade, a partir não somente de minha inserção anterior neste campo, mas também do conteúdo das produções previamente mencionadas neste capítulo. A partir da realização das entrevistas, fui então sendo informada de alguns atores chave desse processo, bem como de pessoas que de alguma forma poderiam contribuir para este estudo. É válido destacar, desde já, a limitação que o próprio processo de construção da dissertação impôs a realização destas entrevistas. Almejava-se a realização destas em maior número, com mais atores distintos, inclusive com alguns indicados pelos próprios sujeitos de pesquisa. A participação do Conselho Municipal de Saúde, por exemplo, foi elencado por alguns entrevistados como fundamental ao processo, e não foi possível de ser contemplado. Assim, o que se configurou, foi o “número possível” de 13 entrevistas. Quanto a esta questão, confortamos a passagem:

Nos estudos qualitativos, a questão ‘quantos?’ nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão ‘quem?’, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o ‘N’ dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a

representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles. (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008, p. 20)

Foram então produzidos aproximadamente 792 minutos de entrevista, ou seja, pouco mais de 13 horas de áudio. Este material foi transcrito, gerando 178 páginas para análise. Referente à representatividade e qualidade destas informações, antes de qualquer construção acadêmica, acredito ser válido ressaltar que contei com entrevistados muito solícitos, com muita disponibilidade e boa vontade de contar a mim suas histórias. Este foi um fator imprescindível para construção deste trabalho.

Relativo à construção metodológica em si, chamou minha atenção o quanto a aproximação teórica com a leitura de Foucault, a princípio do livro “As Palavras e As Coisas” (FOUCAULT, 2002) foi de fundamental importância para o decorrer das entrevistas. Uma leitura que por vezes parecia incompreensível, mas que “magicamente” se fez fundamental à escuta dos entrevistados. Como no trecho em que o autor debruça-se sobre o saber do século XVI:

(...) Mas não se trata aqui de um estudo de opiniões que somente uma análise estatística do material escrito permitiria conduzir. Se, em contrapartida, se interroga o saber do século XVI em seu nível arqueológico – isto é, naquilo que o tornou possível –, as relações entre o macrocosmo e o microcosmo aparecem como um simples efeito de superfície. (FOUCAULT, 2002, p. 43)

Por não buscar respostas prontas, não tentar encontrar falas “ideais”, que não tentassem abarcar irrestritamente todas as questões propostas nos roteiros, mas buscar ouvir “o que se tornou possível”, as entrevistas se deram de forma fluída, sem a obrigatoriedade de um tempo mínimo ou máximo, sem uma resposta certa ou errada, ainda que com respostas em contradição. Falas como “Juiz de Fora é um exemplo” e “Juiz de Fora é um contraexemplo”, puderam assim coexistir e serem de suma importância. Auxilia nesta compreensão uma passagem do livro *Arqueologia do Saber*:

O horizonte ao qual se dirige a arqueologia não é, pois, *uma* ciência, *uma* racionalidade, *uma* mentalidade, *uma* cultura; é o emaranhado de interpositividades cujos limites e pontos de cruzamento não podem ser fixados de imediato. A arqueologia: uma análise comparativa que não se destina a reduzir a diversidade dos discursos nem a delinear a unidade que deve totalizá-los, mas sim a repartir sua diversidade em figuras diferentes. A comparação arqueológica não tem um efeito unificador, mas multiplicador. (FOUCAULT, 2017b, p. 195, grifos do autor)

Para que esta análise arqueológica se fizesse possível, a princípio fez-se necessário, no capítulo anterior, a produção do referencial teórico deste estudo, isto é, o contexto em que a realidade de Juiz de Fora está inserida. É sempre válido resgatar a ideia de que as construções supramunicipais têm efeitos diretos e indiretos na realidade local. Assim, o que se almeja ao abordar o paradigma psiquiátrico, a realidade da saúde mental brasileira e da própria saúde

pública é que o leitor tenha arcabouço teórico para vislumbrar o que foi aqui produzido sobre a realidade juiz-forana.

Ainda na intenção de que esta produção se tornasse de mais fácil acesso, pensou-se na divisão deste processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora em dois capítulos: um que abordasse uma construção histórica mais linear e enrijecida, através dos documentos e publicações encontradas; e outro, a partir da fluidez possível com a oralidade das entrevistas. Apesar da proposição deste capítulo histórico-documental, é importante frisar que:

Nada seria mais falso do que ver na análise das formações discursivas uma tentativa de periodização totalitária: a partir de um certo momento e por um certo tempo, todo mundo pensaria da mesma forma, apesar das diferenças de superfície, diria a mesma coisa, através de um vocabulário polimorfo, e produziria uma espécie de grande discurso que se poderia percorrer indiferentemente em todos os sentidos. (FOUCAULT, 2017b, p. 181)

Neste sentido, o capítulo seguinte a aquele visa justamente a complexidade desta formação discursiva, que escapa a uma periodização formal. A história, que não segue uma linearidade, uma progressão. Que apesar de novas produções técnicas, permanece com práticas antigas. Que ainda que em um novo contexto, tem resquícios da construção social engendrada anteriormente. Que não é ideal, ou mesmo absoluta, mas que como afirma Foucault (2002), em seu nível arqueológico, é naquilo que a tornou possível. Assim, esta análise se pretende à visibilidade dos diferentes olhares, aos tensionamentos, e não à construção de uma teoria concreta e unitária, pois:

É um discurso sobre discursos, mas não pretende neles encontrar uma lei oculta, uma origem recoberta que só faltaria libertar; não pretende tampouco estabelecer, por si mesmo e a partir de si mesmo, a teoria geral da qual eles seriam modelos concretos (FOUCAULT, 2017b, p. 247)

Com o que foi metodologicamente produzido até aqui, ainda há espaço para o seguinte questionamento: teria, pois, este método validade científica? Teria a padronização necessária enquanto uma produção acadêmica, que se propõe a fazer ciência? Sem o engendramento de uma regra, um postulado, seria esta uma produção científica? Neste sentido, são válidas as palavras do próprio Foucault, em um recorte do livro “Microfísica do Poder”, quando diz:

Antes mesmo de saber em que medida algo como marxismo ou a psicanálise é análogo a uma prática científica em seu funcionamento cotidiano, nas regras de construção, nos conceitos utilizados, antes mesmo de colocar a questão da analogia formal e estrutural de um discurso marxista ou psicanalítico com o discurso científico, não se deve antes interrogar sobre a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo? As questões a colocar são: que tipo de saber vocês querem desqualificar no momento em que vocês dizem ‘é uma ciência’? Que sujeito falante, que sujeito de experiência ou de saber vocês querem ‘menorizar’ quando dizem: ‘eu que formulo esse discurso, enuncio um discurso científico e sou um cientista? (FOUCAULT, 2017c, p. 269)

Com estas afirmações, portanto, o que se propõe com este estudo abarca experiências, as vivências do sujeito falante; a visibilidade de saberes subjugados, desviantes; diferentes

formas de verdade. Embasando-se, por conseguinte, em um método de análise construído tendo como norteamento as condições com as quais determinados conhecimentos puderam então se desenvolver.

4. Uma construção histórico-documental da Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora

O presente trabalho buscou até aqui apresentar dados e acontecimentos importantes da construção histórica da saúde pública e mental, especialmente da realidade brasileira. O exposto pretende oferecer, com isto, arcabouço e ferramentas importantes para a construção do cenário deste processo, abarcando, neste capítulo especificamente, a realidade de Juiz de Fora.

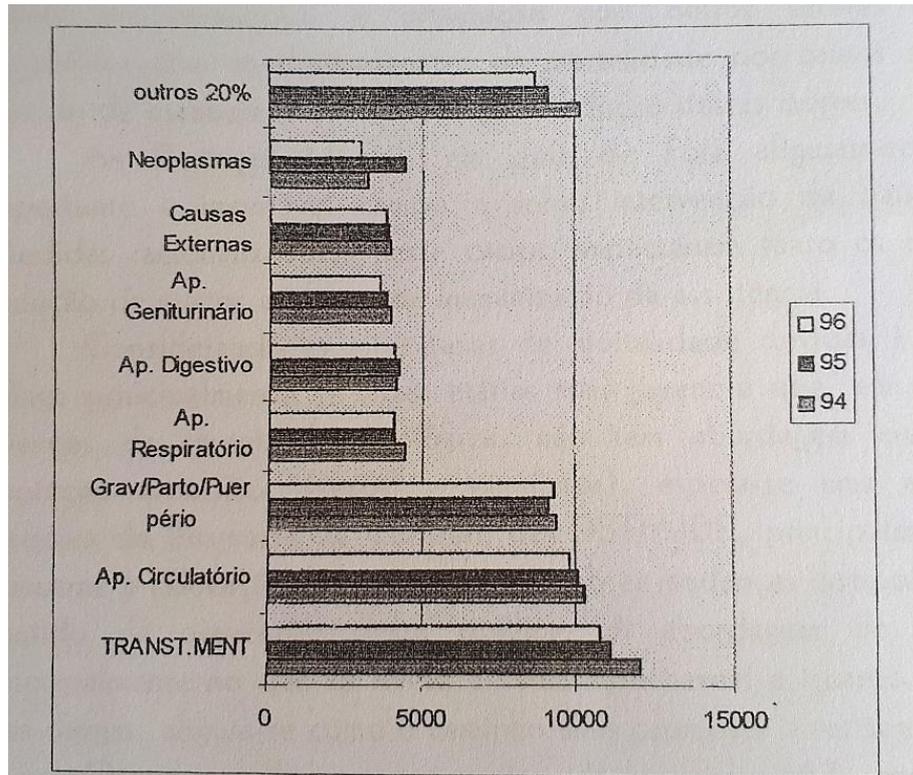
O município em tela está localizado no interior do estado de Minas Gerais, pertencendo à mesorregião da Zona da Mata Mineira, composta por 142 municípios e sete microrregiões, sendo uma delas a microrregião de Juiz de Fora, formada por 33 municípios (MINAS GERAIS, 2019). Configura-se enquanto o mais populoso da mesorregião, com população estimada de pouco mais de 560 mil habitantes (IBGE, 2019), se constituindo assim como importante referência às demais cidades de seu entorno.

O processo recente de municipalização da saúde teve início em 1992, competindo ao município à organização da Secretaria Municipal de Saúde, bem como do cumprimento de atribuições propostas pelo processo de descentralização administrativa do Sistema Único de Saúde (JUIZ DE FORA, 1997). Ainda na década de 90, assume pactuação de gestão semiplena e posteriormente gestão plena. Isto representou que:

(...) o município assume novas responsabilidades, dentre estas está a articulação de toda a rede pública e privada através da contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de saúde ambulatoriais e hospitalares, bem como a administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a Programação Pactuada segundo normas estaduais e federais (JUIZ DE FORA, 1997, p. 24).

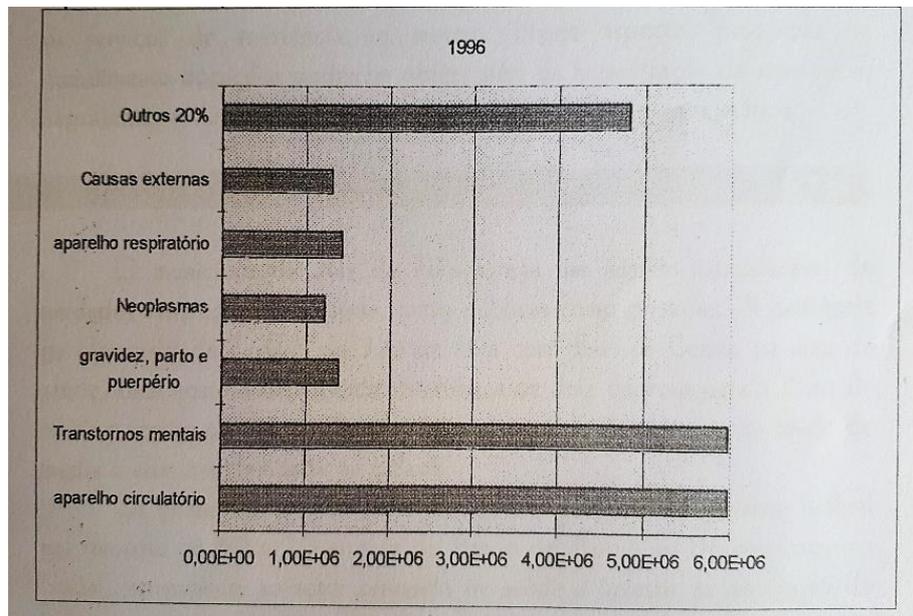
Consta ainda no Plano Municipal de Saúde do ano de 1997 que, apesar destes preceitos legais e normativos, a relação entre prefeitura, instituições públicas e privadas não se deu de forma fácil, e de que esta dificuldade é histórica e notória. Válido ressaltar ainda a existência, já neste momento, de uma grande rede hospitalar existente na cidade (JUIZ DE FORA, 1997). Neste período, os transtornos mentais representam para o orçamento da saúde do município não apenas a maior frequência de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (Gráfico 1), como também um dos maiores gastos (Gráfico 2). Estes números auxiliam na construção do cenário desta realidade local, bem como na mensuração da magnitude do que os transtornos mentais, especialmente no que tange as internações psiquiátricas, representavam para o município.

Gráfico 1 – Frequência de AIHs por Grupos de Causa em Juiz de Fora nos anos de 1994, 95 e 96.



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Juiz de Fora, 1997, p.35.

Gráfico 2 – Distribuição dos Gastos com AIH do SUS/JF em 1996



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Juiz de Fora, 1997, p.35.

Para melhor compreensão destes números faz-se necessário então abordar que, no campo específico da saúde mental, a cidade fez parte do que ficou popularmente conhecido por “corredor da loucura”, composto por Juiz de Fora, Barbacena e Belo Horizonte, que

juntos representavam 90,57% dos leitos psiquiátricos de Minas Gérias (GOULART, 2000), o que engendrou uma forte tradição manicomial à realidade juiz-forana. No ano de 1986 a cidade contava então com 1792 leitos psiquiátricos, distribuídos em sete hospitais psiquiátricos privados conveniados ao setor público da seguinte maneira:

Clínica São Domingos (240 leitos), Clínica São Domingos Filial (180 leitos), Casa de Saúde Esperança (450 leitos), Hospital Aragão Vilar (380 leitos), Clínica Serro Azul convênio (190 leitos), Clínica Pinho Masini (132 leitos) e Hospital São Marcos (220 leitos) (MARQUES, 1996, p. 104).

Atualmente todas essas instituições foram descredenciadas do Ministério da Saúde, em contextos históricos e com justificativas diferentes, que serão ainda contempladas neste estudo⁵.

O primeiro hospital psiquiátrico da cidade data ainda de 1939, chamado Casa de Saúde Esperança (RODRIGUES, XAVIER, *et al.*, 2013). Este estabelecimento mudou-se para a cidade vizinha de Matias Barbosa em 1949, e após cinco anos retornou seu funcionamento para Juiz de Fora. Fato curioso a ressaltar é de que foi este também o último hospital psiquiátrico descredenciado da prestação de serviço conveniado ao setor público, como será posteriormente elucidado. No início da década de 70, mais especificamente em 1973, a Casa de Saúde Esperança foi vendida para o Grupo São Domingos, e em maio de 1977 mudou-se para o seu endereço final. Os demais hospitais supracitados foram construídos, em sua maioria, especialmente após a instauração do regime militar de 1964, configurando-se enquanto parte da “indústria da loucura” (CERQUEIRA, 1984) já previamente mencionada. Neste contexto histórico as instituições psiquiátricas privadas em parceria com o poder público cresceram vertiginosamente, e o número de leitos psiquiátricos acompanhou este estrondoso crescimento. Um importante fator a ser elucidado, no entanto, é que após exaustiva pesquisa no decorrer deste estudo em fontes diversas, pouco foi encontrado sobre a data de construção destes. Através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi possível extrair, da competência de “fevereiro de 2012”, o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) dos seguintes: Casa de Saúde Dr. Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança, Clínica São Domingos e Hospital São Marcos (BRASIL, 2017). Destes consta que a referida data de abertura de seus CNPJ se deu entre 1966 e 1968 (Consulta CNPJ, 2018). É sabido, no entanto, que a Casa de Saúde Esperança foi construída em 1939 (RODRIGUES, XAVIER, *et al.*, 2013). E ainda, em pesquisa documental ao arquivo histórico da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (PJF), encontrei um documento relativo ao Hospital Aragão Villar

5 Ainda se encontra em funcionamento na cidade uma instituição privada com leitos psiquiátricos. Esta, no entanto, nunca esteve vinculada ao setor público, e possui peculiaridades que fogem ao escopo deste estudo. Por esta razão ela não foi contemplada no presente trabalho.

datado de 1959. Portanto a abertura do CNPJ de ambos em 1966 não condiz com o início do funcionamento dos mesmos. Por acreditar que esta dificuldade configura-se em si enquanto dado importante, da própria relação destes hospitais com o rigor documental, é que este tema é aqui abordado, ainda que de maneira inconclusiva. O que a “indústria da loucura” representou ao município, no entanto, é amplamente documentado e notório: a assistência psiquiátrica em Juiz de Fora foi marcadamente hospitalocêntrica, sem resolutividade e com internamento massivamente realizado na rede hospitalar privada (HECKERT, 1991; RIBEIRO, 1991; BARBOSA, 2000; GOULART, 2000; MENDES, 2007; RODRIGUES, XAVIER, *et al*, 2013; HECKERT, 2015).

A partir do avanço das Ações Integradas em Saúde (AIS), algumas possibilidades começaram então a ser pensadas. Em dezembro de 1985 foi criado um Grupo de Trabalho (GT)⁶ em Saúde Mental, da Comissão Local Interinstitucional de Saúde de Juiz de Fora (CLIS-JF), com a proposta de criação de um projeto de reformulação de assistência. Assim, foi organizado por este grupo, em 1986, o “1º Seminário de Assistência em Saúde Mental de Juiz de Fora”, em que o tema abordado era a assistência em Saúde Mental nas AIS (RIBEIRO, 1991). Como desdobramento, este GT transformou-se em Comissão Executiva de Saúde Mental da CLIS-JF.

Algumas foram as propostas feitas neste processo, que tiveram maior ou menor nível de aplicação e longevidade. Um importante dispositivo da rede municipal foi criado em março de 1987, o Serviço de Urgência Psiquiátrica – SUP, junto ao Pronto Socorro Municipal, e que ainda hoje se encontra em funcionamento, apesar de diversas modificações na assistência ou mesmo de sua localização (HECKERT, 2015). A proposta deste serviço era ser tanto referência de encaminhamento da atenção primária e secundária, como atendimento de demanda espontânea. Assim, sua implementação teve como principal objetivo uma nova possibilidade de assistência às urgências psiquiátricas, propondo, deste modo, uma triagem às internações hospitalares, especialmente com os serviços particulares conveniados (RIBEIRO, 1991). Válido lembrar que neste momento histórico no âmbito nacional havia grande efervescência no campo da saúde pública sobre o “plano do CONASP”, logo das Ações Integradas em Saúde, e, mais especificamente na saúde mental, das discussões a partir do “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica” (MPAS, 1983), produzido pelo

6 Este GT era composto pelos seguintes profissionais: uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e quatro psiquiatras, vinculados às quatro instituições colegiadas: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora, INAMPS e UFJF (RIBEIRO, 1991)

CONASP. A organização do SUP foi assim, das primeiras tentativas de reorientação da assistência psiquiátrica do município (HECKERT, 2015).

Após a possibilidade de debates diversos, inclusive através da realização de três encontros regionais de saúde mental no município, proposta de reformulação e implementação de serviços, em março de 1988, a comissão executiva foi dissolvida por órgãos municipais superiores, sem explicações ou resposta ao pedido de esclarecimentos por parte da referida comissão (RIBEIRO, 1991).

No ano de 1990 foi criada a Residência Médica em Psiquiatria da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), fazendo com que a cidade se tornasse também polo de formação e discussão desta temática. Consta na proposta desta formação o questionamento das demandas da assistência psiquiátrica do período, especialmente do município, frente a um quadro de precariedade, seja da necessidade de decisões políticas, seja pelo contingente de profissionais aptos a este novo momento de reformulação assistencial (MELO DE PAULA, BARROS, *et al.*, 1991).

O início da década de 90 é marcado também pela auditoria realizada pelo governo de Minas Gerais aos hospitais psiquiátricos de todo o estado, em especial àqueles componentes do “corredor da loucura”, previamente mencionados. Assim, já no início da década, tem-se visibilidade da necessidade de melhorias e adequações da assistência hospitalar psiquiátrica de Juiz de Fora, visto que:

A auditoria concluiu que havia uma alta taxa de cronificação dos pacientes internados, situação agravada pelo fato de que os hospitais em geral apresentavam fortes características de confinamento com presença de celas fortes. Os hospitais de Juiz de Fora não atendiam as normas técnicas do MS, especificadas nas portarias estabelecidas para o fim de saneamento e adequação mínima destas estruturas (MENDES, 2007, p. 113).

Esta avaliação indicou assim necessidade de drástica redução de leitos psiquiátricos em todo o estado de Minas Gerais, bem como da adequação dos remanescentes às normas produzidas pelo Ministério da Saúde.

A presença de espaços restritivos como “celas fortes”, por exemplo, já havia sido proibida na que ficou popularmente conhecida como “224”, isto é, a “Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992” (BRASIL, 2004, p. 243). Esta portaria se tornou fundamental enquanto marco regulamentador do funcionamento de toda rede de saúde mental, em especial dos hospitais psiquiátricos, que eram sabidamente lugares de exclusão. Outras duas portarias que vieram seguidas desta e que tiveram forte impacto ao funcionamento destes hospitais foram respectivamente “Portaria SAS nº 407, de 30 de junho de 1992” (BRASIL, 2004, p. 253), que versava sobre mínimo de equipe técnica e auxiliar, bem como de estrutura física e

funcionamento dos hospitais psiquiátricos; e a “Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992” (BRASIL, 2004, p. 256), sendo esta amplamente conhecida por “Psiquiatria IV” ou simplesmente “PIV”, visto que regulamentava e autorizava o grupo de procedimentos de tratamento em psiquiatria denominado “internação em Psiquiatria IV”, através da classificação por atividades prestadas e o número de leitos oferecidos, inclusive como base para a remuneração pelo SUS.

É possível perceber, portanto, como os procedimentos legais e normativos produzidos a nível nacional e estadual começam então a refletir no contexto juiz-forano. É no decorrer da década de 1990 que ocorrem os primeiros descredenciamentos de hospital psiquiátrico da cidade: primeiramente a Clínica Serro Azul, e, posteriormente, a filial da Clínica São Domingos, conhecida por “São Domingos Cedofeita” ou apenas “Clinica Cedofeita”, levando o nome da localidade onde estava instalada, que pertencia ao município vizinho de Matias Barbosa, integrante da microrregião de Juiz de Fora.

Ainda no início da década 90, mais especificamente em 1992, também como consequência das discussões sobre a assistência psiquiátrica, ocorreu na cidade a I Conferência Municipal de Saúde Mental (JUIZ DE FORA , 1992). Segundo consta em seu relatório, este processo se deu de forma participativa e democrática, com rico debate entre os presentes. Foram abordados importantes temas como o fortalecimento do setor público municipal, a criação de novos serviços, denominados “alternativos” e criação de leitos psiquiátricos em hospital geral, proporcionando, deste modo, redução dos leitos de hospitais psiquiátricos. Enfatiza-se neste ponto que “a desospitalização do doente mental não pode ser inseqüente” (JUIZ DE FORA , 1992, p. 2). Foi discutido também que a questão do financiamento se configurava enquanto preocupação para a implantação do sistema. Outro ponto importante abarcado era relativo aos recursos humanos, com propostas como equipe multiprofissional sem restrições prévias a esta ou aquela categoria profissional, reciclagem e educação permanente fornecida pelo poder público aos profissionais da rede de saúde mental, seja do setor público ou privado.

Entre os diversos temas abordados na referida conferência, uma temática que ganhou notoriedade foi relativa à política municipal de saúde mental. Aspectos como descentralização, mecanismos de referência e contra referência, nível e avaliação de serviços já eram considerados. Válido ressaltar ainda a proposição do poder público municipal assumir todos os níveis da atenção em saúde mental, incluindo nesse rol os hospitais psiquiátricos que, como anteriormente mencionado, eram em sua totalidade privados. Fala-se também da importância do profissional farmacêutico em todos os níveis de atenção, e do planejamento

das ações em consonância com a política nacional de medicamentos. Outro fator chave do contexto do município, a ser abordado posteriormente neste trabalho, já surge então no escopo dessa conferência: o incentivo, por parte do poder público, à participação da sociedade, qual seja, por meio de associação de familiares e pacientes (JUIZ DE FORA, 1992). Além disso, também foi pensado já nesse momento da possibilidade da atenção secundária auxiliar na geração de renda das pessoas assistidas. No entanto, pensava-se naquele momento neste nível de atenção enquanto estrutura intermediária entre hospital psiquiátrico e atenção básica, em que seu principal propósito seria de prestar assistência antes da internação (JUIZ DE FORA, 1999a). Apesar do caráter inovador de algumas propostas à época, e de muitos pontos estarem em confluência com o discurso de Reforma Psiquiátrica no restante do país, pouco destas proposições foram neste momento executadas. Ainda assim, o texto desta conferência demonstra, já neste período, tentativas de mudança do cenário da assistência em saúde mental até então oferecida.

Após esta primeira conferência e também o primeiro Plano Municipal de Saúde Mental, ambos em 1992, passam a funcionar dois programas do setor público de atenção à saúde mental a nível municipal: o “Programa de Atenção ao Psicótico – PAP”, e o “Programa de Atenção a Dependência Química – PADQ” (MENDES, 2007). E, como proposta de estrutura intermediária ao hospital e o ambulatório tradicional, foi implantado a partir do PAP, em outubro de 1993, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial de Juiz de Fora, que a princípio levou o nome de CAPS/Juiz de Fora, mas que foi credenciado ao Ministério da Saúde em 1996 como CAPS Casa Viva. O referencial teórico para sua construção passou por outros serviços análogos já em funcionamento no país naquele momento, mas principalmente do CAPS Luis Cerqueira, da cidade de São Paulo, inclusive com visitas técnicas do psiquiatra deste serviço, dr. Jairo Goldberg e da equipe de Juiz de Fora à capital paulista (MARQUES, 1996). Apesar da proposta inicial, brevemente a população atendida não se constituía apenas de pacientes psicóticos, mas também de outros quadros.

Quanto à gestão da rede de saúde mental, a coordenação passou a ser oficialmente instituída a partir de 1994, quando da criação do Instituto de Saúde Mental – ISM. Este passou a ter a responsabilidade da política oficial desta área (MARQUES, 1996). Posteriormente esta nomenclatura foi alterada para Departamento de Saúde Mental, usada até os dias atuais.

Com a entrada de um novo grupo político no poder, novas propostas foram realizadas para a estrutura e funcionamento da assistência em saúde mental do município, e, a partir de

1997, um novo modelo de rede foi colocado em prática. Consta no Plano Municipal de Saúde do referido ano:

A atual proposta de reestruturação da assistência justifica-se a partir da constatação da inexistência de um sistema de atendimento que reverta o atual modelo, marcadamente hospitalocêntrico, o que constitui circunstância tecnicamente ultrapassada, ideologicamente condenável e responsável por custos insuportáveis (JUIZ DE FORA, 1997, p. 78).

Assim, baseado na regionalização, descentralização e hierarquização, propõe-se que ênfase deve ser dada à assistência ambulatorial. As ações interinstitucionais eram normatizadas como se segue: atenção primária, caracterizada pelos serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); secundária, compreendida pelos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM)⁷ e os Programas Especiais em Saúde Mental (PROESAM); e terciária, relativa ao SUP; o hospital público geral vinculado à Fundação Hospitalar Estadual de Minas Gerais (FHEMIG), Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP), que possuía, já nesse período, alguns leitos psiquiátricos; o Hospital Universitário da UFJF (HU/UFJF), e os demais hospitais privados conveniados ao serviço público. Consta ainda proposta de desospitalização progressiva, com o planejamento do que se denominou à época de “pensões protegidas”, bem como da possibilidade de expansão da rede de CAPS (JUIZ DE FORA, 1997).

A princípio foi realizada avaliação destas práticas em uma área-piloto⁸, e posterior e gradualmente estas foram se estendendo para as então 36 UBSs da cidade (BARBOSA, 2000). Esta proposta também foi apresentada como documento produzido pelo Instituto de Saúde Mental na II Conferência Municipal de Saúde, ocorrida entre os dias 20 e 22 de Agosto de 1999, com o tema de “Ética e Cidadania na Construção de uma Rede e Assistência em Saúde Mental” (JUIZ DE FORA, 1999a). A própria temática da conferência já elucida qual direcionamento tomado neste processo: novas proposições à rede assistencial em saúde mental.

Com o intuito de organização e viabilidade desta rede, na conferência supracitada foram aprovadas ainda importantes propostas, como da estruturação de uma farmácia básica, especificamente para a saúde mental, de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Há ainda a proposta de uma equipe mínima de atendimento em cada CRRESAM, composta por Psiquiatra, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo. Retoma-se a

⁷ Algumas publicações utilizam a sigla CRRSM para este serviço. A sigla CRRESAM foi escolhida a ser usada no presente trabalho por constar na publicação oficial sobre protocolos de organização desta rede (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000).

⁸ Sobre este processo de implantação recomenda-se leitura da Dissertação de Mestrado: “Reformulação da Assistência em Saúde Mental em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora (1997-2001)”, de Gisele Tarma (2017).

importância da educação continuada, mas neste contexto oferecida por esses centros de referência aos profissionais das unidades básicas. Ponto interessante a se destacar diz respeito ao incentivo de se implementar programa de Agentes Comunitários em Saúde, demarcando claramente a influência e centralidade da Atenção Primária em Saúde neste modelo.

Ainda sobre as discussões e metas desta conferência foi abordado a respeito da alocação de recursos advindos da redução das AIH's psiquiátricas, com rubrica específica no sentido da criação de dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, como "Lar Abrigado", e também de novos quatro CAPS, propostos para "Cidade Alta, Região Leste, Região Norte, Região Sul", se adequando assim a proporcionalidade de um CAPS para cada 100 mil habitantes, como sugerido pelo Ministério da Saúde (JUIZ DE FORA, 1997). Apesar destas muitas propostas, novamente o que se viu foram boas discussões e temáticas abordadas, mas, assim como a conferência anterior, muitos destes elementos não se concretizaram, como a implantação dos referidos serviços substitutivos, seja residenciais, ou mesmo destes novos CAPS.

Também no ano de 1999, outro importante acontecimento afetou o funcionamento da rede municipal de saúde mental de Juiz de Fora. Um dos municípios componentes da Mesorregião da Zona da Mata, Ubá, começou no ano anterior articulação para a criação de um CAPS nesta cidade. Assim, foi realizado um levantamento de todas as internações provenientes de toda microrregião de Ubá na cidade de Juiz de Fora, a partir da série histórica do ano de 1998. A proposta do novo serviço em construção seria de diminuição destas internações: o compromisso firmado era de que Ubá reduziria, em um prazo de seis meses, em 66% as internações provenientes de 30 municípios, destes 20 da microrregião de Ubá e 10 da microrregião de Muriaé (RIBEIRO, 2000). Além disto, só seriam autorizadas internações em Juiz de Fora de pessoas provenientes destas localidades, após avaliação da equipe técnica do CAPS de Ubá (JUIZ DE FORA, 1999b). E, uma vez internados, uma "equipe de acompanhamento hospitalar" da rede de saúde mental de Ubá se faria presente nos hospitais conveniados de Juiz de Fora (RIBEIRO, 2000). Para que todo esse processo se fizesse possível, Juiz de Fora passaria a repassar valor estipulado em vinte mil reais de seu teto financeiro ao teto financeiro de Ubá. Assim, com apoio da Comissão Intergestora Bipartite Regional, a pactuação entre os municípios foi realizada. O impacto já no ano de 2000 era de aproximadamente 73,3% de redução das internações, sejam estas de pacientes agudos ou crônicos (RIBEIRO, 2000). Esta iniciativa foi pioneira, e serviu de modelo para outros serviços que vieram a ser construídos posteriormente na região.

Voltando especificamente para a realidade juiz-forana, passados quatro anos do início da implantação do novo modelo assistencial, no ano de 2000, o Instituto de Saúde Mental publica então um manual denominado “PROTÓCOLOS DE CONDUTA do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora”, que ficou popularmente conhecido na cidade como “Livro Verde”. Isto se deu não somente pela coloração da própria capa, mas também pela proposta do manual de conter no seu interior um guia de rápido acesso, em que as páginas 9 até 30 eram também desta cor, e descritas como as “folhas verdes” (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000). Esta publicação continha ainda, além dos fluxogramas e protocolos simplificados nas referidas folhas verdes, capítulos sobre os demais protocolos de assistência e do funcionamento dos mais diferentes programas ofertados no município, sendo estes: Programa de Atenção a Dependentes Químicos (PADQ); Núcleo de Atenção ao Paciente Psicótico (NAPP); Programa de Transtorno de Humor, dividido em Transtornos Depressivos (PTD) e Programa de Transtorno de Ansiedade (PTA), que contava ainda com mais duas ramificações, o TA-Adol para adolescentes e TA-Adulto; Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança (PASM). Por fim, havia capítulos específicos que versavam sobre o Serviço de Urgências Psiquiátricas; Entrevista Motivacional; Psicofármacos na Atenção Primária e a Psicologia do Doer (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000). No intuito de descrever a organização da rede, o seguinte quadro foi proposto:

Quadro 1– A Atenção Primária à Saúde Mental: o Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora-MG

NÍVEIS DE PREVENÇÃO	NÍVEIS DE ATENÇÃO/ TIPO DE SERVIÇO		
	NÍVEL PRIMÁRIO	NÍVEL SECUNDÁRIO	
	UBS	CRRESAM	PROESAM
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	GRUPOS DE RISCO	SUPERVISÃO e/ou CONSULTORIA	CONSULTORIA
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	>Pacientes que procuram a UBS >Pacientes encaminhados à UBS	>Supervisão/ Consultoria >Encaminhados pela UBS	>Consultoria >Encaminhados pelo CRRESAM
PREVENÇÃO TERCIÁRIA	>GRUPOS DE BUSCA >SEGUIMENTO dos atendidos pelo CRRESAM ou pelo PROESAM	>Supervisão >Pacientes em CRITÉRIO DE EXCLUSÃO DO PROESAM	>Consultoria >De acordo com CRITÉRIOS dos PROGRAMAS

Fonte: Protocolos de conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental, Instituto de Saúde Mental, 2000, p. 1.

Este se apresenta enquanto uma tentativa de resumo de toda a rede. A ideia é de que o impresso estivesse disponível em todos os pontos desta, na tentativa de desenvolvimento de um trabalho conjunto e co-responsável. Outra proposta desta publicação era a de criação de fluxogramas de atendimento e encaminhamento entre estes dispositivos.

Em 16 de outubro do ano seguinte ocorre nova conferência municipal de saúde, desta vez em sua terceira edição (JUIZ DE FORA, 2001). Consta no convite do evento justificativa da realização da mesma: fez-se necessário a concretização desta etapa municipal para eleição de delegados para a III Conferência Estadual e, posteriormente, III Conferência Nacional de Saúde Mental. A edição municipal precisou ser realizada em calendário apertado, e, foi para tanto realizada em um único dia. Frente à pequena distância temporal da conferência municipal anterior, poucos são os pontos que valem destaque. Muito do que se discutiu se reflete especialmente na reafirmação de se efetivar as resoluções da conferência precedente: implementação de serviço substitutivo (agora, no entanto, da criação de três e não mais quatro CAPS), qualificação de recursos humanos, da prioridade do atendimento primário em saúde mental, entre outros (JUIZ DE FORA, 2001).

Frente às necessidades de políticas específicas já apontadas nas conferências municipais, estabelece-se então no dia 26 de abril de 2002 em Juiz de Fora o primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) da cidade, na modalidade masculina (SANTOS, 2013). Importante perceber que o surgimento desta se dá após a portaria ministerial que cria estes serviços no âmbito do SUS, a Portaria GM nº106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2004, p. 100), novamente demonstrando influências não somente do contexto supramunicipal ao que ocorre na cidade, mas da importância do aspecto legal à formulação do cuidado.

No início dos anos 2000 institui-se um processo a nível nacional que se constitui enquanto marco histórico para toda a assistência hospitalar em saúde mental do Brasil: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares versão Hospitais Psiquiátricos, o PNASH/Psiquiatria. Em Juiz de Fora as primeiras avaliações já começam a ocorrer ainda no ano de 2002 (SANTOS, 2013). Neste momento o propósito das auditorias não era fundamentalmente de interdição, mas de avaliação e possibilidade de melhora da qualidade dos serviços prestados. No entanto, o que se averiguou foram condições físicas e assistenciais bastante precárias. Ainda em janeiro de 2004, estabelece-se, através das Portarias Ministeriais 52/GM (BRASIL, 2010, p. 57) e 53/GM (BRASIL, 2010, p. 63), os critérios da versão do PNASH-Psiquiatria de 2004, bem como a clara diretriz de redução progressiva de leitos,

inclusive com incentivo financeiro para esta, justificada pela busca de melhor qualidade da assistência. É neste mesmo ano de 2004 que foi criada na cidade a segunda SRT, desta vez destinada ao público feminino (SANTOS, 2013).

Em um projeto de reestruturação produzido em 2006 pelo próprio Departamento de Saúde Mental, a partir de uma “Comissão de Avaliação e Reestruturação da Rede de Saúde Mental”, o retrato dos serviços prestados é o que segue:

A rede de serviços de saúde mental em Juiz de Fora está constituída por serviços ambulatoriais, um serviço para atendimento de urgência psiquiátrica, leitos hospitalares, atualmente, em cinco hospitais privados e alguns leitos em hospital público, um serviço de atenção diária (CAPS Casa Viva) e duas residências terapêuticas. Inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como parte do sistema (JUIZ DE FORA, 2006, p. 6).

Além de descrição detalhada dos dispositivos ofertados, o projeto afirma ainda que estes recursos demonstram ser insuficientes, e que a parcela populacional que é atendida pelos serviços disponível não se constitui enquanto a maioria, isto é “não absorve a demanda da rede, nem atende os casos mais graves e que são prioritários no contexto da Reforma Psiquiátrica” (JUIZ DE FORA, 2006, p. 7). Válido ressaltar que o número de leitos já havia reduzido drasticamente, de 1792 em 1986 (MARQUES, 1996) para 559 leitos contratados, e com a implantação de alguns leitos públicos o número total de leitos psiquiátricos na cidade, sejam públicos e privados, somava 589. O que se percebe, no entanto, é que este decréscimo não acompanhou a criação de novos serviços para absorver esta demanda, haja vista que existia neste momento no município apenas um CAPS e duas residências terapêuticas.

Data também de 2006 a criação de um serviço tanto inovador quanto necessário ao município, o Centro de Convivência Recriar. Iniciativa esta que surgiu a partir de uma associação usuários e familiares, que teve seu início no interior do CAPS Casa Viva, a Associação Trabalharte (MENDES, 2007). De fundamental importância, tanto no sentido de possibilidade de geração de renda, já apontada como necessidade ainda na I Conferência Municipal de Saúde Mental (JUIZ DE FORA, 1992), como no sentido de controle social, por meio de participação direta de usuários e familiares, o Centro de Convivência encontra-se ainda hoje em funcionamento.

Este novo momento de formulação da assistência engendrou a transformação do então Programa de Atenção à Dependência Química, PADQ, em CAPS ad, e o Programa de Assistência à Saúde Mental da Criança, o PASMIC, em CAPSi, entre os anos de 2006 e 2007. Também em meados dos anos 2000 passa a funcionar o Centro de Atenção Psicossocial vinculado a UFJF, que a princípio leva nome da disciplina médica “Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica da UFJF”, mas este fica amplamente conhecido por “CAPS HU”. A

princípio este funcionava no bairro Santa Catarina, mas no ano de 2011, mudou-se para o bairro São Mateus. Apenas recentemente este dispositivo foi credenciado ao Ministério da Saúde, ganhando então nome de “CAPS Liberdade”.

Após revistorias realizadas por comissões técnicas do PNASH-Psiquiatria entre 2005 e 2006, o Ministério da Saúde divulga então a Portaria SAS nº501, de 13 de setembro de 2007 (BRASIL, 2007), com indicativo de descredenciamento de dois hospitais privados de Juiz de Fora que não alcançaram nota mínima de 61% proposta pela avaliação. São estes hospitais Clínica Psiquiátrica Pinho Masini Ltda, com nota 56,44 e Hospital São Marcos S.A., com 48,12. Assim, após intenso diálogo entre todas as esferas do poder público, em especial estadual e municipal, no ano de 2009 foi firmada parceria do município com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Resolução SES nº1776, de 18 de janeiro de 2009 (MINAS GERAIS, 2009). Esta estabeleceu critérios ao repasse bipartite para processo de desospitalização destes hospitais. Assim, o município firmou contrato com estes estabelecimentos, em que explicitava não somente o repasse realizado pelo governo estadual, como também do prazo de seis meses, isto é, 18 de agosto de 2009, para definitivo descredenciamento destes. Para tanto, o estado de Minas Gerais realizaria repasse diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Juiz de Fora, no valor de R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais), divididos em seis parcelas mensais (MINAS GERAIS, 2009).

Apesar das notas drasticamente baixas, da sabida precarização da assistência e do espaço físico, o processo de descredenciamento destes hospitais não se deu sem resistência e debate. Em 26 de maio de 2009, ocorreu na câmara municipal da cidade audiência para discutir sobre tais descredenciamentos (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2009). Diversos foram os familiares de pessoas internadas que se pronunciaram quanto à apreensão do destino destas em razão destes descredenciamentos. Alguns fizeram elogios públicos aos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos, seja pelo tratamento ofertado, seja ao bom atendimento aos familiares. A então presidente da Associação dos Familiares de Doentes Mentais relatou preocupação de que com o fechamento dos hospitais “muitas pacientes acabam nas ruas”, mas que a associação iria acompanhar o processo, cobrando sobre o destino dos egressos. Algumas ponderações e questionamento foram feitas pelos demais presentes, técnicos convidados ou mesmo vereadores ao gestor municipal da saúde mental à época. Este elucidou em sua fala de que o referido processo daquela audiência pública era fruto de uma portaria ministerial, publicada ainda no ano de 2007. Abordou ainda a resolução 1776, firmada com a SES, e de que o descredenciamento seria feito de forma a recusar altas

irresponsáveis e minimizar desassistências, com a criação de novas SRTs e a de um novo CAPS, na região Leste, para acompanhamento destas egressas. Também em sua fala expôs sobre o Programa “De Volta para Casa”, esclarecendo da possibilidade de remuneração financeira daquelas que deixariam de morar em instituições psiquiátricas (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2009).

Frente às necessidades apresentadas, o que se seguiu foi uma nova resolução, a Resolução SES nº 2156, de 07 de janeiro de 2010 (MINAS GERAIS, 2010), que prorrogava a anterior por período de mais seis meses, isto é, estipulando o limite máximo para funcionamento destes estabelecimentos para 18 de agosto de 2010. Assim, passados muitos anos desde a primeira avaliação do PNASH realizada na cidade, ambos os hospitais foram descredenciados do SUS, e assim encerraram suas atividades. Neste período, como estratégia de desinstitucionalização destas pessoas, foram criados mais SRTs. Ao final de 2011 existiam 12 residências terapêuticas em funcionamento na cidade (BARROS, 2015). O novo CAPS, no entanto, só conseguiu ser implantado alguns anos mais tarde, como ainda será esclarecido no presente trabalho.

Dada denúncias diversas ao Ministério Público das condições de extrema degradação física e assistencial dos hospitais psiquiátricos que remanesciam em funcionamento da cidade, iniciou-se trabalho por parte deste órgão, ainda em 2010, de verificação das condições sanitárias dos serviços: Casa de Saúde Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança e Clínica São Domingos, através de Inquérito Civil Público. O que foi verificado nestes inquéritos foi grave quadro de depreciação do espaço físico e inadequação da assistência ofertada. Assim:

Após amplas tratativas mantidas pelo Ministério Público com gestores hospitalares, gestores públicos municipais e estaduais, foram celebrados no mês de janeiro do ano de 2012, no âmbito dos citados Inquéritos Cíveis Públicos, Termos de Compromisso de Ajustamento de Conduta por meio dos quais os estabelecimentos privados assumiram o compromisso de completa regularização de seu funcionamento, no prazo de 12 meses, ou suspensão de suas atividades a partir de então, haja vista os riscos impostos aos pacientes internados (BARROS, 2015, p. 26).

Deste modo foi firmado então, em 2012, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com os supracitados estabelecimentos, no intuito de adequação da assistência prestada. Paralelo a esse processo, é inaugurado na cidade neste mesmo ano, o segundo CAPS II administrado pelo poder público municipal, o Centro de Atenção Psicossocial Leste – CAPS Leste (JUIZ DE FORA, 2012a), que a princípio funcionava no bairro Manoel Honório, na região leste da cidade. Atualmente este dispositivo foi transferido para uma nova estrutura, localizada na região central da cidade, no bairro Santa Helena (JUIZ DE FORA, 2016a). Ainda em 2012 é também inaugurada a nova sede do CAPS ad, que migrou da região sul da cidade, mais precisamente no bairro Alto dos Passos, igualmente para a região central, no

bairro Santa Helena (JUIZ DE FORA, 2012b). Além da mudança do espaço físico, este serviço muda da modalidade CAPS ad II para CAPS ad III, passando assim a ter funcionamento 24 horas por dia, como ocorre até a presente data.

Passados os 12 meses propostos pelo TAC aos hospitais psiquiátricos, o que se verificou nestes espaços, no entanto, foi degradação ainda maior do que a anteriormente encontrada nos inquéritos realizados:

(...) Problemas decorrentes da falta de profissionais de saúde e de limpeza, estruturas físicas absolutamente degradadas (paredes e portas quebradas, enfermarias sem janelas, andares inteiros sem energia elétrica, banheiros sem tampos de vasos ou mesmo chuveiros, infiltrações na grande maioria dos ambientes, mobiliário deteriorado, falta de colchões, dentre outras graves situações de violação dos direitos dos usuários), bem como desatendimento às normas de prevenção a incêndio e pânico (BARROS, 2015, p. 26)

Frente a esta realidade, após intenso processo de reuniões e mediações entre as partes, foi formalizado novo TAC. Desta vez foi pactuado, no entanto, que a gestão direta dos hospitais Casa de Saúde Esperança e Clínica São Domingos, até então geridos por um mesmo grupo da iniciativa privada, passariam ao poder público municipal. Outro fator importante foi o compromisso firmado de que o trabalho da gestão municipal seria no sentido de encerramento das atividades destes estabelecimentos em tempo hábil estimado. Assim, em 1º de março de 2013 a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora inicia intervenção nestas duas clínicas psiquiátricas. Válido ressaltar que após as eleições municipais de 2012, novo grupo político havia acabado de assumir a gestão municipal, incluindo secretaria de saúde e departamento de saúde mental.

Tamanha era a degradação da Clínica São Domingos, e da dificuldade de se articular em tão pouco tempo duas equipes de administração direta municipal para os hospitais, que a secretaria de saúde resolveu concentrar seus esforços no estabelecimento com degradação relativamente menor e maior espaço físico, a Casa de Saúde Esperança. Deste modo, em exatamente uma semana, no dia 08 de março de 2013, encerrou-se em definitivo as atividades da Clínica São Domingos (BARROS, 2015).

Passados alguns meses, no dia 19 de junho, foi alvo então de interdição cautelar o Hospital Aragão Villar, frente novamente as condições degradantes em que se encontravam as pessoas que lá estavam internadas. Foi produzido novo TAC entre o poder municipal e este estabelecimento (BARROS, 2015). Neste, no entanto, a poder público não iria assumir o papel de prestador de serviços, mas iria auxiliar na composição do quadro de profissionais, para parametrização de equipe mínima, bem como no auxílio e fiscalização da gestão. Foi estabelecido também nesta nova pactuação, limite máximo para funcionamento deste estabelecimento. Deste modo, o Hospital Aragão Villar encerrou definitivamente suas

atividades em 14 de janeiro de 2014, e foi realizada transferência das pessoas internadas neste local para a ainda em funcionamento Casa de Saúde Esperança, já neste momento sob administração pública municipal (BARROS, 2015). Data também de 2014 a concretização de importante passo a para a assistência em saúde mental da cidade: a alteração do CAPS Casa Viva para o funcionamento 24 horas, através da mudança para a modalidade CAPS III (JUIZ DE FORA, 2014).

Apesar da contratação de novos profissionais (ARBEX, 2013), da tentativa de humanização do espaço, a Casa de Saúde Esperança ainda representava não somente um modelo asilar tradicional a ser superado, como, outrossim, apresentava deterioração severa de seu espaço físico. Àqueles que ainda remanesciam internados aguardavam neste momento, a finalização da construção/implantação de seus respectivos serviços residenciais terapêuticos. Não se justificava, portanto, revitalização ou reforma do hospital, que passou neste período a ser denominado Hospital Psiquiátrico Municipal. Frente a este retrato, a secretaria de saúde resolve por reencaminhar as pessoas ali internadas para um hospital geral, Ana Nery, que na ocasião tinha pavilhões desativados em melhores condições físicas. Ocorre então, em 2015, o que seria a “última transinstitucionalização”, isto é, transferência do usuário de uma instituição para outra, com o fechamento definitivo da Casa de Saúde Esperança em 10 de fevereiro de 2015 (BARROS, 2015). Válido ressaltar que este último processo se deu para um hospital geral privado, com características e possibilidades de assistência diferentes das que até então ocorriam.

Durante este processo de descredenciamento dos hospitais privados, a gestão municipal recorreu à Coordenação Nacional de Saúde Mental, então administrada pelo médico sanitário Roberto Tykanori, que esteve na cidade em algumas ocasiões no intuito de acompanhamento e suporte (JUIZ DE FORA, 2015a; JUIZ DE FORA, 2015b). Ainda no ano de 2013, frente às pactuações realizadas entre poder municipal e Ministério Público, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.159, de 13 de junho de 2013 (BRASIL, 2013), estabeleceu repasse de recursos extra-teto, isto é, além do limite financeiro municipal no valor de R\$ 4.273.683,84 (quatro milhões, duzentos e setenta e três mil seiscentos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos) para a viabilidade deste processo. Consta como justificativa deste repasse, não somente “a situação emergencial do Município de Juiz de Fora (MG) acerca do fechamento de 3 (três) hospitais psiquiátricos privados e do processo de desinstitucionalização das pessoas com histórico de longa internação”, como também da “necessidade ampliar e diversificar as ações de saúde mental, orientadas para a substituição do modelo asilar” (BRASIL, 2013). Assim, o número de serviços residenciais terapêuticos

mais do que dobrou, saltando de 12 SRTs entre 2010/2011 (BARROS, 2015), para atuais 28 SRTs.

Pela importância estratégica que o Serviço Residencial Terapêutico representa ao processo de Reforma Psiquiátrica, este dispositivo foi material de uma cartilha organizada pela Secretaria Municipal de Saúde, denominada “De Volta Pra Casa: Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Juiz de Fora” (JUIZ DE FORA, 2016b). Esta publicação, apresentada como “marco histórico”, busca celebrar o fim de todos os leitos em hospital psiquiátrico do município. Nesta “pequena grande” obra, são abordados ao longo de suas 20 páginas não somente explicações do que representa este processo por parte de profissionais atuantes na desinstitucionalização, mas também depoimentos destes novos moradores, sobre o que estes locais representam para eles e suas histórias. Como a passagem que segue:

Quando o São Domingos fechou, fui para o Esperança, e de lá para a residência terapêutica. Achei um tratamento diferenciado. Aqui podia me manifestar, conversar. Pude, inclusive, raciocinar sobre tudo que me aconteceu. E agradeço muito à equipe da casa terapêutica, porque me levaram para tirar todos os documentos. Logo que vim para a residência terapêutica eu quase não saía de casa. Saía sempre acompanhado por alguém da equipe. Porque a pessoa, depois que passa tanto tempo internada, não consegue retomar assim do nada. Só depois de um tempo eu comecei a sair sozinho. Mas eu sabia que não iria encontrar aquele mundo de dez anos atrás, de quando eu estava internado (JUIZ DE FORA, 2016b, p. 10).

Neste recorte é possível perceber alguns dos pontos mais fundamentais deste processo: a possibilidade de produção autonomia, construída, no entanto, respeitando a subjetividade de cada sujeito. A importância de se fazer ouvido, de haver diálogo. A fundamental noção de cidadania, através da possibilidade de regulamentação da documentação de cada cidadão, tão subjugada no modelo asilar oferecido nestes espaços manicomial. E também da constatação dos muitos anos usurpados na vida destas pessoas por tanto tempo internadas em locais de invisibilidade e maus tratos.

E o que parecia ser o fim de uma longa história de violação de direitos humanos ganhou novo capítulo em 2017, quando o Ministério Público recebe denúncias referentes a falhas na assistência prestada por parte de umas das Organizações Não Governamentais (ONG) responsáveis pela administração da maior parcela dos SRTs do município (ARBEX, 2017a). Assim, foi instaurada sindicância para averiguar estrutura física, administração e assistência ofertadas. Segundo relatório “foram encontradas situações inadequadas referentes aos cuidados de saúde dos moradores, má conservação em alguns imóveis, falhas no abastecimento de alimentos e registro de assistência insuficiente por parte dos técnicos de nível superior de referência” (ARBEX, 2017b). Foi constatado ainda por parte da gestão pública necessidade de melhor monitoramento dos serviços prestados nestes dispositivos, com criação de uma comissão permanente para este fim. O final desta investigação se deu

concomitantemente a novo chamamento público para administração dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade (ARBEX, 2017c).

Assim, em 2018 aquele contrato de prestação de serviços é encerrado, e todas as Residências Terapêuticas do município passaram a ser administradas pela ONG denominada Grupo Espírita de Apoio a Enfermos – GEDAE, em um novo processo de “transinstitucionalização” com prazo firmado de 90 dias. O GEDAE, que foi criado em 1989, como prestador de serviço de caráter filantrópico, “cuja população seria, prioritariamente, às pessoas portadoras do vírus HIV que já tenham patologias ligadas a AIDS, e, excepcionalmente, às pessoas doentes e carentes em geral” (TOMAZ, 2000, p. 3), incorpora então mais 16 SRTs às 12 que já administrava, totalizando assim a administração das 28 moradias da cidade⁹ (ARBEX, 2018).

Este episódio nos faz pensar na Reforma Psiquiátrica não como um fim, algo que atinge sua totalidade com fechamento de todos os hospitais psiquiátricos ou algum outro acontecimento importante qualquer, mas sim como processo, como constante construção, sempre com novos desafios, novas possibilidades, novas necessidades de ação.

Com o exposto até aqui, é possível resumir os atuais dispositivos da rede municipal de saúde mental de Juiz de Fora da seguinte maneira:

- 2 CAPS III municipais: Casa Viva e ad;
- 2 CAPS II municipais: Leste e i Gentileza
- 1 CAPS II federal: CAPS HU Liberdade, vinculado à UFJF;
- 1 Centro de Convivência: Recriar (além do funcionamento neste da Associação Trabalharte);
- Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP), funcionando no Hospital Pronto Socorro Municipal (HPS), com 7 leitos psiquiátricos;
- 33 leitos psiquiátricos em hospital geral, destes 9 funcionando no Hospital Regional Dr. João Penido, de caráter estadual, e 24 no Hospital Ana Nery, de caráter privado;
- 28 Serviços Residenciais Terapêuticos.

⁹ A ONG anterior administrava 17 SRTs, mas como uma das casas teve problemas com a defesa civil, o Departamento de Saúde Mental remanejou os moradores para vagas que havia nos demais serviços. Assim, ao final deste processo o total de residências terapêuticas somava 28, e não mais 29, como veiculado anteriormente pela mídia local (ARBEX, 2018).

5. Olhares Sobre o Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora

Como processo de escavação, o capítulo anterior buscou retratar sobre a construção histórica por meio documental, de forma datada, concreta, “palpável”. O que se propõe para este, no entanto, é uma tentativa de empreender em um contexto mais fluído, subjetivo, incerto. Se antes foram trazidos documentos (longe de serem inertes ou mesmo imparciais), o que será abordado agora são percepções e histórias pessoais, recolhidas através de entrevistas semiestruturadas realizadas no presente trabalho. Se no início deste estudo fui a campo em busca da verdade, no decorrer do processo apreendi sobre diversas verdades e incertezas, que plenamente coexistem na contradição. Propõe-se aqui então, como trazido por Foucault, um estilo de análise bastante marginal, visto que “Trata-se da disciplina das linguagens flutuantes, das obras informes, dos temas não ligados. Análise das opiniões mais do que do saber, dos erros mais que da verdade; não das formas do pensamento, mas dos tipos de mentalidade” (FOUCAULT, 2017b, p. 167).

De início penso ser válido esclarecer que tais entrevistas foram realizadas com gestores, profissionais de saúde, atores do poder judiciário e usuários de serviços de saúde mental; já com intuito de tentar abarcar diferentes olhares e percepções do processo estudado. O período em que estas ocorreram encontra-se entre julho e outubro de 2018. Apesar de fazer parte da proposta inicial, não conseguiu se concretizar entrevista com familiares e moradores de residências terapêuticas. Uma das pessoas entrevistadas, no entanto, reside em moradia assistida, de caráter privado, mas optou-se por não identificá-la. Outro ponto importante é de que alguns desses participantes não estavam mais diretamente ligados à realidade da saúde mental de Juiz de Fora no momento das entrevistas.

Com intuito de preservação de suas identidades, mas também entendendo a importância da posição de sujeito dos entrevistados, usou-se para descrição destes: cargo/formação daqueles que estiveram inseridos neste contexto de maneira profissional; e da natureza do serviço onde é atualmente atendido (público ou privado) àqueles em tratamento. Válido destacar aqui que ambas as pessoas hoje em tratamento no setor privado estiveram no passado internadas em hospitais psiquiátricos públicos. Profissionais que ocupavam algum cargo na gestão da Saúde Mental de Juiz de Fora, ou ocuparam em momento anterior à entrevista, seja enquanto “coordenador(a)” do Departamento de Saúde Mental (ou do anteriormente ISM), seja enquanto membro deste, foram também nomeados por “gestor(a)”. Professores responsáveis seja em período atual ou anterior por disciplina relativa a este campo, são também descritos por “professor(a)”. Entendendo ainda que todas as falas

têm seu valor e importância, optou-se por denominar cada entrevistado por ordem cronológica da realização das entrevistas. Assim, temos os seguintes atores:

Quadro 2 – Descrição dos Entrevistados

ENTREVISTADO	DESCRIÇÃO
PSQ/PRF 01	MÉDICO PSIQUIATRA E PROFESSOR
PSQ/GST 01	MÉDICO PSIQUIATRA E GESTOR
PSQ/GST 02	MÉDICO PSIQUIATRA E GESTOR
PSI/GST 01	PSICÓLOGA E GESTORA
PSI 01	PSICÓLOGA
USU/PUB 01	USUÁRIO EM TRATAMENTO EM SERVIÇO PÚBLICO
PJ 01	PROMOTOR DE JUSTIÇA
USU/PRV 01	USUÁRIA EM TRATAMENTO EM SERVIÇO PRIVADO
USU/PRV 02	USUÁRIA EM TRATAMENTO EM SERVIÇO PRIVADO
PSI/GST 02	PSICÓLOGA E GESTORA
PSQ/PRF/GST 01	MÉDICO PSIQUIATRA, PROFESSOR E GESTOR
PSI/GST 03	PSICÓLOGO E GESTOR
TO 01	TERAPEUTA OCUPACIONAL

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Como consta nos roteiros das entrevistas (Apêndice D) (Apêndice E), foram realizadas perguntas sobre a percepção pessoal de cada um dos entrevistados quanto a este processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora, e algumas foram as questões que chamaram atenção. Levando em consideração que se trata de um processo social complexo, utilizamos aqui as dimensões da Saúde Mental e Atenção Psicossocial propostas por Amarante (2013), não como categorias de análise, em que os conteúdos estão ali inseridos de modo quantitativo e/ou enrijecidos. Não se intenciona afirmar ainda que estes discursos habitam somente uma ou outra dimensão, ou mesmo dizer que há uma percepção unânime, em conformidade, em maioria, passível de categorização. Mas abre-se aqui então a possibilidade para que uma fala, uma percepção, o que foi dito por apenas um sujeito de pesquisa, ganhe visibilidade e também importância. Assim, estas dimensões se comunicam, e aqui se apresentam enquanto embasamento teórico para possibilidades de olhar.

5.1. O Histórico Manicomial: a dimensão teórico-conceitual

No decorrer do capítulo anterior foi possível perceber que Juiz de Fora teve sua história marcada por um expressivo número de hospitais psiquiátricos. O que isto representa, no entanto, não é necessariamente algo dado ou óbvio, afinal as possibilidades de

consequências são diversas, e as percepções sobre estas distintas. Com intuito de se aproximar um pouco mais desta realidade, algumas passagens são ilustrativas:

Juiz de Fora é uma cidade... é uma cidade com o histórico psiquiátrico forte. E o histórico psiquiátrico oriundo daquela compreensão antiga, que nós sabemos, do hospício. Não é?! Então Juiz de Fora é muito parecida, é... nesse avatar, nesse ângulo, nessa visão, é, não é atoa. BH, Barbacena, Juiz de Fora, Rio. Sabe aquela coisa do trem? Sabe aquela coisa dos anos 50, anos 60, até anos 70? Quer dizer, é... Juiz de Fora tá marcada por isso. É indelével. (PSI/GST 03)

Então a minha visão é de que a gente caminhou sim, eu acho que é um sonho realizado você ter uma cidade que não tem manicômio, mas eu acho que a gente ainda tem que caminhar bastante para desconstruir a cultura manicomial, porque eu acho que ela ainda persiste. E eu me polio bastante para isso, minha visão pessoal é que muitas das vezes eu me pego ainda tento um olhar muito manicomial. Disfarçado, assim, no discurso técnico. (PSI/GST 01).

E isso também é uma coisa que... aqui tem uma história especial em relação a isso. Barbacena fez limonada, né?! Barbacena é referência. Barbacena mudou aquilo tudo e aquilo é politicamente forte hoje para o município, né?! Eu acho que o município daqui é... a saúde mental para o município de Juiz de Fora, ela não tem peso político. (TO 01).

Este último recorte começa a introduzir uma questão marcadamente presente na grande maioria das falas, especialmente daqueles que estiveram inseridos de maneira profissional, “a questão política”. Esta se manifesta em diversas formas, sob diversos aspectos, que serão gradualmente aqui apresentados.

Retornando para os efeitos do histórico manicomial, temos também:

Eu acho que são sinais de que de fato a reforma psiquiátrica aqui em Juiz de Fora não se permitiu de que ela acontecesse. Então ela só... gerou um dos piores frutos, que foram esses, né?! De uma demanda sem oferta de atenção, dessa restauração, eu acho, manicomial que está acontecendo. De uma psiquiatria muito pouco sensível à história do paciente, a dinâmica da vida... a ideia de território que é central na reforma psiquiátrica, nunca teve presença alguma. (PSQ/PRF 01)

Mas o que a gente percebia era, de fato, que não se tinha uma decisão de mudar o rumo, vamos dizer assim. Então o município muito manicomial, com uma cultura manicomial instalada. (PSI/GST 01)

Reiterando de que as visões e possibilidades são diversas, faz-se necessário apresentar alguns contrapontos, percepções outras também válidas de destaque:

Uma coisa muito interessante que eu observo nessa trajetória da saúde mental de Juiz de Fora é o seguinte, um incoerência assim... porque ao mesmo tempo que você tem uma rede hospitalar forte, você tem um único CAPS, você tem usuários produzindo arte intensamente, entendeu?! Você tem pessoas cada vez mais podendo pensar a sua história, a sua vivência, cada vez mais com um processo de subjetivação bem interessante com relação à produção, já não mais voltando para as práticas hospitalares, aqueles lugares em que ficaram, muitos deles, muito tempo anterior à entrada do CAPS, muito tempo ainda naquele percurso psiquiátrico, naquela carreira psiquiátrica. (PSI 01).

Eu acho que nós avançamos. Tudo, como eu disse... eu não critico nada do que aconteceu antes da gente fechar os hospitais porque eu acho que faz parte do processo mesmo, de amadurecimento, de engajamento de todos, dos trabalhadores, dos familiares, enfim. (PSQ/GST 02).

O que a gente vê nisso tudo é que realmente houve uma mudança de cultura. Eu acho que esse foi o grande ponto positivo na nossa região. Os gestores passaram a entender que existia uma necessidade de uma nova política pública em relação aos pacientes psiquiátricos. Que antes era focada na internação hospitalar e que necessariamente deveria passar para os atendimentos extra-hospitalares. Então houve um grande salto de qualidade nesse sentido. (PJ 01).

Chegando então na questão dos hospitais em si, muitos são os retratos desses lugares, seja pelo ponto de vista daqueles que estiveram internados, seja daqueles que participaram ativamente do descredenciamento enquanto técnicos ou gestores. Mas em comum encontramos uma realidade dura, de violação de direitos humanos e exclusão às pessoas em tratamento:

Aí eu fui internada no São Marcos. ((suspiro)). O que é muito ruim, porque aquilo lá parecia um... um depósito de animais, sabe?! Para mal tratar animais, assim... E o São Domingos não era muito diferente não. (USU/PRV 01)

Aí depois que eu saí da contenção, eu consegui roupa limpa. Roupa da rouparia. Eu usei roupa do hospital, graças à Dona Aparecida [funcionária do hospital]. Fiquei um mês internada e sem roupa. Sem peça íntima, sem roupa, sem absorvente, sem sabonete, sem shampoo, sem pasta de dente, nada. Sem nada. (USU/PRV 02)

E neste histórico aparecem também questões delicadas em relação ao funcionamento, não somente da assistência prestada (ou ausência desta), como da própria estrutura física:

Nesse processo da entrada no São Domingos, teve um dia a gente fez uma vistoria dos andares. (...) teve uma hora que a gente entrou em uma enfermaria, na hora que o Dr. [nome do promotor] abriu assim o armário que tinha saiu um monte de barata ((riso)), foi horrível aquela baratada saindo... E assim, não tinha condição, os chuveiros todos estragados, os pacientes estavam tomando banho gelado, não tinha um colchão, não tinha nada. Aí ele interditou esse andar da barata, esse andar da barata também tinha muito fio desencapado. Estava perigoso de ter um curto-circuito, sabe?! O teto estava caindo, um horror! (PSI/GST 02).

A visão inicial é uma visão de choque, né?! A visão de realmente de perplexidade em você ver o nível em que esses estabelecimentos hospitalares chegaram em termos de degradação, de violação dos direitos humanos... Então realmente se chegou ao limite do que se podia, ou que não se podia tolerar em termos de respeito aos direitos humanos. Essas pessoas foram literalmente abandonadas. (PJ 01)

Relativo também a assistência, mas da própria construção manicomial na sociedade, aparece em algumas falas o quanto este espaço é bem construído no imaginário das pessoas, inclusive daquelas em tratamento:

(...) Enfim, e a gente tentou ali [Casa de Saúde Esperança] com uma equipe nova tentamos fazer um trabalho de humanização, até configurar as novas residências terapêuticas, né?! Ou para que os pacientes pudessem ser remanejados para os seus municípios, retornar à família, frequentar os CAPS. Muitos não sabiam da existência dos CAPS. (PSI/GST 01)

Muita gente me perguntava, até pelo fato de eu ser psiquiatra, como é que eu ia fazer numa cidade sem hospital para internar e tal. E hoje essas mesmas pessoas, algumas delas ainda não acreditam, algumas delas ficam surpresas quando a gente diz que temos lá 9 leitos e que às vezes rodamos uma, duas semanas com leito vago, porque não precisou internar ninguém. Eu acho que isso é o trabalho que as equipes fazem

nos CAPS, enfim, eu acho que é isso é que faz a gente não precisar do hospital. (PSQ/GST 02)

Eu tenho observado isso, os nossos usuários do Centro de Convivência poder entender que não tem que parar no Hospital Psiquiátrico se ele tiver um bom CAPS 24 horas. Isso é muito demorado porque o usuário está acostumado ‘Eu estou em crise, eu não consigo conversar, eu não consigo me colocar diante de alguém que pode me ajudar porque eu não acredito nisso, o que eu sempre contei foi com Hospital Psiquiátrico’, então essa ruptura começa a se fazer com esse trabalho, como uma experiência. Um usuário nosso, no ano passado, ele teve essa experiência, ficou muito mal porque foi parar no HPS, depois foi para o Ana Nery. Esse ano a gente já ‘Olha, o ano passado você lembra como foi? Foi muito ruim para você (...) Então vamos ver agora, vamos para o CAPS, você vai fazer o seguinte’ - as oficinas são muito importantes para ele – ‘então você fica no CAPS de noite, você vem para o Centro de Convivência de dia, faz as oficinas...’ (...) E aí a gente observa que melhora mais rápido. (PSI 01)

Ainda sobre esta construção do lugar do manicômio na sociedade, alguns entrevistados que participaram ativamente do descredenciamento dos três últimos hospitais psiquiátricos da cidade, referem-se à percepção de impossibilidade de humanização destes espaços. Várias são as dificuldades elencadas no decorrer deste processo, como as seguintes:

E hoje eu, que já fui daquela época lá de 20 anos atrás e acreditava que Hospital Psiquiátrico pode ser humanizado, hoje eu acredito no contrário. Eu acho que Hospital Psiquiátrico nenhum tem jeito de ser humanizado. (PSQ/GST 02)

(...) Aí eu me dei conta de que manicômio não se modifica, manicômio a gente tem que fechar. Você não muda manicômio. As pessoas entram lá com uma ideia e não conseguem realizar, não conseguem. Então assim, por mais que tenha melhorado a comida, né?! Voltaram as oficinas, os profissionais eram muito bacanas, o pessoal assistente social e psicólogo... um pessoal animado, isso foi muito interessante, porque as pessoas que a gente contratou, como a gente tinha que indicar, eram estagiários da rede. Pessoas que tinham acabado de se formar, pessoas que passaram pelo CAPS, sabe?! Que tinham isso já na veia de alguma maneira. Muitos jovens, um ou outro assim que não tinha experiência com a saúde mental, mas a maioria estagiários. Então uma equipe que a gente conhecia de CAPS e tal e que tinham essa coisa, mas que aos poucos também foram sendo impedidos de trabalhar nessa lógica (...). Então a gente não conseguia, por exemplo, que a usuária pegasse o seu benefício para comprar uma cômoda para ela pôr do lado da cama dela, para por as roupas dela, porque ela não queria usar as mesmas roupas que todo mundo... coisas assim que nós não conseguimos fazer, entre outros absurdos mil. (PSI/GST 02)

(...) E assim, nessa história de humanizar o hospital até aguardar as residências terapêuticas serem montadas, a gente percebeu um fracasso dessa humanização. Não é possível humanizar o hospício. Isso gerou muito desgaste na nossa equipe, porque a gente praticamente tinha lá os médicos antigos que eram minoria, mas que de alguma maneira definiam o cuidado, uma lógica de cuidado. Os trabalhadores da enfermagem muito pouco receptivos, mesmo sendo contratados entravam naquela lógica do corredor, de trancado à chave, e os psicólogos e assistentes sociais mais aguerridos, mas a equipe acabou rachando, vamos dizer assim. Então a gente teve várias, fizemos muitas reuniões, foi muito desgastante... Eu considero que o projeto em si foi fracassado, para mim do ponto de vista de dentro do manicômio você não tem o que fazer. (PSI/GST 01)

Assim, o que estas passagens trazem retorna à visão de que os processos têm seu tempo, e que, apesar da cronologia exposta no capítulo anterior, não se dão de maneira linear. No início de minha trajetória na saúde mental, com posicionamento e revolta bem próprios de

uma estudante no início da graduação, havia uma frequente busca interna por desmascarar culpados, encontrar a verdade. O processo de formação acadêmica, e fundamentalmente de formação pessoal, me permitem hoje direcionar meu olhar com um pouco mais de complexidade. Não se configura mais enquanto uma insensibilidade entender essa temporalidade. Assim, faz-se possível perceber “a história que foi não é a história que *tinha de ser*, foi a história possível e resultante dos jogos de força” (BAPTISTA, BORGES e MATTA, 2015, p. 153, grifo dos autores). Os jogos de forças, as questões da macropolítica, as decisões em todas as três esferas de governo, interferem diretamente nos acontecimentos. No entanto, é sempre válido afirmar que as construções engendradas pelo modelo manicomial são inadmissíveis em uma realidade atual. Saber então em qual contexto, e sob quais justificativas, foi produzido tal modelo asilar e excludente, auxilia na construção de uma realidade outra, estando então mais atento às práticas de invisibilidade e exclusão, que não fazem parte apenas do lado de dentro dos muros do manicômio. Faz-se importante finalmente retomar a intenção deste estudo de dar visibilidade aos arranjos, ao processo, sem a busca de uma verdade única, demarcada e conclusiva.

5.2. A Rede de Saúde Mental de Juiz de Fora: a dimensão técnico-assistencial

Um ponto que também chama atenção neste processo refere-se ao modo de funcionamento dos dispositivos ofertados, e da conformação de uma rede de assistência em saúde mental. Esta noção é dificilmente praticável quando o ponto central da assistência é o manicômio. Assim, esta articulação começa a ser possível em Juiz de Fora a partir dos anos 90, visto que antes disto, apesar de algumas outras iniciativas e proposições, a assistência era oferecida em sua expressiva maioria nos hospitais psiquiátricos. Temos como acontecimentos anteriores à década de 1990:

(...) nessa fase de 88/89, foi quando foi instalado o Serviço de Urgência Psiquiátrica em Juiz de Fora. A gente na época instalou onde era o antigo pronto socorro, hoje aonde é vigilância sanitária, ali na Andradas. Funcionava como um pronto socorro geral, (...), e a gente criou um serviço de urgências psiquiátricas, completamente diferente do que existe aqui hoje, que é um ‘manicômiozinho’ isolado aqui dentro, mas eram os leitos juntos. A gente criou o leito de psiquiatria no hospital geral, no João Penido. (PSQ/PRF/GST 01)

Mas o que se tinha como prática mais expressiva neste momento, apesar de alguns esforços contrários, era ainda a internação em hospital privado, conveniado ao poder público. Sobre o funcionamento destas neste período:

Antes da PIV¹⁰ (...) o dono do hospital ele dava, ele fazia uma ‘agro-divisão’ dentro do hospital psiquiátrico. (...) Então assim, quem dava guia, na verdade, quem podia emitir guia para o hospício, era quem o dono do hospício dava o direito de ter número de leitos, e quanto mais a pessoa era ‘emitidora’, ou era emissora de... de papéis, de guias para pacientes, quanto mais clientes ele gerava para o hospício, mais o hospício a bonificava com um número maior de leitos para que pudesse internar e motivar, para que pudesse manter esse ‘ciclo internatório’, não é?! De internação. (PSQ/GST 01)

E eles então eram médicos do INAMPS que trabalhavam todos nos Hospital Psiquiátrico e todos tinham mais de 100 pacientes aos seus cuidados nesses hospitais. A moeda de barganha daquela época era assim: você tem paciente aqui, mas desde que você trabalhe lá para internar. Quem não trabalhava nesse ambulatório de internação não tinha também paciente nenhum nos hospitais psiquiátricos. Os pacientes... Não tinha critério de internação. O critério era vaga no hospital, né?! Se tinha vaga, tinha internação, independente do quadro clínico. (PSQ/GST 02)

Ao invés de poupar e priorizar ((ênfase)) o tratamento, priorizavam ((ênfase)) a internação. Aquele quadro de jogar no hospital, de colocar no hospital, de incluir no hospital, não incluir no tratamento. Não investir no profissional, no tratamento. (USU/PRV 02)

Apesar do quadro bastante delicado da conformação destas internações, e de tentativas de mudança deste ainda no final da década de 80, é em período posterior que começam a se conformar mais concretamente novas possibilidades. Reiterando de que esta temporalidade não é linear, e que novas práticas não necessariamente representam a exclusão de suas antecessoras, é possível o recorte também sobre este período:

Depois do início dos anos 90, sim. Aí começou a ter, de fato, uma direção, um sentido, uma busca, uma procura, e principalmente, ações no sentido de constituição, é... daquilo que vai se conformando como uma rede de atenção. Então a... a... segundo o que eu vejo, há uma experiência clara, antes do início dos anos 90, basicamente de caráter hospitalar em Juiz de Fora. Eram muitos leitos. E, depois dos anos 90, principalmente, com marco em quase meados dos anos 90, né?! (PSI/GST 03).

Mas, ao mesmo tempo, naquela época eu já me questionava de que era um CAPS, mas que era uma ilha. Porque era cercado de hospitais por todos os lados e eu não via por parte da equipe nenhum enfrentamento no sentido de fazer reforma no município. É curioso né, que era aquele CAPS bem da 224¹¹ ‘CAPS alternativo ao hospital psiquiátrico’. Então naturalizava-se o processo de internação, não havia nenhum questionamento se o paciente se internava, quanto tempo que ele ficava no hospital, algumas iniciativas ou outras, muito incipiente... (PSI/GST 01)

Mas, se a construção de uma nova rede, com novos serviços e possibilidades, pode se apresentar enquanto um direcionamento positivo à superação de modelo manicomial, não necessariamente há concordância em como deveria se dar esta organização. Isto se expressa não somente nas diferentes propostas e implementações no decorrer dos anos, a partir das

10 Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992 (BRASIL, 2004, p. 256), que inclui o Grupo de Procedimento “Psiquiatria IV”, para efeito de pagamento por parte do sistema público de saúde.

11 Portaria SNAS nº 224, de 29 de Janeiro de 1992 (BRASIL, 2004, p. 243), que estabelece diretrizes e normas e Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

mudanças de grupo político, e, por conseguinte, da visão daqueles que ocupavam os cargos de gestão, mas também nas próprias falas dos entrevistados:

Não sei se você conheceu um livro verde¹², um livro que dava assim uns encaminhamentos, dos serviços de saúde mental (...) eu vi essa reforma psiquiátrica aqui do município era um equívoco, burocrática, tinha umas coisas horrorosas! Atendimento no CAPS só paciente agendado. (...) aí tinha um certo... uma certa... é... regulação. Então se você faltava a duas... a dois atendimentos sem justificativa, três atendimentos, sei lá... Aí você tinha de voltar ((riso)) lá no início. Um atendimento primário, tinha que remarcar, ser encaminhado... Era um negócio horrroso! (PSQ/PRF 01)

Então tinha os ambulatórios de transtorno, o ambulatório de transtorno afetivo, de transtorno psicótico, de transtorno ansioso, essas coisas... Eram pessoas ligadas à universidade e eles acreditavam que devia ser assim o modelo de saúde. Mas foi muito bem organizado, né?! Não fossem as críticas que a gente tem a esse tipo de assistência, foi muito bem organizado. (PSQ/GST 02)

Então eu acho que essa rede, né?! E que, eu não sei. Até onde eu fui, até dois anos atrás, essa rede ainda era uma rede formalizada só, fria, não era uma rede quente, uma rede, né?! Que você pode acionar, e que ela vai fazer... não! Uma rede formalizada, lógico que tudo bem que quando mudou isso tudo. A questão dos acolhimentos, a questão dessa participação lá no... na... é.. no posto de saúde. (...) Aproximou... mas isso foi imposto, né?! Mas a rede, eu acho, que ainda é uma rede fria.(TO 01)

Relativo não somente ao funcionamento da rede, mas quanto às próprias práticas estabelecidas nestes espaços, são algumas percepções:

(...) A macrorregião como um todo passou a não ter mais aquela referência de hospitalização dos pacientes psiquiátricos. (...) Daí o fortalecimento que a gente está colocando da rede substitutiva, né?! Os serviços de CAPS, os leitos de retaguarda, as próprias residências terapêuticas, né?! (PJ 01)

Naturalmente já são pessoas que não convivem mais com hospital, então passam a ter um outro olhar, eu acho que isso muda muito, mas também da gente estar sempre repensando o nosso trabalho nesses serviços abertos porque eles podem repetir o modelo de manicômio que cada um de nós às vezes tem na cabeça. Então o CAPS, ele pode ser um serviço aberto e democrático, mas ele pode também ser um serviço que viola direitos e que, enfim, não constrói cidadania e nem autonomia. (...) Eu acho que é o desafio para o futuro para você ter o trabalho espalhado mais pela cidade, como eu disse a gente ainda não tem. (PSQ/GST 02)

E assim, eu vejo ainda profissionais tendo condutas muito manicomiais e de opressão assim, das pessoas que tem essa... a doença mental presente na vida, essa existência deles que foi atravessada por isso (PSI/GST 02)

(...) a gente ainda não tem ainda uma homogeneidade do ponto de vista de pensar a atribuição do serviço, isso foi uma coisa que eu batalhei muito, que fui muito, assim, que foi muito difícil fazer esses enfrentamentos porque o servidor antigo ele acha que qualquer coisa você está querendo interferir no trabalho, e a nossa rede aqui ela era muito assim... muito pouco visível para o resto da prefeitura, sabe? Nos seus fluxos assistenciais (...). (PSI/GST 01)

12 Como mencionado no capítulo anterior, trata-se de publicação produzida pelo Instituto de Saúde Mental, denominado “Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000).

Este último fragmento aborda algo de extrema relevância, apontada por alguns entrevistados. O quanto é mais trabalhoso, da perspectiva dos trabalhadores, dos familiares e da própria sociedade, de lidar com aqueles que necessitam de tratamento em saúde mental fora dos muros dos manicômios. Do quanto estabelecer assistência com inserção na sociedade requer muito mais disponibilidade dos trabalhadores, e maior compreensão por parte dos familiares.

Existem também dificuldades no sentido da organização desta rede, apesar de algumas tentativas. Mas falar de rede não é somente da comunicação destes serviços, mas dos próprios serviços em si. Algumas são as percepções daqueles que trabalham ou trabalharam nestes, como:

Do ponto de vista de lógica do funcionamento ainda precisamos trabalhar duas questões: uma é que alguns serviços ainda são ‘CAPS-centrados’, e a gente... eu acho que a grande sacada da RAPS¹³, embora ela seja criticada, é que quando você é um ponto de atenção, você não é o centro, não é aquela coisa de CAPS para dentro. Porque às vezes é assim ‘Ah, faz um acolhimento’, ‘Mas eu não tenho médico’... Então assim, acolher alguém é agenciar o cuidado, e agenciar o cuidado é trabalhar o território. Então não é CAPS para dentro ou CAPS para fora. Acho que é vencer isso. E quando a gente está falando de fato da gente ser mais substitutivo no que se refere à crise, ao acolhimento da crise, acho que a gente ainda tem dificuldade, a gente ainda é um pouco ‘HPS-dependente’, sabe? ‘Ah, vamos mandar pro HPS...’ A gente não faz ainda um manejo de crise como deveria, eu acho. (PSI/GST 01)

E... da gente contar com pessoas... é... os usuários mesmo, né?! Não é para ir vender trabalhinho e mostrar que está tudo legal ‘olha que lindo que eu estou fazendo! Minha pipoca, meu ‘nanana’ (sic) Não! Então eu acho que falta isso. Então falta, não falta? E os CAPS continuam do mesmo jeito. Um casinhas fechadas, que as pessoas não circulam... (...) Elas... os serviços acontecem. Essa coisa da rede. Isso é tudo muito... como eu diria? Formalizado. O serviço não tá... isso não é dispositivo, isso não é... essa coisa do CAPS que ele... o CAPS é um lugar, não é uma função ainda. (TO 01)

Apesar das limitações elencadas, e das críticas propostas, há quem aborde também percepções outras, isto é, dos pontos positivos, ou mesmo da potencialidade destes serviços:

E os CAPS fazem visita ao Ana Nery, então existe uma interlocução do Ana Nery com a rede de fato, o sujeito não é largado lá para ficar internado e depois voltar. Então a rede está funcionando. (PSQ/GST 01)

Mas eu acho que quando ele faz isso, quando o usuário já começa a fazer isso, começa a ver que ele está conseguindo favorecer o serviço, já tem algo assim, de uma ruptura com essa alienação que está sendo feita aí. Primeiro que esses dispositivos são fragilizados, depois ‘Qual o meu papel, o meu lugar nisso?’, né?! De não recuar no momento de crise. (PSI 01)

Se aproximando então da realidade dos serviços ofertados nesta rede, a peculiaridade de um deles chama atenção em algumas falas. Como mencionado no capítulo anterior, o Centro de Atenção Psicossocial vinculado à UFJF tem gestão federal. Esta é uma das razões

13 Rede de Atenção Psicossocial, instituída a partir da Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

pela qual ele tem funcionamento um pouco diferente dos demais. Tive a oportunidade de, durante a graduação em Psicologia, realizar estágio e posteriormente fazer parte de um projeto de extensão de visitas domiciliares neste dispositivo. Foi nele, inclusive, meu primeiro contato acadêmico com a realidade da saúde mental. Logo, é válido destacar que foi, em minha trajetória pessoal, uma experiência ímpar, de muito aprendizado e (des)construção. No entanto, sabendo também que há ainda muita construção no âmbito da Reforma Psiquiátrica a ser feita, não somente neste serviço, mas em toda a sociedade, são percepções sobre o atualmente “CAPS Liberdade”:

Temos a experiência do CAPS universitário também, que é um pouco problemática porque é um CAPS um pouco *in/out*, não é?! Ele tá dentro e fora da rede, ele faz parte da rede, evidentemente, mas como uma instituição universitária, e uma instituição universitária muito desligada, comandado muito sobre o modelo mais eminentemente médico, né? Mais ‘medicalocêntrico’. E é um CAPS que não desliza na rede com a mesma fluidez dos CAPS que são visceralmente do município. Muito embora não seja de muita valia esse CAPS, pelo amor de Deus, é um CAPS extremamente importante para nós, só que ele não tem o mesmo azeite, não é?! O mesmo ‘azeitamento’ de funcionamento dos outros CAPS. (PSQ/GST 01)

Porque nas primeiras reuniões eu já questionava por que que não tinha nome, entendeu? Foi ter nome há pouco tempo também. (...) Tem dois anos que tem nome. Por que que não tinha nome? Por que não tinha nome? Pelo menos de saúde mental ou alguma coisa desse tipo. E por que que chamava “Instituto de Psiquiatria e Psicologia Médica”, entendeu?! ((riso)). Porque isso era uma disciplina. Psicologia médica é uma disciplina. (...) o CAPS do HU, né?! Como é que pode uma coisa dessas? O CAPS do Hospital? É... E era isso mesmo. Esse nome... quando eu olho hoje pra trás eu percebo que esse nome ele era muito claro. Não tinha porque dizer “Nossa! Que nome horrível!”. Não. Ele era ótimo, porque ele dizia exatamente o que era, né?! Não adianta botar um nome lindo e realmente era aquilo, né?! (TO 01)

Mas o que eu vejo do CAPS HU, por exemplo... eu acho que... é... não pode em absoluto, ser considerado um trabalho que tenha afinidade mínimas com a concepção da reforma psiquiátrica. Eles têm ambulatório, atende pacientes agendados... é... todo centrado na figura do médico... é... praticamente não tem uma psicoterapia, a não ser de uma forma muito subsidiária. A psicoterapia quase que é de... de... de ‘amansar’ o paciente, para ele ser mais dócil no acompanhamento médico. Então na realidade assim... (...) essas críticas que eu tenho ao HU, ao CAPS do HU, que eu acho que em certa medida talvez se aplique também, mas não tenho tanta segurança, ao, ao outro CAPS, né?! Faz com que eu conclua que, de fato, o que se chama CAPS aqui, tem muitíssimo pouco a ver com CAPS. (PSQ/PRF 01)

O exposto traz recortes de percepções deste serviço com certo afastamento do restante da rede. Mas há de se levar em conta o trabalho deste de matriciamento realizado junto à atenção primária. Válido também ressaltar que este foi recentemente credenciado ao Ministério da Saúde, ganhou um novo nome, o que reforça este processo de construção, com possibilidade (mas não garantia) de novas práticas.

Outro serviço que ganhou também destaque na fala dos entrevistados é o Centro de Convivência Recriar¹⁴. Criado em 2006, a partir de um grupo de usuários e familiares que se organizou dentro do CAPS Casa Viva no final dos anos 90, e que foi formalizado em 2001 enquanto Associação Trabalharte. Tem-se sobre este:

A gente observava que o CAPS poderia ir, deveria ir numa direção cada vez mais assistencial, com equipe multiprofissional, e o Centro de Convivência se estabelecia como esse local diferenciado, em que a assistência não estaria presente, mas sim práticas de inclusão sociocultural, como o design, as artes plásticas, a comunicação, a música, a costura, o artesanato. Quer dizer, práticas como essas que cada vez mais aproximam esses usuários da sociedade, né?! Porque através da participação em feiras, dos eventos, das reuniões em que eles se posicionam a respeito da dificuldade em comercializar, e aí eles começam a pensar também que não é uma comercialização qualquer, é comercialização em um país específico, em uma cidade que tem “dificuldades x”. Então eu acho que isso aí coloca o usuário muito mais engajado, muito mais presente na realidade, que é o certo, né? E eu acho que esse é um dos objetivos da saúde mental, porque se não é assistencial o tempo todo, né?! (PSI 01)

Assim, o que se busca esclarecer é não somente da diferença entre esse serviço e os demais da rede, como da importância de que haja essa diferença. Ainda sobre este dispositivo há o que segue:

Melhor que eu fiz foi vir pra cá [Centro de Convivência], né?! Eu não sabia que existia esse lugar assim. Porque as pessoas lá... de outra cidade, de outra rua, de outro bairro, fala que esse lugar assim todo mundo é doido. Eles falam que é doido, né?! (...) Eles não têm procedimento que as pessoas aqui dentro faz (sic), né?! Não tem procedimento de nada. (...) eu não sabia que aqui era maravilhoso. As pessoas, né?! Tratam as pessoas bem, cuida, né?! É muito bom aqui. (USU/PUB 01)

Então assim, dessa proximidade com o usuário, desse trabalho com o usuário que eu posso falar um pouco, que eu acho que desde que a gente começou a trabalhar exatamente pensando nesses usuários que vinham melhorando, que vinham estabilizando, que vinham contando com o dispositivo da palavra, dos grupos, das oficinas, que isso a gente cada vez mais vê como isso funciona, como isso reabilita. (PSI 01)

Durante minha graduação também tive oportunidade de fazer breve estágio voluntário neste espaço. Hoje percebo que à época meu olhar era muito contaminado por uma visão extremamente assistencialista. Lembro-me de questionar a então coordenadora sobre diagnósticos daqueles que ali frequentavam, e ela pacientemente tentar me explicar que a visão neste serviço era diferente da que eu estava habituada a ver no CAPS. Somente algum tempo depois fui entender a dimensão da grandiosidade de tudo que ela tentava me esclarecer. E também de perceber disto que vem sendo trazido neste trabalho, que mais do que uma patologia ou código de doenças, está um sujeito e as possibilidades dele de se inserir em sociedade. É como muito sensivelmente descreveu Basaglia, quando diz de “colocar a doença entre parênteses” para ser assim possível vislumbrar o sujeito (BASAGLIA, 2001). Mas

14 Este dispositivo foi tema de importante dissertação de mestrado denominada “Saúde Mental e Trabalho - Transversalidade das Políticas e o Caso de Juiz de Fora” (MENDES, 2007)

retomando então o dispositivo em questão, há também de se pensar sobre este funcionamento, como o questionamento a seguir:

Porque o centro de convivência tem que estar no seu bairro, né?! Você tem que sair de chinelo de casa e ir para o centro de convivência. Não tem centro de convivência nos bairros. Para ninguém. Porque o centro de convivência seria para todo mundo, né?! (...) A gente não tem. Eu acho que falta. E isso falta para todo mundo. (TO 01)

Este é um importante fator elencado em algumas falas: de que carecem recursos comunitários na cidade como um todo, e não somente à população em tratamento em saúde mental. A questão do território é também um importante aspecto neste contexto. Ambos serão aprofundados posteriormente. Mas, em relação especificamente ao serviço em questão, também foi trazida a seguinte compreensão:

Esse Centro de Convivência ele não é territorializado, porque é um Centro de Convivência só. Eu acho que territorializar um Centro de Convivência único para uma região da cidade acaba sendo desapropriar, desabastecer uma cidade de ter um Centro de Convivência, de ter esse dispositivo. Eu acho que isso faz todo sentido, principalmente assim: surgiu uma ideia em determinado momento de territorializar para a região norte o Centro de Convivência. A região norte não tem nem CAPS, como que um Centro de Convivência vai trabalhar já que a notícia que a gente tem é de que o Centro de Convivência tem que trabalhar junto com o CAPS? As UAPS, o Centro de Convivência junto com os CAPS (PSI 01)

Esta fala traz importantes aspectos deste funcionamento em rede, e fragilidades que serão ainda elencadas: a ausência de cobertura de serviços para a zona norte da cidade, e do trabalho em rede com a participação da atenção primária.

Retomando a questão dos serviços ofertados, um dispositivo que tem sua importância demarcada em várias falas, enquanto fundamental e estratégico são os Serviços Residenciais Terapêuticos. Desde o momento inicial de sua implantação¹⁵, como já visto, em 2002 no município, passando também por aqueles mais recentes, ou até mesmo do processo de mudança administrativa entre as ONGs que prestam serviço para a prefeitura. Sobre o processo de criação destes serviços no contexto municipal, há a possibilidade da seguinte percepção:

Como internava muito e como houve um processo relativamente acelerado de desospitalização sem, evidentemente, sem criar uma rede capaz de dar sustentação, essa rede ficou muito mal estruturada. Você não tinha centro de convivência, você não tinha... as residências terapêuticas vieram ‘a toque de caixa’, parece, né?! Não tinha uma estrutura de fato que tivesse amadurecido para acompanhar esse processo de desospitalização. O que houve é que... Aí começou a aparecer uma demanda de paciente crônico, de paciente cronicado, e se ficou meio sem saída. (PSQ/PRF 01)

15 Sobre a criação destes primeiros dispositivos no município, recomenda-se a dissertação de mestrado denominada “Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora/MG - contribuições da enfermagem” (SANTOS, 2013).

É válido esclarecer que as percepções pessoais dos entrevistados que de algum modo tiveram ligação com este processo não são apresentadas neste trabalho como “a verdade”, mas como “formas de verdades”. Elucidar que a história não se dá de modo linear auxilia na compreensão de que o fato de ter ocorrido discussões sobre dispositivos de moradias ainda em 1997, caracterizada por “planejamento para pensões protegidas” no corpo do texto do Plano Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 1997), ou na II Conferência Municipal de Saúde Mental em 1999 para a “criação de dispositivos substitutivos ao Hospital Psiquiátrico”, com exemplos como “Lar Abrigado” ou “Pensão Protegida” (JUIZ DE FORA, 1999a), não necessariamente significa que o estabelecimento destas primeiras SRTs não se deu “a toque de caixa”. Outro importante ponto que também já começou neste trabalho a ser brevemente abordado é de que a constituição de serviços, sejam SRTs, CAPS, Centros de Convivência ou quaisquer outros que foram surgindo no decorrer da Reforma Psiquiátrica, não é garantia de práticas menos excludentes.

(...) porque o fato de você ter residência terapêutica não significa que você não faça manicômio. O fato de você ter CAPS não significa que não seja um manicômio, não é?! Porque a relação é a relação com o sujeito onde ele está, então você pode ter um módulo de psiquiatria num Hospital Geral que seja um manicômio, e se você for ver também pela cidade, é também um problema, porque o Ana Nery é uma estrutura de manicômio. (PSQ/GST 01).

(...) A gente tenta construir novos nomes para não cair nessas velhas práticas. Porque o manicômio, e aí são outras questões que vem, ‘ah, vocês fecharam todos os hospitais’, mas o manicômio ele existe, né?! O manicômio não é um muro do hospital, o manicômio é a forma como você trata o usuário (PSI/GST 01).

Eu, particularmente, penso que o ministério devesse mudar, é... as regras das residências terapêuticas, não é?! É... acho que talvez, é... a chamada residência terapêutica, ela pode ter um... um efetivo maior e melhor em substituição ao hospital psiquiátrico em muitos casos, muitos casos. Então não necessariamente a residência é para aquele morador para o resto da vida. (PSI/GST 03)

(...) Outra, a questão da própria... ele [pessoa que acompanhou enquanto profissional de um serviço], apesar de estar sempre internado ele também tinha a casa dele. ‘Como pode essa coisa de uma mulher entrando e saindo do quarto da gente toda hora?’, né?! Assim... As questões do privado mesmo. O privado não foi recuperado, né?! As coisas continuaram públicas. O corpo dessa pessoa, tudo que ela faz... nada... eu não posso, eu sozinho ir na padaria. Só quando todo mundo for. ((riso)). Então você continua andando com turminha, entendeu?! (TO 01)

Em relação à criação das SRTs mais recentes, aquelas que foram necessárias pelo descredenciamento dos três últimos hospitais psiquiátricos, e possíveis de se concretizarem muito em função do apoio específico à Juiz de Fora dado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), são elencados:

E com o Ministério [da Saúde] nós negociamos então as residências terapêuticas, que na época a gente tinha nove só, e das nove só quatro eram credenciadas. E aí fizemos um planejamento de até 35 residências. Felizmente não precisamos, porque

muitos pacientes, nós fizemos um trabalho intenso, as famílias levaram eles de volta, então nós precisamos na verdade de 29 residências. (PSQ/GST 02)

(...) a gente estava começando a implantar as primeiras residências e a gente tinha um trabalho muito interessante, porque a gente trabalhava a montagem das residências dentro dos hospitais. Ainda nos hospitais a gente começou a fazer assembleia, lá no Aragão a gente já começou a fazer isso, a gente trabalhava esse ideia do morar: ‘Se você saísse daqui, com quem você gostaria de morar? Com quem você não gostaria de morar?’. E a gente começou, lá no Aragão a gente já fazia essas assembleias, a gente trabalhava com eles o quê que era casa, se eles imaginavam o quê que era morar numa casa, o quê que eles gostariam de fazer... Então assim, foi muito interessante esse processo do Aragão, porque a gente foi aos poucos trabalhando de novo esse imaginário com eles, do quê que é não morar numa instituição, poder escolher com quem você vai dividir seu quarto... Aí tinha algumas que falava assim ‘Ah... quando eu morar nessa casa eu quero fazer broa, porque a minha mãe fazia broa’ (PSI/GST 02)

(...) e temos hoje 28 residências terapêuticas. Uma residência a gente teve um problema lá com a defesa civil e a gente acabou desmobilizando essa residência, mas também tinham vagas em outras, porque quando a gente credenciou a gente credenciou algumas de 10 [moradores], outras de oito [moradores] e a gente acabou remanejando os pacientes. (PSI/GST 01)

Este último fragmento expõe que não somente sob a visão do cuidado e assistência, mas que inclusive administrativamente, estes serviços estão em constante transformação, e que, portanto, demandam não apenas dos técnicos, mas também da gestão, um olhar frequente. Isto nos remete ao episódio recente da mudança de contratos para prestação de serviços à prefeitura, visto que uma das duas ONGs que então prestavam serviços esteve sob investigação quanto a denúncias recebidas pelo Ministério Público, e não teve seu contrato renovado. Quanto a este processo, são percepções dos entrevistados:

(...) e realmente, assim, a gente precisa trabalhar mais para que, por exemplo, este processo que a gente está tendo que fazer agora, de tirar essa ONG do cuidado das residências, eles tinham práticas manicomial. Não foi só uma questão de deixar faltar comida que também é uma coisa manicomial, são pequenas coisas. Tem acertos? Tem, claro. Tem casos exitosos que eles trabalharam bem e que as pessoas fizeram boas coisas para vida dos outros? Tem. Eu não posso dizer que tudo foi ruim (...). O que eu pude perceber e depois eu entrei na tal da sindicância - fiz parte da sindicância que apurou as denúncias da residência terapêutica (...). A gente também não tinha dimensão do que estava acontecendo ali. Então isso também nos ensinou, muito desgaste. Eu adoeci de novo, porque eu fui da sindicância e eu vi coisas horríveis, que eu achei que eu não ia ver em residência terapêutica, muito trauma (PSI/GST 02)

(...) Porque é o seguinte, para que as residências funcionassem minimamente bem nós tivemos que contratar ONGs para poder cuidar delas, e tivemos um sério problema com uma das ONGs, eles começaram a repetir a mesma situação que ocorria nos hospitais psiquiátricos, (...) eles estavam repetindo a mesma situação de violação de dentro dos hospitais. E aí, esse é o problema do serviço público, teve que montar uma sindicância, apurar, depois fazer um processo licitatório (...), eles tinham 17 das 29 residências, né?! Sob administração deles, então o problema era muito grave. (PSQ/GST 02)

Ainda sobre funcionamento de rede, uma importante questão no âmbito da saúde, e fundamentalmente, na saúde mental, é a noção de território. Estar inserido no contexto e no

cotidiano das pessoas através dos espaços em que estas convivem é uma ferramenta valiosa. A noção que se apresenta em Juiz de Fora, no entanto, se aproxima mais da noção de regionalização que territorialização. Isto porque os serviços da rede são descritos de modo a atender determinadas regiões da cidade, mas isto não necessariamente significa que estes estarão localizados no território a ser assistido. Auxilia na compreensão desta dinâmica o dado de que em Juiz de Fora, até o ano de 2018, se tinha apenas 62% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (GTT, 2018). Assim, sem a possibilidade de atenção básica, o trabalho no território fica comprometido.

Quer dizer, olha a nossa dificuldade, se na atenção primária que seria o básico, básico, mais essencial, não tá ainda a cidade toda coberta, a saúde mental então, que sempre é o patinho feio, onde recebe a menor fatia de financiamento e tudo... Então o desafio é muito grande para o futuro.(PSQ/GST 02)

Uma boa forma de melhor compreender esta questão é perceber que a vasta maioria dos serviços ofertados nesta rede estão fisicamente instalados em localidades próximas, na região central da cidade. Em um raio de aproximadamente um quilometro é possível encontrar os seguintes serviços: CAPS Leste, CAPS ad III, Centro de Convivência e Departamento de Saúde Mental (que funcionam separadamente na mesma construção física), e CAPS Casa Viva. O funcionamento destes visa atender as diferentes regiões da cidade, isto é, a assistência é organizada de maneira regionalizada. No entanto, o local onde estes estabelecimentos estão instalados não necessariamente coincidem com estas regiões.

Outra dificuldade expressa é de uma grande região da cidade que se encontra atualmente descoberta de serviços especializados em saúde mental, a região norte. Com intuito de minimizar os efeitos desta realidade, acontecem no Departamento de Saúde Mental atualmente atendimentos em modalidade de ambulatório a esta população por alguns profissionais vinculados ao município.

Nós fizemos algumas propostas de implementação de serviços, como as unidades de acolhimento e mais um CAPS Álcool e Drogas, para a Zona Norte principalmente, para funcionar na Zona Norte, que é uma grande área do município, mas dada essa crise fiscal e financeira dos municípios, do Estado e do Governo Federal não vai ser possível implantar, pelo menos no médio prazo. Mas o projeto é esse. Que a gente implante mais um CAPS Álcool e Drogas.(PSQ/GST 02)

O que deixou de ser implantado efetivamente foram os serviços previstos para zona norte. Que isso não houve evolução porque o município alegou que o recurso repassado pelo Ministério da Saúde seria insuficiente, e que o estado [de Minas Gerais] também, apesar de ter pactuado repasse de recurso, desde 2014, nunca o fez. Então o estado não contribuiu com sua cota-parte em termos de ser também um ente federativo que é solidariamente responsável por este financiamento, não entrou com essa contribuição financeira, o que certamente prejudicou os prestadores, os gestores municipais e até os terceirizados na manutenção desse serviço. (PJ 01)

Este fragmento retoma a importância de decisões não somente a nível municipal, e do quanto esses jogos de força são decisivos ao processo. É também importante destacar que, se

a complexidade da Reforma Psiquiátrica não se resume a reformulação de assistência e serviços, estes não perdem seu lugar de importância. Repensar as práticas é também importante e decisivo passo para uma mudança na cultura. Ter a criação de um serviço substitutivo pode não ser a garantia de novos olhares, mas não permitir violação de direitos como violência física enquanto forma de tratamento é imprescindível. Na realidade há ainda muito que se pensar em relação às práticas, mas fundamentalmente em relação à construção do cuidado. Neste sentido, entender das questões normativas deste processo, e fazer com que, a partir deste entendimento, estas pessoas exerçam das mais diferentes formas a sua cidadania, é também um aspecto estruturante.

5.3. As Decisões Políticas e Normativas: a dimensão jurídico-política

Com este estudo espera-se ser possível apreender, cada vez mais, que as decisões, postulados e normativas, interferem diretamente na construção da realidade. O capítulo anterior buscou abarcar esta dimensão através da construção de documentos produzidos, de estratégias propostas, do aparato legal.

O que se propõe agora é dar voz aos acontecimentos presentes neste processo normativo. E o que ficou claro em muitas falas, especialmente daqueles que ocupam ou ocuparam cargo de gestor é da “importância da política”. Esta importância não somente da noção de macropolítica, de decisões ministeriais e financiamentos, por exemplo, mas também das articulações locais, dos jogos de poder, das intencionalidades e direcionamentos. Frente a este cenário, muitos dos entrevistados questionam, ou mesmo sugerem, razões pelas quais o descredenciamento destes hospitais se deu de maneira tardia no município:

E o município continuava com o ambulatório, esse ambulatório ainda com supervisão. Tinha ainda uns dois ambulatórios, os ambulatórios de transtorno ainda funcionavam, isso aí eu já estou falando agora na década de 2000. Esses ambulatórios de transtorno ainda funcionavam, e, assim, a coisa não avançava. A coordenação de saúde mental do município muito bem articulada com os hospitais, uma relação muito cordial, nunca teve uma relação de enfrentamento. (PSQ/GST 02)

Então houve um processo um tanto quanto seletivo nesse fechamento que não abarcou uma melhora na qualidade dos serviços hospitalares.(PJ 01)

No momento da reforma ser implantada aqui, acho que a correlação política tinha à frente algumas pessoas da área que não tinham essa visão, tinha que ter o espírito da reforma... da reforma psiquiátrica, né?! Então em função até de uma certa coerção, vamos dizer assim, do governo federal, que todos tinham que se adequar, ia ter um... tinha que ter um cronograma pré-estabelecido de desospitalização... então o município teve meio que se adequar a isso, e começou a fazer isso em hospital psiquiátrico (PSQ/PRF 01).

O foco nosso aqui sempre foi diferente do resto do Brasil inteiro, porque a gente estava focado na atenção primária, não estava preocupado em desospitalizar. A

gente estava preocupado em evitar que o pessoal entrasse e em criar uma rede que desse conta. Então assim, a desospitalização seria uma consequência da não entrada de novos pacientes e à medida que se tivesse condição de fato de retirar pacientes, aí na dependência de financiamento que não existia, era uma coisa que ficava para frente. (PSQ/PRF/GST 01).

Temos com estas duas últimas passagens um aspecto de extrema relevância, que vem sendo pouco a pouco trazida no presente estudo: as decisões federais e estaduais, e os aspectos normativos e legais para o decorrer deste processo:

Acho que é isso que chama atenção que as vezes não é devidamente lembrado, né?! E não subestimar isso, né?! Na verdade houve uma inflexão de modelo de financiamento do Ministério da Saúde, e isso foi decisivo para reforma. Você financia porque você quer. Então eles enxugaram o dinheiro do hospício e meteram dinheiro nos CAPS, e isso foi fundamental para poder consolidar o modelo. (PSQ/GST 01).

E... é... em 92, o fruto dessa visita do pessoal do estado que redundou na obrigatoriedade do município de criar um serviço. Então o município teve que criar esse serviço. (PSI/GST 03)

Assim, é notório que tanto aspectos que puderam ser considerados como positivos, ou aqueles apontados como dificuldades, podem estar inseridos no escopo desta dimensão.

(...) Essa história não acaba, quer dizer, as pessoas em nome de vaidade, de interesses políticos imediatos, de interesses financeiros imediatos, esquece do principal, que é atenção a quem de fato precisa. Então às vezes fica muita ‘fogueira das vaidades’, e o que poderia de fato avançar em termos de assistência, cai. (PSQ/PRF/GST 01)

Não existe reforma psiquiátrica sem decisão política, essa é a grande lição que eu aprendi. A decisão política é o que movimenta a reforma. (...) eu aprendi que quem decide fazer é quem tem o poder. Claro, pressionado ou sensibilizado, pela mudança dos tempos... mas... é... o poder público é que sempre foi capaz de fazer a inflexão. A gente fica achando que a reforma veio como se fosse um efeito muito natural. Como se fosse uma maré que foi subindo e naturalmente alagando o pântano. Não é bem assim, existem diques muito bem construídos. Foi muito difícil romper esses diques para água poder entrar, e eles foram rompidos com decisão política. (PSQ/GST 01)

Quando você tem um alinhamento de uma política ministerial, que o estado apoia, que o município apoia e que realiza, concretiza. O quanto isso realmente pode gerar, bons movimentos, boas práticas e boas coisas e boas mudanças, né?! (...) Então a gente, realmente, quando a gente tem uma confluência desses poderes todos, isso ajuda muito, muito mesmo. (PSI/GST 02).

Sobre o processo mais recente de descredenciamento dos três últimos hospitais, um fator fundamental explicitado em muitas falas é o papel decisivo do Ministério Público neste cenário¹⁶:

Então... é... acho que Juiz de Fora deu passos muito importantes, muito relevantes. É... com relação a... a questão hospitalar eu acho que outro passo importante. É... o

16 Especificamente quanto à ação do Ministério Público no processo de descredenciamento destes hospitais, recomenda-se o trabalho de especialização “Ministério Público, Mediação Sanitária e Atenção Psicossocial: Uma Nova Via na Busca pela Efetivação dos Direitos de Portadores de Transtornos Mentais e Usuários de Álcool e Outras Drogas.” (BARROS, 2015)

Ministério Público, a participação do Ministério Público em Juiz de Fora também é muito relevante. (PSI/GST 03)

Então essa... essa... quantidade de problemas que cercavam os hospitais, os pacientes que eram maltratados, os pacientes que eram abandonados, fez com que o Ministério Público, e aqui em Juiz de Fora teve uma particularidade que tem um promotor da área de saúde que se dedicou muito à isso. Então ele montou uma comissão que ele chamava de Comissão de Mediação, e antes dele montar essa comissão de mediação ele tinha feito o Termo de Ajustamento de Conduta com os donos de hospitais para eles se adequarem à legislação sanitária e para poder ter o alvará sanitário, porque nenhum deles tinha. E deu o prazo a eles de um ano para eles se adequarem. Isso foi 2012, janeiro, mais ou menos, de 2012. E neste ano de 2012 foi quando ele montou essa comissão de mediação sanitária, (...) Era uma comissão muito ampla e essa comissão ia aos hospitais, monitorando mês a mês o que acontecia nos hospitais. Essa comissão produziu muitos relatórios. (PSQ/GST 02)

Tinha sido perdido o prazo porque os TACs duram um ano, e ele [Secretário de Saúde] tinha sido, logo que ele assumiu, tinha sido chamado para responder sobre isso e tinha a situação envolvendo lá os hospitais psiquiátricos. Os três que ainda restavam no município abertos, que eram o Aragão, o Esperança e o São Domingos, de que eles queriam aumento de diária para poder continuar funcionando e continuar atendendo o SUS e tudo mais. (...) aí eles deram essa cartada para o Secretário dizendo 'olha, então já que não tem essa negociação a gente entrega os pacientes, a gente não vai ficar mais'. E aí que houve toda aquela questão do Ministério Público ir com a prefeitura fazer as vistorias e constatar a situação que constatou e tudo mais. (PSI/GST 02)

Como já brevemente descrito, mas também digno de maior destaque neste contexto mais recente, quanto à participação ativa do Ministério da Saúde no desenrolar destes acontecimentos:

(...) e o Ministério [da Saúde] foi muito parceiro. Ajudou, assim, desde o primeiro momento, desde essa primeira conversa. Essa primeira conversa foram (sic) com alguns técnicos de lá, depois (...) uma segunda reunião já conversando com o Tykanori, que era o Coordenador [Nacional de Saúde Mental], e o Tykanori falou para mim: '(...) o que vocês precisarem lá, nós vamos ajudar'. E aí assim foi feito, eu fico até muito emocionado porque foi muito... o apoio do Ministério foi o que fez possível a gente fazer o que fez, sabe? (PSQ/GST 02)

Porque a gente precisava que aqueles pacientes ficassem inicialmente em algum hospital, porque a gente não tem como implantar residência terapêutica de uma hora para outra assim, né?! Mas a gente começou a fazer um plano para isso, quanto às residências, como é que nós vamos fazer? E aí o Ministério da Saúde dizendo 'não, vocês vão ter todo o apoio, vão poder furar todos os processos, vocês vão ter... Vamos fazer um outro TAC emergencial e tudo mais, para o fechamento, descredenciamento (...)'. (PSI/GST 02)

(...) o Tykanori deu muito apoio para nós aqui, e também entregou verba para implantação de CAPS, credenciou CAPS, verba para implantação de SRT, o Ministério foi muito parceiro nessa administração, foi muito parceiro de Juiz de Fora (PSQ/GST 01)

Ao tratar dos arranjos políticos, das relações supramunicipais e seus jogos de força, é fundamental que também se perceba que nesta dimensão estão também inseridas dificuldades como:

E é importante dizer que nesse processo todo [de descredenciamento dos três últimos hospitais psiquiátricos] a Secretaria Estadual de Saúde não nos ajudou em nada até hoje, absolutamente nada, nem no governo anterior e nem no atual governo.

Não mandaram para cá um centavo de nada. Nem financeiramente, nem tecnicamente, não nos apoiaram em nada. Quem nos apoiou foi o Ministério da Saúde, em todo esse processo. (PSQ/GST 02)

Esta passagem traz à tona também uma importante questão, muito questionada, especialmente por aqueles que ocupam ou ocuparam algum cargo de gestão: o financiamento.

(...) Falta de recurso, né? Porque a gente teria que ampliar a nossa rede para melhorar a cobertura e nesse momento de crise isso é inviável. Nosso município arrecada pouco, nós inclusive ainda não sabemos se nossos salários serão parcelados agora porque o Estado está com uma dívida de R\$110 milhões nos cofres do município, então acho que é isso, né?! (PSI/GST 01)

Porque a saúde mental hoje ainda é muito mal financiada. (PSQ/GST 02)

As passagens supracitadas abarcam questões relacionadas a decisões política, mas talvez não explicita que o viés político pode também ser mais amplo. Como a seguinte percepção:

Eu acho que... que não são dificuldades, eu acho que tem uma cultura.. Eu acho que essa não é uma luta política. Não passou por isso, entendeu? Queimou essa etapa. A gente não foi pra rua. A gente não... não foi pra frente de hospital, nada disso. (TO 01)

Os pontos elencados são fundamentais e também estratégicos. Os aspectos normativos sempre chamaram minha atenção. O quanto as produções legais têm um contexto determinado, jogos de forças específicos. E o quanto são capazes de interferir na realidade. Observar o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira sob esta ótica é perceber quanta normatividade precisou ser construída, a partir de portarias, resoluções ou mesmo leis, na constituição de uma importante mudança. Aparece na fala de todos os entrevistados descritos como “profissional”, em maior ou menor grau, o papel decisivo que a política, e em última instância, os jogos de poder, exercem na conformação da realidade, seja no sentido de produção de novas práticas ou serviços, seja em sentido oposto. Assim, a questão da participação da sociedade, da luta política, e da representatividade de todo este processo na cultura é também de extrema importância para melhor compreensão deste processo.

5.4. Participação Social, Militância e Recursos Comunitários: a dimensão sociocultural

De fundamental importância à saúde mental, a dimensão sociocultural é estratégica, e por vezes esquecida. Isto porque, ao se abordar questões relativas à Reforma Psiquiátrica, há uma válida preocupação com o processo histórico, os dispositivos ofertados, as práticas assistenciais preconizadas, ou mesmo a legislação que garanta direitos àqueles por tanto tempo destituídos de sua cidadania. Como foi construído até aqui, todos esses aspectos são basilares. No entanto, por vezes o que se observa é uma aposta em uma rede de serviços, ou produção de normas, enquanto garantia de uma mudança assistencial. O que esta visão pode

deixar escapar, no entanto, é que este processo não se restringe a reformulação de serviços ou assistência, mas se caracteriza enquanto uma mudança de olhar e postura. Parece-nos que, mais importante do que “onde” esta pessoa está sendo atendida ou mesmo “se” está sendo acompanhada por algum dispositivo específico, é quais são as construções e possibilidades desta estar no mundo. Uma mudança que está fundamentalmente nas relações, na sociedade. Assim, o que se percebe nas falas dos entrevistados é o quanto esta dimensão é relevante. O imaginário da loucura está intimamente relacionado com todo este processo, como nas seguintes passagens:

Houve a primeira [internação], né?! Por ter tido a primeira, houve a segunda, houve a terceira, houve a quarta, houve a quinta. Porque já que houve a primeira, ‘ah, então a [nome da entrevistada] é doída!’. Então se tem alguma oscilação no humor ‘é porque ela tá doída, então vou interná-la de novo, porque ela precisa de tratamento psiquiátrico e de internação’. (USU/PRV 02)

Igual aquela poesia do Carlos Drummond de Andrade: ‘Vai, Carlos! Ser *gauche* na vida’. Não ter como ser ‘mais *gauche*’ do que ser louco, entendeu? É... e você é louco, e você se dá conta disso, e você, pô! Você não quer ser de jeito nenhum, você quer tudo menos isso. E hoje eu acho ótimo. Eu acho, sinceramente... (USU/PRV 01).

Diferente de olhares expressados até aqui pelo profissional e/ou gestor, o que chama atenção enquanto dificuldade dessas pessoas que se encontram em tratamento faz mais referência à família e à sociedade:

A família... (...) Cada um acha uma coisa, e no fim ninguém entende nada do que eu tenho, ninguém estende a mão para... me aceitar como eu sou, entendeu? Porque ninguém me entende de jeito nenhum, e, eu não me sinto... eu não me sinto aceita, não me sinto compreendida, não me sinto amada, não me sinto recebida... (USU/PRV 01)

E a minha irmã... o que ela entende na cabeça dela, é o que ela lê hoje na internet. Então ela projeta em cima de mim uma coisa que ela lê e nem sabe se é de fato, de direito. Lê uma informação e já age procedendo como se aquela informação fosse correta. Então, como ela não tem o estigma, (...) como eu que sou a estigmatizada da família, então é natural que as pessoas deem opinião e valor à opinião dela. Como davam... Davam muita importância à opinião dela. Como ela é a correta, ela é a sã, né?! Ela é a sã, ela não tem um diagnóstico, ela não trata, ela não faz uso medicamentoso, quem faz sou eu. (USU/PRV 02)

Tem pessoa que quer ‘fazer raiva’ em mim. Qualquer coisa assim, mas eu saio fora. Mas eu não ligo não, para essas coisas. Entendeu? Eu... só que... a coisa mais simples que tem, é só sair fora. Entendeu? Eu não ligo não. Que lá em casa eu estou acostumado com todo mundo, não tem jeito. (...) A pessoa não vai muito comigo, mas eu deixo isso pra lá... passa... Eu não falo não. Eu sempre cumprimento, mas aí agora eu não cumprimento mais não. Eu falo, mas não cumprimento mais não. Agora eu fico sem cumprimentar. Deixa a pessoa falar mal de mim, eu largo tudo pra lá e venho embora ((riso)). Eu não ligo mais pra nada. (USU/PUB 01)

Como então transformar esta realidade? Talvez o ponto mais fundamental seja uma mudança na cultura. Uma necessidade de construção coletiva, não somente das práticas assistenciais, mas em conjunto com a sociedade.

Porque, de fato, você mudar uma cultura junto à comunidade, profissionais principalmente, você fazer com que as pessoas apostem em algo é bastante trabalhoso, né?! Mas eu acho que é uma luta que vale muito a pena, a gente vê pelas histórias, né?! (PSI/GST 02)

Neste ponto é válido retomar que uma mudança de serviços não garante uma mudança de práticas. Uma frequente justificativa para tanto se dá pela cultura manicomial ainda presente, mesmo que em outros espaços.

(...) já teve vários tipos de micropolíticas de resistência. Porque fazer reforma psiquiátrica a verdade é que dá muito trabalho para o trabalhador. (...) Então eu acho que as pessoas, essa cultura de você fazer essas agendas, ir visitar o paciente, toda quinta-feira sai um carro para ir lá nos nossos leitos, a gente tem leito no Ana Nery e leito no João Penido. Essa listagem ela vem para o grupo de articuladores, aí quem emitiu a AIH e foi internado, a equipe vai lá acompanhar. Além das tarefas com atenção básica, que é o matriciamento (...). Então, ou seja, dá trabalho né? Enfim, não se tem reforma psiquiátrica sem que a gente tenha que se haver com as questões, então são os desafios aí. (PSI/GST 01)

Houve resistência por parte da sociedade, resistência por parte dos gestores públicos. Porque, como a gente colocou, para a sociedade e para os gestores públicos é muito mais cômodo você ter os hospitais psiquiátricos recebendo esses pacientes. Você tirava aquele louco, vamos dizer assim, da rua, né?! Você tirava aquele peso da família, levava para o hospital e abandonava aquele paciente lá. Então era muito mais fácil, né?! (PJ 01).

Como vem sendo abordado no decorrer deste trabalho, estamos diante de um processo complexo. Assim, é válido lembrar que a cultura manicomial está presente na sociedade em muitos aspectos. E esta transformação não se dá de modo natural, mas sim requer tempo e esforço. Deste modo, uma ferramenta elencada como importante diz respeito à participação crítica das pessoas na formulação das ações:

Eu sinto falta da militância, sabe, Thaís?! Eu sinto falta disso, eu acho que Juiz de Fora não tem militante. Acho que isso é uma herança nossa. Nós somos tímidos ainda em pronunciar, a gente ainda tem muito medo das sanções, das consequências. Então assim, eu sinto muita falta dessa militância. Eu acho que a gente tem que buscar restaurar isso, esse sentimento realmente dessa luta que é muito maior, é cultural. É mais do que o modo de fazer ali do meu serviço, é você atuar nessa cultura. Embora eu pense que a gente avançou, não posso dizer que não, mas aí é o que eu falei com você, a gente precisa conseguir formar pessoas para que esse impulso seja carregado com propriedade. (PSI/GST 02)

Hoje eu olho para trás e vejo. A gente não teve uma luta política mesmo. A gente não teve é (...) Eu acho que a gente teve essa mobilização, mas ela não... ela foi meio que tipo “olha, agora vai ser assim”. Muito mais gente contra do que a favor. (...) Mas isso não foi... É como se hoje assim... eu não sei. É como se tivesse acabado, sabe?! “Ah! Agora já tem CAPS, já tem residência, né?!” Não tem a política da coisa. (TO 01).

O contexto juiz-forano, neste ponto, se distancia da construção histórica no restante do estado de Minas Gerais, especialmente da capital Belo Horizonte, que é nacionalmente conhecida por sua força e representatividade na Luta Antimanicomial.

Porque Belo Horizonte já desde 95 já tinha CERSAM¹⁷ 24 horas, já tinha os chamados CAPS 24 horas, já tinha Centro de Convivência. Já estava, do ponto de vista do campo da reforma, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, muito mais alicerçado, né?! (...) E aqui... (...) a gente montou um fórum aqui de saúde mental, isso em 99 se eu não me engano. Esse fórum ajudou a criar a segunda conferência municipal de saúde mental, que provocou até a implementação depois do CAPS infância adolescência e do CAPS ad em 2006. (PSI/GST 01)

Nessa época a gente criou o fórum de saúde mental, mas depois a análise que a gente faz é de que o fórum, na verdade, não foi para frente porque muitas das pessoas que participavam do fórum, inclusive alguns psiquiatras e eu me coloco até nesse grupo, a gente acreditava naquela época, isso aí final de 90 talvez, a gente acreditava ainda que o hospital psiquiátrico podia ser humanizado. E aí não tinha jeito, depois acabou todo mundo caindo na real e o fórum acabou não indo para frente. (PSQ/GST 02)

Como também abordado no capítulo anterior, já na I Conferência Municipal de Saúde Mental da cidade aparece que “o poder público municipal deve incentivar o aumento do número de associações de familiares e de pacientes” (JUIZ DE FORA, 1992, p. 6). O que a história demonstrou, no entanto, foi a criação de uma associação de familiares muito próximas das instituições psiquiátricas privadas, que reforçava um discurso manicomial, através da afirmação da necessidade manutenção das internações psiquiátricas. Quanto a esta me recordo de uma passagem quando eu estava ainda na faculdade, em estágio no CAPS, e fui realizar visita a uma pessoa que era acompanhada por aquele dispositivo e havia sido internada pela família na Casa de Saúde Aragão Villar. Lembro-me de ver fixado, na parede da recepção do hospital, um convite para reunião da Associação dos Familiares de Doentes Mentais. Chamou minha atenção que neste período eu já havia feito estágio em três diferentes dispositivos da rede pública de saúde mental do município, e nunca havia visto similar convite nesses espaços. Ao conversar com a profissional do CAPS que me acompanhava naquela visita sobre esta percepção, ela me esclareceu que aquela era uma associação muito próxima aos hospitais psiquiátricos (possivelmente com apoio financeiro destes), que resistia veementemente ao processo de Reforma Psiquiátrica e a implantação de serviços substitutivos na cidade. Ainda no capítulo anterior foi mencionado, ao se falar da audiência pública ocorrida na câmara municipal sobre o fechamento dos hospitais São Marcos e Pinho Masine, dos elogios prestados por estes familiares aos referidos estabelecimentos (CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA, 2009). No entanto, retomando a construção deste processo temos o seguinte:

(...) em Juiz de Fora, tem até um viés dessa coisa da Associação dos Familiares, não é?! Porque como no Rio de Janeiro, a associação aqui também era ligada aos hospitais, e depois, acho até que por uma série de motivos, a associação acabou se colocando do nosso lado. Eu acho então que tudo isso faz parte de um processo, que cada um constrói um pouco, né?! (PSQ/GST 02)

17 Na cidade de Belo Horizonte os serviços análogos ao Centro de Atenção Psicossocial foram denominados durante seu processo de construção, e ainda hoje permanecem, como Centro Referência em Saúde Mental (CERSAM)

Atualmente essa Associação de Familiares de Doentes Mentais ainda existe e se reúne periodicamente. No entanto, as pautas hoje são voltadas à garantia de serviços substitutivos para a população em tratamento em saúde mental. Há também na realidade juiz-forana certo distanciamento com movimentos outros de luta antimanicomial. Isto se expressa, inclusive, na própria organização das festividades do dia 18 de maio, nacionalmente comemorado como “Dia da Luta Antimanicomial”.

Porque era aquela coisa, de ter que levar todo mundo pra aquela praça. Naquele lugar. Tudo sempre igual, né?! Sem fazer... e que eu também acho que essa coisa política faltou para o nosso movimento aqui. Essa coisa política mesmo. A gente sempre é... por exemplo... quantas vezes eu queria trazer esse tal desse 18 de maio aqui pra praça, aqui de São Mateus. ‘Por que não? Nosso CAPS é aqui, pô!’; ‘Não!’; ‘Na universidade?’; ‘Não, é longe. E já tem aquela coisa de que alguns usuários não vão conseguir dar conta’; ‘Não, então peraí. Isso já um motivo de fazer alguma coisa diferente’; ‘Não!’. Então sempre foi lá no parque Halfeld, aquele lugar bem, bem de ferrado, né?! Bem, não é o lugar. Você vai passear? Vai passar lá pra ver? (...) não vai, né?! ‘Descer para fazer no Cine Teatro Central ali?’; ‘Não!’ Então faltou. (TO 01)

E o apoio do Ministério da Saúde foi muito importante, porque eles vinham para criticar o processo, mas para estar junto, e eu acho importante a visão crítica, (...) eu sempre acho que pode melhorar. E o Ministério da Saúde fez um apontamento que eu acho também que é importante, falaram ‘Ah, vocês tem baixo protagonismo de usuário na rede’, sabe? E eu falei ‘Meu Deus, temos mesmo’. Então assim... por exemplo, tinham situações aqui de serviço que puniam o usuário, suspendendo o usuário, eu tive aí uns enfrentamentos com isso, entendeu? (PSI/GST 01)

Mas estas questões, e mesmo essa construção sobre as comemorações referentes às celebrações do dia 18 de maio, têm sofrido alterações no município. E isto se dá a partir de uma nova construção, também muito importante e recente, que é o Grupo de Protagonismo. Criado recentemente pelo Departamento de Saúde Mental, este grupo visa à construção de espaço de fala, de participação ativa dos usuários, algo que aparece marcadamente como uma carência histórica da cidade.

Então a gente criou (...) um Grupo de Protagonismo. (...) quem coordena é o Centro de Convivência, ‘as meninas’ do centro: ‘Vamos criar um grupo com todos os usuários para eles poderem falar sobre si, falar da rede, propor coisa e tal’. Então esse grupo, ele tem feito algumas ações, tipo o 18 de maio, as festas, mas ainda é incipiente. Aí um dia eu virei pra um deles e falei assim (...) ‘Oh [nome do usuário], e esse grupo de vocês?’ (que eu não participo), aí eu falei com ele ‘Pô, vamos chamar o pessoal da Ouvidoria pra vir falar, vamos chamar a Comissão de Saúde Mental do Conselho’ (...). Aí ele ‘Por que, [nome da entrevistada]?’ eu falei ‘Ué gente, protagonismo é isso! Você sabe que você tem direito de ir na Ouvidoria fazer uma reclamação? Você sabe o que faz o Conselho Municipal de Saúde?’. Então assim... você percebe que a coisa... ela é uma agenda que precisa ser construída ainda, ser consolidada, sabe? (PSI/GST 01)

(...) a gente precisa, e aqui em Juiz de Fora a gente precisa investir mais nessa coisa do protagonismo do usuário, mas um protagonismo formal. Acho que a gente tem que investir nisso. Espaços formais de participação desses usuários. Existem algumas coisas aqui no município, existe um grupo de protagonismo aqui no departamento, que eu não acho que tenha... Que consegue algumas coisas bacanas, mas que ainda não é... eles são muito dependentes do estagiário, do técnico, eles

não se autorizam 100% a falar em nome próprio... Acho que a gente ainda tem muito o que fazer, assim, isso é muito claro para mim. E quando eles falam em nome próprio existe reação, entende? Então assim, existem algumas incoerências, até em nível de gestão mesmo, algumas incoerências, tipo a gente quer, mas quando acontece, 'dá cheiro de pum', sabe? ((riso)) Dá aquele mal estar... Espera aí, pode falar ou não pode falar? (PSI/GST 02)

Esse novo espaço então, ainda em construção, representa uma possibilidade de inserção comunitária, de articulação social. Chamou minha atenção, no entanto, no decorrer das entrevistas, não somente como recursos comunitários não são considerados como integrantes desta rede de serviços, bem como o quanto iniciativas comunitárias são pouco articuladas, ou mesmo lembradas pelos entrevistados.

Não, essa é uma das deficiências que a nossa rede tem hoje. Nós temos uma parceria muito grande com os conselhos de saúde, mas não tem nenhum serviço de base comunitária trabalhando junto até hoje. Até porque a assistência social, e a gente trabalha de forma bem integrada com assistência, embora tenhamos ainda muitos problemas. Mas, de um modo geral os nossos serviços comunitários são muito desarticulados, então a gente tem até essa dificuldade de articular com quem está desarticulado. Mas não temos hoje, que eu me lembre, nenhum serviço de base comunitária que atue junto com a saúde mental não. (PSQ/GST 02)

Então eu acho que o Centro de Convivência ele articula com a comunidade que o usuário vai escolher, entendeu? Ele vai eleger e isso vai fazer parte da vida dele. Se for o caso, a gente não entra muito nisso, não vou procurar o fulano de tal. Se o Sebastião não estiver bem vou procurar a família, em geral procura-se a família. Mas esse usuário, o que a gente observa é uma expansão dessa rede comunitária a partir de um trabalho comunitário que ele faz aqui. Agora, os recursos comunitários na rede quando você fala isso, eu fico pensando mais nessa articulação com as UAPS e não penso nada mais, entendeu? Na rede eu não penso nada mais. (PSI 01)

(...) porque como a gente não tem um CAPS para a Zona Norte então ele [ambulatório em funcionamento no Departamento de Saúde Mental] acaba fazendo essa tarefa, que faz muito bem. Os outros CAPS pouco acessam os outros serviços do território, ainda acessam mais os serviços de saúde, CRAS e CREAS, mas não acessam recursos comunitários, embora o município tenha o mapeamento, que foi feito em 2012, de todos os recursos. A assistência social fez um mapeamento, um levantamento, mas a gente não faz isso como uma tarefa assim, sabe? A gente ainda tem uma cultura de muito ambulatório dentro dos CAPS, né?! 80% da nossa demanda ainda são as ansiedades e depressão, são os desafios, né? (PSI/GST 01)

Esta foi a meu ver uma das passagens mais curiosas extraída das entrevistas: aquela região que não tem cobertura de CAPS é justamente a que é percebida pela entrevistada como a que melhor articula com recursos comunitários. Como carece deste serviço, há, pois necessidade de articulação com a comunidade. Curioso justamente porque o que se preconiza para os dispositivos de saúde mental é a articulação territorial e comunitária. É se inserir no contexto das pessoas que estão sendo acompanhadas, é convidar a sociedade a também participar deste processo. Causa minimamente estranhamento pensar que esta articulação se dá justamente aonde estes serviços não chegam, onde possivelmente o olhar técnico assistencial não se dá enquanto única possibilidade, abrindo margem para construções outras, como o acionamento de recursos da comunidade. No entanto, há algumas possibilidades de

compreensão dos motivos pelo qual isto acontece. E uma fala que se faz presente é de que esta não é uma carência apenas no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Houve um momento em que a gente tinha parcerias com... Como chama mesmo? José Luiz Ribeiro [professor do curso de Comunicação da UFJF], o teatro, Grupo Divulgação [grupo de teatro vinculado à UFJF]. Então a gente tinha parceria com o Grupo Divulgação, a gente tinha parceria com o pessoal da prefeitura da parte de artes lá do [Espaço] Mascarenhas. Então recentemente eu encontrei com um cara que era professor, é ainda, um cara que trabalha com, ele é artista plástico, trabalha com cerâmica, e ele veio me contar experiências que ele teve 'Poxa que pena!', contando de um cara que trabalhou com ele por muito tempo, enfim, contando histórias que fizeram parte dessas parcerias que foram perdidas (...). 'não, acaba com o que foi feito até aqui, vamos começar de novo. Isso não tem mais sentido, o sentido agora é fechar hospital e criar residência terapêutica', como se fossem coisas de excludentes. Mas pô! Usa o que avançou e avança mais em outras áreas. (PSQ/PRF/GST 01)

Eu... assim... eu acho que Juiz de Fora tem muito pouco recurso comunitário. Pro povo em geral, né?! É... Mas eu lembro que quando eu trabalhava em Além Paraíba, eu fazia reunião com pastor de Igreja, por conta de alguns usuários. Essa coisa da medicalização e tudo. Eu acho que... até esses recursos mesmo. Recurso do pastor, da igreja... é... que eu acho que a igreja tem esse... que eu mais vejo aqui. Pelo menos no meu bairro é o que eu mais vejo. Eu fico pensando assim 'o que que tem de recurso comunitário? (...) Acho que isso... a gente tem poucos recursos comunitários. Assim, dos bairros que eu conheço, né?! Nos meus bairros lá. Acho que cada vez menos praças são usadas. Como recurso, como espaço. As pessoas cada vez usam menos os espaços públicos para se... né?! (TO 01)

Então, é sempre válido lembrar que a saúde mental, e não somente a de Juiz de Fora, está inserida em uma dada realidade, e que sejam as potencialidades ou mesmo dificuldades, não estão descoladas e não devem ser pensadas fora de um contexto mais amplo.

Com essa nova psiquiatria, com essa nova formação desse pessoal, com essa forma de funcionamento dos novos equipamentos de assistência psiquiátrica, além da existência da medicalização, né?! É uma coisa assustadora né? Porque aí sim... atinge escolas, local de trabalho... está tudo sendo... passando esse furacão da medicalização psiquiátrica nesses lugares todos, que eu acho que só piora. As pessoas estão sendo desapropriadas da sua capacidade de gerir sua própria vida, sua própria experiência, seu próprio sofrimento. (PSQ/PRF 01)

Mas a ideia é de ter os usuários pelo menos, assim, eu acho que essa questão política ela é um pouco distante para todos nós, o abraçar dessa política é algo muito distante para todo cidadão, então é claro que vai ser também para o usuário da saúde mental. (PSI 01)

Diante desta realidade, é possível pensar que existem sim, formas e expressões, que não necessariamente dispositivos formais:

Eu pensei aqui não é recurso comunitário, entendeu? São coisas artísticas, que não são comunitárias. (...) Ah! O Ingoma [grupo de tambor mineiro]... Grupo de yoga... o vôlei que eu estou jogando lá no Sport [Clube Juiz de Fora]. (USU/PRV 01)

E além destes, muitos outros, como: banda Os Impacientes, formada por usuários do CAPS Casa Viva, a banda tem cd gravado e já se apresentou em diversos espaços, inclusive em outras cidades; o grupo de futebol, que acontece não somente com usuários e técnicos de serviços de saúde mental, como também pessoas da sociedade com interesse em participar;

Rádio Pirai e “Tivi Pirai”, iniciativas criadas a partir da oficina de comunicação do Centro de Convivência, com planejamento de pautas, montagem, edição e todo processo criativo e logístico da gravação organizado por membros do Centro de Convivência; e tantas outras iniciativas nos mais diversos espaços.

Penso ser válido, então reforçar a importância estratégica desta dimensão. O processo de Reforma Psiquiátrica é complexo, e requer um diálogo constante com a sociedade, nesta incluída também os profissionais, os gestores, os familiares, e, igualmente, as pessoas em tratamento.

(...) porque se você pergunta pra população, sem fazer uma discussão, a população também quer um hospital psiquiátrico. Eu mesmo quantas vezes eu já fui hostilizado por famílias que estavam com dificuldade, com doente em casa e falaram ‘Pra quê que você foi fechar o hospital? Agora eu não tenho onde resolver o problema’, e aí você tem que fazer uma discussão, dizer que tem, que o problema era que encaminhava para o lugar errado, os mau tratos, não sei o quê, a falta de direitos... no final a pessoa aceita, mas se você pergunta de uma maneira geral para o cidadão ele vai falar que quer um hospital, ‘Não, tem hospital para câncer, tem hospital para ortopedia, etc, porque que não tem pra psiquiatria?’(PSQ/GST 02)

(...) porque assim, as pessoas que estão chegando, elas não tem a dimensão do quê que é essa luta, elas não têm. Elas têm uma dimensão, e muito bacana, construções muito bacanas, de como deve ser, mas elas não têm a dimensão do que se a gente não trabalhar para ser como deve ser, do que pode ser. Essa dimensão elas não têm, e é muito fácil e voltar para isso, muito fácil, não é difícil. Então a maior dificuldade é a gente poder conseguir transmitir isso de uma forma que a gente não seja chamado de romântico, fanático ou nostálgico. (PSI/GST 02)

É preciso, portanto, esforço cotidiano, nas produções acadêmicas e técnicas, na produção do cuidado, nas teorias, nas práticas, nas relações, nos olhares, visando produção de autonomia, cidadania e a garantia de direitos de todos aqueles por tantos anos destituídos de voz em nossa sociedade.

6. Considerações Finais

As construções realizadas até aqui visam abordar as mais diversas complexidades importantes e constituintes do processo de Reforma Psiquiátrica do município de Juiz de Fora.

A constituição de um paradigma psiquiátrico, que ocupa lugar de verdade através de um suposto embasamento científico, auxilia na compreensão dos diversos fatores deste processo, como a construção na sociedade do imaginário da loucura. Por muito tempo se entendeu que o lugar daqueles em sofrimento psíquico seria então à margem da sociedade. No entanto, com a justificativa de tratamento, o que se deu foi exclusão. Com o argumento de resolução de problemas, outros tantos foram engendrados. E assim, neste processo histórico, pessoas tidas como loucas e anormais, foram cada vez mais asiladas, destituídas de sua cidadania, mortificadas.

O município de Juiz de Fora tem em sua história características muito peculiares em relação a todo esse processo. Um local atravessado pelo “corredor da loucura”, em que nas cidades mineiras de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora estava a expressiva maioria dos leitos psiquiátricos do estado. Também esteve fortemente inserido no que foi descrito por Luiz Cerqueira (1984) por “indústria da loucura”, em que, como diria um dos entrevistados da pesquisa: “depois [do Golpe Militar] de 64, virou dinheiro” (PSI/GST 03). Assim, uma cidade que polariza atividades e serviços diversos, por ser a de maior porte de seu entorno, teve em dado momento histórico sete hospitais psiquiátricos privados conveniados ao poder público. Uma verdadeira “indústria”, de produção de dinheiro, poder, mas também de maus-tratos, exclusão e invisibilidade. Neste processo, o referencial teórico se faz imprescindível, no sentido de buscar entender que neste período histórico não somente esta prática era comum, como por muitos legitimada. Retomando as construções foucaultianas expressas neste trabalho, não estamos em busca de uma verdade absoluta, uma regra universal.

Frente às violações de direitos tão características destas instituições asilares, a sociedade, das mais diversas formas e com atores distintos, voltou seu olhar para o manicômio e passou então a questionar estas práticas. Em Juiz de Fora, estes questionamentos começam a surgir, inclusive de maneira formal, seja em nível de publicação acadêmica ou mesmo gestão pública, em meados dos anos 80. Mas este início de um momento questionador não se dá sem resistência, ou mesmo estratégias de silenciamento. Como a Comissão Executiva formada já neste período, que é por meio de um ofício destituída, sem que se ofereçam quaisquer justificativas formais. Este acontecimento demonstra o inegável poder que estas instituições psiquiátricas eram capazes de exercer.

Mas, se existia na cidade um claro movimento, ainda que velado, de resistência a mudanças, é também essencial destacar que este é um processo complexo, em que muitos são os fatores a exercer influência. Como, por exemplo, as deliberações supramunicipais, sejam elas federais ou estaduais. O “corredor da loucura” afetou de modo muito diferente estas três cidades integrantes, mas Belo Horizonte, por ter um forte histórico do movimento social da Luta Antimanicomial e ser também a capital do estado, acabou por legitimar práticas antimanicomiais enquanto diretrizes do estado, e a pressionar, neste sentido, mudanças à realidade juiz-forana. Já no início da década de 90 começa mais claramente este pressionamento, como a visita técnica por parte de profissionais do estado de Minas Gerais, que teve como consequência a criação de gestão municipal específica à questão da saúde mental, na época o Instituto de Saúde Mental, que posteriormente transformou-se em Departamento de Saúde Mental. Este é um tensionamento importante neste processo, que era por mim muito despercebido antes da construção deste trabalho. As realidades municipais são distintas, os jogos de poder diversos, mas é inegável que os municípios estão inseridos em uma dada unidade da federação, e mesmo em um país específico. Desconhecer essas forças é não se atentar para a grande complexidade deste processo, que, como vem sendo construído, é afetado pelos mais diversos aspectos.

É também válido lembrar que no início dos anos 90 o país havia recentemente saído de um longo regime de poder totalitário e centralizador, que começa, especialmente após a aprovação de uma nova Constituição Federal, a possibilitar formalmente espaços de representatividade social, e também a descentralizar o poder, produzindo assim mecanismos para maior autonomia dos demais entes federados. É neste cenário que ocorre então a I Conferência Municipal de Saúde Mental, no ano de 1992. Frente a este contexto, este é, sem dúvidas, um marco muito importante: participação social, início do processo de municipalização da saúde, em um período histórico de extrema relevância a esta construção. Acredito ainda ser fundamental destacar que no corpo do relatório desta conferência conste a garantia de mecanismos de participação da sociedade, através de associações de familiares e usuários. Esta é uma questão bastante sensível à realidade da cidade. Com a concepção da não linearidade da história, é possível perceber que esta é uma pauta presente já neste período, e que ainda hoje se apresenta enquanto uma dificuldade.

Em minha trajetória pessoal pude estar presente, nos últimos dois anos, em diferentes cidades nas festividades do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que acontece no país em 18 de maio. Presenciei uma reunião de organização, na cidade do Rio de Janeiro, extremamente participativa, composta pelos mais diversos militantes: pessoas que

trabalhavam ou já haviam trabalhado em algum serviço da rede de saúde mental; pessoas em tratamento, em um momento de maior estabilidade ou não; acadêmicos ou simplesmente cidadãos que eram simpáticos à causa. Todos com direito de fala, de possibilidade de propor sugestões, de discordar dos demais. O fruto desta reunião foi um lindo ato na Cinelândia, região central da cidade, com participação ativa dos presentes e da sociedade de maneira geral. No ano seguinte estive em Belo Horizonte, e lágrimas me vieram aos olhos ao participar de uma grandiosa festa popular, com organização de alas, fantasias, e um majestoso desfile que passava em plena sexta-feira pela região central da cidade, parando o trânsito e convidando a sociedade a conhecer as justificativas de se comemorar aquele “dezoitão”. Estes dois exemplos foram para mim muito marcantes, especialmente ao lembrar o quanto em minha cidade natal esta realidade era bastante distinta. Me lembrava como no período em que eu estava na graduação esta era, em Juiz de Fora, uma festividade organizada quase que exclusivamente por membros do Departamento de Saúde Mental e um ou outro profissional inserido em algum serviço. Era possível ainda que houvesse algum estagiário, mas dificilmente alguém em tratamento. E apesar de algumas importantes iniciativas, como o campeonato de futebol entre os CAPS das cidades vizinhas realizado na UFJF no decorrer da semana, o fatídico dia era marcado por alguma celebração em um espaço que, apesar de bastante central, não se configura como de visibilidade e socialização como as experiências anteriormente mencionadas. O retorno a esta realidade na atualidade, durante produção deste estudo, fez com que eu me deparasse com dados até então por mim desconhecidos: um novo espaço, um Grupo de Protagonismo, que está ainda iniciando sua história, mas que já permite um local de fala, de autonomia. Que proporciona, inclusive, que as pessoas em tratamento participem ativamente da construção destas festividades: foi informada que nos últimos dois anos foram construídas encenações para o dia 18 de maio, com os temas “O Superar é Genial”, com representação de 10 personagens, dentre eles Bispo do Rosário, Profeta Gentileza e Yayoi Kusama¹⁸ e “Descamisada Loucura: da exclusão à dignidade”, representando as passagens históricas da Antiguidade, Idade Média, Renascimento, Modernidade, Contemporaneidade, baseados em textos de Michel Foucault. Também nos últimos dois anos foi organizado o bloco de carnaval “Louco Motiva”, quem sai em cortejo pelas ruas de movimentada região da cidade, com os mais diversos atores, convidando também a população a participar. Este novo capítulo da história da cidade é, a meu ver, dos acontecimentos mais importantes desta realidade atual. Uma possibilidade que, como qualquer outra, tem suas

18 Artistas de reconhecimento mundial, que têm em comum, além da genialidade, a história marcada pelo sofrimento psíquico.

limitações e também ainda muito caminho a percorrer, mas que se configura enquanto ferramenta de transformação da realidade de extrema importância.

Como visto no decorrer da construção histórica, ou mesmo nos fragmentos das entrevistas, a rede de saúde mental de Juiz de Fora tem suas especificidades. Apesar do credenciamento do primeiro CAPS se dar ainda há bastante tempo, se comparada com a realidade brasileira, o que se tem de serviços preconizados hoje está há muito defasado. É um dado importante perceber que a portaria que regulamenta o funcionamento daqueles serviços, implementando que haja CAPS de funcionamento 24 horas para população acima de 200 mil habitantes, data de 2004 (BRASIL, 2004, p. 125), e que o primeiro destes surge na cidade apenas em 2012, para a população álcool e drogas. E aquele não voltado especificamente para essa população, um “CAPS para transtornos gerais” (como alguns os nomeiam) foi ser implementado na modalidade 24 horas apenas em 2014, isto é, 10 anos depois da regulação da portaria. Além disso, a criação do primeiro CAPS II municipal ocorreu em 1993, quando ainda nem havia a regulamentação dessa complexidade através da Portaria 336 (BRASIL, 2004, p. 125). No entanto, o segundo municipal desta modalidade foi ser criado apenas em 2012. É claro que neste período outros serviços foram criados, como CAPS i, CAPS ad, Centro de Convivência, e também o CAPS HU, de gestão federal. Mas, ainda assim, são quase 20 anos de intervalo para a criação de um novo CAPS II municipal, e mais um ano para que um deles fosse transformado em CAPS III. Isto posto, algumas são as questões que auxiliam na compreensão desta realidade.

Antes de qualquer outro aspecto, acredito ser adequado destacar a forte tradição manicomial, que tinha muita força política. Assim, como foi apresentado, ainda que com avaliações que demonstrassem as precárias condições de assistência, o processo de descredenciamento destes nosocômios foi árduo e extenso. Neste sentido é válido lembrar que o município de Juiz de Fora está inserido em Minas Gerais, que diferente do que foi possível no corpo da lei federal sobre a Reforma Psiquiátrica, conseguiu aprovar ainda na década de 90 legislação estadual que versava sobre “implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes” (BRASIL, 2004, p. 37). Ainda assim, esta extinção progressiva demorou, do ano em que a lei estadual foi aprovada ao descredenciamento do último hospital psiquiátrico da cidade, exatos 20 anos. Neste processo estes estabelecimentos eram partes integrantes da rede de saúde mental da cidade, em que o cuidado nos demais serviços eram pensados muito mais de uma maneira “alternativa” ao hospital, ou seja, como uma das possibilidades de assistência, e não de modo

“substitutivo”, isto é, que constitui práticas que não se referenciem, ainda que em momento de crise, ao recurso do hospital psiquiátrico.

Outro fator relevante é que, com a mudança de grupo político em meados dos anos 90 e, por conseguinte, mudança de gestão do então ISM, o grupo que fez parte desta coordenação apostava na construção desta rede sob uma ótica muito própria, diferente do que estava sendo construído pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no restante do país. Uma aposta fundamentalmente embasada na atenção primária, e modelos de gestão que preconizavam outros tipos de serviço, como a criação dos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) e Programas Especiais em Saúde Mental (PROESAM). Tudo isto articulado em protocolos de conduta, modelos de encaminhamento, critérios de inclusão e exclusão. Uma articulação que, mesmo os mais críticos ao modelo, reconhecem os esforços de padronização e organização de serviços. Mas, se por um lado havia uma aposta em uma maneira diferente de lidar com a realidade da saúde mental, muito embasada em construções técnicas e epidemiológicas realizada especialmente por um grupo vinculado a UFJF, o que na prática ocorreu foi grande burocratização desta rede. Pessoas com a urgência do sofrimento psíquico que precisavam preencher este ou aquele critério para terem acompanhamento. E que muitas vezes, no processo como se deu na prática, ficavam então perdidas nesta rede. Esta é uma crítica delicada, especialmente quando se entende melhor de sua construção histórica, e por isso se tenta aqui fazê-la com cuidado. Apostar na atenção primária é tarefa louvável, e é compreensível que esta tenha sido uma tentativa de melhora na qualidade prestada. Mas, esperar que uma pessoa em uso abusivo de alguma substância não possa faltar a atendimento, sob penalidade de ser desligada do programa específico, como consta na publicação conhecida por “Livro Verde” (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000), é minimamente enrijecer, sob a ótica do olhar técnico, uma realidade complexa e delicada. Há também, ainda na introdução das “folhas verdes”, a seguinte passagem “(...) uma versão simplificada de cada um deles [protocolos], que possa ser rapidamente *compulsada* a qualquer momento que as solicitações da prática assistencial o exijam” (INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, 2000, p. 10, grifo meu). Chamou então minha atenção a utilização do termo “compulsar” visto que denota “consultar, estudar, examinar, folhear, manusear”, mas também “coagir, compelir, forçar, obrigar, oprimir”. Em um programa destinado a pessoas em uso abusivo de substâncias que tem como critérios de exclusão “pacientes com menos de um ano após um primeiro abandono de tratamento” talvez se precisasse mais “consultar” que “coagir”. A também aposta em um processo de desospitalização através da fortificação da atenção básica, que não abarcasse o claro enfrentamento e descredenciamento dos hospitais psiquiátricos um contexto

de forte tradição manicomial, acabou por não atingir uma parcela importante deste processo: aqueles tidos por pacientes crônicos. Se por um lado a busca por estratégias que reduzisse as internações é fundamental, aqueles há anos internados acabaram, pois, por não serem contemplados ou mesmo visibilizados.

Ainda em relação às questões que produziram esta conformidade de rede, é inegável que para construção de novos serviços é preciso vontade e poder político. Quanto a esse aspecto todos os profissionais, especialmente os que têm ou tiveram cargo de gestão, foram enfáticos em afirmar desta importância. Dos que outrora estiveram na gestão e afirmaram da dificuldade de conseguir implementar algum serviço, dos que afirmaram que só é possível construir quando tem vontade política. Neste sentido, apesar de não ser de pequeno porte, Juiz de Fora ainda se apresenta com pensamento demasiadamente provinciano. E isto ficou ainda mais claro no decorrer das entrevistas, e especialmente nas conversas posteriores, quando o gravador já estava desligado: do quanto os jogos políticos são bem mais pautados na possibilidade de alguma projeção e notoriedade pessoal do que se esta ou aquela será a melhor assistência a ser prestada. Como muito bem descrito por um dos entrevistados como “fogueira das vaidades” (PSQ/PRF/GST 01). Este também foi um dos principais motivos elencados frente à pergunta sobre a visão sobre este processo com o passar do tempo, e o que havia mudado. Muitos disseram entender melhor das dificuldades próprias de um processo complexo, mas fundamentalmente do quanto os jogos de poder fazem diferença ao que se consegue alcançar, e quanto esse aspecto é forte em Juiz de Fora.

Ainda sobre as características desta rede, os acordos realizados com os demais entes federados são também fundamentais à conformação dos serviços hoje prestados. Não somente pelo reconhecido apoio do Ministério da Saúde, especialmente na pessoa do ex-coordenador Roberto Tykanori, propiciando repasse de recurso, credenciamento de novos serviços, apoio técnico; como também do descumprimento, por parte do estado de Minas Gerais, de repasse financeiro previamente pactuado. Alguns foram os serviços pactuados, como CAPS III, CAPS ad III e CAPS i destinados para a população da zona Norte (GTT, 2018), que não foram concretizados, segundo os entrevistados, fundamentalmente por esse descumprimento na transferência financeira por parte do estado de Minas Gerais. Estes são dispositivos estratégicos, se pensarmos que atualmente os serviços oferecidos por essa rede estão todos na região centro-sul da cidade, isto é, mesmo aqueles que têm por finalidade atendimento ambulatorial à população da zona Norte.

Neste ponto é válido tocar novamente na delicada questão da territorialidade dos serviços que compõem a rede de saúde mental de Juiz de Fora. A área que compõe o território

do município de Juiz de Fora abarca, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1.435,7 km² (IBGE, 2019). Uma extensa área geográfica em termos comparativos, especialmente se comparado com outros municípios, tais como São Paulo, com 1.521,1 km²; Rio de Janeiro, com 1.200,1 km²; e a capital do estado, Belo Horizonte, com 331,4 km² (IBGE, 2019). Assim, a importância da territorialização dos serviços se faz notória. E tal situação é ainda mais grave quando se pensa que alguns dos bairros mais populosos da cidade, como, por exemplo, Benfica, Santa Cruz e Barbosa Lage (CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS/UFJF, 2009), estão na região Norte, ou seja, descobertos da rede de serviços de saúde mental da cidade. Atualmente esta população é atendida de modo ambulatorial no Departamento de Saúde Mental, que, lembrando, está localizado na região central. E até mesmo aquele serviço que foi preconizado para uma região específica, isto é, o CAPS Leste, hoje também está localizado na região central. A estratégia encontrada pela gestão municipal para atendimento da população foi regionalizar os serviços, ou seja, os CAPS, ainda que em maioria na região central, têm sua cobertura preconizada para as demais regiões da cidade. Esta foi a possibilidade até aqui encontrada pela gestão pública para minimizar os prejuízos frente à distância da população atendida. Mas, com o exposto pretende-se reforçar a urgência de se pensar em ofertas de cuidado que não estejam descoladas do território das pessoas assistidas.

Apesar de abordar os serviços da rede, sempre se faz importante destacar que o processo de Reforma Psiquiátrica é muito mais amplo que uma reformulação da assistência. Assim, é válido destacar o quanto a cultura manicomial influencia toda esta construção. Se a política e os jogos de poder aparecem notoriamente nas falas dos profissionais, a “família” e a “sociedade” são marcantes na fala daqueles em tratamento. O imaginário social construído em torno do descrédito àquele que de alguma forma não se adequava aos padrões de normalidade é antigo, e muito bem sedimentado culturalmente. Neste ponto Foucault, ao abordar os procedimentos de exclusão em nossa sociedade, fala sobre o lugar do discurso do louco enquanto “a palavra do louco não era ouvida” ou mesmo do quanto o “discurso do louco retornava ao ruído” (FOUCAULT, 2014). Outro procedimento de exclusão proposto pelo autor na mesma publicação é a “vontade de verdade”, que apoiada em um suporte institucional, exerce então certa pressão ou mesmo coerção neste procedimento anterior. Assim, apoiados em um paradigma psiquiátrico que buscava por metodologias científicas, por um lugar de ciência e verdade, o louco foi cada vez mais invisibilizado, apoiado em uma instituição asilar que com discurso de tratamento engendrava exclusão. Na contramão desta construção, o presente estudo buscou dar voz a estas pessoas. Uma característica interessante

que acabou se conformando foi que estes “sujeitos de pesquisa” tinham níveis de escolaridade bastante distintos: do fundamental incompleto ao superior completo. Assim, com diferentes arcabouços teóricos e formais, o que se tem em comum é uma noção crítica deste processo. Seja por perceber o preconceito e toda esta construção social em torno da loucura, seja na dificuldade do cotidiano familiar. Assim, é válido retomar a importância da dimensão sociocultural neste processo. A mudança assistencial é importante, mas não é o bastante se não se transforma as relações sociais, se segue associada à loucura a noção de marginalidade, periculosidade, anormalidade. Não se busca com esta construção negar a existência do sofrimento psíquico, ou mesmo romantiza-lo. O que se visa alcançar é a possibilidade de um processo de autonomia, de garantia de direitos, de produção de cidadania.

E para esta produção de cidadania outro fator se configura como de extrema relevância: a visão crítica do próprio espaço do manicômio. Ainda que com a notória história de maus tratos, de insalubridade, de violências das mais diversas, muito se lutou para que esses espaços fossem pouco a pouco deixando de existir na cidade. É notório na fala daqueles que participaram do descredenciamento dos últimos hospitais o horror ao se deparar com aquela realidade até então escondida por de trás dos muros manicomial. Lembro-me que no meu período de graduação tive a possibilidade de estar em alguns desses estabelecimentos da cidade, quando ainda em funcionamento. Uma prática padrão destes locais era certo tipo de “sala para visitas”, em que a equipe de CAPS que fosse fazer o acompanhamento a algum de seus usuários internado era direcionada. Não era permitido acesso a nenhum outro espaço. As tais salinhas de visita eram bem preservadas, o que, apesar de inacessível, sabia-se que destoava das demais áreas do estabelecimento. Certa vez em uma dessas visitas juntamente com a enfermeira do CAPS HU, e hoje eu já não saberia mais explicar o motivo, tive a autorização para entrar na Clínica São Domingos para além da tal salinha. Estava no momento da limpeza, e me faltam palavras para descrever a cor da água que era arrastada pela funcionária da faxina. Como se costuma dizer entre as pessoas que de alguma forma estão ou já estiveram inseridas no contexto da saúde mental, aquele que já esteve no interior de um manicômio saberia sempre reconhecê-lo pelo cheiro. Um forte odor, bastante característico, de uma mistura de urina e fezes que parece estar entranhado em toda estrutura. Ainda nesta ocasião pude ir andando até uma área externa, que hoje me faz lembrar o icônico filme “Bicho de 7 Cabeças”: um pátio cinza, sem vida, todo cercado por paredes, onde estavam alguns internos. Mesmo sem esta visão mais chocante, era sabido de violações de direitos diversas: de agressões, dentes arrancados, comida rala, estragada e insossa; a episódios aparentemente simples, como quando o usuário que eu acompanhava enquanto estagiária no CAPS Casa

Viva teve seu cabelo, para ele sinônimo de orgulho e muita alegria, raspado sem seu consentimento quando este foi internado pela família na Clínica Aragão Villar.

E o que estes breves recortes tentam trazer é que esta é uma realidade muito próxima: o último hospital descredenciado no município data de 2015. E em se tratando do cenário nacional, em outros lugares estes estabelecimentos ainda existem. O que parece uma prática distante, ultrapassada e opressora, consegue ainda legitimidade, especialmente em momentos de crise. Tantas são as experiências no Brasil e no mundo para legitimar que a internação pode ser, por vezes, uma ferramenta necessária. Mas que ela não precisa se dar em um espaço de segregação. Muito pelo contrário: quando inserida no território, com práticas de produção de autonomia, como a possibilidade de um CAPS III, ou mesmo dentro do funcionamento de um hospital geral, estas internações conseguem ser mais curtas, menos traumáticas, e, portanto, mais eficientes. No entanto, assim como práticas humanizadas são possíveis nos hospitais psiquiátricos, é também possível que práticas manicomialmente estejam presentes em serviços comunitários. O que se percebe, no entanto, é que o espaço do hospital psiquiátrico, pela sua própria constituição física e pelas práticas que o sustentam, torna sua humanização insustentável.

O modelo de assistência preconizado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, comunitário, participativo, cidadão, tem mais diversos exemplos por todo o país de melhora na qualidade de vida, de produção de autonomia. Os serviços propostos são diversos, formando uma rede bastante complexa. Muitas são as produções acadêmicas sobre o assunto, mas são também diversas as cartilhas até aqui produzidas pelo Ministério da Saúde: Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004b), Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004c), Matriciamento (BRASIL, 2011), entre tantos outros. Acreditar, no entanto, que este é um modelo que está dado, finalizado, e que basta seguir categoricamente as práticas preconizadas, é também memorizar a complexidade desta realidade. Os desafios são diversos, e estão sempre se renovando, se reinventando. Afinal, a cultura manicomial não é exclusividade dos hospitais psiquiátricos, ela está presente em toda a sociedade. É de suma importância, portanto, que os profissionais que hoje estão inseridos em algum serviço da rede de saúde mental entendam esta construção histórica, afinal, ela é recente e pela própria não linearidade da história, não há garantias de que essas não práticas retornem, em outros espaços, com outros nomes, mas cumprindo a mesma função. Especialmente em um contexto de neoliberalismo em extrema ascendência, da destituição do poder do Estado, e da primazia do lucro a qualquer custo, é fundamental reconhecer o processo histórico e estar atento aos tensionamentos sempre presentes. De todo esse processo, fica para mim uma construção de

raciocínio que faz alusão a algumas falas de entrevistados específicos e que reiteram o meu ponto de vista. Quando fui apresentada à realidade da saúde mental de Juiz de Fora, eu acreditava que todos os problemas seriam sanados quando da construção de um CAPS III. Posteriormente eu acreditava que era necessário fechar os hospitais e construir SRTs, e assim tudo se resolveria. E essas mesmas SRTs estiveram envolvidas em denúncias de maus-tratos, e novas conformações foram necessárias. Com o passar do tempo e com a possibilidade de aprofundamento teórico, fui percebendo que novos desafios serão sempre constituídos. Que a Reforma Psiquiátrica é portanto um processo dinâmico, como a complexidade da existência humana, e que apesar de ter um direcionamento, uma finalidade, não tem um desfecho ideal, um limite a ser alcançado.

Por fim, uma frase marcante, produzida pelo movimento da Luta Antimanicomial de Minas Gerais, e que expressa com uma clareza poética a importância desta construção por uma sociedade sem manicômios: “Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça”.

BIBLIOGRAFIA

AMANCIO, V. R. **Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise**. 1ª. ed. Curitiba: CRV, 2012.

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: 30 anos transformando a sociedade e contruindo cidadania. In: MELO, W. **Quando acabar o maluco sou eu**. Rio de Janeiro: Artaud, 2010. p. 19-32.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P.; TORRE, E. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária, 2010. p. 113-136.

ARBEX, D. Saúde Mental terá 60 novos profissionais. **Tribuna de Minas**, 2013. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/04-07-2013/saude-mental-tera-60-novos-profissionais.html>>. Acesso em: Janeiro 2019.

ARBEX, D. Ministério Público investiga falhas em assistência na saúde mental. **Tribuna de Minas**, 2017a. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/16-08-2017/ministerio-publico-investiga-falhas-em-assistencia-na-saude-mental.html>>. Acesso em: Janeiro 2019.

ARBEX, D. Secretaria de Saúde notifica entidade por falhas na assistência à saúde mental. **Tribuna de Minas**, 2017b. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/09-08-2017/secretaria-de-saude-notifica-entidade-por-falhas-na-assistencia-saude-mental.html>>. Acesso em: Janeiro 2019.

ARBEX, D. Sindicância aponta falhas em residências terapêuticas da Casa Viva. **Tribuna de Minas**, 2017c. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/14-07-2017/sindicancia-aponta-falhas-em-residencias-terapeuticas-da-casa-viva.html>>. Acesso em: Janeiro 2019.

ARBEX, D. Gedae assumirá gestão de 29 residências terapêuticas em Juiz de Fora. **Tribuna de Minas**, 2018. Disponível em: <<https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/03-05-2018/gedae-assumira-gestao-de-29-residencias-terapeuticas-em-juiz-de-fora.html>>. Acesso em: Janeiro 2019.

BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos e Percalços da Política de Saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BAPTISTA, T. W. F.; BORGES, C. F.; MATTA, G. C. Contribuições da Arqueologia do Saber para Estudos da Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. D. S.; MACHADO, C. V. **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Cap. 5, p. 147-171.

BARBOSA, J. L. S. **Algumas Considerações acerca do serviço de Saúde Mental de Juiz de Fora**. 2000. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental), Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Juiz de Fora, 2000.

BARRETO, J. **O Umbigo da Reforma Psiquiátrica: Cidadania e Avaliação de Qualidade em Saúde Mental**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, R. F. **Ministério Público, Mediação Sanitária e Atenção Psicossocial: Uma Nova Via na Busca Pela Efetivação dos Direitos de Portadores de Transtornos Mentais e Usuários De Álcool e Outras Drogas**. 2015. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Sanitário), Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2015.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993**: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed. ampliada. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. **Portaria SAS nº 501, de 13 de Setembro de 2007**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2007.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental: 2004-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **PORTARIA GM/MS nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.159, DE 13 DE JUNHO DE 2013**: Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais, Município de Juiz de Fora (MG) - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2017. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=31&VMun=313670>. Acesso em: 10 Novembro 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Criada Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental. **Câmara dos Deputados**, 2018. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/566139-CRIADA-FRENTE-PARLAMENTAR-EM-DEFESA-DA-NOVA-POLITICA-DE-SAUDE-MENTAL.html>>. Acesso em: Fevereiro 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. **Ata Aprovada da Audiência Pública de 26/05/2009**. Juiz de Fora: CMJF, 2009.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CEBES. **A Questão Democrática na Área da Saúde**. 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal. Brasília: [s.n.]. 1979. p. 11-13.

CENTRO DE PESQUISAS SOCIAIS/UFJF. Anuário Estatístico de Juiz de Fora 2009. **Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**, 2009. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/index.html>. Acesso em: Fevereiro 2019.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 1984.

CONSULTA CNPJ. **Consulta CNPJ**, 2018. Disponível em: <<http://www.consultacnpj.com/>>. Acesso em: Outubro 2018.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 1999.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan 2008.

FORTES, F. L. S. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DO PRIMEIRO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MG (1994-2002)**. 2017. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2017.

FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas**. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 8ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz&Terra, 2017a. Cap. 5, p. 143-170.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017c.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOULART, G. M. **Política de Saúde Mental no Município de Juiz de Fora**. 2000. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental), Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Juiz de Fora, 2000.

GTT. **Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Ampliada Sudeste - MG**. Grupo Técnico de Trabalho. Juiz de Fora, p. 30. 2018.

HECKERT, U. Diagnóstico da Assistência em Saúde Mental de Juiz de Fora. **HURevista**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 167-171, Set./Dez. 1991.

HECKERT, U. Reforma do sistema assistencial psiquiátrico de Juiz de Fora e região. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 1, n. 15, p. 62-78, Agosto 2015.

IBGE. **IBGE Cidades**, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 12 janeiro 2019.

INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL. **PROTOCOLOS DE CONDOTA do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, 2000.

JUIZ DE FORA. **I Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde. 1992.

JUIZ DE FORA. **Plano Municipal de Saúde**. Prefeitura de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 1997.

JUIZ DE FORA. **II Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde. 1999a.

JUIZ DE FORA. **Portaria SMS 03/99**: Regulamenta a autorização de internação para pacientes psiquiátricos provenientes da região de Ubá nos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS do município de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 1999b.

JUIZ DE FORA. **III Conferência Municipal de Saúde Mental**. Juiz de Fora: Conselho Municipal de Saúde. 2001.

JUIZ DE FORA. **Projeto de Reestruturação da Atenção à Saúde Mental em Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental. Departamento de Saúde Mental, 2006.

JUIZ DE FORA. Caps Leste - Secretária de Saúde inaugura novo serviço de saúde mental. **Portal de Notícias**, 2012a. Disponível em:

<<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=35337>>. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeito Custódio Mattos inaugura novas instalações do Caps AD III e anuncia que serviço será 24h. **Portal de Notícias**, 2012b. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=35335>>. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. Prefeitura inaugura Centro de Atenção Psicossocial III. **Portal de Notícias**, 2014. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. Ministério da Saúde escolhe Juiz de Fora como polo capacitador na área de saúde mental. **Portal de Notícias**, 2015a. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=48779>>. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde discute nova fase da Rede de Atenção Psicossocial com municípios da região. **Portal de Notícias**, 2015b. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=50172>>. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. Caps Leste tem novo endereço. **Portal de Notícias**, 2016a. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=55420>>. Acesso em: Janeiro 2019.

JUIZ DE FORA. **De Volta Pra Casa: Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2016b.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. D. S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. Cap. 18, p. 615-634.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARQUES, A. J. S. Reabilitação Psicossocial e A Reforma Psiquiática em Juiz de Fora. In: PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. 5, p. 104-112.

MELO DE PAULA, A. J. et al. O Programa de Residência Psiquiátrica: A proposta da UFJF. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 151-160, Set./Dez. 1991.

MENDES, S. M. D. O. **Saúde Mental e Trabalho - Transversalidade das Políticas e o Caso de Juiz de Fora**. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2007.

MINAS GERAIS. **RESOLUÇÃO SES Nº 1776 DE 18 DE FEVEREIRO DE 2009**: Define critérios para a desospitalização dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos que menciona. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde , 2009.

MINAS GERAIS. **RESOLUÇÃO SES Nº 2156, DE 07 DE JANEIRO DE 2010**: Prorroga o prazo de vigência do Termo de Compromisso de que trata a Resolução SES Nº 1776, de 18 de fevereiro de 2009. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010.

MINAS GERAIS. Meso e Microrregiões do IBGE. **Governo de Minas Gerais**, 2019. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_listame_somicro.pdf>. Acesso em: 11 janeiro 2019.

MPAS. **Programa de reorientação da assistência psiquiátrica**. INAMPS. Brasília. 1983.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à Saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil**: Anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Abrasco , 1994. Cap. 3, p. 73-111.

OLIVEIRA, F. D. Eticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, Out/Dez 2009. 42-56.

OLIVER, L. **Delírio**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2012.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-58, maio-ago 2004.

PINTO, C. O. **O cotidiano da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III**. 2017. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora: Juiz de Fora, 2017.

QUEIROZ, V. D. C. **Entre o passado e o presente**: a atuação do Assistente Social no campo da saúde mental. 2009. 163f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2009.

RIBEIRO, F. M. Z. **Acompanhamento Hospitalar**: uma estratégia de intervenção assistencial do CAPS Guida Sollero. 2000. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental), Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Juiz de Fora, 2000.

RIBEIRO, M. S. Integração das Ações de Saúde Mental: o "caso" Juiz de Fora. **HURevista**, Juiz de Fora, v. 18, n. 3, p. 205-251, Set./Dez. 1991.

RODRIGUES, A. A. P. et al. Casa de Saúde Esperança: Assistência de Enfermagem Psiquiátrica em um Modelo Tradicional (1975-1993). **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 202-7, abr/jun 2013.

SANTOS, M. L. S. **Implantação das Residências Terapêuticas no município de Juiz de Fora/MG - contribuições da enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2013.

TARMA, G. F. **Reformulação da Assistência em Saúde Mental em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora (1997-2001)**. 2017. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2017.

TENÓRIO, F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, G. **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007. p. 11-26.

TOMAZ, C. S. **Uma proposta de reflexão acerca do papel do GEDAE no contexto da Aids**. 2000. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental), Escola de Saúde Pública de Minas Gerais: Juiz de Fora, 2000.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. In: AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 13-16.

VINUTO, J. A AMOSTRAGEM EM BOLA DE NEVE NA PESQUISA QUALITATIVA: UM DEBATE EM ABERTO. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez 2014.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) USUÁRIOS E FAMILIARES

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: Uma Construção”**. Esta pesquisa está sendo realizada por mim, Thaís Silva Acácio, como aluna do Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da FIOCRUZ, sob a orientação do Professor Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante e da Professora. Dra. Ana Paula Freitas Guljor, ambos da ENSP/FIOCRUZ.

O objetivo geral da pesquisa é estudar o processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora/MG, buscando identificar momentos importantes, acontecimentos relevantes nesta história, e assim poder falar sobre como se deu esta construção. A intenção deste estudo é, através de análise de diferentes documentos e entrevistas, abarcar as mais diversas visões sobre este processo.

O convite a sua participação se deve à importância de ter feito parte desta história, seja como usuário da rede de saúde mental de Juiz de Fora ou um familiar de uma pessoa atendida por esta rede, e assim, poder oferecer uma visão de como este processo aconteceu e ainda acontece.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Confidencialidade e Privacidade:

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados. **É possível desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. O participante tem direito a sempre receber informações do projeto de pesquisa.**

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, é possível solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato que estão neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o entrevistado terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder algumas perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A gravação da entrevista é uma condição para sua participação. Ela será transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terá acesso a este material a pesquisadora e seus orientadores.

O tempo necessário para a realização da entrevista depende de pessoa para pessoa, mas estima-se que a duração seja de aproximadamente uma hora. No entanto, você poderá informar à pesquisadora que gostaria de encerrá-la a qualquer momento.

O benefício indiretamente relacionado com sua colaboração nesta pesquisa é a contribuição para a produção de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, em especial, do processo ocorrido em Juiz de Fora.

O risco envolvido com a participação desta pesquisa é mínimo, mas vale mencionar que há o risco de desconforto ou constrangimento devido às situações que venham a ser relembradas. Como forma de minimizar os danos você poderá interromper temporariamente a entrevista ou desistir de participar da mesma. Embora exista também o risco de identificação devido ao pequeno número de participantes no estudo, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pela pesquisadora, como a não identificação dos entrevistados na apresentação de resultados.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, com o fim deste prazo, será descartado. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de mestrado acadêmico, artigos científicos e trabalhos publicados em eventos científicos. A pesquisadora se compromete, ainda, em, após a conclusão da dissertação de mestrado, tornar público os resultados para os participantes.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora. É preciso que **todas as páginas sejam rubricadas**, e que tenha a assinatura do participante e da pesquisadora na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo. Mangueiras. Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210

Pesquisadora Responsável – Thais Silva Acácio

Telefone:

E-Mail: tsacacio@gmail.com

_____, _____ de _____ de 2018

Thais Silva Acácio

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa intitulada **“O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção”** e concordo em participar.

Assinatura: _____



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PROFISSIONAIS E GESTORES

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção”**, desenvolvida por **Thaís Silva Acácio** discente de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Paulo Duarte de Carvalho Amarante**, e Professora Dra. **Ana Paula Freitas Guljor**.

O objetivo central desta pesquisa é estudar a história do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Juiz de Fora/MG, identificando momentos importantes, observando também como diferentes dimensões da saúde mental se deram, debatendo esta construção não no sentido de uma mensuração, mas de um olhar crítico sobre este tema.

O convite a sua participação se deve ao seu papel desempenhado nesta construção histórica no município. A intenção deste estudo é, através de análise de documentos e entrevistas, abarcar as mais diversas visões sobre os acontecimentos. Portanto, busca-se entrevistar gestores, trabalhadores da rede, atores do poder judiciário, pessoas que estejam ou estiveram em tratamento na rede de saúde mental, ou demais envolvidos na construção das redes formais e informais de cuidado em saúde mental. A metodologia desta pesquisa não limita um número fechado de participantes. A partir do contato inicial com o campo, irá buscar, através das pessoas envolvidas na construção da rede de saúde mental, novos participantes que sejam identificados como significativos nesse processo. Estima-se que serão realizadas 20 (vinte) entrevistas no total. Espera-se assim contemplar as mais variadas visões sobre a temática em questão.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.



A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas, apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometem com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados.

A sua participação se consistirá em realizar uma entrevista, respondendo algumas questões à pesquisadora do projeto. A gravação da entrevista é uma condição para sua participação. Estas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seus orientadores.

O tempo necessário à realização da entrevista é variável, ou seja, depende de pessoa para pessoa, e você poderá informar à pesquisadora que gostaria de encerrá-la a qualquer momento. Estima-se, no entanto, que a duração seja de aproximadamente uma hora.

Toda pesquisa possui riscos potenciais. Maiores ou menores, de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Embora exista o risco de identificação devido ao pequeno número de participantes no estudo, e sua representatividade no campo deste estudo em Juiz de Fora, alguns cuidados quanto ao anonimato serão tomados pela pesquisadora, tais como a não identificação dos entrevistados na apresentação de resultados. Os riscos de sua participação são mínimos, mas possíveis, como desconforto ou constrangimento oriundo de situações que venham a ser lembradas. Como forma de minimizar os danos você poderá interromper temporariamente a entrevista ou desistir de participar da mesma. No entanto, se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não há benefícios diretos para os participantes. O benefício relacionado à sua participação é a contribuição para a produção de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, em especial, do processo ocorrido em Juiz de Fora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e, com o fim deste prazo, será descartado. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de mestrado acadêmico, artigos científicos e trabalhos publicados em eventos científicos. A pesquisadora se compromete, ainda, em, após a conclusão da dissertação de mestrado, tornar público os resultados para os participantes.



Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o(a) participante, e outra para o pesquisador. **Todas** as páginas deverão ser rubricadas pelo(a) participante e pela pesquisadora, com ambas as assinaturas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP)**. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480/Térreo. Manguinhos. Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210

Pesquisadora Responsável – Thais Silva Acácio

Telefone:

E-Mail: tsacacio@gmail.com

_____, ____ de _____ de 2018

Thais Silva Acácio

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa intitulada “**O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção**” e concordo em participar.

Assinatura: _____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Thaís Silva Acácio**, mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz, pesquisadora responsável pelo projeto intitulado *O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção*, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no **arquivo do Departamento de Saúde Mental, da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**, a fim de obtenção de dados para minha pesquisa, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos documentos encontrados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a **documentos históricos relativos ao processo de Reforma Psiquiátrica de Juiz de Fora.**

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a nova apreciação do CEP/ENSP.

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018.

Thaís Silva Acácio

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS E FAMILIARES

“O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção”

Entrevistado n°: _____

Data da realização: ____/____/____ **Local da Entrevista:** _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Escolaridade:** _____

Questões Norteadoras

- 1) Relação com Juiz de Fora: se é natural da cidade. Caso contrário, o motivo da mudança e há quanto tempo.
- 2) Falar da trajetória pessoal no campo da saúde mental.
 - a. Abordar as dificuldades encontradas.
 - b. Expressar os pontos positivos nesta trajetória.
- 3) Discorrer sobre o contato inicial com este campo, e como se dá o contato atual.
- 4) Falar da visão que tem da história da saúde mental na cidade (abordar acontecimentos marcantes, momentos importantes).
- 5) Descrever quais os recursos / dispositivos que acredita fazer parte da saúde mental.
- 6) Descrição dos recursos públicos (do governo) existentes para a questão do cuidado em saúde mental na cidade de Juiz de Fora.
- 7) Descrever os recursos da comunidade que ajudam no cuidado em saúde mental na cidade de Juiz de Fora.
- 8) Abordar as potencialidades da saúde mental de Juiz de Fora.
- 9) Expressar as dificuldades encontradas nesta área.
- 10) Discutir sobre o que seria necessário (se houver) para melhorar a oferta de cuidados às pessoas que fazem tratamento em saúde mental.

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS E GESTORES

“O Processo de Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora: uma Construção”

Entrevistado n°: _____ **Profissão:** _____

Data da realização: ____/____/____ **Local da Entrevista:** _____

Data de Nascimento: ____/____/____ **Escolaridade:** _____

Questões Norteadoras

- 1) Relação com Juiz de Fora: se é natural da cidade. Caso contrário, o motivo da mudança e há quanto tempo.
- 2) Falar da trajetória pessoal no campo da saúde mental.
- 3) Discorrer sobre a visão que se tinha neste contato inicial, e se algo mudou com o passar do tempo.
- 4) Falar sobre a visão que tem da história da saúde mental na cidade.
- 5) Descrever os recursos / dispositivos que fazem parte da saúde mental.
- 6) Descrição dos recursos públicos (do governo) existentes para a questão do cuidado em saúde mental na cidade de Juiz de Fora.
- 7) Descrever recursos comunitários auxiliam no cuidado em saúde mental na cidade de Juiz de Fora.
- 8) Abordar as potencialidades da saúde mental de Juiz de Fora.
- 9) Expressar as dificuldades encontradas nesta área.
- 10) Discutir sobre o que seria necessário (se houver) para melhorar a oferta de cuidados em saúde mental.