

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Mestrado em Saúde Pública

Sub-área de Concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Dissertação de Mestrado:

**Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão
de convergências e divergências e o resgate de alguns
conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**

Aluna Camila Furlanetti Borges

Orientadora Tatiana Wargas de Faria Baptista

Abril de 2007

Dissertação de Mestrado:
**Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão
de convergências e divergências e o resgate de alguns
conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito
parcial para a obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.

Aluna Camila Furlanetti Borges
Orientadora Tatiana Wargas de Faria Baptista

Abril de 2007

**Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão
de convergências e divergências e o resgate de alguns
conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito
parcial para a obtenção do título de mestre em
Saúde Pública.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Tatiana Vargas de Faria Baptista (Orientadora)

ENSP-FIOCRUZ

Prof. Dr. Paulo Duarte Amarante

ENSP-FIOCRUZ

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos

IMS-UERJ

Prof. Dra. Creuza da Silva Azevedo (Suplente)

ENSP-FIOCRUZ

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta (Suplente)

EPSJV-FIOCRUZ

Abril de 2007

*A tudo aquilo e a todos aqueles acasos de
minha vida – por me permitirem ser, fazer e
viver venturas.*

Agradecimentos

Agradeço ao tempo, por não ser mera repetição cronológica, mas por ser o substrato da história e de uma vida preta de possibilidades, entre as quais, fazer o mestrado!

E, graças ao tempo e a tudo que encerra, posso apontar importantes criaturas/criadores que ajudaram a compor minha vida, principalmente neste período. A essas pessoas, não presto agradecimentos, mas sim homenagens!

E aos homenageados, peço um cuidado: quando lerem essas mensagens, tentem sentir o calor da respiração. Porque afeto não é da ordem da linguagem falada ou escrita, mas da ordem das sensações!

A primeira delas: minha orientadora e amiga! Especial porque me permite chamá-la de Tati. Porque esteve sempre presente na construção de uma relação. Sobre ela, lembro um momento emblemático: o dia que me falou “essa noite não consegui dormir tentando pensar um título mais interessante para o seu projeto!”. Com ela tive bons encontros e trocas, e o resultado disso está nestas páginas materializado, mas não se encerra aqui. Orientando pela estrada quando necessário, e construindo o caminho junto sempre que possível (ou impossível). Isso a torna menos uma orientadora e mais companheira. Também por isso, a torna mais digna de ser reconhecida como “exemplar” raro e intensamente desejável em qualquer academia ética, que não se paute por repetições de verdades, mas por construções de verdades provisórias mais próximas da vida e do mundo comum.

À minha turma de mestrado: minha primeira banca! Especialmente à Moniquita, com quem construí um elo de força, de andar junto, de dividir risos alegres e nervosos, e também os momentos de angústia e de deixar rolar!

Aos professores da ENSP, do IMS, e da EPSJV, que se dispuseram a pensar em “dilemas” de várias ordens! Com abraço especial para Calú e Cris, cuja paciência e interesse são importantes estimulantes.

Às pessoas que pude entrevistar para essa dissertação: por contarem suas histórias profissionais e de envolvimento político, pela disponibilidade, atenção e confiança.

Aos companheiros de “História da Saúde Mental”: pelas discussões e trocas de experiências e solidariedade, pelas conversas animadas e por partilharem do gosto por essa cachaça que é a saúde mental! À Héldia, conterrânea cuja torcida foi constante. À Vivian em especial pela acolhida em vários sentidos!

Ao Paulo Amarante por ser um norte, por ser forte e por desafiar! Porque nos acolhe e nos ensina sobre ser crítico e ser construtor de conhecimento mantendo abertura para o novo.

Ao Senhor Brilhante, porque é brilhante, porque faz perguntas despreziosas (será?) e que abrem universos. Porque tem algo de agudo sem perder a delicadeza, e porque seu abraço é tão gostoso!

Taís e Ana... sempre me deram coragem! Com a Taís, só falta enfrentar dragões! Com a Ana, tudo vira sol!

À Kelly Tristão, pela confiança, pela mão estendida e pelo companheirismo.

Aos pacientes, impacientes e companheiros que experimentam a loucura, e que cruzaram meu caminho e me fizeram desassossegar.

A todos os bibliotecários e bibliotecárias que conhecem o valor de seu trabalho e o fazem com paixão.

À Tia Aldair, ao Maurício e à Olívia, queridos!

Aos meus pais. Que nunca estiveram distante. Que compreenderam meus momentos de pouca fala e meus momentos de catarse, e escutaram minhas “pensasões” e prometiam que estavam entendendo! E que confiaram, deram força e torcem. Porque se perguntam sobre o certo e o errado, sobre a melhor forma de ser. E porque gostam de cachoeira. Assim como Tico, meu irmão, que também gosta de montanha, do nascer do sol, de pipa e de fazer barulho! Meu irmão sempre está pronto para bolar o melhor jeito de me tirar de certos sufocos e essa dissertação estaria em qualquer buraco negro se não fosse por ele! Ao Tico, todos os abraços, nascer do sol e notas musicais!

Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica

Sumário

Lista de Ilustrações e Anexos	9
Lista de Siglas	11
Resumo	14
Abstract	15
APRESENTAÇÃO	16
Algumas considerações metodológicas	17
Sobre a estrutura do texto	21
CAPÍTULO 1 - Situando o ponto de partida	24
CAPÍTULO 2 - Início da viagem – arrumando as malas	41
Quais reformas	43
Primeiro movimento: reformas restritas ao âmbito hospitalar	46
Segundo movimento: reformas que superam aquelas referidas ao espaço asilar	48
Ruptura	50
Pausa para contextualizar a reinvenção do político	53
Cuidado – primeiro conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização	59
Autonomia – segundo conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização	61
Acessibilidade – terceiro conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização	63
Integralidade – conceito norteador da proposta da desinstitucionalização	71
CAPÍTULO 3 - Reconhecendo e explorando o caminho	77
A I Conferência Nacional de Saúde Mental	77
Sobre o desafiador SUS – a questão da descentralização	84
CAPÍTULO 4 - Uma política nascente e o Momento Germinativo (1990-1996)	93
A primeira coordenação nacional de saúde mental	94
Percorrendo estratégias para a construção da política	97
Mãos à obra	100
Conhecendo o Momento Germinativo	105
A II Conferência Nacional de Saúde Mental	113
O Momento Germinativo pós-Conferência	117
CAPÍTULO 5 - Momento de Latência (1997-1999)	127

A saúde mental na Saúde Suplementar	133
Breve produção normativa	137
CAPÍTULO 6 - Momento de Retomada (2000-2001)	140
A Lei da Reforma Psiquiátrica	147
Construindo consensos	150
A política de atenção básica e a saúde mental	151
A construção de consensos em outras vertentes temáticas	153
A NOAS	156
A III Conferência Nacional de Saúde Mental	163
CAPÍTULO 7 - Momento de Expansão (2002-2004)	175
Os Planos de Expansão, a organização da demanda e a regulação da porta de entrada	188
Do CAPSad à política de atenção a usuários de álcool e outras drogas – o novo Governo	191
Outras frentes de ação	193
A saúde mental na atenção básica	203
Algumas tendências	207
DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS. Refletindo sobre um modelo assistencial em saúde mental e uma coordenação nacional de saúde mental	212
Referências Bibliográficas, Legais e Institucionais	233
Anexos	244

Lista de Ilustrações e Anexos

Figura 1 – Bloco Dispositivo Hospitalar	107
Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos por Natureza no período 1992-1998	120
Gráfico 2 – Leitos Psiquiátricos por Gestão no período 1996-1998	121
Gráfico 3 – Leitos Psiquiátricos por Regime Público e Privado no período 1992-1998	123
Gráfico 4 – Leitos Psiquiátricos no período de 1992-1999	139
Gráfico 5 – Centros de Atenção Psicossocial por Gestão no período 1998-2003	159
Gráfico 6 – Leitos Psiquiátricos por Regime Público e Privado no período 1997-2003	178
Quadro 1 – Portarias que compõem as linhas de atuação no período 1991-1996	109
Quadro 2 – Portarias que compõem a linha de atuação dos CAPS e seus desdobramentos no período 2002-2004	185
Quadro 3 – Portarias que compõem as linhas de atuação no período 2000-2004 (Anexo C)	249
Quadro 4 – Portarias e outros documentos legais e institucionais de normatização e/ou interface com a política nacional de saúde mental no período 1990-2004 (Anexo C)	261
Quadro Descritivo 1 – Portarias e outros documentos que compõem o bloco do dispositivo hospitalar no período 1991-1996 (Anexo C)	250
Quadro Descritivo 2 – Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no período 1996-2004 (Anexo C)	253
Quadro Descritivo 3 – Portarias e outros documentos que compõem o bloco do dispositivo hospitalar no período 2000-2004 (Anexo C)	254
Quadro Descritivo 4 – Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação dos CAPS e seus desdobramentos no período 2002-2004 (Anexo C)	256
Quadro Descritivo 5 – Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação do Programa De Volta Para Casa no período 1995-2004 (Anexo C)	260

Tabela 1 – Centros de Atenção Psicossocial por Tipo de Prestador no período 1998-2003	136
Tabela 2 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares nos anos de 1998, 2004 e 2005 ..	207
Anexo A – Roteiro da ‘conversa guiada’	244
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	247
Anexo C – Ilustrações	249

Lista de Siglas

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
ASTECC – Assessoria Técnica
ATSM – Área Técnica de Saúde Mental
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNRP – Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde
CNPCCP – Conselho Nacional de Política Criminal E Penitenciária
CONSU – Conselho de Saúde Suplementar
CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CORSAM – Coordenação de Saúde Mental
DAPS – Departamento de Programas de Saúde
DATASUS – Departamento de Informação e Informática do SUS
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Equipes de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
GAPH – Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência psiquiátrica Hospitalar

GM – Gabinete do Ministro
GPAB-A – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
HD – Hospital Dia
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPC – Internação Psiquiátrica Compulsória
IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária
IPV – Internação Psiquiátrica Voluntária
IPVI – Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD – Programa de Apoio à Desospitalização
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PL – Projeto de Lei
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PPA – Plano de Pronta Ação
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SE – Secretaria Executiva
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SPS – Secretaria de Promoção da Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
US – Unidade de Serviço

Resumo

A política de saúde mental brasileira encontrou condições de possibilidade apenas a partir da inflexão do movimento da reforma psiquiátrica, quando da incorporação da proposta da desinstitucionalização da loucura. Congregavam com essa virada o momento de redemocratização no Brasil, o fortalecimento do movimento pela reforma sanitária, e a instituição do SUS na Constituição de 1988. A partir daí, pôde ser criada, no Ministério da Saúde, uma estrutura que atuaria na construção de uma política nacional de saúde mental inédita no Brasil. Este estudo adota diferentes olhares analíticos sobre a produção normativa e política dessa estrutura e o modelo assistencial que se logrou construir desde 1990 até 2004. Buscamos compreender as transformações na atenção ofertada à luz do avanço da implementação do SUS e tratando de resgatar os conceitos que orientam a proposta da reforma psiquiátrica. Numa perspectiva temporal, abordamos o período de estudo em quatro momentos específicos dessa política: momento germinativo, de latência, de retomada e de expansão. Cada um apresenta duração, estratégias e enfoques assistenciais diferenciados, que justificam sua nomeação. Também fizemos um esforço de análise transversal desses momentos no capítulo de discussão e considerações finais, onde propomos leituras sobre os resultados dessa política até 2004, sobre a atuação da estrutura de coordenação política em saúde mental e sobre o resgate de conceitos pertinentes à reforma psiquiátrica no bojo da política.

Palavras-Chave: reforma sanitária, saúde mental, SUS, política de saúde mental.

Abstract

The Brazilian mental health politics found possibility conditions only from the inflexion of movement of psychiatry reform, when had happened the incorporation of the disinstitutionalization of insanity propose. Congregating in that change the moment of redemocratization in Brazil, the strengthening of movement through health reform, and the placement of SUS in Constitution from 1988. Since then, could be created, in Health Ministry, a structure which would act for construction of a national politic of mental health for first time in Brazil. This study assumes different analytic views about the normative and politic production that structure and the assistance model which had succeeded in to construct from 1990 to 2004. We search to understand the transformations in attention offered in light of advance of SUS implantation and treating to rescue the concepts that guide the propose of psychiatry reform. In a temporal perspective, we approach the study period in four specific moments of this politic: germination moment, latency moment, retaken moment, and expansion moment. Each moment presents duration, strategies and assistance focuses differentiated, which justifying its nomination. We also made a attempt of cross-section analysis these moments in discussion chapter and final considerations, where we has propose readings about the results of that politic until 2004, about the working of structure of policy coordination in health mental, and about the concepts associated with the psychiatry reform body of policy.

Key-words: health reform; mental health; SUS; mental health policy.

Apresentação

A opção de fazer um mestrado é fruto de meu interesse com o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica desde minha inserção acadêmica de formação em psicologia e no âmbito da clínica, em minha atuação profissional. Diferentes questões foram formuladas nesse percurso, desde uma pesquisa sobre a organização e o funcionamento da rede pública de saúde mental na minha região de origem – Vitória/ES –, passando pela atuação na Unidade de Atenção Diária de um hospital psiquiátrico público estadual e numa clínica psiquiátrica, até os estudos teóricos sobre conceitos de saúde mental e sua implicação ética.

Parte do embasamento teórico e do resgate conceitual dessa dissertação contemplam o amadurecimento das indagações suscitadas no meu percurso profissional e acadêmico, quando consigo renomear os eixos de ação profissional através de conceitos-valores: cuidado, autonomia, acessibilidade e integralidade.

Por outro lado, as questões de pesquisa propriamente dita que me trouxeram ao mestrado sofreram importantes inflexões que hoje permitem que eu me situe na interseção entre o campo da saúde mental e o campo das políticas de saúde. O alinhamento com o atual movimento pela reforma psiquiátrica impele-nos a uma complexificação de nosso *setting* de ação, e o estudo das políticas públicas contribui positivamente por nos oferecer uma interface privilegiada com questões mais abrangentes como o desenho do modelo assistencial em saúde mental e a possibilidade de ações intersetoriais. E ainda, o campo da saúde mental e o das políticas de saúde se encontram no arcabouço teórico da saúde coletiva.

Uma vez feita essa passagem, outros posicionamentos pude adotar em relação aos meus próprios questionamentos. Inicialmente, perguntava-me sobre a aplicabilidade da ‘Lei da Reforma Psiquiátrica’, a Lei nº10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Perguntava-me qual a entrada desse instrumento legal especificamente no caso de internações involuntárias. Por traz disso vinha a inquietude com a constatação de que entre a aprovação e a execução há um caminho a ser percorrido, e o efeito normativo é decorrência da sustentação do movimento de construção política das normas.

Por outros caminhos tive oportunidade de conhecer um material normativo de outra ordem: portarias do Ministério da Saúde que regulamentam os serviços

públicos de saúde mental. Estes são instrumentos de menor peso institucional em relação às leis, mas, sendo formuladas pelo executivo e reatualizadas de acordo com o avanço de sua implementação, têm um maior peso político na concretude diária dos serviços.

Também estudando o processo de construção do SUS, pude perceber a historicidade da política de saúde mental, posta nas portarias ministeriais, dentro de um contexto maior, relacionado à luta por saúde e por democracia, num país cuja marca é a diversidade. Os desafios remetem ao fortalecimento de espaços de pactuação política que integrem os vários níveis de governo.

Bom, não é uma inflexão modesta: da preocupação com o indivíduo seqüestrado em nome da psiquiatria à construção de um Estado democrático e o impacto na política nacional de saúde mental. Enquanto recorte de análise, figura a pergunta: **qual a entrada dos preceitos da reforma psiquiátrica na política de saúde mental?**

Então, este estudo é a culminância da ampliação de um campo de interesse, cujo resultado é marcado pela tentativa de uma análise transversal, que se apegue menos à profundidade *per se* e à exploração *per se*, e mais à imbricação de diversos movimentos analíticos, a partir de diferentes pontos de partida e vários possíveis de chegada. Assim, algumas conduções de análise co-habitam este estudo: uma delas referente ao desenrolar normativo propriamente dito, através da sucessão de portarias e outros documentos institucionais; outra condução de análise refere-se à movimentação política que ambienta a produção normativa; outra vertente permite compreender a construção de um modelo assistencial em saúde mental. Esses olhares possíveis coexistem sempre remetendo ao contexto maior do SUS e sem esquecer de resgatar os conceitos do movimento da reforma psiquiátrica.

Algumas considerações metodológicas

Ora, a diversidade de olhares analíticos não se dá sem uma correspondência do arcabouço teórico-conceitual e das fontes de dados. Buscando respaldo nos ideais da reforma psiquiátrica, nosso objeto privilegiado foi a política de saúde mental no SUS.

Daí, algumas ‘verdades’ se apresentam. Uma delas é que a política não é necessariamente legislada e normatizada. Pensando a política enquanto ‘concepção de mundo’, os movimentos organizados que dialogam com a instância governamental fazem política. Mas também os usuários, trabalhadores, familiares e vizinhos de toda

ordem fazem política em cada esquina dos serviços de saúde mental, onde a luta por alcance de hegemonia se dá em nível micropolítico.

Mas todos esses ‘fazeres’ de política tensionam a construção de um arcabouço normativo, com o peso que apresentam as portarias, decretos, leis, etc. que são produzidas no espaço do Governo. É claro, o ‘modelo’ de relacionamento entre o Estado e a sociedade dá o tom da atuação do Governo e de quaisquer outros grupos de interesse. Então, o paradoxo da complementaridade entre o ato de normatizar e o ato que resiste às capturas estéreis ganha vida, numa espécie de nebulosa onde os movimentos são sempre incertos, mas sempre estratégicos.

Essa nebulosa é essencialmente o resultado de um processo de formulação de políticas que habita um estado de originalidade e de hibridez, nunca um estado homogêneo e linearmente condutível. Isso porque *“power and process in policy making are concepts which are more ‘intricate, intuitive and involuntary’ than they perhaps appear. But they must also be recognized for being more ordered and deliberate than is always apparent”* (Walt, 1998: 202).

Por isso, um estudo documental, por mais evidências que possa oferecer, sempre apontará para suas próprias insuficiências, posto que cada letra é apenas a culminância de um processo essencialmente histórico, cujas condições de possibilidade contam com grupos e instituições interessadas e envolvidas processualmente, interlocutores, objetivos, argumentos e propostas. Por outro lado, é nas normas e documentos que essa história aspira tornar-se fato.

Então, partindo do **objetivo geral** de analisar a política de saúde mental brasileira como uma política específica desenvolvida no contexto do SUS – buscando evidenciar pontos de convergência e de divergência entre ambas as construções e identificar a direcionalidade da política de saúde mental a partir de 1990 – é que realizamos uma **revisão dos documentos normativos** (portarias) expedidos pelo Ministério da Saúde relativos à política de saúde mental no período de 1990 a 2004. Foi feita consulta sistemática ao Diário Oficial da União, Seção I. Na eventualidade de algum documento referenciar alguma portaria da Seção II, esta foi resgatada. Ocasionalmente, conta-se com documentos distintos de portarias, como Decretos e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, entre outros.

Partimos do pressuposto de que o estudo dos documentos nos oferece subsídios para compreensão do modelo assistencial que a política de saúde mental logrou implementar nesses anos, entendendo que essas normativas têm o poder de

desenhar limites, na medida em que abrem algumas possibilidades e fecham outras, indicando um caminho a ser seguido.

Esses documentos têm sido expedidos predominantemente pelo Gabinete do Ministro ou pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, conforme seu conteúdo e implicação financeira. A maioria deles foi gestado e escrito pela Coordenação de Saúde Mental. Importa lembrar que essas estruturas, tanto a Coordenação quanto a SAS, sofreram importantes transformações lógico-estruturais no interior do MS no decorrer do período, o que tem implicação direta tanto no processo de construção de documentos quanto no tipo de conteúdo a ser trabalhado.

Também subsidiaram essa análise **documentos de outra ordem**, como diretrizes políticas, manuais, declarações, relatórios (institucionais, de conferências, de encontros, etc.), que compõem o leque de produtos empíricos da política de saúde mental. Igualmente importante foi o estudo de documentos e produções bibliográficas sobre a construção do SUS, conformando o ‘ambiente’ de análise.

O início da análise nos anos de 1990 se justifica pelo fato de, neste ano, ter sido escrita a Lei Orgânica da Saúde, que rege aspectos do SUS, complementando a regulamentação da Constituição referente ao setor saúde. Ou seja, é a partir de 1990 que se configura o cenário que nos interessa: a saúde mental inserida no SUS. Também são argumentos a nosso favor, o fato de, antes disso, as atenções nos debates do executivo e do legislativo estarem voltadas para a construção da referida lei, não conformando “*ambiente propício*” para a discussão de políticas específicas (Baptista, 2003). De fato, garimpando as portarias referentes aos anos de 1988 e 1989, não foram encontradas normativas que pudessem ser consideradas ‘embrião’ da política que é nosso objeto de estudo.

Outra fonte de subsídio para a análise apresentada nessa dissertação foram as **entrevistas** realizadas. Ora, por trás do peso normativo das portarias há histórias. O que vivifica um Estado é seu governo, e o governo é feito por homens reais que contam a história de tomadas de posição, eleições de argumentos e envolvimentos não neutros.

Foram entrevistadas cinco pessoas: duas que ocuparam a coordenação de saúde mental no período de estudo, dois técnicos que trabalham na coordenação atual, e um técnico que atravessou tal período tendo inclusive já ocupado o cargo de coordenação em outro momento. Com isso, assumimos o viés das interpretações que constam deste estudo. Ao elegermos para entrevista pessoas envolvidas diretamente com a Coordenação Nacional de Saúde Mental estamos nos aproximando de um discurso permeado por dubiedades próprias dos cargos ocupados.

Ou seja, como veremos, os entrevistados têm em comum o fato de serem militantes/simpatizantes do movimento pela reforma psiquiátrica. Assim, são pessoas que têm uma dupla tarefa. Mattos relata o mesmo desafio referindo-se aos gestores do SUS: “(...) *os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação/oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos. É compreensível que, desde esse lugar híbrido, a força da crítica e da indignação com aspectos do que existe, que subjazem nos princípios orientadores do SUS, tende a perder sua intensidade, ou sua centralidade*” (2001b: 43).

Os discursos dos entrevistados, não bastassem sofrer influência dessa inserção gestor/militante, ainda são marcados por um posicionamento dentro do movimento pela reforma psiquiátrica que não pode ser considerado unânime. Ou seja, dentro mesmo do ativismo pela reforma co-habitam distintas concepções do que seja a melhor forma de fazer frente ao paradigma psiquiátrico e assumir uma proposta de desinstitucionalização da loucura.

Não obstante, esses vieses não invalidam nossa proposta, dado que, o que está em pauta, é menos uma análise de conduções personalistas, e mais a trajetória de uma política no bojo de um sistema de saúde cujo processo de construção abre espaço para formulações políticas específicas, com objetos e objetivos diferenciados, com um corpo teórico-conceitual e ideológico próprio. Tampouco compõe nosso objetivo um traçado dos posicionamentos existentes e possíveis no interior do movimento da reforma psiquiátrica e sua maior ou menor ressonância na política de saúde mental do MS.

A entrevista foi estruturada na medida em que buscava objetivos certos, bem compreendidos. Por outro lado, o que houve de menos estruturado foram exatamente as perguntas, quando o que se pretendeu foi menos um ‘questionário semi-estruturado’, e mais uma ‘conversa guiada’. Já que foram entrevistadas pessoas com diferentes atuações espaço-temporais, importava que as conversas fossem diferentemente conduzidas em cada caso, a despeito do objetivo principal de apreender algo a respeito dos bastidores da formulação de políticas. O guia dessa conversa foi construído após uma análise documental preliminar, a fim de angariar indícios que norteassem os questionamentos.

Foram organizados cinco blocos de questões para orientar a entrevista: um referente ao ‘perfil’, tendo por objetivo conhecer o entrevistado e compreender seu alinhamento político, bem como os caminhos que criaram condições para a ocupação do cargo em questão; o bloco do ‘mecanismo’, que pressupõe formalidades e procedimentos que, independente do grau de padronização, fazem parte do ‘fazer político’; o bloco referente a ‘política’, que trata de questões mais relacionadas ao poder político; o bloco ‘contato com outros atores’, cujo nome diz por si; e o bloco relacionado a ‘percepções’, que buscava obter do entrevistado uma visão crítica a respeito de seu poder de decisão dentro do cargo. O roteiro da conversa guiada encontra-se no Anexo A, bem como o Termo de Consentimento (Anexo B). Lembramos que os nomes e as falas dos entrevistados foram suprimidos deste texto, em que pese o fato de tratar-se de pessoas públicas, com algum reconhecimento no campo das políticas de saúde mental. As supressões foram possíveis uma vez que este estudo visa não a atuação *per se* de cada entrevistado, mas sim as possibilidades, condições e estratégias de atuação, afim de compreender a construção política enquanto um processo.

A perspectiva desta análise privilegia o gestor de nível federal. Apesar do consenso da necessidade de transformar o trabalho em saúde mental em um processo cada vez mais local, mais territorializado, participativo, democrático e coerente com as construções políticas, históricas e culturais da população do território, entendemos que uma Coordenação Nacional de Saúde Mental tem um papel crucial na construção da política da área. Essa instância deve criar condições de possibilidade para implementação, em nível local, daquilo que crê ser o modelo de cuidado mais adequado à saúde mental.

Sobre a estrutura do texto

Inúmeras produções têm se voltado para a remontagem histórica e a interpretação tanto da questão do surgimento da loucura enquanto questão de saúde, ou melhor, de doença, quanto das instituições que se colocaram ou se formaram em seu entorno (a psiquiatria, o direito, o Estado etc), bem como da posição dessas instituições frente à loucura. Não nos interessa revisar essa vasta literatura, mas apenas encontrar um ponto de partida para o tratamento de nossa questão: sem *por quês*, importa achar o

*como*¹ da construção da política de saúde mental no Brasil a partir da década de 1990, para então compreender sua forma atual. Trata-se de recuperar o traçado histórico dessa construção, entendendo-a como inerentemente política. Essa é uma postura analítica que nos acompanhará nos demais capítulos.

Assim, o **capítulo 1** trata um pouco da história da psiquiatria e da saúde mental no Brasil, até a emergência do movimento da reforma psiquiátrica e seu envolvimento com a proposta da desinstitucionalização na vertente basagliana.

No **capítulo 2**, nos detivemos naquilo que consideramos o atual pensamento hegemônico no movimento pela reforma psiquiátrica, a proposta de desinstitucionalização, seus pressupostos e seu embasamento teórico-conceitual. Isso foi feito com o intento de esclarecer sobre os conceitos que nos acompanharão do capítulo 3 em diante.

O **capítulo 3** é uma espécie de introdução para os seguintes. Ele faz a ligação com o capítulo 1 e oferece um panorama do início da década de 1990 e dos documentos que embasam as transformações na saúde mental enquanto política no contexto do SUS.

Os **capítulos 4, 5, 6 e 7** correspondem à organização temporal da construção política em quatro momentos com características específicas e duração variada, identificados a partir da análise das portarias e da revisão dos demais documentos institucionais do período. São explicitados os principais elementos que norteiam a ação política em cada momento, buscando correlação com o contexto mais geral do SUS bem como com os argumentos que a princípio respaldavam o próprio movimento de reforma psiquiátrica. Além disso, em cada momento são apresentadas as ‘linhas de atuação’ materializadas. O que compõe uma linha de atuação? Um determinado dispositivo do modelo assistencial que conte com pelo menos duas portarias normatizando-o; que tenha um mecanismo de financiamento atrelado; e que tenha sustentação em movimentos organizados interlocutores da coordenação nacional de saúde mental.

O **capítulo de discussão e considerações finais** encerra essa dissertação, quando, de posse do *como* da política, explora *o quê* resultou desse processo, *o quê* se logrou construir. Além disso, buscamos fazer um balanço da atuação da coordenação

¹ Baptista (1996) apropria-se da produção teórica de Gill Walt e nos oferece a leitura da construção política enquanto um *processo* em relação ao qual devemos lançar perguntas sobre o *como* dos mesmos. A idéia, ao abrir mão do *por que*, é alcançar um processo histórico marcado pelo desenho de estratégias e interesses, bem como de condições de possibilidade no mundo da política, um mundo não dado a caminhos exatamente formais ou estruturais.

nacional de saúde mental, e da política construída, contrapondo ao que é almejado pelo movimento da reforma psiquiátrica. Certos são os riscos que se corre ao investigar um processo que se encontra em curso, e que é prenhe de possibilidades e virtualidades. Mas riscos devem ser corridos.

No Anexo C estão os quadros descritivos das linhas de atuação, onde é possível encontrar todos os documentos que fazem interface com o movimento político-normativo. Há ainda uma breve explanação sobre cada documento.

Por fim, um esclarecimento. O trabalho que se encontra nas páginas seguintes é uma das possibilidades de análise e construção de sentidos a respeito de um processo político de muitas facetas. Por isso, cumpre resgatar uma das teses apresentadas por Santos sobre o que denomina “*paradigma emergente*”, ou “*paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente*”: “*todo conhecimento é auto-conhecimento*” (Santos, 2005). Daí decorre que o ato de conhecimento e o seu produto são inseparáveis, reconhecendo no pesquisador a interferência de valores humanos, entendendo-os como parte integrante da explicação científica, importando, diante disso, a trajetória do pesquisador.

CAPÍTULO 1. Situando o ponto de partida

Desde já, apontamos que falar em políticas de saúde mental é uma possibilidade recente, uma conquista que pode ser atribuída a um processo que convencionamos chamar de reforma psiquiátrica. E, se hoje falamos em reforma psiquiátrica, é porque houve, primeiramente, um momento em que a psiquiatria se firmou enquanto instituição legítima, e num segundo momento, foi colocada sob questionamento, reavaliada, e agora, podemos abordar os produtos dessa história: críticas, negações, propostas, atos e invenções.

No Brasil, a instituição psiquiátrica chegou sob a égide da Coroa Portuguesa após o louco ter trilhado um percurso semelhante ao ocorrido na Europa, salvaguardando as especificidades espaço-temporais do Brasil: das deambulações nas ruas, dos aspectos de singularidade e da circulação diante do olhar mágico, foram transferidos, ou seqüestrados, para o espaço reservado aos ociosos e marginais, graças a um “*alargamento dos limites da norma*” (Resende, 2001).

Diante desse feito, na Europa iluminista foi possível ver o nascimento da psiquiatria ocorrer num momento de reforma². Segundo Foucault, diante do uso dos hospícios como prisão e esconderijo nos tempos da Revolução, tornou-se “*preciso denunciar a loucura para que resplandeça a inocência*” (2005: 465). As mesmas condições de possibilidade tiveram como produtos: o reconhecimento da especificidade da loucura, a consideração desta como ‘tratável’ e conseqüente busca da cura, a reforma do espaço de confinamento, e o surgimento do cuidado primeiramente sistemático e depois científico, ou em outras palavras, o nascimento da psiquiatria, do hospital psiquiátrico e da reforma psiquiátrica. Ainda no contexto europeu, com a transformação do espaço urbano e dos fluxos migratórios, e os avanços da neurobiologia, começa ser posto em questão o tratamento moral, fruto da psiquiatria pineliana, que perde espaço para uma psiquiatria ‘mais científica’, que traz a questão das taras e degenerações individuais e raciais. Vale lembrar: os mesmos argumentos que sustentam esse novo momento da psiquiatria são os mesmos que fundam a eugenia.

² Daí, Tenório afirmar que “*O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar “meios completamente diferentes”, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma*” (2002: 26-7), concordando com Amarante: “*(...) desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, se pensa e se fala em ‘reforma psiquiátrica’*” (1996: 13).

Assim, o trajeto dos loucos foi: das ruas para os asilos, e dos asilos para os espaços reformados cunhados de instituição psiquiátrica. No Brasil, a diferença apontada é que a assistência psiquiátrica teria surgido da função saneadora dos primeiros hospícios, mas sem com isso fazer-se acompanhar dos psiquiatras e da idéia de cura, sem fazer-se acompanhar do “*nascimento da psiquiatria, enquanto corpo de saber médico especializado*” (Resende, 2001: 39-40). Este é um dos argumentos utilizados por Resende para sustentar a seguinte idéia: “*Exclusão, eis aí numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje (...)*” (2001: 36). A título de informação, essa ‘assistência psiquiátrica sem psiquiatria’ utilizava-se do tratamento moral.

A emergência do capitalismo, a urbanização acelerada e o agravamento da questão da marginalidade, bem como o avanço das ciências biológicas, possibilitaram o requerimento de uma psiquiatria não amadora, da recuperação dos excluídos e da legitimação do funcionamento do maquinário psiquiátrico. Resende afirma que, enquanto é possível estabelecer a entrada da psiquiatria científica com a Proclamação da República e a entrada dos médicos no controle das instituições de assistência, por outro lado, Lopes Rodrigues, segundo Resende, não concorda com esse marco devido ao fato de, nesse momento, a assistência psiquiátrica se dar nos moldes da “*decadente psiquiatria francesa*”, nas mãos de Teixeira Brandão³. Resende, por sua vez, atribui a pouca cientificidade da gestão de Teixeira Brandão não à teoria empregada, mas às suas “*decisões frouxas*” que mantiveram a entrada, no hospício, de “*marginalizados sociais de todos os matizes e categorias*”.

Em 1903⁴, a direção da Assistência aos Alienados passou para Juliano Moreira, seguidor de uma vertente mais biologicista da tradição psiquiátrica alemã, que, junto com Oswaldo Cruz na direção da Saúde Pública, se empenhou num processo de saneamento da cidade. Num atuar ‘mais científico’, o resultado de uma maioria de internos estrangeiros era respondido com argumentos heredobiológicos. Essa atuação é descrita por Resende como sendo, “*sem dúvida, uma das primeiras práticas preventivas conhecidas entre nós*” (2001: 46).

³ É com a Proclamação da República, 1889, que a assistência psiquiátrica é desvinculada da Santa Casa e passa ao cargo da administração pública, que cria, em 1890, a Assistência Médico Legal aos Alienados, da qual Teixeira Brandão é o primeiro diretor (Amarante, 1994).

⁴ Nesse ano a psiquiatria brasileira ganha legitimação jurídico-política através da lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903 (Pereira, 2004).

Nessa época, houve uma efervescência das atividades científicas com a sociedade de psiquiatria, neurologia e ciências afins, e a Liga de Higiene Mental⁵.

A idéia de trabalho como meio e fim do tratamento impulsiona a utilização da praxiterapia e da construção de colônias agrícolas para doentes mentais por todo o país. Esse era um momento em que, além de evocar os limites entre normal e anormal, o trabalho se apresenta como critério de definição do conceito de cidadania. Para Tenório (2002), trata-se da construção de um modelo de reforma orientado pela crítica à insuficiência do asilo. Como já foi posto, alguns autores desenvolvem a idéia de que ‘psiquiatria’ e ‘reforma’ sempre andaram juntas.

Em São Paulo, Franco da Rocha promove o que foi chamado de assistência heterofamiliar. Tratava-se da proposta de, após transformar os internos em “*cidadãos úteis*” pela via do trabalho, devolver estes ex-internos à comunidade mediante adoção por famílias de agricultores da redondeza. Essas famílias receberiam remuneração do Estado, e a prestação de serviço do ex-interno. O problema estava em que, à realidade externa já não correspondia o modelo de sociedade rural que embasava a proposta.

Assim, “*malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores (mesmo porque esta demanda talvez jamais tenha sido feita pela sociedade)*”, restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado, no país, desde sua criação; a de excluir o doente (...)” (Resende, 2001: 52 – grifos nossos).

Um fator importante colaborava com essa função do hospital psiquiátrico mantida a despeito de sua passagem de uma fase empírica para uma dita fase científica, qual seja, sua localização. Situados distantes e isolados, os hospícios-colônias não tinham a possibilidade de selecionar e excluir a clientela que recebiam à sua porta.

⁵ A Liga é criada em 1923, por Gustavo Riedel, e tem “*características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas*” (Amarante, 1994: 78), inaugurando uma tentativa de intervir no espaço social. Para Costa, faltou à liga uma referência cultural, pois “*eles se acreditaram convocados a cumprir uma tarefa de cientistas, quando eram chamados a se exprimir politicamente*” (1989: 62), e assim, extrapolaram explicações preconceituosas de um dado momento histórico – como o fato de a sífilis ser coisa de negros por ser mais generalizada entre eles – dotando-as de uma justificativa enganosamente científica.

⁶ Note-se que o autor se refere a demandas da sociedade, e não daqueles aos quais o serviço era prestado. Desde esta perspectiva da produção de demandas – ou seja a perspectiva da sociedade – o que se constituía era a lógica manicomial de desautorização do louco. Essa idéia será melhor desenvolvida adiante. Por ora importa reter a idéia de que ao louco não atribuía-se a construção, menos ainda a elaboração, de demanda por assistência.

Continuavam sendo acolhidas todas as pessoas que passavam por qualquer tipo de situação marginal. Da mesma forma, mantinham-se o descaso médico e os maus tratos típicos do tratamento moral.

Na década de 1930, Ulysses Pernambucano trouxe a proposta de uma organização assistencial abrangente, que não vingou. A assistência psiquiátrica mantinha-se exclusivamente asilar exceto pela experiência desenvolvida no ambulatório do Engenho de Dentro, “*criado sob inspiração da Liga Brasileira de Higiene Mental, por Gustavo Riedel, e que se propunha não só a acompanhar o egresso mas também a disseminar aconselhamento genético a título de prevenção de distúrbios mentais (...)*” (Resende, 2001: 54). Sob os auspícios de uma psiquiatria organicista, neste momento nota-se a influência da Psiquiatria Eugênica Alemã (Costa, 1989). “*Os métodos aí utilizados para “aliviar” aqueles que por azar da vida perturbavam os outros e a sociedade – que eram “perigosos” para si e para outrem - não passavam de experimentos com humanos de purificação da raça, uma verdadeira seleção das naturezas*” (Braga Campos, 2000: 30).

Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), tendo Adauto Botelho como diretor, é só na década de 1940 que surgem os primeiros ambulatórios psiquiátricos oficiais, que até a década de 1960 eram em número insignificante.

A entrada do Estado na questão das políticas sociais, sob um viés trabalhista, se dá na década de 1930, com a incorporação e organização dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) (Aureliano e Draibe, 1989), mas ainda se passarão cerca de vinte anos até a psiquiatria ser incluída entre as especialidades da previdência (Resende, 2001; Aureliano e Draibe, 1989). O atraso dessa entrada da psiquiatria é atribuído ao seu descrédito junto à população, e a reversão desse quadro ocorre numa década em que as drogas anti-psicóticas, as eletroconvulsoterapias e as psicocirurgias começam a circular no mercado e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda investimentos na área – a década de 1950 vive uma inflexão, com o fortalecimento do discurso organicista contemporaneamente ao cenário de reformas em diversos países.

Assim, na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), o pós-guerra gera uma grande demanda para os saberes ‘psis’, imbuindo-os de fornecer soluções para o grande número de desadaptados produzidos no período. Isso possibilitou a construção de várias experiências de reforma psiquiátrica, cada qual com singulares contribuições: a Psicoterapia Institucional (anos 1940) e a Psiquiatria de Setor (anos 1960), na França; a Comunidade Terapêutica (anos 1950) e a Antipsiquiatria (anos 1960) na Inglaterra; a

Psiquiatria Comunitária dos EUA (anos 1950) e a Psiquiatria Democrática Italiana (anos 1970).

Tenório declara que duas delas teriam tido maior influência sobre a psiquiatria brasileira em algum momento, afirmando sua posterior superação. Trata-se, em primeiro lugar, das comunidades terapêuticas, que na década de 1960 trazem uma reação ao aparato asilar que busca construir um modelo discursivo e organizacional a partir da psicanálise. Mas a referência que teve maior repercussão, segundo Braga Campos (2000), foi a dos EUA “*vitoriosos e ricos da II Guerra*”, da psiquiatria comunitária e preventiva, que traz o objeto saúde mental e a proposta de intervenção na comunidade. A mesma autora lembra que a forte influência do modelo norte-americano teve – e ainda tem – a contribuição da Organização das Nações Unidas (ONU), da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) “*via internacionalização do sanitarismo*”.

É importante recordar que esse movimento de entrada da influência norte-americana não é uma particularidade da saúde mental. Na década de 1940, nos EUA é proposto um sistema nacional de saúde com uma conseqüente transformação do ensino médico, com ênfase na prevenção. Referindo Leavell e Clark, Paim e Almeida Filho explicam que “*o conceito de saúde é então representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica*” (2000: 39-40). Mas é na década de 1950 que essas idéias da Medicina Preventiva são internacionalizadas⁷, sob patrocínio da OPAS, em vários congressos: Seminário de Viña del Mar (Chile, 1955), Seminário de Tehuacan (México, 1956) e na Europa. Nessa época a OMS traz a definição de serviços básicos de saúde, e em 1963, com a influência da Saúde Comunitária, inclui a idéia de participação da população (Paim e Almeida Filho, 2000). Segundo esses autores, a Saúde Comunitária, também originada nos EUA, desenvolveu-se a partir da adoção do foco nos setores sociais minoritários, resultado da entrada de um olhar das “*ciências da conduta*” (sociologia, antropologia e psicologia) nos trabalhos preventivos e de cuidados básicos que eram desenvolvidos em centros comunitários responsáveis por uma população-referência.

⁷ Não esquecendo que a influência norte-americana na saúde pública, no Brasil, está presente desde a década de 1930, mantendo, desde então, a ‘porta aberta’ para a difusão de idéias. Para essa discussão, ver Hochman e Fonseca (1999).

No Brasil do pós-64 um novo quadro se configura quando torna-se notória a ideologia privatista⁸ da assistência em saúde no país, que, utilizando razões de ordem econômica, e no caso específico da saúde mental, argumentando a precariedade dos hospitais psiquiátricos da rede pública, e tendo a incipiente rede ambulatorial funcionando como malha de captação, dá início a uma onda de contratação de leitos privados que terá como resultado o que ficou conhecido como a “*indústria da loucura*”, e o início da psiquiatria de massa (Amarante, 1998; Resende, 2001).

Esse movimento, no entanto, não ficou isento de resistências: “*de um lado, intensificaram-se as denúncias contra o favorecimento do que passou a ser conhecido como a indústria da loucura, partidas de amplos setores de representantes da área da saúde mental no país. Cobravam, em suma, mais eficiência do sistema, que condenavam como dispendioso e cronificador*” (Resende, 2001: 62). O quadro da assistência à saúde, incluindo a assistência psiquiátrica era: Ministério da Saúde (MS), com macro-hospitais destinados à população em desvantagem social, e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) atendendo os previdenciários, através da compra de serviços da rede privada – além de redes de atendimento municipais e estaduais. Ambos os subsistemas tinham características asilares e iatrogências.

É nesse clima que entram as idéias norte-americanas de reorganização da saúde pública e da psiquiatria equilibrando custo-benefício. Tratava-se de expandir os serviços intermediários como etapa para eliminar os hospitais asilares.

Para Resende, algum empenho em promover um sistema curativo passa a ser esboçado e demonstrado na forma de propostas e ações, partidas do MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e INPS a partir da década de 1970, marcando uma nova fase, durante a qual “*em todas as propostas que viriam a seguir se mencionasse explicitamente o objetivo, entre outros, de manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho*” (2001: 64). Ainda foi um período de controle e diminuição da duração das internações, da quantidade de encaminhamentos e de internações, e de algumas iniciativas de interiorização da saúde e do cuidado psiquiátrico. “*Também o Ministério da Saúde incorpora como seu o discurso de seus*

⁸ Essa ideologia privatista, que ganha força com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, nascida no seio de concepções de desenvolvimento racionalizadoras baseadas no controle de mercado, onde a saúde da população torna-se “*fator de produtividade e os recursos de saúde podem ser tratados do ponto de vista dos modelos de custo-benefício*” (Rivera, 1989), estenderá seus efeitos por toda a década de 1970 e 1980, conformando, entre seus vários efeitos, a propalada crise da previdência.

críticos e, através de um documento elaborado em conjunto com os ministros da saúde dos demais países latino-americanos em Santiago do Chile, em 1972, lança os princípios básicos que se pretendia deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país; em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando “a pronta reintegração social do indivíduo”” (Resende, 2001: 65).

As ações da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)⁹ do MS e do INPS são consonantes com as recomendações ministeriais, tendo este segundo órgão publicado em 1973 um Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica. “(...) *Em 03.01.1972, em convênio assinado pelo governo brasileiro (...) e a Organização Panamericana de Saúde (...), foi firmado o acordo para a execução do Programa de Saúde Mental no Brasil, dentro dos fundamentos da psiquiatria social*” (Vaissman, 1983: 48). De fato, a condenação dos asilos ganhava espaço nos órgãos do Governo.

No entanto, em 1974 são colhidos os frutos do ‘milagre econômico, e entre eles está a queda do nível de saúde da população e a perda de legitimidade do Governo. Assim, os anos Geisel¹⁰ assistem a um amplo investimento na área social, na perspectiva de uma retro-alimentação positiva em relação aos investimentos econômicos. Mas assistia também à diminuição do poder aquisitivo e deslocamento de capital para a esfera financeira, com esvaziamento da esfera produtiva. A mercantilização da medicina e a velha dicotomia entre atendimento médico-assistencial individualizado através do MPAS, e as ações de saúde pública, voltadas para o coletivo, do Ministério da Saúde, são patentes¹¹.

A urgente necessidade de intensificar e ampliar a cobertura e o acesso à assistência médica, que levou à criação do Plano de Pronta Ação (PPA) em 1974, revela um momento em que a assistência psiquiátrica passa longe das prioridades das políticas oficiais. Para Resende (2001), isso marca o fim do período de empenho curativo, com a

⁹ Em 1970 o antigo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) passa a denominar-se DINSAM.

¹⁰ É interessante lembrar que Geisel se colocava entre os “*democratas militares*”, ou seja, entre aqueles que buscavam uma “*democracia tutelada*”. Parte do plano democrático estava na proposta de investir na área social. Ver Baptista (1996).

¹¹ Em que pese o fato de o MS também prestar assistência, bem como o MPAS lançar uma perspectiva preventivista, era uma organização predominantemente dicotômica que caracterizava o modelo de assistência no Brasil, o que gerava tanto duplicidade de ações, quanto vazios assistenciais, dada a desarticulação entre MS e MPAS (Aureliano e Draibe, 1989).

assistência psiquiátrica reassumindo o papel de recolher e excluir as figuras da marginalidade. Noutra perspectiva, Vaissman (1983), discorre sobre uma série de documentos normativos emitidos na década de 1970, claramente filiados à vertente da psiquiatria comunitária, que “*sequer foram implantadas*”. Ou seja, para esta autora, o “*empenho curativo*” não passou do papel¹².

Se Resende adota uma interpretação pessimista, não é outro o cenário no Brasil senão este: à sua falta de legitimidade junto à população, o Governo responde com projetos de cunho social tão ‘faraônicos’ quanto o movimento repressor. Setores populares, por seu turno, vociferam o desejo de redemocratização e transformação das condições de cidadania. Nesse ambiente, a despeito da saída da assistência psiquiátrica da agenda prioritária do Governo, as demandas por reforma, que já vinham sendo timidamente elaboradas, ganham a voz de um grupo cada vez maior de personagens.

Representantes de diversos segmentos da sociedade, articulados em torno da crítica ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e às limitações do modelo preventivista, conformam mais nitidamente o movimento pela reforma sanitária. Em 1976 é criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que, inspirado num pensamento médico-social, age como uma espécie de aglutinador de estudantes e profissionais em torno da construção de um projeto político para a saúde, que se colocava como participante e assessor em todo e qualquer espaço de saúde dentro do qual lograsse ter entrada. É nessa época também que alguns dos militantes do movimento pela reforma sanitária começam a ganhar espaço na arena política, bem como em instituições de Governo.

Em 1978 entra em cena o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental¹³ (MTSM), que surge com uma série de denúncias feitas por jovens psiquiatras sobre a situação de abandono e maltrato e más condições de trabalho dentro de um hospital público no Rio de Janeiro. Após uma série de demissões, uma marcante greve do setor assinalou sua entrada na arena política, sendo logo acompanhado de outros grupos que

¹² Inclusive, a autora utiliza esta análise para argumentar contra a tese da ambulatorização e o risco de psiquiatrização do social surgidas em torno da psiquiatria comunitária. A favor deste argumento, Vaissman mostra dados que comprovam que a rede ambulatorial cresceu muito pouco no período analisado, os anos de 1970. Ver Vaissman (1983).

¹³ A trajetória política do MTSM é larga e profundamente discutida por Amarante, que identifica o objetivo do grupo como “*constituir-se em espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade*” (1998: 52).

erguiam a bandeira da redemocratização do país e da transformação da saúde como via de transformação do Estado. Convencionou-se tomar este como o marco do atual¹⁴ movimento de reforma psiquiátrica brasileira, que sofre influência maior não do modelo das comunidades terapêuticas nem da psiquiatria comunitária, mas da psiquiatria democrática italiana.

“Por iniciativa do MTSM, foram organizadas Comissões de Saúde Mental em Núcleos Estaduais do CEBES (SP, BA, MG e RJ) e em sindicatos do setor saúde, que passaram a funcionar como uma espécie de articulação nacional para o primeiro grande encontro de trabalhadores da área, que teve lugar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, em outubro de 78” (Amarante, 1997: 164). Neste Congresso foram levantadas as questões da mercantilização da loucura, da situação asilar e do abandono dos hospitais públicos. Em seguida, São Paulo sediou, em janeiro de 1979, o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que teve um caráter claramente político, de convocação da sociedade civil nas tomadas de decisão das políticas públicas.

A partir desse encontro, o movimento pela reforma psiquiátrica obteve uma conquista que teria importantes repercussões: deixou de ser assunto apenas dos profissionais da área e ganhou espaço nos temas de debates populares. Essa conquista se deve, em parte, à grande divulgação das denúncias e propostas do movimento na mídia. Era uma preocupação estratégica do MTSM convocar o envolvimento da sociedade, sendo o primeiro movimento em saúde com participação popular, segundo Amarante (1998). Acredito que essa seja a mais importante característica do grupo, relevante em termos de legitimação do movimento e amadurecimento do papel dos profissionais de saúde, no sentido de adotar uma postura menos de posse do saber-poder e mais de possibilidade dialógica.

Nesse contexto, o movimento sanitário irrompe a década de 1980 criticando a dicotomia das ações estatais, a predominância na compra de serviços privados, o peso da modalidade hospitalar, e a corrupção normatizada pelo pagamento por Unidade de

¹⁴ Tenho insistido em chamar ‘atual movimento de reforma’ com a intenção de marcá-lo enquanto processo em andamento; e em andamento não só por não ter atingido uma imagem objetivo, mas por coerência com o próprio embasamento teórico-filosófico deste movimento que supõe que a desinstitucionalização, mais que desconstrução, é um processo de reinvenção cotidiana, tomando a fuga do instituído como postura de vida, sempre alerta, sempre instituinte. Também por isso, acredito ser coerente e desejável não confundir o movimento de reforma psiquiátrica com a atual política de saúde mental.

Serviço (US)¹⁵ (Escorel, 1998). Aureliano e Draibe (1989) e Noronha e Levcovitz (1994) acrescentam outras críticas: centralização das decisões e execuções no nível federal; fragilidade do financiamento; fragmentação na rede de atendimento; privatização da execução dos serviços; deterioração do setor público; rede de equipamentos desarticulada dos aspectos demográficos e epidemiológicos; segmentação e diferenciação do acesso por classes; fragilidade no planejamento, gestão e avaliação; ineficiência quanto às necessidades nosológicas, acesso, qualidade e quantidade dos serviços; atuação sem hierarquia, regionalização, mecanismos de referência e integração; e hospitalocentrismo.

Especificamente, o movimento pela reforma psiquiátrica buscava “1. a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante e, 2. a implantação de alternativas extra-hospitalares que, neste contexto, significavam a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional” (Amarante, 1997: 167).

A literatura cita vários exemplos de empreendimentos em torno da melhoria dos hospitais, da humanização do atendimento e de tentativas de desospitalização por todo o país, tomando a reforma como um processo de “*hierarquização dos serviços de atenção psiquiátrica, onde o hospital será a última instância a ser empregada*”: “(...) o conjunto de orientações de ordem técnica comportava nítida influência da psiquiatria preventivo/comunitária, onde o fio condutor do modelo proposto era a desinstitucionalização em sua versão norte-americana, isto é, entendida fundamentalmente enquanto medidas de desospitalização” (Amarante, 1997: 168).

No início dos anos 1980, um convênio estabelecido entre MPAS e MS, conhecido como Co-gestão, coloca em pauta o planejamento e a avaliação dos hospitais do MS: “em junho deste mesmo ano, as unidades da DINSAM são transformadas em unidades gestoras, podendo, assim, praticar atos autônomos de gestão orçamentária e financeira, programando seu próprio planejamento técnico e administrativo” (Amarante, 1998: 62).

É orientada a utilização total da capacidade instalada pública, com vistas a um atendimento universalizado, diminuindo ao máximo a transferência de recursos

¹⁵Remuneração por procedimentos isolados, por unidade de serviço realizado por cada profissional. Trata-se de uma interpretação atomizada do ato em saúde que possibilitava algumas manobras corruptas, desde a declaração de Unidade de Serviço não realizada até a opção por Unidade de Serviço menos adequada em termos de custo/benefício para o paciente. Além disso, não permitia uma previsibilidade dos gastos (Levcovitz e Pereira, 1993).

públicos para o setor privado. Por outro lado, pôs-se a necessidade de aumento da capacidade de atendimento desses hospitais, levando ao “*aparente paradoxo, de asilos liderando uma verdadeira campanha antiasilar*”, que assim se explica: “*o investimento no setor público (...) mostrava-se assim como estratégia recomendável – mesmo que provisória – para se tentar uma mudança de tendência do modelo hospitalar-custodial*” (Delgado, 2001: 177-8).

Em 1981, com o agravamento da crise da Previdência, é criado um Conselho Consultivo que elabora o plano CONASP, que se embasa nas experiências da co-gestão e em outras experiências locais pelo país, “*centradas nos princípios de integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde*” (Amarante, 1998: 65). O plano CONASP, em sua versão geral e inclusive no que tange à assistência psiquiátrica, adota diretrizes alinhadas com as postulações da OPAS/OMS, de faceta claramente americano-preventivista: descentralização executiva e financeira, regionalização e hierarquização dos serviços, e fortalecimento da intervenção do Estado.

Tenório explica que a psiquiatria preventiva, mantendo o aspecto eugenista que dispõe sobre fatores de resistência ou vulnerabilidade do indivíduo, buscava detectar precocemente as situações críticas, resolvendo-as sem internação, e organizar o espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental. Surgem as noções de prevenção primária, secundária e terciária, e de promoção da saúde mental. Afirma, então, que “*apesar da aceitação inicial dessas teses no Brasil, os riscos de psiquiatrização do social foram logo apontados, entre outros e principalmente, por Joel Birman e Jurandir Freire Costa*” (2002: 30), sinalizando a superação do paradigma preventivista.

No entanto, para Braga Campos (2000), a proposta apresentada pelo CONASP seguiu, sim, os referenciais da Atenção Primária à Saúde¹⁶, e destaca que, entre os princípios para a saúde mental, foram definidos a inserção do olhar assistencial

¹⁶ A Assembléia Mundial da Saúde, em 1977, que estabelece a meta *Saúde Para Todos no Ano 2000* e a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que agrega elementos da saúde comunitária e incorpora um modelo distritalizado com base em níveis hierárquicos como meio de expansão da atenção primária à saúde, são promovidas por organismos internacionais e ganham importantes releituras no Brasil: num primeiro momento, se adequando à expansão de cobertura, faz-se uma releitura reducionista de atenção primária seletiva, posteriormente, resignificada no âmbito do movimento pela reforma sanitária, o conceito passa por uma ampliação, sendo entendido como atenção resolutive de nível primário – a idéia de ‘nível’ e de ‘resolutividade’ dá o tom da diferença. Entre a associação desta meta com o preventivismo e as concepções de promoção da saúde, o conceito de atenção primária ainda hoje suscita muitos debates e diferentes entendimentos e formas de operacionalização.

sobre o contexto do paciente com fins de reconhecer os episódios determinantes no ciclo natural de saúde/doença.

Ilustração disso é o documento intitulado *Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República*, elaborado em julho de 1985, pela DINSAM. Em seu texto, declara uma “*evidente correlação entre as condições gerais de vida e as formas de existência de doenças mentais em diferentes populações, sobretudo no que diz respeito a algumas dessas enfermidades*” (Brasil/MS/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1988: 33), e apela para a entrada da saúde mental como prioridade. É relatado o diagnóstico de alta taxa de ocupação de leitos, grande média de permanência, desigual distribuição de leitos, alto número de afastamentos temporários do trabalho por transtornos neuróticos, e as estimativas da OPAS quanto à prevalência e incidência de transtornos mentais. Busca uma reversão do caráter asilar e cronificador, e do privilegiamento do setor privado, que, segundo o documento, representariam um modelo que “*choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas*”. Frente a tal quadro, caberia aos profissionais de saúde mental “*uma função bem mais modesta, porém importante e com uma dupla dimensão*”:

“A) À totalidade da população

- *compete-nos a comunicação de conhecimento sobre quais e como os fatores ambientais, sociais, familiares, individuais e genéticos podem atuar no sentido do favorecimento à saúde mental ou, inversamente, ao adoecimento mental. O risco de sermos mentores de normas de vida diminui na medida em que a socialização destes conhecimentos é feita de forma democrática, participativa e dialética, em que se pode ensinar e aprender com o povo.*

(...)

B) Ao campo restrito à faixa da população doente ou com alto risco de adoecimento

- *compete-nos dimensionar a constatação da existência real das doenças mentais, na necessidade de precisar seus critérios de definição, no entendimento dos mecanismos de sua produção e de sua reversão e na avaliação de graus de risco a que faixas da população estão expostas.*

Esta dimensão da ação em saúde mental tem como finalidade curar ou prevenir doenças. Ela se define, por seus objetivos, como essencialmente médica.” (Brasil/MS/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1988: 38-9).

Braga Campos (2000) e Amarante (1998) notam que os atores que agora implementavam uma política de saúde mental com base nas diretrizes do Plano

CONASP, são os mesmos que há um tempo trilhavam a crítica à psicologização do social numa proposta mais democrática de reforma. Amarante inclusive afirma claramente: “o MTSM dá as mãos ao Estado e caminha num percurso quase inconfundível, no qual, algumas vezes, é difícil distinguir quem é quem” (1998: 67). Aponta que, até aqui, o MTSM trilhou uma trajetória de entrada no aparelho público, que “acaba por assumir um papel que se pode definir como não mais que modernizante, ou tecnicista, ou ainda reformista, no sentido de operar reformas sem objetivar mudanças estruturais” (1998: 67). Conflitos dentro do movimento surgem, bem como a necessidade de diferenciar o que é a política do Governo e o que é o movimento da reforma psiquiátrica.

Não restritos à área da saúde mental, os conflitos também se intensificam no movimento pela reforma sanitária. Mantinham-se divergências entre os “reformistas da previdência” e os “reformistas da saúde”¹⁷, e, mesmo dentro do MS, haviam visões internas conflitantes¹⁸. Isso convergia para a dificuldade de um consenso sobre as ações a serem adotadas para uma reforma no setor. Além disso, o movimento se perguntava, quanto ao seu papel propositor, qual seria o custo de sua entrada no aparelho estatal. O fato é que a entrada da Nova República, em 1984, cria condições para a exposição e acentuação desses conflitos.

Com a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em junho de 1987¹⁹, fica claro que as resistências ao MTSM, antes vocalizadas quase unicamente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), encontravam-se ativas. “Ocorria que a orientação político-ideológica da direção da Divisão Nacional de Saúde Mental diferia substancialmente da orientação do MTSM, que havia proposto, na 8ª, a realização da Conferência da Saúde Mental” (Amarante, 1998: 78). Ademais, com a organização nas mãos do MS, não fosse pela intervenção do MTSM, a I CNSM teria sido um “evento de

¹⁷ Denominação adotada por Baptista (1996) para identificar os diferentes grupos de reformistas no debate setorial da saúde.

¹⁸ Essas divergências e divisões nos impedem de entender o movimento sanitário como um bloco único, sendo mais adequado falar em “grupos de movimento pela reforma”. Ver Baptista (1996), Cordeiro (1991), Costa (1998) e Escorel (1998).

¹⁹ Em 1986 havia acontecido a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que foi marco de elaboração de propostas do movimento pela reforma sanitária e de embasamento para as discussões da e para a Constituinte, contando com ampla participação da sociedade. Também destacou-se a importância da realização de conferências específicas. Assim, apesar de a I CNSM poder ser entendida como desdobramento de vários fatores que compunham aquele momento político, sem dúvida a VIII CNS foi a alavanca principal para sua realização.

caráter congressual e não democrático e participativo, retrocedendo em relação à tradição iniciada com a 8ª Conferência” (Amarante, 1997: 169).

O ‘encontro’ com essas resistências cria ambiente para que o Movimento conduza críticas a sua atuação em seu próprio interior. Inicia-se uma nova trajetória, marcada pela noção de desinstitucionalização na tradição basagliana: *“uma ruptura ocorrida no processo da reforma psiquiátrica brasileira, que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa. Isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”* (Amarante, 1998: 75-6). Estabelece-se, também, um retorno à aproximação do movimento com entidades de usuários e familiares, numa espécie de retorno às origens. Ainda em dezembro de 1987, ocorre em Bauru o II Congresso Nacional do MTSM, que abraça o lema *por uma sociedade sem manicômios*.

Essa importante inflexão do movimento – trazendo à tona a negação do manicômio com todos os seus pressupostos, impondo a urgência de re-des-cobrir a condição de cidadania do louco, e amadurecendo teoricamente o questionamento do paradigma psiquiátrico – cria um ambiente que terá frutos importantes.

Cabe aqui fazer uma breve síntese: fica aparente que a influência do modelo de reforma psiquiátrica norte-americana foi forte e determinante na condução política da assistência psiquiátrica brasileira, tendo inclusive norteadado, sutilmente, o movimento pela reforma neste país. É no momento de revisão do trabalho do movimento dentro do aparelho estatal que se dá essa virada teórico-político-ideológica: instaura-se a hegemonia do pensamento basagliano de proposta de desinstitucionalização da loucura e negação do manicômio. A partir dessa virada, é possível afirmar que a influência da reforma psiquiátrica italiana alcançou a posição de pensamento hegemônico dentro do movimento pela reforma psiquiátrica, mas coloca-se em dúvida sua influência na condução das políticas oficiais de saúde mental no Brasil. Isso porque é possível assistir, no decorrer da década de 1990, normatizações às vezes tímidas em relação à ousadia do pensamento basagliano, seja por dificuldade de sustentabilidade política, seja pelos constringimentos econômicos, seja pelas resistências à transformação dessa política que ainda hoje se mantêm vigorosas. Essa foi uma hipótese de trabalho investigada nesse estudo.

Por outro lado, Tenório marca a superação do modelo norte-americano, alegando a transformação do sentido dos termos saúde mental e ação comunitária com a

incorporação de valores e sentidos advindos da desinstitucionalização na versão italiana – “*Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território*” (2002: 32).

No fôlego da transformação efetuada no interior da I CNSM e do II Congresso Nacional do MTSM, ainda em 1987, é criado, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, que buscava funcionar como aparato alternativo intermediário, entre o hospital e a comunidade.

Numa versão mais radical, em 1989 Santos situa uma intervenção municipal com conseqüente fechamento de uma clínica privada e a implantação de uma rede de atenção territorial, de caráter substitutivo ao hospital e composto de uma estrutura complexa, capaz de responder a qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológica e de caráter social, tendo a clínica como apenas mais uma dimensão.

Seguindo o período inovador, no mesmo ano é apresentado o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que dispunha “*sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória*” (Delgado, 1989)²⁰.

Propomos uma síntese tópica do que foi até aqui abordado, sugerindo um arbitrário corte temporal a fim de ressaltar, neste traçado histórico, o caráter breve das transformações da assistência psiquiátrica no Brasil.

Panorama até a década de 1950:

- A psiquiatria brasileira mostra função majoritariamente de exclusão;
- A assistência psiquiátrica e o hospital psiquiátrico podem ser confundidos ou considerados sinônimos, visto ser este último o único componente do modelo assistencial;
- Enquanto dispositivo assistencial, o hospital psiquiátrico, longe de ser considerado uma modalidade especializada, mostra-se um artefato um tanto quanto primitivo, dado não só sua distância de um funcionamento terapêutico, como também sua administração e seu aspecto organizacional, frouxo e pouco, ou nada, criterioso, exceto pela rígida posição hierárquica da figura médica;

²⁰ Amarante (1997) ressalta a não contemplação, no projeto, dos seguintes pontos: a extinção da relação entre doença mental e periculosidade, a extinção da figura jurídico-insitucional do hospital psiquiátrico, e a restrição à responsabilidade exclusiva do médico sobre o laudo em caso de internação compulsória.

- Seu entendimento enquanto assistência psiquiátrica não pode ser transcrito como assistência ao portador de transtorno mental, e nem mesmo ao alienado, como se usava referir;

- Os movimentos reformadores da psiquiatria que já vinham ocorrendo pelo mundo não encontraram meio de propagação no Brasil.

Aqui resgato a afirmação de Resende: “*a referida caótica condição dos hospitais públicos era consequência direta do papel que a sociedade atribuía à psiquiatria (...)*” (Resende, 2001: 58). A essa alusão à função de exclusão da psiquiatria, contraponho outra afirmação, desta vez de Benilton Bezerra Junior, que diz da “*evidência de que o hospital psiquiátrico não é a resposta ideal às demandas coletivas de tratamento*”, e argumenta que “*a maioria absoluta dos quadros clínicos que se apresentam às portas dos serviços de saúde mental prescindem de internação*” (2001: 136-7).

Essas declarações trazem à tona algo que será retomado no decorrer desse trabalho, mas que deve ser apontado como processo histórico. As “*demandas coletivas de tratamento*” são construções sociais bastante recentes, como veremos adiante. Antes disso, o hospital psiquiátrico respondia sim, e de forma satisfatória, àquilo que lhe era demandado, e de quem lhe era demandado, sem qualquer processo de seleção. Portanto, é compreensível que, diante de uma demanda nova, dessa vez não por hospital psiquiátrico, mas por assistência e atenção psiquiátrica, e mais adiante por atenção em saúde mental, as respostas oferecidas encontrem certo grau de ‘experimentalismo’, baseado em tentativas, erros e acertos. Algumas dessas experiências tiveram sucessos tais que se tornaram referência, como o CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira e os NAPS de Santos, além de tantos outros sucessos anônimos que compreendem a passagem da atenção psiquiátrica para a atenção em saúde mental.

Panorama a partir da década de 1950:

- A psiquiatria brasileira volta-se para a produção seja de cura, seja de melhores formas de andar a vida, mas o fato é que deixa de ter a função predominante de exclusão, e busca oferecer assistência;

- A assistência psiquiátrica é acrescida de outros aparatos diferentes do hospital. Ainda não é possível falar em modelo assistencial hegemônico, mas de experiências que visam destruir o manicômio. As crises do setor, o movimento pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica e essas experiências criam condições para que se comece a refletir sobre modalidades assistenciais em seus vários aspectos –

formas de tratamento, concepções terapêuticas, recursos técnicos e humanos, organização dos serviços etc.;

- Pode-se falar agora de assistência ao portador de transtorno mental, e torna-se possível pensar em demanda, seja ela coletiva, seja ela individual;

- O Brasil recebe influência de outros movimentos reformadores vindos de outros países, mas aqui, movimento e implementação de políticas ganham aspectos singulares.

CAPÍTULO 2. Início da viagem – Arrumando as malas

Conforme já exposto, a psiquiatria tem, desde seu nascimento, um caráter de reforma. Antes de proferir considerações sobre tal posição, convém esclarecer a confusão que se constrói em torno do termo ‘reforma’.

Uma rápida pesquisa pelo dicionário (Ferreira, 2004) nos permite extrair significados diversos e eventualmente excludentes para ‘reforma’, ‘reformismo’ e ‘reestruturação’, termos que costumam acompanhar o adjetivo ‘psiquiátrica’. As várias combinações terminológicas possíveis permitem também diversas interpretações. Bezerra Junior (1992), por exemplo, declara que as reformas psiquiátricas não têm operado mudanças no papel social da psiquiatria, aludindo ao não questionamento de suas estruturas de fundamento. Barreto (2005) apresenta uma reflexão acerca do termo reforma, e aponta que, em um de seus sentidos, estaria próxima de ‘revolução’ quando impele o movimento para além das fronteiras do saber psiquiátrico e abarca não apenas a dimensão técnico-assistencial, mas também as dimensões cultural e epistemológica. Para Amarante (2003), referir-se à reestruturação do modelo assistencial significa falar de modernização de técnicas, de re-arranjo, operando uma “*redução do conceito de reforma psiquiátrica ao que se denomina reformismo*” (2003: 46), sendo mais adequado compreender a reforma psiquiátrica brasileira como uma revolução.

A despeito da agregação do termo reforma às várias tentativas de mudanças de qualquer cunho desde o gesto pineliano, essa breve pesquisa nos permite concluir pela necessidade de conhecer as composições teórico-filosóficas dessas tentativas antes de entendê-las como reforma. De início, podemos afirmar que a construção pineliana foi uma reforma e uma reestruturação, por haver operado na transformação de um objeto e sua ciência, por haver transformado formas e estruturas fundantes. Por outro lado, propostas como a da comunidade terapêutica e da psiquiatria comunitária colocam-se apenas como reformas por terem permitido uma espécie de atualização das formas de tratamento. Assim, de acordo com o pequeno traçado realizado no capítulo anterior, achamos coerente colocar que, no Brasil, houve um movimento de reforma que passou a ser questionado (início do MTSM) adotando uma postura reformista (quando da otimização do asilo como estratégia intermediária), que posteriormente adquiriu um caráter reestruturante (quando da adoção da estratégia da desinstitucionalização). De fato, podemos afirmar que nesta última inflexão do movimento brasileiro trata-se do

alcance de uma revolução, termo que alude tanto à transformação de formas quanto de estruturas.

Por outro lado, essas colocações se justificam apenas diante da pesquisa léxica desses termos. Isso significa afirmar que, o uso que se fará dessas palavras daqui por diante, referir-se-á ao seu uso comum, que não tem guardado coerência léxica, mas está imbuído de posturas éticas, filosóficas e políticas, que serão esclarecidas nos devidos momentos.

Existe um posicionamento na literatura que considera que as ditas reformas psiquiátricas desenvolvidas no decorrer de sua existência nada mais são que movimentos de atualização de uma instituição a fim de transformar seus ‘fios puxados’ em força de legitimação, em movimento de institucionalização. Essa posição se constrói em torno da idéia de que o objeto da psiquiatria e sua sustentabilidade na sociedade pouco ou nada foram alterados, e isso a despeito das transformações inerentes a qualquer instituição histórica²¹. Bezerra Junior (1992: 121), mostrando diferentes maneiras de interpretar a questão psiquiátrica em seu processo de institucionalização da loucura enquanto fato histórico²², indica que: “a) há várias maneiras de descrever as relações entre o discurso psiquiátrico sobre a loucura e seus determinantes históricos (filosóficos, políticos, sócio-econômicos); b) em todas elas o princípio universalista da razão desempenha um papel axial, quer como princípio de exclusão – a psiquiatria como controle e exclusão da diferença, da des-razão –, quer como princípio de inclusão – a psiquiatria subordinando a diferença ao campo da igualdade, da identidade; e, finalmente, c) esse princípio universalista encontra-se firmemente presente na elaboração do indivíduo na cidade, do estatuto social do sujeito, do cidadão”. E ainda Birman afirma categoricamente que as tentativas de reforma psiquiátrica nunca conseguiram produzir um outro lugar social para a loucura na tradição ocidental, mas ao contrário, funcionaram como “*extensão do dispositivo psiquiátrico*” (1992: 83).

²¹ Importa marcar o caráter histórico da instituição, pois ele norteia nossa forma de compreender a construção de verdades. Em oposição à idéia de uma história linear e evolutiva, destacamos a idéia de historicidade. A historicidade do homem e das instituições, enfim, da vida – não está na mera continuidade do tempo nem na eternização de seus feitos, mas na atividade criativa que considera o instante como imperativo para o exercício de sua autenticidade. A criação é o que emancipa o homem, singulariza-o, mostrando sua historicidade. “A existência autêntica é a que se lança na exploração do possível rumo ao impossível que lhe acena e a obceca, lugar absoluto da ação, limiar da loucura” (Eduardo Prado Coelho *apud* Aranha e Martins, 1993: 281).

²² Refere os seguintes autores: Foucault, Derrida e Gauchet & Swain (Bezerra Junior, 1992).

É partilhando dessa posição que faremos uma breve explanação dos modelos de reforma anteriores ao do Brasil, para alcançar uma explicação do atual pensamento hegemônico no movimento pela reforma psiquiátrica, a proposta da desinstitucionalização.

Quais reformas

Dos vários modelos de reforma desenvolvidos no pós-guerra, dois tiveram maior entrada no Brasil – os modelos das Comunidades Terapêuticas e da Psiquiatria Preventiva e Comunitária, e ainda encontramos uma outra vertente, posterior a essas, que afirmamos ter se tornado o pensamento hegemônico do movimento brasileiro – a Psiquiatria Democrática Italiana ou psiquiatria da desinstitucionalização. Antes de entrar nessas propostas de reforma, convém lembrar alguns aspectos da psiquiatria moderna.

Refiro-me a psiquiatria moderna resgatando a leitura de Amarante (1996), segundo a qual, a psiquiatria nasce como uma ciência da modernidade, calcada num objeto – a doença mental, sobre o qual o olhar deve ser de um observador distanciado, neutro, imparcial, com o fim de captar a objetividade da realidade, aquilo que é sua verdade absoluta e eterna em qualquer espaço e tempo em que se insira, o que permite construir soluções racionais e exatas. Para a ciência moderna, o conhecimento que é construído no senso comum não tem validade.

A psiquiatria surge como um contraponto à caridade das hospedarias – interesse científico²³, bem como tentativa de organização dos espaços urbanos – interesse do Estado²⁴ e da sociedade²⁵. Esses interesses configuram a inauguração dessa psiquiatria trazendo consigo o direito a assistência à doença mental.

Considerando que tal direito só encontra meios de se positivar no modelo assistencial asilar alimentado pelo seqüestro e desautorização do direito de cidadania do louco, um paradoxo se instala, e o poder médico apela para a cumplicidade do poder

²³ “(...) a designação de Pinel prova por si só que a presença dos loucos em Bicêtre já é um problema médico” (Foucault, 2005: 464).

²⁴ “(...) se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência” (Foucault, 2005: 497).

²⁵ A respeito dos objetivos do tratamento aplicado ao louco, Foucault afirma “A cidade dos homens razoáveis não o recebe a não ser a título e ao preço dessa conformidade com o anônimo”, conformidade com a lógica burguesa de igualdade (2005: 481).

judiciário como forma de responder às exigências políticas e sociais colocadas pela democracia nascente e pela demanda de manutenção do contrato social, cuja resguarda deve ser uma preocupação do Estado. Demanda posta pela sociedade e pelo próprio Estado. O que viabiliza essa engrenagem? O conceito de doença mental, que significa ausência ou contradição interna à própria razão, colocando o louco como incapaz de contratualizar em suas relações, e o predicado de periculosidade, que nada mais é que a atribuição de uma probabilidade, transformando-a em regra justificadora da criminalização da loucura²⁶.

Se nessa época, séculos XVIII e XIX, o serviço psiquiátrico surge como uma tarefa do poder público era porque ao novo Estado, não absolutista, cabia tratar seus cidadãos nos moldes de “*liberdade, igualdade e fraternidade*”. O que significava que o Estado tinha o poder de determinar os direitos e deveres, bem como os respectivos cerceamentos e isenções, condicionantes da cidadania. De forma que, ao louco, desprovido da virtude humana da razão, deveria responder de forma benevolente, oferecendo/obrigando-o ao tratamento numa instância erguida pelo poder público, zeladora da normalidade através da exclusão do desviante.

Também no contexto de propostas de reforma no pós-guerra se requeria a atuação do Estado. Dessa vez, tratava-se do desenvolvimento de políticas de bem estar social de faceta desenvolvimentista, buscando a recuperação política, econômica, institucional e ética tanto dos países europeus, onde surgia a comparação entre hospícios e campos de concentração e a necessidade de reconstrução, quanto nos EUA, onde o mote era a recuperação do papel regulador do Estado e do potencial produtivo (Barros, 1994). Mas se hoje continuamos a defender a loucura como questão política, e o serviço de caráter público, isso se dá sob outras justificativas. A chave dessa distinção está na noção de **espaço público**.

De lá pra cá, a psiquiatria se pautou em tratamento moral, na sustentação da periculosidade do louco, na culpabilização, na terapêutica da tutela, no estudo da etiologia e da sintomatologia, na sustentação do isolamento como ato terapêutico, na anatomopatologia, no estudo da hereditariedade e das degenerações, na higiene mental, enfim, um conjunto de saberes e práticas que, ao fim e ao cabo, transformam a loucura em doença, constroem a forma como a ciência e o senso comum lidam com esta, e constroem, necessariamente, a forma como o doente se porta diante da sociedade e de sua doença, e, por fim, diante de si mesmo.

²⁶ Barros (1994) discorre com clareza sobre esse processo de criminalização.

É dessa forma que podemos entender que o atuar psiquiátrico não se limitando ao corpo orgânico, abrange o corpo social, construindo um tal modo de trato com a loucura que perpassa diversas instituições, como a polícia, a família, a justiça etc., não cabendo em si, ou seja, ultrapassando o *locus* do saber científico. A psiquiatria brasileira é ainda mais escancarada quanto ao seu aspecto mais político²⁷ que médico, já que em sua origem “*a entrada no hospício não era uma decisão primeiramente médica, mas sim advinda das instâncias jurídicas, policiais e familiares*” (Pereira, 2004: 46), longe de ser questão de saúde.

“*Para além do bem e do mal*”, reconhecer essa atuação ‘incontida’ do saber psiquiátrico, ao mesmo tempo em que nos permite entender a engenhoca de sequestração da loucura, também implica em tomar posse desse enraizamento/porosidade como instrumento de ampliação do espaço de atuação simbólica da loucura e do louco, espaço de exercício não apenas de contratualidade, mas também de cidadania enquanto inserção política²⁸. É nesse sentido que falo de espaço público. Mas também importa pensar em outros sentidos para esse atributo ‘público’, incluindo aquele que remete ao espaço mantido pelo Estado.

Vale esclarecer que os modelos de reforma psiquiátrica que veremos a seguir mantêm a questão psiquiátrica com esse caráter de problema público e de envolvimento político, incluindo a proposta brasileira, que viria cerca de três décadas depois dos primeiros modelos. Estes têm em comum o fato de haverem surgido após a Segunda Guerra, num contexto de reconstrução da Europa e de notável desenvolvimento econômico nos EUA, acompanhados de movimentos civis em defesa das minorias, e preocupados com o respeito à liberdade e/ou com a recuperação da mão de obra desperdiçada nos manicômios.

²⁷ Vale lembrar, de acordo com Arendt (1981), a transformação da esfera política e do caráter do que é político. Tomado pela expansão da sociedade e da esfera privada, o que também não se faz sem o desenvolvimento do capitalismo, é reduzido seu sentido de espaço de exercício e reconhecimento de cidadania, do espaço do agir político. Por isso o cuidado que devemos ter com a leitura desses termos.

²⁸ Isso não invalida a preocupação de Birman e Costa: “*De qualquer forma, a função de mandatário da ordem social exigida do psiquiatra é uma dimensão que ultrapassa o núcleo racional de sua tarefa terapêutica. E é justamente este aspecto que deve caracterizar a assistência psiquiátrica: sua desvinculação do núcleo normativo e disciplinar da sociedade. (...) Do contrário, a psiquiatria pode vir a diluir-se em meio a outros mecanismos de coerção do comportamento, que invalida sua proposta terapêutica fundamental*” (1994: 67). Uma preocupação também de Basaglia, que coloca outros termos para a questão.

O que se pretende dizer é que, diferentes reclames por transformação são construídas no pós-guerra, cujas condições de possibilidade ganham feições singulares em cada local, mas se mantêm unidas pelo momento de desgaste do paradigma científico e de renascença de olhares mais humanísticos. Para a psiquiatria moderna, o resultado é uma crise paradigmática relacionada principalmente com a redefinição de seu objeto. Birman e Costa (1994), já nos anos 70 apresentaram bem as dimensões dessa crise: enquanto sistema assistencial, visto que a relação discursiva entre médico e paciente é atropelada pelas regulações de preço, tempo e periodicidade ajustadas ao assalariamento; enquanto saber, já que seu embasamento teórico é abalado pelo conflito entre doença mental e saúde mental; e enquanto prática clínica, que, em virtude das dimensões anteriores, é atravessada por transformações operacionais não coerentes com suas estruturas lógico-conceituais. *“No contexto desta crise surge a Psiquiatria Social como a grande novidade, o medicamento milagroso para os males da teoria e da Instituição Psiquiátrica, confundindo-se neste novo segmento histórico, homogeneamente, com a nova arrancada da Medicina Social, sinal de uma mudança mais global que envolve toda a Instituição Médica”* (Birman e Costa, 1994: 44).

Sob a Psiquiatria Social, serão formuladas diferentes propostas de reforma, e cada nova proposta apresentar-se-á como uma espécie de evolução da anterior. Todas visam à promoção da saúde mental entendida como adaptação social, e enfrentam sua crise buscando atualizações da psiquiatria com vistas a torná-la menos obsoleta e custosa e mais resolutiva. Seguindo indicação de autores, apresentaremos as reformas que travestem a *“psiquiatria reformada”*²⁹ segundo dois diferentes momentos de redimensionamento teórico e assistencial.

Primeiro movimento: reformas restritas ao âmbito hospitalar

Na primeira fase, a palavra de ordem é a recuperação do manicômio enquanto local de cura através de uma reforma interna à sua organização. A primeira proposta desse grupo surge ainda durante a 2ª Guerra, na Inglaterra, através do resgate sistemático de críticas ao asilo e de proposições já delineadas, como a Terapêutica

²⁹ *“Rotelli reserva a expressão “psiquiatria reformada” para as iniciativas de reforma nas linhas da comunidade terapêutica, da psicoterapia institucional, da psiquiatria de setor ou da psiquiatria preventiva, quanto a caracterizar seus intentos de renovação da capacidade terapêutica da psiquiatria, “liberando-as de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação”*” (Amarante, 1996: 24).

Ocupacional de Simon – que também é referência para a Psicoterapia Institucional francesa –, a abordagem grupal proposta por Sullivan e os pequenos grupos de ressocialização de Menninger. Bion e Rickman, organizam essas contribuições num hospital inglês estimulando discussões, assembléias e atividades laborais numa estrutura de serviço marcada pela desproporção numérica entre médicos e pacientes.

De tal experiência originam-se o movimento das Psicoterapias de Grupo e a **Comunidade Terapêutica**, que no pós-guerra mantêm o lema de “*dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito de produção*” (Birman e Costa, 1994: 49), tendo espaço também nos Estados Unidos. “(...) em 1953, em um relatório da Organização Mundial da Saúde, recomendou-se que os hospitais psiquiátricos, em sua totalidade, fossem, uma comunidade terapêutica” (Desviat, 1999: 35).

Os princípios da Comunidade Terapêutica seriam “*democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade (um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição: em geral, seus benefícios se encerram quando o paciente sai da comunidade terapêutica)*” (Desviat, 1999: 35).

Constatava-se que um conjunto de sintomas atribuídos ao quadro psicótico não passavam de produção do hospício, esse sim devendo ser submetido a uma terapêutica com fim de tornar-se passível de produzir saúde. Nesse sentido, o hospital deveria ser transformado numa réplica do espaço social extra-hospitalar, reproduzindo suas normas e configurando uma idéia de cura atrelada à reeducação social, à adaptação, onde a promoção da saúde mental “*pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas*” (Birman e Costa, 1994: 51), sem que com isso haja uma partilha do poder médico. É também nesse contexto que surgem as Terapias da Família, que consideram o doente um sintoma do grupo familiar, justificando a necessidade de intervenção neste meio.

As limitações da proposta da Comunidade Terapêutica são apresentadas por Sampaio *et alli* (1998): “*por melhor que seja a comunidade, é sempre artificial, mantém a lógica da discriminação dos diferentes, não aborda o sofrimento psíquico em seu aspecto coletivo, idealiza a equipe terapêutica e é acrítica em relação ao mundo real*”. E relata que “*o movimento chega ao Brasil na década de 1960, como marketing de modernidade dos hospitais privados, mas aceita coexistir com a prática asilar e adota a linguagem da intervenção educacional preventiva na comunidade*” (1998: 268).

Na França, com Tosqueles, a **Psicoterapia Institucional**, fundamentada na consideração de que as próprias instituições adoecem e são passíveis de serem tratadas, é desenhada: *“a psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder médico e da verticalidade das relações intra-institucionais”* (Amarante, 1998: 32). Entende o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes sob influência da psicanálise. No entanto, o questionamento da relação entre o interior do hospital e o fora marcam a limitação da Psicoterapia Institucional, que não opera uma inserção da loucura no espaço social. Seu *“pressuposto fundamental é o da existência de um inconsciente de grupo, com estruturas e defesas semelhantes ao do inconsciente individual. O movimento chega no Brasil, no começo da década de 1970, com a psicanálise e, também com ela se encerra nos meios intelectuais e na prática liberal, não afetando os serviços”* (Sampaio et alli, 1998: 268).

Segundo movimento: reformas que superam aquelas referidas ao espaço asilar

A compreensão da limitação das outras reformas estimula as cruzadas rumo ao extra-hospitalar: é proposto um conjunto de serviços de base comunitária que deveriam funcionar ao redor do hospital com vistas a destituí-lo de sua centralidade. Também a França dá espaço à **Psiquiatria de Setor**, que é a primeira a referir um conjunto de serviços de organização regionalizada e hierarquizada.

O hospital mantém seu lugar num plano secundário, como etapa transitória. Neste, cada pavilhão correspondia a uma área geográfica e social da comunidade de origem dos pacientes, daí o nome de Psiquiatria de Setor. Cada comunidade dispunha de uma equipe multidisciplinar incumbida de tratar o paciente em seu meio, antes e depois de uma internação. *“Correspondia ao abandono de um conceito de assistência, para chegar a uma estratégia de projetos terapêuticos individuais, considerando, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde (...)”* (Desviat, 1999: 27).

Colocava a necessidade de levar a psiquiatria à população, ao meio onde se produz a relação patológica, onde se produz o doente, que não passa de sintoma. *“No entanto, a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda,*

seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e ‘pós-cura’” (Amarante, 1998: 35). Essa psiquiatria carecia de um movimento de transformação cultural.

Nesse ínterim a base comunitária e a necessidade de atuar no meio social se delinearam num processo de normatização das relações que se agregariam ao conceito de normalidade. É a **Psiquiatria Comunitária**, nos Estados Unidos.

Esse país chega aos anos de 1960 com altas taxas de incidência de distúrbios mentais e um grande número de casos de cronificação. Configurando certa forma de responsabilização governamental que acompanharia um modelo de intervenção preventiva sugerido pela OPAS/OMS, são convocados todos os níveis de governo, as organizações privadas e os cidadãos à participar ativamente do programa de saúde mental. Tratava-se de uma alternativa ao alto custo dos hospitais, elevando a comunidade ao espaço privilegiado para uma abordagem preventiva, dirigindo-se à saúde pública e incorporando o embasamento do conceito de História Natural da Doença, de Leavell e Clarck, *“que pressupõe uma linearidade no processo saúde/enfermidade e uma evolução ‘a-histórica’ de as doenças apresentarem-se no tempo e no espaço”* (Amarante, 1998: 39).

Como a cada momento da evolução da doença corresponderia um nível de prevenção – primária (intervenção sobre as condições etiológicas de origem individual e/ou social), secundária (diagnóstico e tratamento precoces) e terciária (readaptação) – seria possível concentrar os esforços técnicos e financeiros na prevenção primária, que passa a ser a correspondente assistencial da promoção de saúde mental formando *“um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana”* (Birman e Costa, 1994: 56). É nesse sentido que *“(...) o psiquiatra torna-se uma espécie de funcionário burocrático do equilíbrio comunitário”* (1994: 55).

Amarrando esse ‘conjunto de prevenções’, entra o conceito de crise, momento que potencialmente conduz à enfermidade e que justifica intervenções diferenciadas conforme a crise seja do tipo evolutiva – desencadeada por processos normais de desenvolvimento, mas que podem conduzir à doença quando não elaborados – ou do tipo acidental – imprevista e com maior capacidade de levar ao adoecimento. Em todo caso, é apontada a necessidade de identificação, na sociedade, de pessoas potencialmente doentes, realizando, via prevenção primária, uma verdadeira malha de captação. A idéia de risco e de população de risco embasam essa prática.

É com essa psiquiatria que o novo objeto, saúde mental, ganha mais força, bem como a ênfase na comunidade enquanto espaço privilegiado e uma concepção reduzida de desinstitucionalização enquanto desospitalização.

Na experiência norte-americana o circuito preventivista acabou por alimentar o modelo asilar, com um significativo aumento da demanda ambulatorial sem uma efetiva desospitalização, a não ser que se considere o aumento do número de *homeless*. Atribui-se esse efeito reverso ao fato de os serviços comunitários terem funcionado antes como intermediários dentro de uma lógica de organização hierárquica/piramidal da rede e não como substitutivos em relação ao hospital. Por mais que tenha incentivado os serviços de base comunitária, essa psiquiatria reformada, como as outras, na verdade operou uma atualização da instituição psiquiátrica em outros espaços.

É apropriado dizer que as psiquiatrias reformadas materializaram uma crise paradigmática sem, no entanto, promover uma real mudança: frente ao conflito na definição do objeto, das novas demandas em relação ao *setting* terapêutico, da denúncia da extrapolação da psiquiatria para outras esferas que não a da saúde, do alto número de pacientes cronificados, abandonados e sem perspectiva, etc., esses modelos de reforma responderam de acordo com as suas condições históricas, criando novas possibilidades técnico-assistenciais em torno da mesma cultura coisificadora de seu objeto.

Mas a transformação dessa crise em uma radical ruptura e o desenho de um novo arcabouço de saberes e práticas seriam desenvolvidos algum tempo depois, na Itália. Amarante assim identifica: “(...) a produção de Basaglia pode ser entendida como importante marco de referimento de uma ‘fase de transição’ do paradigma psiquiátrico-moderno a qual se situa em uma transição maior da ciência da modernidade” (1996: 22).

Ruptura

A transformação maior dessa ciência passa pelo reconhecimento da limitação de seus métodos, pela percepção do amálgama de conhecimento científico e senso comum, e pela compreensão de que a realidade é uma construção não neutra, assim como a ciência e seus recortes, a arte, a política. Isso é o que nos permite questionar a realidade e as instituições³⁰, compreendendo que a atribuição de valor e de

³⁰ Aqui instituição remete a complexos arranjos históricos que configuram um determinado saber e tudo que o sustenta, o legitima e o atualiza: linguagem, costumes, estabelecimentos, normas, percepções, etc.

significado é inerente ao homem: ao homem que faz ciência, ao homem que é louco, ao homem que denuncia e busca novos olhares.

De posse dessa compreensão, Basaglia apresenta sua crítica às psiquiatrias reformadas declarando que seu maior problema é o fato de constituírem-se um fim em si mesmas, quando na verdade são apenas um passo necessário. Enquanto forma de transformar o envolvimento entre pacientes, médicos e outros técnicos, derrubando hierarquias da instituição hospitalar, medidas como a Comunidade Terapêutica são válidas. Mas, se gerarem bons frutos, tornarão iminente a destruição do manicômio. E é isso que se deve visar, na acepção da psiquiatria da desinstitucionalização.

É mister compreender que o manicômio não se limita ao espaço asilar ou ao hospital psiquiátrico. O manicômio é uma instituição, é o conjunto de sentidos atribuídos a esse espaço, são as interpretações tanto da ciência quanto do senso comum a respeito da loucura, são as atribuições dos profissionais que aí atuam, são as leis que regulamentam o exercício profissional, a organização dos serviços, o reconhecimento civil e/ou penal da loucura – são os olhares e os cheiros que não deixam dúvida sobre a existência dessa instituição manicômio que nunca teve uma atuação perspicaz no sentido de produzir saúde.

A **reforma na tradição Basagliana**, propõe um olhar crítico e transformador sobre a complexidade da instituição psiquiátrica, numa proposta ampla de desinstitucionalização. Deve-se partir da irrecuperabilidade do asilo, ou hospital psiquiátrico. Modelo assistencial que nada oferece em termos de saúde, sendo meramente legitimador da função excludente da psiquiatria. Esta, a alma que anima o hospital, nunca alcançou um conhecimento satisfatório da doença mental suficiente para desfazer-se de sua função normatizadora. Nunca logrou desenvolver métodos eficazmente curativos ou preventivos, nem terapêutica que surtisse efeito no âmbito de sua atuação. O desenvolvimento dos psicofármacos a partir dos anos 50 trouxe novas possibilidades, assim, como a psicanálise. No entanto, por mais que tenham sido propulsores de reformas (Desviat, 1999), por isso só não dão conta do fenômeno da loucura. A psiquiatria tem sido apenas a própria admissão de que a doença mental não tem cura.

Com isso junta-se o fato de que Basaglia mostrou ser possível olhar para além da doença e ver a loucura não como um objeto mas como uma forma de existência que faz sentido exatamente no âmbito das relações sociais, posto ser complexa, histórica e sempre remetente de/a determinada cultura. Ora, a ‘cura’ de uma existência não seria outra coisa que não a morte. Mas por outro lado, como essa compreensão não nega a

existência de uma doença, a necessidade de uma terapêutica, ou melhor, de uma clínica³¹, se mantém.

A inflexão é patente: se a cura, coerente com uma racionalidade de problema-solução – que foi perfeitamente aplicável ao conjunto teórico do preventivismo – não é mais o objetivo, por outro lado visa-se a construção de outras formas de existência, diferentes inserções e experimentações de si mesmo. Busca-se, antes da cura, a saúde, que não é mais passível de ser idealizada, mas almejavável cotidianamente.

É claro que as diferentes clínicas e métodos terapêuticos têm o seu lugar. Mas sobre cada um recai a mesma insuficiência que caracteriza a psiquiatria. Dito de outra forma, reconhecer o processo saúde/doença como um fenômeno complexo significa superar o ‘especialismo’ dos saberes e a hierarquia pressuposta. Significa assumir que o ‘especialismo’ só alcança ser conhecimento válido na medida em que se põe em questão e admite uma postura de diálogo com outros saberes com vistas a conhecer a realidade – que jamais será apreendida pela ciência sem a contra-partida de sua informação pelo senso comum dotado de reconhecimento espaço-temporal. Isso porque o que pode dar liga entre os diversos saberes e o alcance da produção de saúde é a dimensão política da cidadania.

O louco é um indivíduo e um ser social, e não cabem dicotomias: trata-se de um fenômeno único o fato de o homem só existir como tal enquanto em socialização. Por outro lado, cabe resgatar, para além do caráter social, aquele político, do cidadão que, reconhecido como igual e singular ao mesmo tempo, encontra espaço de ação, materializando suas concepções de vida. Depreende-se disso que a construção da saúde mental é um trabalho essencialmente coletivo e político. O que dá sentido a esse entendimento é o arcabouço simbólico que é construído por e construtor do homem e do **mundo comum**.

Retiro de Arendt (1981) o entendimento de que o mundo comum, longe de remeter ao trivial, remete ao local onde a pluralidade manifesta sua riqueza: a possibilidade de, em igual circunstância, os homens poderem se reconhecer, se juntar ou se separar, mas certamente se relacionar, dada a individualidade e a singularidade de

³¹ Não uso clínica na acepção do dicionário que remete à atividade médica. Uso clínica como espaço de atuação de qualquer profissional a quem compete visar a saúde. Para Amarante (2003), a reforma psiquiátrica alimentada pela corrente da desinstitucionalização basagliana opera uma transformação da clínica fazendo-a coincidir com espaço de criação de possibilidades e produção de sociabilidades e subjetividades, não mais reproduzindo a relação sujeito-objeto.

cada um. Ora, todas essas constatações são tão utópicas quanto o sonho da democracia: inalcançável enquanto fato, passível de ser construída enquanto ideal almejado cotidianamente.

Pausa para contextualizar a reinvenção do político

Uma breve pausa para contextualizar os termos. Basaglia relaciona o processo de desinstitucionalização a uma “*luta que deve mover-se simultaneamente nos níveis científico e político*” (2005a: 70). Também os autores da reforma psiquiátrica brasileira insistem nessa necessidade (Amarante 1997, 2003; Barreto, 2005; Barros 1994; Costa-Rosa *et alli* 2003; Yasui, 2006).

Mas por que tem sido corrente falar em promover a “*relação interna*” entre cidadania e subjetividade, reinventar o lugar da política “*em posição de autonomia em relação à sociedade*” (Barreto, 2005: 179), se até aqui mostramos desde o surgimento do asilo e da psiquiatria, até a transformação pela busca da saúde mental, um movimento eminentemente político³²? Além disso, por que o movimento da reforma psiquiátrica – e da reforma sanitária – ressalta a necessidade de uma saúde pública se os serviços psiquiátricos sempre foram majoritariamente públicos? E ainda, por que se conclama o dever do Estado na assistência em saúde mental, se naquilo que tange à psiquiatria sua presença sempre foi marcante?

O fato, é que, como aponta Arendt (1981), o desenvolvimento do capitalismo operou significativa transformação no sentido do que seria político e de qual seria a atuação do Estado. Havendo um **alargamento da esfera social**, representativa da sociedade de massas, regida pela lógica da acumulação, há também uma redefinição do sentido de público, fazendo-o coincidir não mais com o espaço da política, mas com estatal, posto que o Estado torna-se representante das aspirações dessa sociedade, e não espaço de construção política. A sociedade não é onde os homens agem, é onde comportam-se. E o **comportamento** é necessariamente referido a normas socialmente convencionadas responsáveis pela não diferenciação, pela não singularização do homem, pelo anonimato.

³² “(...) a designação de Pinel prova por si só que a presença dos loucos em Bicêtre já é um problema médico. No entanto, não se pode duvidar que esse era igualmente um problema político” (Foucault, 2005: 464-5).

Era a ordem de manutenção das normas, a ser garantida pelo Estado, que determinava o seqüestro do louco³³ quando do nascimento do asilo e que acompanhara a psiquiatria até bem recentemente – quiçá, até hoje. A moral burguesa estabeleceu-se a um só tempo, como imposição e como direito aos alienados, o direito de ser igual, de ser mais um, transformando a cidadania num atributo dos igualmente indiferenciados.

Também era a adaptação a essas normas que determinava a cura do sujeito: “*Como se o louco, libertado da animalidade à qual as correntes o obrigavam, só se reunisse à sociedade através do tipo social. O primeiro dos libertados não se transforma pura e simplesmente num homem são de espírito, mas num oficial, um capitão inglês (...)*” (Foucault, 2005: 473). Bem como determinava o enquadre da população em níveis de prevenção segundo a Psiquiatria Preventiva.

Com esse alargamento, o social ocupa o Estado, que passa a se responsabilizar por aquilo que é interesse do social, que é a ordem burguesa e o imperativo da acumulação, e o público e o político são reconfigurados em favor da manutenção dessa sociedade.

Por **público**, em sua concepção originária – aquela que nos interessa recuperar, podemos ter dois sentidos: a) público é o lugar onde as coisas saem do obscuro privatizado e ganham luz da praça pública para que, sob os olhos e ouvidos de outros, possam ganhar status de realidade – a saber que na esfera pública só há espaço para o que é relevante e qualquer coisa que afete a toda uma sociedade não é necessariamente pública, uma vez que sua relevância está em jogo; b) público refere o próprio mundo, mundo que é produto das mãos humanas, mundo que faz intermédio entre os seus habitantes, mundo que é comum a todos mas no qual cada um ocupa um lugar diferente, se separa, se individualiza e se relaciona com outros. É a distinção entre os homens que os impele a relacionar-se. A destruição do mundo comum se dá com “*a destruição dos muitos aspectos nos quais ele se apresenta à pluralidade humana*” (Arendt, 1981: 67).

Mas ainda há o **espaço público** entendido como qualquer espaço, seja na esfera pública, privada ou social, onde a cidadania é reconhecida. O espaço público está atrelado ao exercício de **cidadania**, mediante a **sociabilidade política** que só é possível entre homens que se reconheçam entre si como cidadãos. Nesse espaço existe diálogo em torno de um debate comum, e o diálogo pressupõe pares, não partes iguais. Esse é

³³ “(...) os homens se tornaram seres sociais e passaram a seguir unanimemente certas normas de conduta, de sorte que aqueles que não seguissem as regras podiam ser considerados associados ou anormais” (Arendt, 1981: 52).

um dos sentidos da luta pelo serviço de saúde mental público – ou melhor, pelo serviço público de saúde em geral – e pressuposto fundamental da **integralidade** em saúde.

Nesse âmbito, o próprio estabelecimento de saúde pode ser um espaço público – e aqui importa destacar que isso requer o resgate da ação política e da cidadania não só dos doentes mentais, mas de todas as pessoas envolvidas no tratamento, de todas as pessoas que participam do território de relações dos pacientes e funcionários – mas é preciso fazer esse espaço público contaminar outros locais. Sobre os trabalhadores de saúde mental, a reforma psiquiátrica brasileira e as formulações de Basaglia já têm denunciado a necessidade de recusa da atribuição de dominação que a sociedade e a ciência lhe conferem, convocando-os ao posicionamento político por uma relação mais dialógica e democrática.

Ainda nessa perspectiva, o tratamento ao doente mental não precisa nem deve estar restrito ao estabelecimento, mas deve, de fato, permear a praça pública, operar a desinstitucionalização onde quer que seja. Aqui encontramos sentido na luta pelo serviço de saúde mental público³⁴.

A manutenção financeira dos serviços públicos por parte do Estado não deve ser entendida como questão de benevolência, de gratuidade ou de proteção à acumulação de riqueza. Mas o fato de ser gratuita refere-se a um direito do cidadão, e essa gratuidade, ao contrário, requer o preço, ou melhor, o custo de ser um cidadão, o custo de se assumir doente ou saudável, o custo de se assumir homem como os outros, de se dar a conhecer em praça pública e de buscar singularizar-se, e o custo de ser político.

Mas não é a mera gratuidade que confere o caráter público e resgata a cidadania, pois até então a assistência psiquiátrica pública (e gratuita) significava exatamente o cerceamento dos direitos de cidadania. É por essa compreensão que o movimento da reforma psiquiátrica brasileira é considerado importante ator na construção da cidadania brasileira.

Ainda, falar de serviço de saúde mental público é opô-lo ao privado. Privado no sentido de espaço da vida social e não da vida política, privado no sentido de local da preocupação com a acumulação social da riqueza e não com o estabelecimento da propriedade, onde os valores são instáveis e não atribuem ao homem o seu lugar no mundo, onde não se faz história e onde as conquistas são fugazes, dado que a relação

³⁴ Essa luta está diretamente atrelada ao mote de nosso estudo: uma política nacional de saúde mental, uma política específica no bojo de um movimento maior de construção de políticas públicas e universalistas no contexto democrático.

mercantil é onipresente. Mas importa que os serviços de saúde mental, públicos, marquem a possibilidade de construção também do espaço de privacidade, no sentido de espaço para satisfação de necessidades e para a proteção da intimidade. O serviço de saúde público pode vir a tornar-se, e é desejável que se torne, espaço público, por estar livre das mediações do mercado, e estar aberto para a ação **política**.

Mas também deve compor o modelo assistencial em saúde mental a criação de espaços de troca não necessariamente vinculados à missão do tratamento ao doente mental. Ou seja, o modelo assistencial deve ser composto por dispositivos assistenciais e por dispositivos não-assistenciais, como locais de convivência, residências, cooperativas, pontos de lazer, etc. Estes, simplesmente pelo seu potencial de constituir espaços públicos já agem na construção de saúde mental, posto serem espaços de reconhecimento e exercício de cidadania, locais de troca e de experimentação de formas de existência. Mas insistimos em que não devem se confundir com os dispositivos assistenciais. E também não se trata apenas de suprir as faltas geradas por um modelo econômico liberal – certamente isso também, nem de ser beneficente com pessoas incapazes. Não trata-se de boa vontade, nem trata-se de uma devaneio da reforma psiquiátrica. Trata-se inclusive da vontade de concretizar o tal projeto civilizatório que é tão presente nas propostas da reforma sanitária (Yasui, 2006).

Antes da expansão do social, o espaço público coincidia com o lugar da política. É que a política remete a visões de mundo, suscita conflitos e impele ao diálogo. Ela é possível exatamente entre cidadãos, homens livres para expressar-se e para agir. A política remete aos grandes feitos iluminados em público.

Por isso, quando os defensores da reforma psiquiátrica conclamam seu caráter político, o que se pretende é reinventar o sentido que faz coincidir com exercício de cidadania. Cidadania não mais referindo-se a “*direitos dos iguais*”, posto que isso é imperativo³⁵ massificador. Nem referindo à fragmentária idéia de conceder aos excluídos os direitos civis, políticos e sociais, posto que não se trata nem de algo a ser concedido, nem de algo a ser estratificado em diferentes estatutos de cidadania. Trata-se sim de algo a ser exercido por todos, mas de maneira diferenciada conforme a inserção social e conforme as diferentes visões políticas de cada um. Onde há exercício de cidadania, há possibilidade de criação³⁶ de direitos (Machado *et alli*, 2005). Nessa perspectiva, é preciso atribuir um “*novo olhar sobre os direitos (...) deslocando-os de uma perspectiva formalista, não histórica, para assentá-los nas condições reais de*

³⁵ Qualquer imperativo remete a um movimento pré-político.

³⁶ A criação, para Arendt (1981), é a marca do agir humano, cuja expressão é essencialmente política.

existência, particularizados em cada formação social” (Nogueira e Pires *apud* Machado *et alli*, 2005: 52). Por isso concordamos com Yasui (2006), que insiste em destacar o político na dimensão jurídico-política.

Também faz parte do exercício de cidadania aquilo que a proposta da desinstitucionalização trata como construção de outras formas de existência, diferenciando-se da idéia de cura. Nesse âmbito, qualquer discussão sobre a dimensão técnico-assistencial da reforma psiquiátrica remeterá ao mesmo tempo a uma reflexão política, pois refere-se a contextos de vida em que o sofrimento surge como experiência conflituosa no campo das relações.

O sofrimento psíquico ganha sentido numa inserção espaço-temporal, sendo produto de certa forma de reprodução social da vida, mas sendo também uma ruptura com os padrões sociais. Por isso a loucura se inscreve como questão social, pública e política, devendo a construção de saúde mental perpassar essas três esferas, assumindo que qualquer estabelecimento instituído como serviço de saúde, por si só, é insuficiente e requer o uso dos espaços de negociação e de troca contidos no território.

E quanto à **saúde como dever do Estado**, o que se pretende é atribuir-lhe outro papel que não aquele que lhe era delegado na época do nascimento do asilo na Europa: “*A economia liberal, como vimos, tendia a entregar à família, em vez de ao Estado, o cuidado de auxiliar pobres e doentes: a família tornava-se assim o lugar da responsabilidade social. Mas se o doente pode ser entregue à família, o mesmo não acontece com o louco, demasiado estranho e desumano*” (Foucault, 2005: 484). Vimos que também no Brasil, o Estado cumpria o mesmo papel, respaldando a função de exclusão travestida de assistência psiquiátrica.

Assim, o Estado opera como elemento da organização social, sendo movimento de administração das condutas como uma “*mão invisível*”. A invisibilidade daquele que governa, apontada por Arendt como o “*governo de ninguém*”³⁷, é o que permite eximir a sociedade da responsabilidade pela não-humanidade dos doentes mentais.

A premissa da saúde como dever do Estado, não é satisfeita com um Estado que opere o “*governo de ninguém*”, financiador de serviços gratuitos, mantenedor de regras morais ou que assegure direitos formais que pouco trazem em termos de liberdade e muito em termos de coação. Ao contrário, pretende-se estabelecer um outro

³⁷ Crendo no interesse único da sociedade massificada, não necessita da figura do governante para garantir o governo de seus membros, para garantir que os homens se comportem segundo regras normalizadoras, não deixando espaço para a ação (Arendt, 1981).

patamar de interação entre Estado e sociedade civil, onde ambas as partes reinventem seu poder de interlocução política, aglutinando interesses, oferecendo propostas, construindo meios de re-construção do social. O Estado deve reposicionar-se de forma que, entre legislação, execução e organização judiciária, ao fim e ao cabo efetive-se a democracia dos homens singulares.

E deve se assumir como interlocutor e construtor político e, para tal, deve encontrar um corpo político com o qual se relacionar. Por isso quando o movimento de reforma psiquiátrica traz à tona o caráter político da instituição psiquiátrica e de seu saber, não é para condenar esse caráter, mas para, assumindo-o, poder gerar o diálogo necessário para resgatar no doente mental seu lugar como homem social e homem político, reconhecendo sua cidadania.

Também é de posse desse entendimento que o movimento pela reforma psiquiátrica, em seu momento de inflexão e adoção do lema *por uma sociedade sem manicômios*, dá um salto de perspicácia ao buscar ocupar espaços populares de debate, utilizando-se dos recursos da mídia a fim de congregar a sociedade à sua luta. Assim pode operar tanto na dimensão jurídico-política quanto sócio-cultural. Colocar-se ao público foi estratégia do movimento da reforma de ampliar seu espaço de atuação política e sua representatividade política na interlocução com o Estado. Incita, assim, a sociedade a dialogar com essa instância.

Cabe aqui recuperar uma afirmação que fizemos no capítulo primeiro: *“falar em políticas de saúde mental é uma possibilidade recente, uma conquista que pode ser atribuída a um processo que convenciamos chamar de reforma psiquiátrica”*. Com essa declaração estávamos nos referindo à política oficial por parte do Estado. Mas agora podemos dizer também da outra política, essa não oficial, mas instituinte por seu potencial de articular novas concepções na sociedade, por seu potencial de desinstitucionalização.

Nesse sentido, é dever do Estado mediar conflitos e fortalecer o público. E essa não é meramente a conquista de mudanças administrativas e legais, mas também a transformação de uma nova cultura em torno da loucura, mudanças instituintes de um outro patamar de interação com a diferença.

Cumprimos assim a explicitação das razões da saúde mental pública como ação política e dever do Estado, requisitos para a efetivação das propostas do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, ambientando a compreensão das idéias da desinstitucionalização.

Ao unir clínica e resgate de cidadania construímos a possibilidade do cuidado. Se compreendemos a insuficiência da psiquiatria, entendemos que não há sentido no hospital. Enquanto modelo assistencial, sua existência se justifica apenas pela falta de outros recursos – assistenciais, políticos, sociais, humanos, cognitivos, afetivos, financeiros – cuja mobilização cumpre ser substitutiva, e não por uma suposta função de cuidado. Porque é de cuidado que se fala a partir desse pensamento.

Cuidado – primeiro conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização

Já foi dito da necessidade de entender a loucura como um fenômeno complexo, e que não há saber que esgote seu entendimento. Por isso o cuidado em saúde mental deve partir de uma organização multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade. Este atributo pressupõe certa porosidade ao saber do outro, sendo o outro um especialista ou um técnico, um familiar ou um vizinho, mas principalmente o doente mental. Nessa perspectiva, o sujeito a ser cuidado é um interlocutor privilegiado, pois é ele que informa sobre a doença, o sofrimento e *“as delícias de ser o que é”*. O cuidado pressupõe vínculo, responsabilidade e continuidade.

O vínculo diz de uma ligação mais ou menos estável, mais ou menos durável, mas certamente preñe de sentido e necessariamente um elo entre duas ou mais pessoas interessadas em algo comum. A responsabilidade refere a busca pela estabilidade do vínculo e o contrato mais ou menos formal ou informal de empenho no interesse partilhado, ou seja, a busca por saúde, seja diante da própria saúde, seja em situação de doença. É a responsabilidade das duas ou mais pessoas que constroem o vínculo que garante uma relação não de tutela nem de dependência na continuidade. A continuidade é o elemento temporal e espacial que permite inscrever a dimensão histórica do cuidado.

Ainda considerando a complexidade dessa forma de existência, duas considerações merecem atenção: primeiro, que o sujeito é mais que um doente, segundo, que ele é doente. A obviedade dessas considerações não deve escamotear sua importância. A construção do cuidado em saúde mental requer sensibilidade para atuar junto a essas duas verdades. Disso decorre a declaração de Basaglia: *“Isto ficou mais que evidente nas organizações hospitalares abertas: o paciente – não mais isolado e afastado da visão do médico – impõe-se como problema sempre presente, e portanto como um dos pólos da realidade que não se pode negar. Mas é possível que somente o*

psiquiatra o viva como problema, enquanto a sociedade continua a querer encerrá-lo no papel de doente, para não ter que encará-lo em sua presença cotidiana? O psiquiatra não pode enfrentar uma tal experiência se a sociedade não se alinhar na mesma direção, e a única possibilidade – que não é nem quer ser uma solução – é a de aceitar a problemática do doente mental como parte da nossa realidade” (2005a: 72).

De um lado impera a desinstitucionalização em sua dimensão sócio-cultural, visando a sociedade e visando o ‘além doença’ do sujeito da loucura. Daí advém um aspecto do cuidado que, diferente de remeter à assistência, remete às ações que colocam a questão da contratualidade do sujeito no centro da cena, que abrem para o exercício da cidadania e a atuação no mundo comum. O próprio serviço de saúde mental pode favorecer essa dimensão do cuidado quando se dispõe a ser lugar de convivência, de circulação, de troca e de exercício de democracia, evocando a participação de outros atores do território³⁸. Também os espaços exteriores ao serviço podem constituir-se locais de cuidado (Saraceno, 2001).

De outro lado, importa lidar com a doença, e resgatar uma forma democrática de atuação da clínica como componente do cuidado. Mais uma vez é Basaglia que nos informa. Parte de algumas constatações – a anulação do paciente por via de seu diagnóstico/coisificação, o esvaziamento da função dos profissionais psiquiátricos face ao uso da autoridade e do poder, a ausência de função justificada para a instituição psiquiátrica – que denunciam certa reciprocidade na ausência de sentido, para afirmar que o significado da instituição é resgatado no momento em que se reconhece o papel do doente.

Com isso esclarece: *“se a reciprocidade dos papéis tende a negar toda hierarquia, estabelecer um tal tipo de relação com o doente significa, então, minar o princípio autoritário-hierárquico no qual toda a organização hospitalar se funda, a fim de tender para uma organização na qual cada pólo da realidade busque, através do outro, seu próprio significado. Nesse sentido, se a liberação do doente se efetua mediante a ação do psiquiatra e do staff hospitalar, o psiquiatra e o staff encontram sua liberação através do doente, o único a poder atribuir-lhes o papel que eles ainda não tiveram” (2005a: 65).* Apesar de neste momento Basaglia estar se referindo ao hospital, tal observação é passível de ser aplicada a qualquer dispositivo assistencial que reproduza essa lógica.

³⁸ Território, para além de uma demarcação geográfica, traz uma demarcação social, histórica, simbólica, sendo espaço de reconhecimento de seus atores entre si e de atuação política dos mesmos.

Enfim, é o duplo reconhecimento que deve embasar o exercício da clínica: entre dois sujeitos que se reconhecem enquanto sujeitos, enquanto portadores de conhecimento e de poder. Enfim, cidadãos. Importa ressaltar que esse caráter não deve ser exclusivo da clínica em saúde mental, mas constitui um nó central para o êxito de qualquer proposta de modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse entendimento do cuidado – sua dupla inserção frente a uma existência complexa que também porta uma doença – e seu pressuposto de uma relação horizontal entre dois sujeitos com um interesse comum, justifica minha pretensão em dizer que a tradição Basagliana inaugura a possibilidade de não falar nem mais em ‘novo’ objeto – que seria a saúde mental – mas de referir-se a um objetivo: a construção da saúde mental. Sem objetos, os sujeitos visam um objetivo, têm um interesse comum, abrindo um quadro que permite a construção de uma nova prática, distinta daquela regida pelo paradigma psiquiátrico, pautada agora na ética da desinstitucionalização. O cuidado passa a ser uma responsabilidade também daquele que o recebe. Por isso, a condição do cuidado é a autonomia do paciente.

Autonomia – segundo conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização

O reconhecimento do doente mental como sujeito na relação passa também pelo reconhecimento da autonomia deste. Não se trata de independência, de auto-suficiência ou do oposto de alienação. Para Saraceno, é enganoso tomar a autonomia como objetivo primeiro da reabilitação³⁹, pois “*o mito da autonomia é o maior responsável pela hiperseleção dos pacientes nos programas de reabilitação e do complementar abandono dos pacientes não selecionados*” (2001: 113), com isso se referindo a um modelo darwiniano de seleção dos vitoriosos, e propondo uma mudança nas regras do jogo para o exercício da contratualidade.

³⁹ Há grandes debates em torno da idéia de reabilitação. Apesar de não ser nosso objetivo entrar nessa discussão, a título de ilustração vale apresentar algumas posições. Enquanto Saraceno define a reabilitação como “*um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos*” (2001: 111), sendo voltada para o exercício de contratualidade, entendido enquanto expressão de cidadania, necessidade e exigência ética (Saraceno, 1986), Costa-Rosa *et alli* (2003) compreendem que o próprio prefixo ‘re’ evoca um sentido ortopédico, de retorno a um estado anterior. Por outro lado, os mesmos autores, referindo Goldberg, apresentam a noção de que reabilitação e tratamento são indissociáveis e sem fim definido quando notamos na psicose um quadro em permanente evolução.

Mas o fato é que propomos resgatar outro sentido do termo, aquele em que a autonomia é entendida como uma posição ética de não indiferença frente à vida e às relações construídas. Por isso, a autonomia é um atributo do político.

Barreto (2005), relacionando autonomia e lei, alerta para o engano de tomar esse conceito no campo de referência da psicanálise onde a Lei⁴⁰ se instaura a partir de uma instância externa, de forma que a autonomia se dá mediante a interiorização dessa Lei que concede ingresso no convívio social. De outra forma, numa acepção política, a lei destacada relaciona-se com um ‘dar-se à própria lei’, num sentido muito próximo ao de normatividade, extrapolando o entendimento biológico deste conceito. Assim, a autonomia relaciona-se com a instituição de normas e lei no espaço da política, em oposição ao espaço privado familiar que confere sentido à Lei da psicanálise. O conceito de autonomia, para Barreto, está na “*raiz da cidadania*”.

O mesmo autor ainda presta um esclarecimento, relacionando cidadania com “*uma autonomia radical, (...) que em nada se parece com a idéia corrente de cidadania associada (...) ao aprendizado de habilidades de pactuação para participar do mundo estruturado como mundo do trabalho*” (2005: 91).

Clareando a aproximação com a idéia de normatividade biológica apresentada por Canguilhem: “*a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa*” (2002: 96). O mesmo autor fala também do exercício de normatividade do vivente, tratando-se de um movimento de instituição de normas próprias, que implica em vontade e compromisso. Trata-se de assumir responsabilidades, fazer escolhas, tomar posições e decisões, propor movimentos e arriscar-se nas trocas sem a tutela, mas eventualmente com o respaldo de uma relação de cuidado.

O paciente continua mantendo certa dependência em relação ao profissional de saúde, uma vez que este é portador de conhecimentos singulares, mas com uma responsabilização maior sobre as tomadas de decisão, com uma maior implicação com seu processo de tratamento (Mattos, 2004). Podemos inclusive propor que quanto maior a implicação do paciente, e também do médico, maior será a relação de dependência entre ambos. Note-se que aqui também estão imbuídas as noções de vínculo e responsabilidade que caracterizam o cuidado.

Compreendemos autonomia como uma forma de exercício de poder, e, enquanto tal, não traz a determinação de um estado absoluto, mas destaca-se pelo

⁴⁰ A psicanálise cunhou a Lei com maiúscula por sua relação com o Nome-do-Pai.

caráter relacional e provisório, passível de ser posto em prática no cotidiano, de ser insuficiente em dado momento, e reafirmado logo em seguida. Exatamente por ser determinada *em relação*, pressupõe algum grau de dependência, algo que nos impele em busca do outro e de uma relação de diálogo, de troca. É nesse sentido que Saraceno afirma a necessidade de se construir espaços concretos para o que ele denomina exercício de contratualidade: “(...) *só a construção de espaços de troca pode gerar relações, enquanto a construção da possibilidade das relações não gera espaços para a troca*” (2001: 94). Por ser construída em convívio com outros sujeitos também autônomos, implica no reconhecimento de um mundo comum.

Por isso, numa relação de cuidado, as propostas de tratamento e as decisões clínicas e terapêuticas requerem sujeitos com autonomia para a condução da ação direcionada para um objetivo comum, mas não isento de negociações e incertezas. E ainda, se compreendermos a autonomia como um processo de construção de normas em espaço de troca e de conflito, e, por conseguinte, como um produto do exercício de normatividade, o que encontramos nesse conceito é ao mesmo tempo produção e condição para a construção de saúde.

Mais uma vez, essas constatações podem ser extrapoladas para a consideração de qualquer espaço voltado para a saúde, e não apenas para a saúde mental. Entendemos todavia que, uma vez que o desafio do movimento da reforma psiquiátrica refere-se à construção de espaço de vida para o louco, destituído de condições de inserção há séculos, e ao reconhecimento da sua cidadania, o campo da saúde mental tensiona a questão da autonomia como pré-condição para fazer surgir o portador de sofrimento mental naquele que apenas foi coisificado e esvaziado de sentido sob a égide da psiquiatria.

O exercício de autonomia enquanto potencializador da proposta de desinstitucionalização é condição para o funcionamento de um modelo assistencial pautado na construção de acessibilidade.

Acessibilidade – terceiro conceito auxiliar da proposta da desinstitucionalização

Este é o conceito que alude ao que é desejável num modelo assistencial em saúde mental. Os dois anteriores se referem mais propriamente a posturas e agires que também são coerentes com acessibilidade, mas é este que mais se aproxima da questão da organização dos serviços, a gestão do trabalho e sua interface com o território.

Saraceno afirma que “*o Serviço é o Tratamento*” (2001: 95), ou seja, é o primeiro e não o segundo que constitui a variável mais influente na construção da saúde. Assim, um serviço de qualidade é aquele que se ocupa de todos os pacientes e de toda demanda que lhe é referida, sem estabelecer hierarquias de intervenção e de lugares separados, sem embarreirar o acesso através de esquemas de seleção/exclusão, e admitindo sua insuficiência com vistas a uma atuação conjunta com o território e seus dispositivos. Para isso, propõe que se pense não nos recursos, mas nas “*oportunidades*” dos serviços, que podem ser as ocasiões negociáveis, bem como as “*capacidades e os desejos interditos do cenário dado*” (2001: 96).

Alves, também referindo Saraceno, declara a necessidade de adotar a premissa da acessibilidade, sendo esta sistematizada em termos de “*geografia (local; fluxo viário; barreiras físicas e outras), turnos de funcionamento (serviço único ou integrado) e menu de programas (assistência; reinserção; lazer; hospitalidade; trabalho)*”, “*com destaque no menu de programas*” (2001a: 170).

Fekete toma o estudo da acessibilidade como meio de apreensão da relação existente entre “*as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las*” (1997: 116), definindo acessibilidade “*como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde*” (1997: 116). E elabora uma tipologia dos obstáculos referentes a quatro dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica⁴¹. Por fim, conclui que existem “*distintos níveis de acessibilidade para diferentes necessidades, as quais, por sua vez, devem estar cobertas por distintas características do recurso*” (1997: 117).

A concepção de acessibilidade oferecida por esta autora e o emprego da noção de necessidade aludem ao arcabouço teórico referido à organização hierarquizada

⁴¹ A “*(...) acessibilidade geográfica não se mede apenas pela distância já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população*” (1997: 117). Além disso, “*cada um destes elementos (credibilidade do serviço, preferência por médicos, existência de terceiro turno e outros) pode influir sobre a acessibilidade geográfica teórica*” (1997: 118). A acessibilidade organizacional alude a obstáculos que podem estar na entrada ou no interior do serviço de saúde, bem como aqueles “*que surgem na continuidade da assistência, já que são ainda incipientes os mecanismos de referência e contra-referência, bem como o grau de hierarquização da rede*” (1997: 118). Quanto à acessibilidade sócio-cultural, são influentes a percepção dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde e a forma como trabalhadores e pacientes se percebem e se relacionam. Sobre acessibilidade econômica, a autora considera que “*a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado*” (1997: 119).

da oferta de bens e serviços de saúde e à lógica de mercado. Segundo Pinheiro (2001), por essa lógica trata-se o usuário como consumidor que faz o movimento de demanda numa direção, e os serviços de saúde como prestadores de oferta em direção oposta. Uma análise dicotômica que desqualifica a demanda baseando-se na crença de que os pacientes desconhecem aquilo de que realmente precisam e os meios para a obtenção, cabendo aos profissionais de saúde fazer a tradução técnica em termos de necessidades.

Para essa autora, é preciso re-significar e contextualizar os conceitos. As formulações de oferta e de demanda são marcadas por relações entre gestores, profissionais e usuários perpassadas não apenas por questões técnicas, assistenciais e econômicas, mas também pela dimensão política e cultural. Por isso as relações de demanda e oferta são constitutivas de um cotidiano onde distintas visões de mundo interagem em torno da questão da saúde com vistas à construção da integralidade. É por seu caráter político que participam na configuração da acessibilidade, pois negociam a receptividade maior ou menor dos usuários ao serviço de saúde.

Assim, propomos um entendimento do que seja acessibilidade que nos parece coerente com a proposta da desinstitucionalização: *“Acessibilidade, portanto não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde neste país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade, pela presença física dos recursos nas áreas onde existem. A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional formulada entre as ‘resistências’ que são oferecidas pelo próprio serviço – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivarem o atendimento que buscam – e o poder de utilização que se forma através das experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma seu perfil de demanda”* (Conh et alli, 1991: 93).

Por que se insiste na acessibilidade e não meramente no acesso? Para Conh et alli (1991) a noção de acesso refere-se à distribuição espacial de equipamentos e serviços viabilizando a idéia de hierarquização da demanda. Enquanto o acesso é a medida da utilização dos serviços disponíveis, a medida da acessibilidade é dada pelo *“poder de utilização”*, que passa não apenas pela presença física de serviços e profissionais de saúde. *“O que fica claro é que outras variáveis denunciam processos cognitivos e culturais dos usuários, que se apresentam através de atitudes e condutas inerentes à procura da atenção à saúde, e que, a partir das diferentes respostas, permitem inferir o “grau de ajuste” que a população expressa entre o perfil da demanda que conforma e o atendimento que recebe”* (1991: 90).

Esses autores privilegiam o entendimento da acessibilidade como um movimento realizado por usuários dos serviços de saúde. Mas a incorporação desse conceito na proposta de práticas antimanicomiais deve operar uma extrapolação, encontrando na acessibilidade um movimento a ser realizado tanto por usuários quanto por profissionais e serviços, compondo um espaço de negociação que envolva ativamente todos os compromissados com a relação de cuidado.

Regidos pela lógica da acessibilidade, profissionais de saúde mental podem se questionar, sobre a organização do trabalho, o quanto tem impactado na formulação da demanda. É a porosidade e a disposição do serviço para o acolhimento de todas as demandas referidas e construção de vínculos de cuidado, buscando transpor todos os impedimentos colocados no território – impedimentos por parte do próprio serviço, do próprio paciente ou do próprio território, independente de tipologias – que compõem esse movimento de acessibilidade. Trata-se do aspecto interno do modelo assistencial referente à organização cotidiana do trabalho e suas interfaces, cuja plasticidade, coerência e direcionamento político são capazes de não fazer auto-reprodução de demanda, nem adequação desta em termos de necessidade médica, mas, ao contrário, proporcionará espaço para elaboração de demanda e para transformação da oferta, para que profissionais de saúde e pacientes possam negociar e criar formas de cuidado, gerindo a acessibilidade. Nesse aspecto, ficam favorecidas a desconstrução das demandas impostas, demandas por internação, e a reconstrução de demandas espontâneas dirigidas a serviços de saúde mental.

Sendo “*reconhecido o fato de que a população sabe o que quer e escolhe o bem ou serviço que deseja adquirir*” (Pinheiro, 2001: 93) ao lado da tão repetida necessidade de trabalhar com reformulação da demanda, importa resgatar, em relação à saúde mental, um complicador particular.

Como se tem procurado demonstrar, os serviços psiquiátricos, historicamente, tiveram a função de exclusão e de manutenção da norma, respondendo a uma demanda da sociedade (Resende, 2001; Foucault, 2005). Aos asilos não eram dirigidas outras demandas, por isso dissemos que essas instituições realmente atendiam de forma satisfatória ao que lhe era requisitado, dialogando com a afirmação de Bezerra Júnior (2001) e afirmando que “*demandas coletivas de tratamento*” são construções sociais bastante recentes. Dissemos ainda que os asilos não selecionavam/excluam clientela.

Foram as primeiras propostas de reforma psiquiátrica, que propuseram serviços comunitários intermediários, que trouxeram a possibilidade de selecionar

demandas relacionado-as com diferentes ofertas pré-determinadas numa organização hierarquizada dos serviços. Era um momento em que a própria sociedade cobrava a oferta de serviços diferenciados.

Com as propostas da desinstitucionalização foi possível tratar não mais de serviços psiquiátricos, mas de serviços de saúde mental. E mais uma vez oferta-se algo novo, que deve antes chegar ao conhecimento da população, em seguida adquirir legitimidade e então a demanda seria formulada. Mas vale lembrar que, na perspectiva da desinstitucionalização também não deve haver espaço para a seleção/exclusão de demanda, como nas propostas de reforma anteriores.

Isso embasa nossa constatação de que, historicamente, é bem recente a possibilidade de criação de demanda por serviços de saúde mental, e mais recente ainda é a possibilidade da demanda ser vocalizada por aquele que sofre de doença mental, dado que seu reconhecimento enquanto cidadão é algo inédito. Estamos pressupondo que só em exercício de cidadania é possível tal vocalização.

Além disso, tendo em vista os preconceitos e estigmas que rondam a doença mental, é preciso ainda que se conquistem resultados de desinstitucionalização da loucura na dimensão sócio-cultural para tornar possível a formação da demanda espontânea sem que isso implique em submeter-se aos olhares desqualificantes do meio que o cerca. Importa atuar nessa dimensão para evitar repetir o paradoxo da libertação pineliana tal como nos revela Foucault (2005), cujo contraponto era o “*silêncio*” que tornava o louco um solitário prisioneiro de si mesmo.

E ainda, com vistas a essa formação, é preciso que o paciente tenha lugar reconhecido na relação de cuidado, tal como estabelece Basaglia: “*se a liberação do doente se efetua mediante a ação do psiquiatra e do staff hospitalar, o psiquiatra e o staff encontram sua liberação através do doente, o único a poder atribuir-lhes o papel que eles ainda não tiveram*” (2005a: 65).

Esses são desafios a serem enfrentados pela reforma psiquiátrica com vistas à transformação, à desconstrução/reconstrução da demanda – que ela seja verbalizada pelos pacientes e que seja direcionada aos serviços de saúde mental, que podem ser mais facilmente enfrentados com um trabalho organizado pela construção de acessibilidade.

Acreditar que esse desafio possa ser enfrentado é assumir que demanda “*se constrói cotidianamente, fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou*

país” (Pinheiro *et alli*, 2005: 12). Ressaltando, é assumir também que os processos de trabalho e as práticas de saúde respaldam e influenciam a formação de demanda, fazendo saltar a importância da acessibilidade dos serviços de saúde mental.

Ainda há outros complicadores específicos do campo da saúde mental: a demanda continua sendo vocalizada em sua maioria por familiares, e geralmente em momentos de crise; tem havido uma inflexão no sentido de elaborar a demanda pelo não internamento, mas ainda tem sido fortemente utilizado o tratamento medicamentoso principalmente por causa do estrangulamento dos serviços que não têm disposto de meios para acolhimento de crises e construção de relações de cuidado na perspectiva da integralidade (Costa, 2006; Saraceno, 2001). Sabemos também que tem sido privilegiada a construção de serviços alternativos ao hospital, mas que a oferta de ações de saúde mental não tem logrado alcançar uma lógica substitutiva. Que o trabalho da rede básica por vezes tem favorecido o estrangulamento dos CAPS, denunciado uma oferta incipiente e pouco resolutiva no que deveria funcionar como atenção primária e realizando grande número de encaminhamentos (Costa, 2006; Romanholi 2004a; 2004b). Como resultado desse quadro de demandas e ofertas, as tentativas de desenhar um modelo assistencial que se utilize da determinação de portas de entrada ou que não seja pautado pela construção de acessibilidade produz a impressão de que a população não sabe usar os serviços de saúde mental. Ou são os profissionais que não estão sabendo acolher?

Pela lógica da acessibilidade, devem ser favorecidas todas as formas de contato com os trabalhadores de saúde mental e devem ser consideradas legítimas todas as formas de expressão de demandas. O que se pode fazer para mudar o quadro de utilização dos serviços é ter uma escuta apropriada e a disposição para invenção de formas diferenciadas de acolhimento, criando ofertas mesmo que as mais fugazes e temporárias.

Costa aponta como parte dessa estratégia a atuação territorial, não esperando a crise chegar ao serviço: *“a desconstrução da demanda é também no sentido de que as pessoas possam dar outras respostas para o seu sofrimento (...) que não seja somente ir ao serviço, mas a outros espaços onde também possam circular a vontade. E para isso é preciso que o próprio serviço trabalhe na criação desses espaços”* (2006: 171).

Há ainda outras considerações. Pinheiro apresenta a percepção de que *“os elementos constitutivos da demanda encontram-se relacionados a visões distintas, mas coerentes entre saúde, doença e cura”* (2001: 78). É no desencontro entre as concepções e os problemas apresentados pelos pacientes e a percepção dos profissionais do que

seriam questões de saúde que estes realizam distinções entre o que seriam “*necessidades reais*”, que requerem “*soluções terapêuticas*” ou “*soluções sociais*”, entendendo ambas como excludentes. Cabe questionar, do lado da oferta, como esta pode ser organizada de forma a perceber e contemplar as demandas sem ter que classificá-las como necessidades.

Para que a população possa verbalizar demandas por serviços substitutivos antes é preciso que estes ganhem visibilidade e mostrem-se acessíveis. Existem alguns relatos de experiências de serviços substitutivos que lograram algum sucesso na dimensão sócio-cultural, possibilitando a criação de demanda para esses serviços, que tomaram como tarefa de fundamento a realização de momentos de debate e explicitação de propostas com a comunidade⁴². Por isso insistimos na necessidade de dar visibilidade ao projeto da reforma psiquiátrica e às propostas da política de saúde mental.

Quanto ao envolvimento de familiares e outras pessoas na entrada do paciente nos serviços, é preciso que se considere duas tarefas, duas demandas cujas respostas devem ser diferenciadas. Primeiramente em relação ao suporte aos parentes, amigos, vizinhos, é a possibilidade de trabalhar a proposta da desinstitucionalização na sua dimensão sócio-cultural, criando espaços para desconstrução dos preconceitos e medos em relação à loucura e inventando estratégias de trabalho conjunto no território⁴³, além de buscar o cuidado dessas pessoas também. E cabe a importante observação de Dell’Acqua e Mezzina: “*No que concerne às demandas de controle social (sempre ligadas à demanda de intervenção), a presença do serviço e a aderência imediata às situações de crise redimensionam a temida periculosidade do doente mental, permitindo ao sujeito outras modalidades de expressão e ao contexto social a compreensão – com a mediação do serviço – das suas instâncias*” (2005: 168).

E ainda, o contato com outros agentes do território abre para o serviço a possibilidade de atuar na dimensão técnico-assistencial por facilitar a tarefa de se constituir em rede com outros dispositivos, colocando-se como espaço público e respaldando a formação de outros. O acolhimento da comunidade é o primeiro passo na constituição de uma relação proveitosa onde esta pode atuar como recurso para a rede de saúde mental. Se o serviço tem dificuldades de ir ao território, então que ‘receba’ o

⁴² Ver Costa (2006) e Nicácio (1989).

⁴³ Enquanto espaço essencialmente coletivo e político, o campo da saúde mental agrega um amplo conjunto de atores, superando a idéia de intersetorialidade e multidisciplinaridade e ganhando a dimensão de território híbrido, abarcando todos os sujeitos, histórias e conflitos envolvidos.

território. Tudo isso implica em construção de acessibilidade, que terá influência direta na construção de demandas e ofertas.

Mas deve-se considerar ainda a parte mais importante na legitimação dessas propostas: o posicionamento do portador de transtorno mental. O que se tem observado na bibliografia consultada é o relato de experiências onde o paciente dos serviços de saúde mental apenas direciona demandas após sua imersão no sistema. Geralmente, sua entrada no sistema é determinada por uma crise e o paciente ou não tem condições de posicionar-se naquele momento ou é destituído dessa possibilidade. Eis aí um dos grandes desafios para a reforma psiquiátrica na lógica da desinstitucionalização, a segunda das tarefas mencionadas: a inserção do paciente enquanto sujeito na relação, autônomo, cidadão e legítimo representante de si, de seus próprios interesses, e de sua loucura.

É preciso, antes de mais nada, compreender a crise não de forma negativizada e desqualificante, mas “*colocar a crise no interior de uma série de nexos que são capazes de torná-la compreensível (não de explicá-la!), de dar um senso à crise e, enfim, de recuperar a relação entre as valências de saúde, os valores de vida e a própria crise*” (Dell’Acqua e Mezzina, 2005: 164). Dada a complexidade da crise, e, neste caso, estamos tratando a crise e a entrada do usuário na rede de serviços como momentos coincidentes, é preciso compreender que o primeiro contato – quando a acessibilidade é posta à prova, mesmo que deva ser um processo contínuo –, é determinante do vínculo de cuidado, pois desde então é possível iniciar o movimento de construção de saúde favorecendo a expressão da pessoa que sofre e/ou convocando-a a posicionar-se como interlocutor privilegiado do serviço de saúde mental.

Dito de outra forma, pensar saúde em termos de normatividade significa encontrar a construção da saúde mesmo em estado de adoecimento. Ou ainda, pensar em cuidado significa tratar a construção de saúde como momento que requer e que visa a autonomia dos envolvidos. Somente em exercício de autonomia é possível elaborar demanda, e os serviços de saúde mental devem compor um modelo assistencial voltado para o favorecimento desse exercício, fazendo a gestão de ofertas e demandas com vistas à acessibilidade.

Ressalta na acessibilidade seu potencial de resgate do aspecto político do cuidado em saúde mental, sendo imprescindível que para isso os dispositivos assistenciais se constituam enquanto espaço público. Como os conceitos de cuidado e de autonomia, a acessibilidade não pode ser traduzida em termos de modelo, mas é um atributo desejável para a realização da desinstitucionalização.

Quanto ao desafio de inserir o doente mental na relação de cuidado, exercendo sua autonomia e vocalizando suas demandas a partir de seu sofrimento, há ainda algumas considerações que podem lançar luz sobre o debate. Trata-se do que estamos considerando ‘conceito norteador’, qual, seja, o de integralidade. Norteador por oferecer um rumo na tarefa de resgate dos valores da proposta da reforma psiquiátrica, permitindo repensá-los em outros termos, mais próximos daqueles utilizados para pensar a saúde em geral. Norteador também por orientar a elaboração dos três conceitos auxiliares trabalhados, garantindo a coerência dessa tríplice composição.

Integralidade – conceito norteador da proposta da desinstitucionalização

É corrente entender integralidade como a característica do sistema de saúde que supera dicotomias possibilitando acesso a vários níveis de atenção, bem como a diferentes dispositivos e tecnologias assistenciais, com ações articuladas e contínuas tanto individuais quanto coletivas, tanto preventivas quanto curativas, e dispondo de um corpo multiprofissional (Costa, 1998; Brasil, 1990a). De fato, são características desejáveis.

Algumas considerações já feitas neste capítulo dão indicação do que seja integralidade: o reconhecimento do processo saúde/doença como um fenômeno complexo, superando ‘especialismos’ e hierarquias, e atuando de forma interdisciplinar; a compreensão da produção de saúde como um processo político, mediante o reconhecimento da autonomia do paciente e da implicação ética do profissional; a porosidade ao saber do paciente; a criação de vínculo, responsabilidade e continuidade; a interação com espaços exteriores ao serviço, podendo estes constituírem-se também em locais de cuidado e/ou espaços públicos; a ocupação de todos os pacientes e de toda demanda que lhe é referida; o entendimento da acessibilidade como um movimento realizado por usuários e profissionais e serviços, etc.

Parece-nos proveitoso tratar este conceito tal como nos propõe Mattos (2001b), que ressalta sua polissemia e assume o risco de vieses na escolha dos sentidos mais relevantes que podem ser atribuídos ao termo. Assim, o autor aborda os usos da noção de integralidade no que tange à “*boa medicina*”, à “*organização dos serviços e das práticas de saúde*” e às “*configurações de políticas específicas*”. Dos vários sentidos postos em evidência pelo autor, alguns serão aqui resgatados e re-apropriados na discussão das propostas da reforma psiquiátrica.

O primeiro deles refere-se à crítica à formação dos profissionais de saúde com ênfase nos especialismos biológicos, criando uma zona de nebulosidade em torno das questões psicológicas e sociais, pautando uma forma de lidar com o paciente que desqualifica a expressão de demandas não traduzíveis em termos médicos. De fato, esse sentido do termo alude a considerações já feitas. Além disso, por relacionar-se com a formação profissional, esse entendimento do que seja integralidade alude à premência de atuar na dimensão sócio-cultural da reforma psiquiátrica, sendo os meios de formação capazes de funcionar como intercessores (Yasui, 2006). Essa necessidade tem sido marcada nos relatórios das três Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) já ocorridas (Brasil/MS, 1998; Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994; Brasil/MS/CNS, 2002).

A integralidade ainda relaciona-se às elaborações do campo da saúde coletiva no que tange ao reconhecimento das práticas de saúde enquanto práticas sociais, que agenciam saberes que extrapolam a racionalidade médico-científica. Um dos desdobramentos de tais elaborações trouxe a convicção de que *“a transformação das políticas, dos serviços e das práticas de saúde parecia passar por outras coisas além da boa medicina”* (Mattos, 2001b: 47). Amarante é quem melhor resgata esse olhar no campo da saúde mental, trazendo a noção de *“processo social complexo”* que *“se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade”* (2003: 49). Esse autor nomeia quatro dimensões desse processo complexo que são desenvolvidas também em trabalhos de outros autores (Yasui, 2006, Costa-Rosa *et alli*, 2003): teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. A articulação dessas dimensões comporia o processo de desinstitucionalização.

Esse entendimento da saúde como processo social não deixa de ter desdobramentos no sentido de integralidade que alude à prática médica, trazendo uma recusa em responder apenas ao sofrimento manifesto pelo paciente. Tal recusa encontra eco nas propostas da reforma psiquiátrica quando é ressaltada a necessidade de olhar para além da doença.

No caso da medicina, o uso de conhecimentos que permitem antecipar-se ao adoecimento mesmo sem a demanda espontânea do paciente remete à prática da integralidade. No entanto, esse sentido sofre algumas alterações quando é pensado no campo da saúde mental. Buscar um diagnóstico precoce seria incorrer na repetição da Psiquiatria Preventiva que pautava-se no alargamento da esfera social e no

comportamentalismo para promover a idéia de prevenção primária num movimento fortemente normalizador. A única coisa que passava ao largo de tal procedimento era a possibilidade do agir humano. O ponto forte era a expropriação da alteridade e de formas de conhecimento não pautadas no modelo biomédico.

A antecipação ao sofrimento em saúde mental não encontra respaldo científico, mas reproduz uma lógica darwiniana, ignorante de reflexão ética ou política. Mesmo na área da saúde em geral, as práticas de prevenção, por não serem diretamente demandadas pelo paciente, requerem bastante prudência por incorrer em medicalização, uma vez que *“invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento”* (Mattos, 2001b: 49).

Mas continua sendo desejável no campo da saúde em geral, a articulação entre ações preventivas e assistenciais, sentido da integralidade cuja releitura diferenciada seria: articulação entre práticas demandadas espontaneamente e práticas não demandadas (Mattos, 2003). Essa releitura seria mais apropriada para discussão do cuidado em saúde mental. Nesse âmbito não tem feito sentido falar de ‘não demanda’ por ações de prevenção. Mas tem sentido falar em ausência de demanda do sujeito que sofre de transtorno mental. E esse foi apontado como grande desafio da desinstitucionalização da loucura.

Imaginemos uma situação na qual um serviço recebe um paciente, acompanhado de familiares, mas contrariado quanto à necessidade de tratamento. Qualquer profissional que o receba, desde o porteiro ao psiquiatra ou algum técnico, deverá prontamente se dedicar à recepção dessa pessoa e de seus acompanhantes, mas com um diferencial: deverá esforçar-se para que o possível paciente se perceba na posição de ‘principal interessado’, buscando compreender suas motivações, desejos e medos, acolhendo inclusive sua recusa por tratamento, mas negociando formas de cuidado. A partir disso, a construção de um vínculo permitirá que esse sujeito elabore demandas e adquira responsabilidades na relação de cuidado.

Por outro lado, há algo em relação ao qual cabe falar em prevenção: os tratamentos restritivos e coercitivos, que podem ocorrer via internação ou não. De fato, deve-se prevenir a demanda por esse tipo de serviço. É o esforço pela realização do cuidado numa relação de autonomia que permitirá a modificação de futuras demandas.

Ainda pode-se facilitar essa modificação quando convocamos o paciente a negociar formas de cuidado oferecendo algo que, não expresso em demanda, atenderia a necessidades outras – não preventivamente, mas no sentido de assegurar seu direito a formas diferenciadas de tratamento – como, por exemplo, trabalhando vínculos com

dispositivos não assistenciais que atuem na perspectiva do resgate da cidadania, ou mesmo propondo o acolhimento de uma crise em espaços diferentes do hospital.

Assim, pela prática da integralidade podemos preencher certo *gap* no entendimento da acessibilidade. Quando falamos em acessibilidade geralmente mantemos o olhar sobre as demandas elaboradas e os caminhos para atendê-las. Mas encontramos também uma dificuldade em trabalhar essa noção devido ao diferencial no campo da saúde mental quanto à não vocalização de demandas daquele que sofre. A prática da integralidade nos incita a buscar a formação de demanda através da consideração do sujeito autônomo e da oferta de cuidado com a abertura para a criação de estratégias de acessibilidade. “(...) *A construção social da demanda em saúde é um dos nexos constituintes da integralidade em saúde*” (Pinheiro e Mattos, 2005: 6).

Com isso, é preciso que os conhecimentos profissionais, as estratégias de trabalho e as propostas de tratamento sejam democratizadas, partilhadas entre estes e os pacientes, contando ainda com a participação dos conhecimentos e estratégias dos últimos (Mattos, 2004). Assim a integralidade também se aproxima de democratização e do reconhecimento da insuficiência de qualquer saber.

Essa democratização do saber não deve envolver apenas médicos e pacientes, mas também profissionais de formações distintas e outros atores do território. No âmbito dos serviços de saúde, trata-se do compartilhamento do trabalho e do conhecimento, da interseção entre distintos cargos e funções, da ‘horizontalização’ das relações da equipe. Nesse sentido, integralidade e transdisciplinariedade se encontram redefinindo processos de trabalho baseados numa divisão que fragmenta o cuidado e o paciente definindo competências estanques e à priori.

Bom, o fechamento desse conceito é simples: “(...) *integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito (...)*” (Mattos, 2001b: 62).

É de nossa responsabilidade esclarecer que os conceitos até aqui trabalhados – cuidado, autonomia, acessibilidade e integralidade – não têm sido correntes na literatura sobre a desinstitucionalização da loucura. Quando alguns deles têm sido usados, costuma ser de forma auto-referente, sem a explicitação de suas implicações, sem os elementos da retórica, o que acaba por esvaziar ou empobrecer os conceitos por trás dos termos (Barreto, 2005). Diante disso, esclarecemos a escolha desses conceitos como elementos de resgate da proposta da reforma psiquiátrica.

Quando propomos um ‘resgate’ estamos aludindo ao que Barreto aponta, ou seja, um certo esquecimento da necessidade de esclarecer o sentido do que se pretende valor desejável, caindo em mera repetição de um vocabulário esvaziado. Assim, utilizamos conceitos que acreditamos serem capazes de fazer o resgate dos valores.

Mas ainda falta responder à questão: por que não foram usados conceitos mais específicos da literatura sobre a reforma psiquiátrica? Por duas razões. Primeiro, imagine uma pessoa se afogando e pergunte-se: o resgate pode ser feito por outra pessoa em igual condição? Não. É preciso alguém que parta de outro lugar, e cuja alteridade seja exatamente sua condição de não afogado. Segunda razão: apesar de a proposta da reforma psiquiátrica brasileira contar com um arcabouço teórico-conceitual específico, aprofundado e extenso, temos nos preocupado em aproximá-lo das discussões sobre a saúde em geral. Não é desejável transformar o campo da saúde mental numa ilha. Até mesmo porque esta dissertação trata da política de saúde mental, cuja construção não é possível de ser pensada fora do contexto do Sistema Único de Saúde. Por isso, os mesmos conceitos que instrumentalizam o resgate, pretende-se que efetuem a ligação da saúde mental com o continente da saúde.

Para concluir esse capítulo lançando luzes sobre o próximo, resgatamos a declaração de que “*O trabalho de desinstitucionalização também é lei que não se completa com a aprovação da reforma e, sim, prossegue com sua implantação*” (Rotelli *et alli*, 2001: 48). Dessa afirmação decorre o fato de a reforma ser um processo, ser uma imagem objetivo. O que há de mais potente na reforma psiquiátrica é a constante revisão e atualização de seus valores, transformando-a sempre em algo *por vir*. Que seja desinstitucionalizante, sempre. Isso nos permite uma constatação e um julgamento de valor.

A primeira é que, por permanecer sendo um processo, a reforma psiquiátrica não pode ser confundida com a política oficial de saúde mental, como tem sido consensualmente afirmado nos meios acadêmicos. Não apenas porque essa atual política pode estar sendo norteadada por este ou aquele arcabouço teórico e ideológico, em conformidade ou não com as premissas do movimento da reforma psiquiátrica. Mas porque a política de saúde mental, a despeito de ser pautada em debates e consensos, na medida em que é formulada num sistema de saúde que assume sua organização intergovernamental⁴⁴ e descentralizada⁴⁵, precisa visar inclusive sua universalização,

⁴⁴ Por ser o Brasil uma República Federativa.

⁴⁵ Mais adiante será melhor trabalhada a noção de descentralização, que pode assumir diferentes características e ser facilitadora de diferentes situações.

dispondo, para isso de instrumentos não apenas propositivos, mas também, e certamente, normativos.

Por isso julgamos que o fato de as propostas da reforma psiquiátrica e as formulações da política de saúde mental não serem confundíveis não é um equívoco, é, na verdade, desejável. Importa que esses dois movimentos dialoguem entre si, sem jamais se confundir, a fim de alimentar, tensionar e atualizar o processo político.

CAPÍTULO 3. Reconhecendo e explorando o caminho

A inflexão que permitiu ao movimento da reforma psiquiátrica adotar o lema *por uma sociedade sem manicômios* aconteceu em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional do MTSM. Anterior a esse marco, acontecimento importante foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em junho.

Como relatado no capítulo primeiro, a I CNSM aconteceu num clima de embate. A VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, havia conquistado incorporar ao Relatório Final as idéias do movimento da reforma sanitária, conquistando inclusive a formação de uma comissão que subsidiaria as discussões da Assembléia Constituinte. Isso dava respaldo para que o MTSM cobrasse a realização da I CNSM, cujas resistências vinham da própria direção da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do MS.

Ainda assim a I CNSM representou dois ganhos importantes. O primeiro foi fazer valer no Relatório Final as influências do MTSM⁴⁶, e o segundo foi proporcionar que, num encontro paralelo, fosse agendado o II Congresso Nacional do MTSM. Este capítulo iniciará com uma leitura da primeira conquista.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental

Até a guinada teórica e política do movimento da reforma psiquiátrica, o que inspirava a mudança da assistência brasileira era a influência da psiquiatria preventiva. Ilustra isso o já referido documento *Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República* datado de 1985 e anexado ao Relatório Final da I CNSM (Brasil/MS, 1988). No entanto, esse relatório apresenta outro caráter, desenvolvendo propostas de um modelo assistencial informado pela lógica da desinstitucionalização.

Apresentando três temas coerentes com o momento histórico – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e Cidadania e doença mental: direitos,

⁴⁶ Segundo Amarante, em 1985, em Vitória, ocorreu o primeiro Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, cujos participantes, em sua maioria, tinham ligação com o MTSM. Resultou deste encontro a Carta de Vitória, que “*viria influenciar decisivamente os relatórios da I Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro e da I Conferência Nacional de Saúde Mental*” (1997: 169).

deveres e legislação do doente mental – logo na apresentação, é possível ler que “*As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores*” (Brasil/MS, 1988: 9). Sem discordar do caráter propulsor, esta citação com referência a aparentes contradições⁴⁷ apenas ilustra o clima que cercava este evento.

Na primeira temática, o texto está em clara consonância com o conteúdo do Relatório Final da VIII CNS (Brasil/MS, 1986). Resgatando a formação capitalista no Brasil, suas imposições na organização urbana, nas condições de trabalho, e nas formas do Estado se relacionar com as demandas da sociedade, afirma a precariedade das condições de vida e destaca a necessária ampliação do conceito de saúde, convocando o Estado como responsável pelo desenvolvimento de políticas sociais, e em sintonia com a reforma sanitária. O Relatório apresenta a compreensão de que “*o setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira*” (Brasil/MS, 1988: 12) e alerta para o perigoso papel dos trabalhadores de saúde mental como instrumentos de dominação, convocando-os à “*concepção revolucionária*” da saúde.

A temática II, “*reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental*”, inicia apresentando princípios gerais com vistas à melhoria das condições de vida, a viabilização de recursos financeiros e a garantia de espaços de participação efetiva nos vários momentos de implantação da reforma sanitária. Levanta a necessidade de “*criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação (...) na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular*” (Brasil/MS, 1988: 15).

Em seguida, são formulados princípios básicos, que confirmam a eleição do SUS como “*gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência*”, e a “*meta de estatização*” da saúde (Brasil/MS, 1988: 16). Apenas a menção aos mecanismos de referência e contra-referência é ponto de exclusividade em relação ao Relatório da VIII CNS.

Sobre a “*reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços*”, são discutidos aspectos do modelo gerencial,

⁴⁷ Contradições e dissensos são características ainda marcantes, e foram recentemente declaradas no ano de 2004 pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa na apresentação da publicação da legislação da área, quando, afirmando que o “*escorço teórico*” da Política de Saúde Mental apresenta uma evolução definitiva, em seguida admite: “*É dever de honestidade conceitual e política reconhecer que esse consenso político ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece dependendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar*” (Brasil/MS/Secretaria Executiva/Secretaria de Atenção à Saúde, 2004: 7).

deliberando sobre a formação de Conselhos de Saúde nos diversos níveis, comissão de usuários para acompanhamento de questões administrativas, democratização das instituições e unidades de saúde, garantia de transparência e, por fim, garantias sobre qualidade e quantidade de substâncias psicotrópicas.

Sobre o modelo assistencial, aponta-se a reversão da tendência "*hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica*", redução progressiva dos leitos existentes em hospitais psiquiátricos⁴⁸, regulação das unidades de internação psiquiátrica, implementação de programa de recuperação da população internada cronicada, implantação de recursos alternativos aos asilares, descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatórios da rede pública, implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais, revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, e – a despeito do alerta quanto ao preventivismo – "*promoção da saúde mental*" através de integração com outros programas de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil. Por fim, a segunda temática ainda apresenta deliberações sobre a política de recursos humanos.

O terceiro tema, "*cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*", apresenta a necessidade do resgate da "*cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental*" (Brasil/MS, 1988: 21), intimando à revisão da legislatura vigente, e faz diversas recomendações à Constituinte. O Relatório ainda traz contribuições no sentido de uma reformulação das legislações específicas, atentando para aspectos da legislação civil, da legislação penal, da legislação trabalhista e da legislação sanitária e psiquiátrica, com adendo sobre a questão específica da criança e do adolescente.

Fazendo um balanço da Conferência, Costa-Rosa *et alli*, declaram que "*parece justo esperar por tratar-se da I CNSM, uma ênfase em proposições na esfera político-ideológica e no âmbito jurídico. Pode-se notar claramente, agora, como ali se tratava de produzir bases para as propostas e experiências práticas que viriam, na seqüência, exercitar outras lógicas contrárias à asilar*" (2001: 16).

⁴⁸ "2.2. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.

2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais" (Brasil/MS, 1988: 18). O conteúdo desses pontos compõe os artigos 1º e 2º do texto original do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, com outra redação.

Por outro lado, Rotelli e Amarante apontam que “*os movimentos de oposição à Política Nacional de Saúde Mental redirecionaram essa Conferência, rejeitando e modificando a estrutura e os encaminhamentos pré-estabelecidos pela Divisão Nacional de Saúde Mental com o apoio da Associação Brasileira de Psiquiatria, conseguindo incluir nas resoluções praticamente todas as suas propostas. No entanto, o fato de ser possível “escrever” a Política Nacional de Saúde Mental não significou a implantação prática dessa política que, como se usa dizer, “jamais saiu do papel”*” (1992: 49).

De fato, foram feitas propostas muito variadas, algumas muito abrangentes outras mais específicas. Mas grande parte delas requer uma política de Estado ativa, forte e direcionada para redistribuição de renda e aumento da qualidade de vida da população em vários aspectos. Poucas dessas propostas caberiam apenas a uma Coordenação Nacional de Saúde Mental, que nesse momento ainda nem existia. Tratava-se ainda da DINSAM, que já se mostrava previamente ‘indisposta’ ao projeto da reforma psiquiátrica. Apenas em 1991, com a criação de uma coordenação da área, já em processo de implementação do SUS, é que seria possível concretizar algumas propostas. Veremos, no decorrer desse estudo, quais foram concretizadas com brevidade, quais necessitaram de maturação e quais realmente não saíram do papel.

De qualquer forma, este Relatório é componente do fortalecimento discursivo e argumentativo em prol da reforma psiquiátrica, e o mérito deve ser concedido. A I CNSM foi o marco da legitimidade do movimento pela reforma, momento de construção de consensos e, principalmente, do exercício da democracia. O arranjo do SUS contaria, e conta, com o aprendizado dos gestores no lidar com espaços de discussão e negociação. Além disso, consentâneo a esse evento, foi agendado o II Encontro Nacional do MTSM. Desde então, apontava-se a necessidade da ruptura que seria operada cinco meses depois.

Em dezembro de 1987 o lema da *sociedade sem manicômios* marcou também a inflexão do MTSM e o nascimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), portador da peculiaridade “*de existir como um movimento, sem se tornar uma instituição*” (Yasui, 2006: 37), e foi instituído o dia 18 de maio como dia nacional da luta antimanicomial. Data comemorada até os dias de hoje em vários pontos do país.

Anterior a esses eventos, em março de 1987 foi criado o primeiro CAPS, que viria marcar toda a história da política de saúde mental brasileira.

O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, buscava constituir-se diferencialmente, como “*espaços intermediários entre a hospitalização com seus riscos de cronificação e segregação e o pleno exercício da cidadania*”, optando por “*atender a uma parcela de usuários dos serviços de saúde mental que apresentam graves distúrbios psíquicos com dificuldades de relacionamento e inserção social, que demandavam um tratamento intensivo e diversificado, e que não encontravam, por diversos motivos, uma adequada assistência nos equipamentos de saúde mental da rede pública*” (Yasui, 1989: 52).

Por sua inserção e por sua autodenominação enquanto serviço intermediário, o CAPS não prescindia de uma rede de serviços hierarquizada por níveis de complexidade. Utilizando-se disso, permitia-se fazer triagem dos usuários: “*(...) elegemos uma parcela de usuários que (...) têm na hospitalização oferta exclusiva e compulsória de “tratamento” (...)*” (Yasui, 1989: 53). Apesar disso, o CAPS buscava dar conta de todas as demandas a ele dirigidas, num esforço de prescindir do manicômio real e simbólico.

Esses primeiros acontecimentos inovadores na área da saúde mental desde a Nova República davam-se em contexto de redemocratização. Desde o começo de 1987 trabalhava a Assembléia Constituinte. Eram momentos eufóricos com a abertura de possibilidade de atuações políticas e ainda momento de conflito em torno das definições legais para o setor saúde.

Além disso, essa década foi marcada por alguns esforços, também na linha da redemocratização, de interação entre níveis de governo, já apontando na direção da reformulação do Estado e de suas relações com a sociedade e com outras instâncias de governo. Segundo Baptista, “*o ideal da reforma sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão do modus operandi do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente como cidadão da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática*” (2003: 146). Fato importante nesse novo ambiente político foram as eleições diretas para governador em 1982, que colocaram neste cargo vários personagens de oposição ao regime militar. Algumas prefeituras e estados puderam operar estratégias reformuladoras da saúde, e é nesse clima que foi possível a implantação do CAPS.

O capítulo da saúde na Constituição consagrada em 1988 foi fruto de um consenso que sofreu as conseqüências do pacto⁴⁹ da Aliança Democrática, traçado ainda durante a ocupação de pastas ministeriais desde 1985. Foi aprovado um projeto voltado para a Seguridade Social, buscando uma composição integrada das políticas e ações de saúde, previdência e assistência. Baptista esclarece que “*a proposta da Seguridade foi encaminhada e aprovada no texto constitucional, não garantindo, entretanto, uma base de financiamento sólida para a saúde, ou a explicitação dos mecanismos para a viabilização da descentralização e unificação do sistema, mesmo regras mínimas para a participação da iniciativa privada, dentre outras; remetendo essas e outras questões para uma decisão posterior, numa nova lei, num novo cenário político*” (2003: 153).

O importante desta análise é que ela nos oferece uma compreensão do quanto os anos de 1990 teriam de desafios para enfrentar no que concerne à implementação do SUS. De fato, a construção da Lei Orgânica ainda seria bastante conflituosa. Mas nesse momento, comemorava-se a *Constituição Cidadã*, que resgatava a participação política e outros direitos de cidadania, entre os quais, a saúde como “*direito de todos e dever de Estado*”, num sistema de saúde cujas diretrizes são a descentralização, atenção integral e participação da comunidade.

Com a promulgação da Constituição, as atenções se voltaram para as campanhas das eleições presidenciais em 1989. Mas na área da saúde mental, dois grandes acontecimentos ainda teriam vez.

A cidade de Santos, em São Paulo, é sede de intervenção e conseqüente fechamento do único hospital psiquiátrico da região, que era privado conveniado do INAMPS. O resultado foi a construção da primeira rede de saúde mental no Brasil que rompeu com a lógica hierárquica herdada do modelo da psiquiatria comunitária e conseguiu conferir materialidade à influência da proposta basagliana.

Foram construídos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), na perspectiva de operar como serviços “*fortes*” (Dell’Acqua e Mezzina, 2005), que pudessem se responsabilizar, 24 horas por dia, todos os dias da semana, por todas as necessidades e demandas postas no território, através de cuidados assistenciais – dispondo inclusive de leitos – e também de qualquer outra forma de cuidado possível, desejável e passível de ser criada, negando a internação e propondo hospitalidade. Só não eram admitidas as internações. As freqüentes denominações de ‘ações

⁴⁹ Entre os grupos conservadores e progressistas, houve uma divisão de responsabilidades, ficando as pastas ligadas à área econômica com os primeiros, e as pastas ligadas à área social com os segundos. E mesmo entre os reformistas da saúde haviam projetos diferenciados. Ver Baptista (2003).

ambulatoriais’ e ‘de emergência’, ‘continuidade’ e ‘atendimento à crise’ perdem o sentido na perspectiva da “*responsabilização*”, que “*implica então duas questões iniciais: a não separação entre prevenção, tratamento e reabilitação como instâncias separadas e o atendimento à crise*” (Nicácio, 1989: não paginado).

A idéia de trabalhar no e com o território foi levada a cabo no momento em que foram efetivados espaços públicos de interação com a comunidade – o Projeto Tam-Tam com atividades culturais, o Centro de Valorização da Criança e as Cooperativas Sociais – bem como ações de saúde mental onde elas fossem requisitadas – em casa, no trabalho, na rua, etc. Também o serviço se coloca como referência quando dispõe de seus leitos mesmo que fora de crise, mas em situações também complexas, como quando uma paciente se sente amedrontada com o marido que bebe, ou quando nos finais de semana funciona como ponto de encontro e enfrentamento da solidão.

Segundo Nicácio, “*O trabalho inicial de implantação foi o de revelar a esta região, através de vídeos, o significado social do manicômio e de uma instituição aberta; foi o de abrir o debate (...)*” (1989: não paginado). Foram privilegiadas diversas formas de contato com a comunidade, como por exemplo, visita de crianças da creche ao NAPS. A atuação no território e a tomada de responsabilidade têm como condição a flexibilidade, a “*capacidade de manter e produzir a porta aberta*” (Nicácio, 1989: não paginado), ou nas palavras de Capistrano, “*mais fazejamento, menos planejamento*” (Dallari *et alli*, 1992: 35).

Essa é considerada a primeira experiência substitutiva no Brasil, sendo contraposta à do CAPS exatamente por esse aspecto. Amarante (1997) compreende o CAPS como serviço alternativo intermediário por posicionar-se entre o hospital e a comunidade na passagem do paciente pelo circuito de assistência, e por situar-se na estratégia de transformação de um modelo hospitalocêntrico em um modelo preventivo-comunitário. Além disso, o mesmo autor marca que “*o CAPS seria um serviço sanitário sensu strictu, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico-psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais*” (1997: 172).

Apesar das críticas à formatação de modelos de cuidado em saúde mental, o NAPS funcionaria como norteador da dimensão técnico-assistencial para o movimento da reforma psiquiátrica. Além disso, colocar um serviço substitutivo em prática reforçava a exequibilidade do Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89, apresentado à Câmara dos Deputados em setembro, pelo Deputado Paulo Delgado.

Os dois primeiros artigos do PL vislumbravam o que já havia sido proposto na I CNSM, ou seja, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a construção de dispositivos de cuidado possibilitando a extinção dos leitos psiquiátricos existentes, responsabilizando estados e municípios nesse processo, atento à diretriz da descentralização. Seu ponto de contato com a participação e o controle social – outra diretriz posta na Constituição – estava na determinação de que se criassem nas Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Estaduais de Reforma Psiquiátrica, com ampla representação, e com a função de acompanhar os processos regionais de desospitalização.

Também contemplava parte das reivindicações por revisão da legislação e por garantia de cidadania o artigo terceiro, que convoca atuação da defensoria pública em caso de internação compulsória, entendida como “*aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde*” (Delgado, 1989). Ou seja, considerando que a internação involuntária opera uma interdição civil, cumpre que seja legalizada por uma autoridade judiciária.

Sem muitos ruídos, o projeto foi aprovado na Câmara em dezembro de 1990, já tendo Fernando Collor como Presidente do Brasil e a Lei Orgânica da Saúde aprovada.

Sobre o desafiador SUS – a questão da descentralização

As discussões proteladas quando da elaboração da Constituição foram retomadas ainda em 1989, numa proposta de redação para a Lei Orgânica, contemplando questões que geravam conflitos exatamente por serem pontos cruciais para a construção do SUS: “1) a unificação e integração do sistema; 2) a descentralização político-administrativa e o comando único; 3) o financiamento do setor saúde e a transferência de recursos; 4) a participação popular; e 5) a regulação do setor privado” (Baptista, 2003: 160-1). Mas a forte condução da saúde pelo poder executivo, pela Presidência, resultou em perdas, ou melhor, em vetos, dos quais apenas dois foram retomados, sem, no entanto, satisfazer as propostas originais, a saber: a participação popular e as regras para a transferência de recursos para os níveis subnacionais. O formato dessas transferências seria regulamentado em portarias das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que, ademais, operam a descentralização em relação à prestação dos serviços de saúde, com atribuição de funções e

responsabilidades. Em suma, com algumas perdas, foram aprovadas as leis da saúde: nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Mais que entrar nos meandros dessas implementações, importa fazer algumas considerações.

Na verdade, o projeto da reforma sanitária e o desenho do SUS compõem uma espécie de nado contra a corrente. Correnteza da onda internacional neoliberal que foi seguida pelo Governo Fernando Collor e materializada em políticas de ajuste econômico que, na área da saúde, levaram à configuração de um Estado regulador, ou Estado gerente, pouco político no sentido de mediar interesses de ordem social de forma democrática e muito disposto ao corte de gastos onde já se apontava sua insuficiência.

A proposta do SUS de ser uma política de saúde universal e única num país federativo, com três níveis de governo e descentralizado, marcado por fortes disparidades regionais é quase um disparate. Também a idéia de uma política de saúde mental adequada a esse conjunto e voltada para a lógica da desinsitucionalização, que requer autonomia dos trabalhadores e gestores com vistas a atuação nas quatro dimensões da reforma psiquiátrica, e para isso conta com a formação de sistemas de saúde locais, descentralizados politicamente, desconcentrados administrativamente, acentua o disparate. E permite uma evidência: o andamento da política de saúde mental requer o bom andamento do SUS.

Pois então, quais são as dificuldades? A proposta do SUS, como já apontado, nada contra a corrente neoliberal e busca a formação de política protetoras, típicas do Estado de Bem Estar Social ou do *Welfare State*, políticas já implementadas e já questionadas/revistas em espaço europeu e efetuadas no Brasil de forma conservadora desde a década de 1930, com alguma tendência à expansão no pós-64. Poderia ser dito que o Brasil nem se enquadra nessa configuração típica, mas assume-se que há distintos padrões de Estado Protetor (Aureliano e Draibe, 1989)⁵⁰, e o projeto do SUS tensiona o padrão mais progressista: pautado na meta da estatização, radicalmente inclusivo, disposto à redistribuição, à equidade e à diminuição das desigualdades sociais, generoso na oferta de ações e serviços de saúde, buscando a conformação de níveis gestores com

⁵⁰ Essas autoras apontam para o precário desenvolvimento, no âmbito acadêmico brasileiro, das noções de *Welfare State*, Estado Protetor e Estado de Bem Estar, mas não apresentam distinções conceituais. Por outro lado, afirmam trabalhar com uma concepção de “*Welfare*” enquanto “*uma transformação nas relações entre o Estado e a economia, que se manifesta em modificações na própria estrutura do Estado e na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados, de educação, saúde, integração de renda, assistência social e habitação popular*” (1989: 139).

autonomia política e capacidade decisória, incorporando a participação popular e a transparência, sempre com vistas ao exercício democrático.

Para viabilizar tantas pretensões, uma das estratégias mais importantes, apontada pelo movimento da reforma sanitária, é a descentralização política e administrativa. A descentralização foi diretriz posta na Constituição, junto à participação social e à integralidade, mas as formas como se efetuaría não foram explicitadas nem nessa Carta nem nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e o que deveria ser política de Estado passou a ser delineado como política de Governo.

Boa ou má ventura, essa diretriz do SUS é a única que não vai de encontro à correnteza, e tem sido defendida como estratégia de retirada do Estado nas atribuições relativas a questões sociais no contexto neoliberal, tendência internacional que ganha força por volta dos anos de 1980. Para Abrúcio, a importância de uma definição mínima para descentralização reside exatamente em não confundi-la com o *“receituário neoliberal da década de 80”*, para o qual este conceito *“significava o repasse de funções para governos locais sem garantir a autonomia e o financiamento, a desconcentração de atribuições da administração central para agências e, dentro destas, da cúpula para os gerentes, e ainda a privatização de empresas públicas. Essas ações buscavam diminuir custos e melhorar o desempenho da gestão pública, só que propositadamente negligenciavam o cerne de qualquer processo descentralizador: a democratização do Estado”* (2004: 4).

Sob outra perspectiva, comparando a proposta brasileira do SUS e o debate internacional na área das políticas de saúde, Mattos (2001a) assinala que em ambos os casos o que há em comum são as diretrizes da descentralização e da participação social. Com isso, o autor levanta a diretriz da integralidade como marca diferencial da política de saúde no Brasil. Já apontamos que, numa dimensão micropolítica, integralidade e democracia são companheiras que se retro-alimentam.

Exatamente por servir a propósitos diferenciados, é preciso apresentar as diversas nuances da descentralização, diretriz que vincula-se a transformações na organização do Estado e nas relações deste com a sociedade. Abrúcio propõe uma definição: *“um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da conquista ou transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais, os quais adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores (1), para comandar diretamente sua administração (2), para elaborar uma legislação referente às competências que lhes cabem (3) e, por fim, para cuidar de sua estrutura tributária e financeira (4)”* (2004: 3), sendo que diferentes combinações e

ênfases podem ser atribuídas a cada um desses quatro aspectos, que também podem singularizar-se em cada política setorial.

Segundo experiências internacionais, o crescimento e a complexificação dos sistemas de proteção social resulta em dilemas de eficiência e democratização, e a descentralização tem sido a alternativa adotada em relação a um padrão de intervenção estatal centralizador. No entanto, devemos nos resguardar de comum confusão: o sucesso está na reformulação do papel do Estado, e não em sua retirada ou no esvaziamento de suas funções.

A crença na descentralização como alternativa positiva baseia-se em alguns pressupostos. Primeiro, acredita-se que a maior proximidade entre governos e cidadãos facilitaria o controle destes sobre os primeiros, num processo de responsabilização democrática. Depois, aproximando formuladores e implementadores de políticas entre si, e estes dos cidadãos, seriam facilitadas as informações e as avaliações necessárias para uma gestão eficiente e efetiva. E também as políticas seriam menos uniformizadas e, mediante maior autonomia decisória, constrói-se um ambiente propício à criação de políticas singulares, mais adequadas às especificidades loco-regionais.

No entanto, Abrúcio aponta que a descentralização não está isenta de aspectos negativos, os quais devem ser encarados como desafios. O primeiro refere-se à solidez do pacto nacional, a fim de impedir a fragmentação excessiva do Estado, e em seguida cumpre evitar o crescimento de desigualdades regionais através de políticas preferencialmente redistributivas, ou compensatórias. Para responder esses desafios, importa a capacidade do Governo Central de atuar na coordenação desse processo. Ainda é preciso haver instrumentos de cooperação e coordenação entre os níveis de governo para evitar que o nível central faça a gestão de incertezas como meio de manter sua autoridade, ou que os níveis subnacionais atuem de forma irresponsável ou predatória. Também o repasse de funções antes centralizadas, quando não são acompanhadas da construção de boas estruturas administrativas subnacionais, resulta em perda de efetividade e desmoralização do processo.

Por fim, conclui-se que a relação entre descentralização e democracia não é linear, cabendo um esforço político e institucional no sentido de caminhar para esse vínculo virtuoso. Parte desse esforço consiste no aprimoramento de instrumentos e espaços dedicados às relações intergovernamentais, principalmente em função do papel necessariamente coordenador do nível central. No Brasil, esse esforço deve ser de monta considerável dado tratar-se de uma Federação ainda peculiar: os municípios também são entes federativos. Importa lembrar que nessa organização, a existência de

um Governo Central não significa uma organização piramidal do poder, ou seja, os níveis compartilham da soberania nacional numa organização matricial.

Nesse contexto, propostas de políticas nacionais, como a do SUS e a de saúde mental, requerem um forte papel coordenador no nível central e uma expressiva adesão dos demais entes federativos, o que depende de espaços de compartilhamento da política bastante amadurecidos e com alta legitimidade. O Governo Central deve estar apto a desenvolver estratégias solidárias a fim de incentivar e fortalecer a descentralização, arbitrar conflitos e articular interesses da forma mais democrática possível.

Nessa história recente do Brasil, o arranjo da nova organização estatal iniciada em 1982 foi marcadamente estadualista até início dos anos 90, assumindo posteriormente um movimento municipalista. De qualquer forma, diversos autores apontam que em ambos os momentos vigorou um ímpeto “atomista”, ou seja, municípios e estados pretensamente auto-suficientes e não cooperativos (Abrucio, 2004; Baptista, 2003). A esse respeito, a implementação do SUS procurou promover espaços para dar conta desse problema, através de instâncias de negociação variadas.

Mas essas elucidações visam esclarecer também outros pontos.

Primeiramente, o porquê de havermos afirmado que as propostas do SUS e da saúde mental são pretensiosas. Ambas necessitam de todos aqueles pontos positivos atribuídos à descentralização e do amadurecimento das relações intergovernamentais com o propósito de contornar a fragmentação institucional da saúde tanto em seu plano horizontal quanto em seu plano vertical e construir um sistema único e equânime ao mesmo tempo, mantendo seu aspecto de sistema nacional. Além do necessário resgate da legitimidade do nível central, que havia sido perdida após anos de autoritarismo, centralização ineficiente e pouca racionalidade.

O Governo Central ainda teria pela frente o desafio de aprender a ser gestor coordenador, partilhando o processo decisório, reconhecendo a medida certa de sua atuação, **elaborando políticas amplas o suficiente para serem apropriadas pelos níveis subnacionais com espaço de singularização na implementação, mas fortemente delimitadas para não perder a direcionalidade de seus projetos.** “A descentralização envolve um projeto nacional e vários processos ou rodadas de negociação. (...) é fundamental estabelecer uma estratégia nacional que oriente, minimamente, o processo descentralizador” (Abrucio, 2004: 14). Os níveis locais teriam o desafio de aprender a ser gestores formuladores e implementadores de políticas, atentos às necessidades e dispostos ao diálogo político com seus cidadãos.

Nesse aspecto, os movimentos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica já tinham posicionamentos mais ou menos traçados.

De fato, o primeiro movimento esteve mais próximo da defesa da municipalização. Dallari, num artigo datado de 1988 e repleto de indicações à Constituinte, é porta-voz dessa defesa, e afirma: *“Considerando especialmente a essencialidade da participação popular para a compreensão do direito à saúde e aproveitando a organização federativa do estado brasileiro, a municipalização dos serviços de saúde responde idealmente à necessidade de garantia do direito à saúde. Com efeito, apenas a comunidade é capaz de definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade e o da igualdade que, interagindo com seu nível de desenvolvimento, fundamentam seu direito à saúde”* (1988: 60).

Essa autora enfatiza o fato de o município ter *“personalidade jurídica pública para responsabilizar-se”* (1988: 60) e indica o caminho para uma não-atomização, qual seja, a compatibilização dos planos municipais com os planos estaduais e nacional de saúde, sendo o último de caráter norteador dos demais e sabendo que *“a base do sistema de saúde será municipal e que os estados, assim como a União, deverão colaborar tanto na fase de planejamento quanto na execução dos serviços previstos, sempre que necessário”* (1988: 61). A autora não esquece da importância de fortalecer os meios de exercício e a efetividade do controle popular sobre o município.

Coerentemente, o Relatório Final da VIII CNS assume a necessidade de *“fortalecimento do papel do município”* (Brasil/MS, 1986: 10). Em acordo, na lei 8.080/90, lê-se a *“ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”* (Brasil, 1990a), com respaldo da lei 8.142/90 que determina no artigo terceiro que *“os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal (...)”* (Brasil, 1990b). Ou seja, mune os municípios de condições de assumir atribuições com o repasse automático. No entanto, veremos adiante que esse artigo encontra alguma resistência em ser aplicado. Apesar da ênfase no município, ressaltam-se a atribuição de funções aos três níveis gestores e o papel articulador do nível estadual.

Por sua vez, no Relatório Final da I CNSM, a indicação de uma Comissão de Saúde Mental para participar na definição da política de saúde em geral e especialmente de saúde mental é atribuída ao âmbito estadual. **Talvez conte para adoção dessa postura, o fato de o modelo de assistência psiquiátrica, aquele que se buscava reverter, estar sustentado em grandes macro-hospitais cuja área de abrangência, em muito locais, era estadual. Por outro lado, o desenvolvimento ideológico da**

reforma psiquiátrica insistia em apontar para a lógica territorial como orientadora das ações de saúde mental, marcando a insuficiência de um recorte geográfico-administrativo.

Ainda sobre a I CNSM, um dos itens dos princípios básicos merece ser transcrito na íntegra: “9. A normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária. As ações no âmbito da saúde devem ser decididas ao nível da comunidade local” (Brasil/MS, 1988: 17). A coordenação em nível federal da descentralização é apontada com forma de garantir a democracia nas instâncias descentralizadas.

Como veremos mais adiante, **enquanto para o SUS defendia-se a municipalização como caminho, a opção do movimento de reforma psiquiátrica em adotar a lógica do território e marcar mais enfaticamente a atuação dos demais níveis, levou a um primeiro diferencial entre as duas políticas a partir de 1991.**

De qualquer forma, o direcionamento e os avanços do SUS, em especial do processo de descentralização⁵¹, de certa forma estabelece limites para os avanços da política de saúde mental. Desviam desenvolve um esforço necessário de análise das “*dificuldades e erros da reforma psiquiátrica*” em relação aos formatos dos sistemas de saúde de vários países, e conclui que “*o atendimento comunitário exige um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo – o que se tem denominado de Sistema Nacional de Saúde. (...) Ficam para trás os sistemas de beneficência pública, resíduo obsoleto nas sociedades avançadas, próprio do atendimento custodial, dos leprosários, dos asilos para tuberculosos e dos manicômios*” (1999: 24). O autor aponta que, além da proposta de reforma psiquiátrica em relação ao manicômio – humanizá-lo ou superá-lo, as características do sistema de saúde são fator igualmente importante na diferenciação dos vários movimentos de reforma entre si.

Para nosso trabalho, sua contribuição importante é no sentido de reforçar a necessidade de lançar olhar sobre aspectos que extrapolam a política de saúde mental estritamente. No entanto, não estamos propondo um estudo da implementação do SUS,

⁵¹ Há uma opinião corrente, de que a história da construção do SUS tem sido a história do avanço da descentralização, permitindo extrapolar e afirmar serem estes dois um movimento uno. O contraponto está na constatação de uma preocupação cada vez maior com a concretização das outras diretrizes – participação popular e integralidade. A descentralização ganha destaque porque, de certa forma, abre caminho para a efetivação das outras diretrizes, e por estar relacionada ao processo maior de reforma do Estado, processo este priorizado no decorrer dos anos 1990.

mas de alguns de seus efeitos sobre a política de saúde mental, que ainda apresenta certa peculiaridade: a questão da hegemonia da proposta da desinstitucionalização.

Diferente do debate sobre o sistema de saúde, onde não há dúvida, desde os anos de 1970, sobre a necessidade de reformá-lo, de aprimorar um modelo assistencial com atenção primária ampla e resolutiva, de buscar uma atuação interprofissional no âmbito dos serviços, etc., no campo da saúde mental, até a proposta mais tímida de mera desospitalização não é política e tecnicamente hegemônica. Prova disso é a atualidade dos debates postos principalmente nas circulares das instituições médicas, onde critica-se a redução de leitos psiquiátricos que vem ocorrendo desde inícios dos anos de 1990⁵², qualificando-a como desassistência e desconsiderando a validade dos outros dispositivos assistenciais (CREMERJ, 2006a; 2006b). Não tem se tratado meramente de reformular ou reestruturar um modelo assistencial, mas de fazer frente a um paradigma que, por maior que tenha sido sua crise nos anos de 1950, assume força nova com os avanços da neuroquímica e tem sido fortemente questionadora da atual política de saúde mental.

Queremos enfatizar que essa política esbarra em obstáculos comuns ao SUS e também nesse obstáculo particular, acentuando a especificidade desse processo. Para a conquista de uma posição hegemônica, é preciso que se logre uma reforma psiquiátrica eficaz e de visibilidade não apenas entre seus pares. Mas mesmo entre os pares, a política de saúde mental terá mais legitimidade quanto mais sucesso lograr em direção à desinstitucionalização, necessitando um processo de descentralização que necessariamente conquiste a construção de democracia e necessariamente se dê de forma territorializada.

Em outras palavras, quanto mais autonomia e responsabilidade tiver o nível gestor local – que, por sua vez, terá tanto mais respaldo para sua atuação, quanto mais forte e diretiva for a coordenação em nível central, que ao mesmo tempo deve sabiamente deixar espaço para que a implementação política não se transforme numa pobre repetição de modelos sem a necessária singularização em consonância com o território – mais bem sucedida será a proposta de desinstitucionalização. Ou seja, o fortalecimento de um nível de gestão depende do fortalecimento do outro e vice-versa,

⁵² Argumentam que a proporção de leitos por habitante, no Brasil, está menor que a indicada pela OMS. Ora, mesmo a OMS já deve ter entendido que a necessidade de leitos está diretamente relacionada com o avanço da desconstrução da demanda. Sob outra perspectiva, em seu Relatório Sobre a Saúde no Mundo (2001) dedicado à saúde mental, a idéia de ofertas diferenciadas para cenários diferenciados corrobora com essa convicção.

numa retro-alimentação positiva, e isso é condição para enfrentamento das adversidades postas pelos 'não-pares'.

Estabelecido esse patamar de entendimento, podemos entrar no momento que determina o recorte temporal de nossa análise.

CAPÍTULO 4. Uma política nascente e o Momento Germinativo (1990-1996)

Vamos novamente nos ambientar no ano de 1990. As leis da saúde foram aprovadas e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão do MPAS responsável pelas ações de saúde e detentor da maior parte do orçamento do setor, foi transferido para o MS. Uma mesma pessoa assumia o cargo de Presidente do INAMPS e Secretário da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS)⁵³. Esse processo não ficou isento de críticas, já que a SNAS passou a corresponder quase exatamente ao que sempre foi o INAMPS, mantendo seu perfil centralizador e sua lógica burocrática, além do orçamento permanecer fragmentado.

Nesse momento, no MS, ainda trabalha-se com a Campanha Nacional de Saúde Mental. A Campanha havia sido instituída em 1966, no âmbito desse Ministério, e subordinava-se à Divisão Nacional de Doenças Mentais (DINSAM). Tratava-se de uma estrutura de modelo de programa vertical, que trabalhava com campanhas semestrais e contava basicamente com estruturas hospitalares, sendo bastante limitada em seu poder de proposição. Durante 1990, visando à integração programática ao SUS, as Campanhas são transferidas para a SNAS, unificando-as com as unidades advindas do INAMPS, ou seja, alguns hospitais e ambulatórios que funcionavam numa lógica assistencialista voltada para contribuintes previdenciários. Mais adiante, são suspensas as execuções orçamentárias das Campanhas⁵⁴.

É apenas em 1991, com o avançar de mudanças estratégicas e estruturais na saúde, que é extinta a DINSAM e criada a Coordenação de Saúde Mental (CORSAM), abrigada no Departamento de Programas de Saúde (DAPS) da SNAS. Esse Departamento abrigava então todas as políticas nacionais.

Nasce, **pela primeira vez**, a política nacional de saúde mental. O que a torna inédita? Vários aspectos.

Primeiro por seu caráter **nacional**, ou seja, trata-se não apenas da administração de alguns hospitais, mas de uma coordenação da política que se dirige a

⁵³ Neste momento, Ricardo Akel assumia a SNAS e o INAMPS, e Alceni Guerra era o Ministro da Saúde.

⁵⁴ Respectivamente, GM nº423/90 e GM nº974/90. Ambas as portarias, assim como todas as demais que serão referenciadas no decorrer da dissertação, constam do Quadro 4, Anexo C, com a equivalente data de publicação no Diário Oficial da União.

todos os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, sob comando único, independente do tipo de serviço e de clientela. Outras iniciativas anteriores haviam sido tomadas no sentido de uma integração entre MS e MPAS, mas não conseguiram se tornar experiências de âmbito nacional, como o CONASP, as AIS, o SUDS, etc. (Amarante, 1998). Também confere o caráter nacional o fato de orientar-se para o acesso universal e igualitário dirigido a todos os cidadãos. Essa meta não pode ser atingida sem uma Coordenação Nacional.

Pela primeira vez, uma política de **saúde mental**. Essa afirmação deriva da compreensão de que, as políticas antes efetuadas ainda não eram informadas pelo movimento da reforma psiquiátrica. É esse movimento que faz a proposta de produção de saúde mental rompendo com a concepção preventivista e com a assistência propriamente psiquiátrica. Assim, estamos assumindo que hoje, ao falar de saúde mental, estamos remetendo ao arcabouço teórico-ideológico da tradição que informa o movimento de reforma desde a eleição do lema *por uma sociedade sem manicômios*. Enfim, a política de saúde mental, em 1991, é inédita. Corrobora com essa interpretação o fato de o cargo recém criado ter sido ocupado por um militante da reforma psiquiátrica.

E pela primeira vez, **política**. Também coloca-se inovador o comportamento dessa instância, que, não mais restrita aos componentes de sua tecnoburocracia, faz um movimento essencialmente político de compor e abrir debates. Isso se ilustra na sua participação nas audiências sobre o PL do Deputado Paulo Delgado, na convocação de grupos de trabalho de ampla composição, no uso dos recursos da mídia, na convocação da IICNSM, na formação de um grupo de coordenadores, na participação em eventos promovidos por outras instâncias, etc. Esses meios de interação política serão referidos mais adiante.

A primeira coordenação nacional de saúde mental

Alguns fatores geraram condições para a criação da Coordenação de Saúde Mental (CORSAM). O primeiro deles é a própria reorganização estrutural do MS, visando à integração das ações e o desmonte da lógica campanhista. Outro era o fato de estar em tramitação o PL nº3.657/89. Ora, um projeto que propõe a reorientação do modelo assistencial necessita da interlocução com o MS, que neste momento não dispunha de ator institucional apto a debater o projeto, motivo que, aliás, impediu o

Ministério de ter um representante seu na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, promovida pela OPAS em Caracas, Venezuela, em 1990.

Assim, em final de 1990 o então diretor do Departamento de Programas do MS, uma liderança do movimento pela reforma sanitária⁵⁵, convida aquele que seria o primeiro coordenador da política de saúde mental. O convidado, de formação em neurologia⁵⁶, na época, ocupava o cargo de direção de um importante hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, era um militante declarado tanto da luta antimanicomial quanto da reforma sanitária, estava envolvido com a construção do PL nº3.657/89 e conhecia em profundidade a Declaração de Caracas, assumindo-a claramente como postura política, além das recomendações da I CNSM. Permaneceu à frente do cargo durante cinco anos, atravessando cinco mandatos ministeriais⁵⁷ com forte articulação política tanto internamente ao Ministério, quanto com militantes da reforma psiquiátrica, com grupos opositores e com gestores de outros níveis de governo (nesse período é organizado o Colegiado dos Coordenadores Estaduais). Aparentemente, o convite para a ocupação de coordenador da CORSAM era menos um convite e mais uma escolha.

Além disso, o coordenador escolhido assumiu uma postura que mantinha uma harmonia necessária com o momento do MS, fator decisivo na sua admissão: encarava as distorções da assistência psiquiátrica no Brasil como resultado de um modelo assistencial hospitalocêntrico, cujos gastos eram exorbitantes, e o setor privado era considerado apenas um complicador, e não o problema em si. Também eram considerados complicadores a baixa resolutividade e a má organização da atenção primária⁵⁸. Ou seja, o foco do trabalho seria o enfraquecimento do hospital, destituindo-o de sua centralidade. Assim, fazia-se coerente a aprovação do PL nº3.657/89, que contava com o apoio do Ministro da Saúde⁵⁹.

⁵⁵ Trata-se de Nelson Rodrigues dos Santos.

⁵⁶ Sua formação torna-se um dado importante dado o seu uso, no decorrer da coordenação, como argumento no convencimento do setor médico que se colocou em oposição à política no período.

⁵⁷ O cargo de coordenador foi assumido pela vice, durante um curto período no meio desses cinco anos.

⁵⁸ Esses posicionamentos do coordenador da época foram colhidos em entrevista realizada em 21 de junho de 2006.

⁵⁹ Antes mesmo de assumir o cargo, em novembro de 90, o futuro coordenador da CORSAM já havia respondido a uma solicitação do MS no sentido de assessorar a tramitação na Câmara em prol da aprovação do projeto.

O Departamento de Informação e Informática do SUS, o DATASUS⁶⁰, tinha informações suficientes para oferecer um ‘cartão de apresentação’ da assistência psiquiátrica que por si só explica o interesse do MS nesse apoio⁶¹. Afinal de contas, o Governo Collor estava sendo bastante eficiente na condução das políticas setoriais sob domínio da área econômica.

Com base em pesquisas ao DATASUS/INAMPS é possível encontrar, em começo dos anos 1990, o seguinte quadro: entre os procedimentos hospitalares mais freqüentes, o tratamento em psiquiatria ocupa, em números absolutos, a segunda maior freqüência, e em termos percentuais, ocupa o quarto lugar; o tempo médio de permanência, de 129 dias, ocupa o segundo lugar, ficando atrás do tempo de internação de pacientes fora da possibilidade terapêutica (Levcovitz e Pereira, 1993 – dados referentes ao 2º semestre de 1991); os leitos psiquiátricos ocupam o segundo maior gasto com internação hospitalar em 1990 (Alves *et alli*, 1992).

O argumento com base em parâmetros de números de leitos/habitantes estabelecidos pelo MS, também foi utilizado neste período⁶². Também faziam parte do arsenal argumentativo da CORSAM pesquisas de cunho epidemiológico que apontavam forte prevalência de transtornos mentais, com destaque para os problemas relacionados ou decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas (Alves *et alli*, 1994).

Em junho de 1991 a CORSAM lança a *Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde* (Brasil/MS/SNAS, 1992), num documento cuja primeira frase é: “*O Brasil presta uma assistência em saúde mental de má qualidade, de custos financeiros e sociais elevados, baseado num modelo iatrogênico superado*” (1992: 216). Frase de mesmo conteúdo que a afirmação do consultor da OPAS, René-Gonzáles – “*O manicômio deve ser transformado por razões sanitárias, financeiras e éticas; porque ele é iatrogênico, caro e desrespeita os direitos humanos*” (Pitta, 1992:

⁶⁰ Gostaria de reforçar a importância, para os primeiros argumentos da política de saúde mental, de ter acesso à estrutura do INAMPS e de seu complexo banco de dados.

⁶¹ A *Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde* (Brasil/MS/SNAS, 1992) destaca a CORSAM como detentora de um papel constitucional de articulação do SUS, devendo obedecer ao Plano Quinquenal da Saúde do Governo Federal que prevê para a saúde mental a reversão do modelo assistencial.

⁶² De todos os argumentos, a meu ver, este é o que menos encontra respaldo numa proposta de desinstitucionalização. A quantidade necessária de leitos estará sempre relativizada pela capacidade do sistema de saúde em operar um cuidado integral em saúde mental. Assim, é justo afirmar que quanto mais forte, complexa e interativa for a rede de cuidados, tanto menor será a necessidade de leitos psiquiátricos, havendo inclusive a possibilidade de prescindir destes.

209), ou ainda, remetente à Declaração de Caracas, ocorrida em 1990. O importante dessas semelhanças é o fato de comporem um conjunto de argumentos voltados tanto para o setor saúde quanto para a área econômica do Governo.

Percorrendo estratégias para a construção da política

A Declaração de Caracas, referida na introdução da publicação da legislação em saúde mental como um “*marco dos processos de reformas da assistência em Saúde Mental nas Américas*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 10), oferece a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) como alternativa para organização dos “*programas de Saúde Mental e Psiquiatria*”⁶³ dentro da estratégia da OPAS e da OMS de *Saúde Para Todos no Ano 2000*, visando as “*necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva*” (OMS, 1990).

O hospital é criticado por isolar o paciente, gerando incapacidade social, por negligenciar os direitos humanos e civis, por requerer maior parte dos recursos financeiros e humanos, e por sua insuficiência como local de ensino e formação. Essas constatações, que já não eram novidade, partem do pressuposto que acompanha qualquer proposta de modelo assistencial hierarquizado e preventivista: os aspectos negativos do hospital estão vinculados ao fato de ser este a **única** modalidade assistencial. Com isso a idéia é reestruturar a assistência ligada ao atendimento primário, criando alternativas comunitárias e liberando o hospital psiquiátrico de seu papel central, propondo inclusive o uso de leitos em hospitais gerais. O objetivo é alcançar um modelo “*descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo*” (OMS, 1990).

Além disso, diante das discussões que já se desenvolviam no Brasil sobre construção de cidadania, essa declaração mostra-se conservadora ou até retrógrada ao propor uma visão fragmentada de “*respeito aos direitos humanos e civis*”, nem ao

⁶³ Interessante notar o uso dessas expressões lado a lado: Saúde Mental e Psiquiatria. Dá a entender a existência de arcabouços teórico-práticos distintos que podem conviver simultaneamente. Sem dúvida, uma compreensão coerente, mas passível de ser questionada frente ao marco da proposta de desinstitucionalização. Por outro lado, trata-se de uma expressão necessária, visto tratar-se de “*oferta de idéias*”. Aliás, a estratégia dessas ofertas é a mesma da qual se vale o coordenador de saúde mental. Sobre a prática de oferta de idéias de organismos internacionais, ver Mattos (2001a).

menos referindo direitos políticos. Também conservador é o retorno à idéia de prevenção.

Destacamos nesses três argumentos – da política proposta pela CORSAM, da afirmação do consultor da OPAS e da Declaração de Caracas – o forte apelo à iatrogenia do hospital e ao seu elevado custo, ou seja, um argumento que remete à relação de custo-benefício perfeitamente harmônica com o interesse do MS. A questão da desinstitucionalização da loucura não ganha visibilidade.

Observando esses momentos iniciais, um olhar menos atento poderia concluir que a CORSAM se enveredava por um caminho divergente daquele proposto pelo movimento da reforma psiquiátrica, dado o seu alinhamento com o conservadorismo da OPAS e do MS. Mas essa aparência de divergência pode ser relativizada quando lançamos olhar para as demais interlocuções dessa instituição. Nossa hipótese é a de que, mesmo permanecendo o risco de ações políticas dúbias, a força de certas interlocuções garante o uso das diretrizes opasianas como estratégia de sustentação política.

Ainda em 1991, mais precisamente em junho, a CORSAM e a OPAS patrocinaram um encontro, organizado pela Prefeitura de Santos e pela Cooperação Italiana no Brasil, com envolvimento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – juntando os três níveis de governo – cujo objetivo era construir um livro/instrumento de referência para a política a ser adotada no Brasil e para o trabalho cotidiano na área (Kalil, 1992). A já referida *Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde* foi divulgada neste evento e também apresentava a necessidade de diversificação dos recursos terapêuticos com financiamento dos mesmos e “*equacionamento da questão “saúde mental” como problema do município*” (Brasil/MS/SNAS, 1992: 216), bem como a aposta na descentralização como potencializadora de novas relações políticas e culturais, apresentando o evento, nomeado *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, como um desdobramento da Conferência de Caracas.

O encontro é marcado pela articulação das propostas basaglianas com os princípios da Declaração de Caracas, e a transcrição das palestras, conferências e plenária final buscava ser instrumento de subsídio para a II CNSM e para a IX CNS. Seu conteúdo é recheado de concepções não tão coincidentes.

Alguns palestrantes não diferenciavam Distrito Sanitário e SILOS, mas também admitiam não conhecer a noção italiana de território, sugerindo ainda a construção de um modelo assistencial “*hegemonizado pela epidemiologia*” e reforçando a descentralização voltada para a municipalização. Outros ressaltaram no SILOS o fato

de não ser algo dado, mas uma “*prática utópica*” tanto quanto a superação do manicômio, percebendo aí uma comunhão entre a alternativa opasiana e a proposta basagliana. Ainda, a idéia de território pôde ser vista como alternativa para não cair em modelos hierarquizados. Houve inclusive, na plenária final do evento, uma declaração literal de não entendimento do que seria SILOS.

Essas breves colocações dão uma idéia do quanto foi difícil fazer coincidir propostas de regionalização e descentralização tão distintas. Ora, ao mesmo tempo em que se via no território uma possibilidade de construção de cidadania e prestação de cuidados adequados a cada necessidade sem estabelecer níveis de atenção, a proposta do SILOS oferece exatamente a construção de um modelo que estipula níveis de atenção.

Em dado momento foi percebida uma convergência entre SILOS e a lógica da programação em saúde, o que por outro lado trouxe uma aparente oposição em relação à lógica da desconstrução, fazendo parecer que “(...) *quando alguém fala em planejamento, isso se opõe à experiência de Santos. De maneira nenhuma, o que se quer é uma forma justamente de programação local que respeite essas experiências, essas lutas e essas peculiaridades (...)*” (Pitta, 1992: 195). O que se deveria evitar era a relação estabelecida nos anos de 1960 entre o preventivismo e a busca por custo-efetividade como componentes de um modelo de planejamento normativo.

Outro ponto de discussão passou pelo entendimento de que o sucesso da reforma psiquiátrica em Trieste pode ser atribuído ao fato de haver transformado o manicômio “*de dentro pra fora*”. Esse mesmo movimento conflita com a proposta da Declaração de Caracas que aponta a estratégia de atuar “*de fora pra dentro*”, ou seja, começando pela expansão dos serviços extra-hospitalares e não pelo fechamento do hospital acompanhado de atuação no campo sócio-cultural.

Durante o evento também foram realizadas algumas reuniões que tiraram definições para a II CNSM, entre elas a composição da comissão organizadora.

A despeito de qualquer divergência, a Carta de Santos, resultado desse encontro, estabelece alguns consensos em relação ao desenho do modelo assistencial, reiterando a proposta opasiana dos SILOS.

E conclui pela necessidade de novas teorias que dêem conta da efervescência no campo da assistência em saúde mental, marcado pela diversidade e ausência de modelo único, e voltado para o acolhimento de pacientes graves e acompanhamento de todas as fases do tratamento. Também é reafirmado o papel dos serviços na intermediação entre o sujeito e a sociedade, na construção de pontes com organismos

sociais e na preservação da subjetividade. Numa organização coletiva do trabalho em equipe, deve-se prezar pela intersetorialidade.

Em suma, a Carta de Santos reitera os pressupostos do movimento pela reforma psiquiátrica, e começa a oferecer, mais claramente, propostas de um modelo assistencial complexo.

Desse encontro, o que importa é ilustrar porque poder-se-ia acreditar na possível dubiedade da ação a ser desenvolvida pela CORSAM⁶⁴. De um lado, a interlocução perene com informantes do movimento de reforma e luta antimanicomial, que conferia legitimidade à política de saúde mental no âmbito da sociedade organizada, entre trabalhadores do campo e alguns grupos acadêmicos, o que tensionava no sentido de operacionalizar propostas progressistas de cunho desinstitucionalizante. De outro lado, a interlocução com atores do MS e da OPAS com vistas à legitimidade institucional da política, trazendo a necessidade de negociar com propostas conservadoras e reduzidas à mera reorganização da assistência com vistas a racionalização de gastos.

Mãos à obra

Dado o disparate de gastos da assistência psiquiátrica, o clima era favorável a uma proposta mais de mudança e menos de reparo. E se o contexto de interlocuções poderia dar margem a dubiedades, o mesmo não poderia ocorrer no interior da CORSAM.

A composição da equipe da Coordenação foi marcada por critérios técnicos em oposição a critérios político-partidários, mas também foi forte o critério de alinhamento com o movimento pela reforma psiquiátrica, bem como uma relação de confiança previamente estabelecida com o coordenador⁶⁵.

⁶⁴ Apenas a título de curiosidade, participaram do evento todas as pessoas que assumiram a Coordenação de Saúde Mental em algum momento, desde 1991.

⁶⁵ Importa ressaltar que esta interpretação, entre outras que constam deste capítulo em diante, sofre reflexo das próprias interpretações dos entrevistados, sendo, por isso mesmo, uma representação passível de diferentes considerações dependendo da perspectiva tanto do analisador quanto do entrevistado. No entanto, como posto na apresentação das considerações metodológicas, estamos assumindo o viés da peculiar inserção dos atores entrevistados reforçando que isso não invalida o objetivo deste trabalho. E ainda convém salientar que nossas interpretações são atravessadas também por análise documental, o que oferece evidências empíricas que conferem sustentabilidade aos argumentos.

Assim, uma das primeiras ações do primeiro coordenador, que estava herdando o corpo de funcionários da antiga DINSAM, foi enxugar a estrutura. De 15 funcionários, passou a ter apenas 3. O argumento é o de que, diante da constatação de que o Brasil não tinha uma política de saúde mental, importava ter uma coordenação com mais capacidade propositiva e direcionamento político, menos ocupada com trâmites burocráticos e mais disposta a dialogar tanto com situacionistas quanto com oposicionistas. Para isso, houve uma certa concentração política e administrativa visando tanto a coesão quanto a coerência do projeto político. Isso ilustra a concepção de qual deveria ser o papel do gestor federal.

As três pessoas foram escolhidas pelo próprio coordenador: uma delas, a que já pertencia à antiga equipe, que era conhecida dele e foi a coordenadora substituta, era uma psicóloga ligada ao campo progressista; um psiquiatra que já fazia parte do corpo de funcionários do MS, com experiência em planejamento e em psiquiatria infantil, também já conhecido do coordenador; e por fim, uma pessoa que não era concursada do MS, que contava com o fato de ser indicada pela primeira pessoa, tratando-se de uma psicóloga especialista na questão de álcool e drogas.

Para o coordenador, esta seria uma equipe que teria pontos de concordância suficientes para atuar sobre dúvidas apenas operacionais, formando consenso sobre a precariedade da assistência psiquiátrica, autorização para propor mudanças e a adoção da Declaração de Caracas enquanto uma diretriz. Essa diretriz poderia ser desmembrada em três frentes de ação: o hospital como principal meio de tratamento deve ser superado; enquanto existir deve se prestar ao tratamento; e as pessoas com problemas mentais devem ter seus direitos ampliados. É com ênfase que se fala não em desmantelamento, mas em substituição gradativa do hospital psiquiátrico. E é com certa delicadeza que se fala em abertura do campo: da transformação da assistência psiquiátrica em campo psicossocial⁶⁶. E o entendimento dessa abertura passava pela compreensão de que a sociedade, a despeito de sua participação no legislativo via projeto de lei, deveria atuar também no âmbito da formulação de política. E também com o intuito de aglutinar força política, a estratégia primeira foi o escancarar das mazelas, com base nos números do DATASUS/INAMPS.

O então Ministro, Alcení Guerra, tinha uma condução bem articulada e pouco centralista, que dava ao coordenador de saúde mental certa autonomia.

⁶⁶ É consenso entre as pessoas da área referir-se a “*campo psicossocial*” como um conjunto de agentes, de formação diversa e não restrita às disciplinas da saúde, voltadas para uma compreensão ampliada da saúde.

Ao enfatizar que o problema da assistência em saúde mental no Brasil era o modelo assistencial hospitalocêntrico, transformava argumentos como ‘a atenção primária não é bem organizada’, ‘o tempo de internação é muito logo’, ‘o problema é o setor privado’ em indicadores⁶⁷. Com isso, a CORSAM adquiria um perfil de quem não atacaria nem a categoria psiquiátrica, nem o setor privado, nem o mote organizacional da atenção primária, enfrentando um momento sutil onde os ânimos estavam muito exaltados. Em entrevistas, salienta-se a forte disposição dos oponentes da política de saúde mental, visto que historicamente era o setor privado que ditava regras.

Desde junho de 1991, várias audiências públicas foram realizadas para discutir o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado no Senado. Esses eram um dos principais espaços de divulgação dos dados colhidos do INAMPS, e também das propostas de organização e regulamentação do financiamento, de forma que entre o Projeto de Lei e a política de saúde mental, formou-se uma base de apoio recíproca, principalmente por abrir para a CORSAM um novo canal de interlocução e aglutinação de força política, dessa vez com o legislativo. Neste momento, as primeiras portarias⁶⁸ já estavam sendo construídas.

Uma delas, a SNAS nº189/91, incorpora novos procedimentos nas tabelas do SIH/SUS e do SIA/SUS, e também foi apresentada no encontro de Santos, onde sofreu críticas no sentido de que a proposta da CORSAM legitimava o modelo de financiamento herdado do INAMPS.

Mas duas considerações merecem espaço. Primeiro, ao mesmo tempo em que se estabeleciam críticas à força do INAMPS na SNAS e no MS, por outro lado, esse órgão era uma estrutura pesada por ser historicamente voltada para a assistência, por deter o fundo financeiro das políticas de saúde e a organização do sistema de financiamento e por possuir a importante base de dados que é o DATASUS. Por isso, era o órgão mais apto ao direcionamento político, e a sua cultura ainda resiste à extinção, a despeito de várias reorganizações ministeriais que ocorreram no decorrer dos anos 1990. Assim, a despeito de críticas à cultura inampiana centralista, foi exatamente seu corpo de conhecimentos que ajudou a CORSAM nos seus primeiros passos, ou seja, na obtenção de dados que sustentam o argumento do disparate hospitalocêntrico e na formulação da portaria SNAS nº189/91 e das seguintes.

Em segundo lugar, alterações no modelo de financiamento não faziam parte do campo de atuação da CORSAM. No evento de Santos, a Coordenação afirmou que o

⁶⁷ Posicionamentos colhidos em entrevista realizada em 21 de junho de 2006.

⁶⁸ SNAS nº189/91 e SNAS nº224/92.

objetivo, dentro de suas possibilidades, era “*proteger as coisas que puderam ser implantadas (...)*” (Pitta, 1992: 180), já que as experiências assistenciais alternativas em curso dependiam de financiamento municipal ou estadual, ficando ainda mais vulneráveis, tanto em relação à vontade política dos governantes quanto em relação à capacidade financeira da prefeitura ou estado.

Aliás, as exposições desse evento mostravam que a diversas experiências alternativas ocorridas até então haviam sido possíveis graças a ações conjuntas entre dois níveis, ou seja, algumas entre estado e município, outras entre estado e MS, e também à vontade política de prefeitos e governadores, mostrando ser isso tanto um fator de sucesso quanto uma fragilidade na continuidade dos trabalhos.

Havia uma aposta de que a IX CNS, espaço privilegiado para discussão do formato do financiamento, conquistaria alguns avanços.

O modelo de pagamento em questão é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), ou conhecido como sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)⁶⁹, que veio substituir o pagamento por Unidade de Serviço (US) e teve sua implementação iniciada “*em 1983/84, como decorrência das falhas de controle e previsão que o sistema então vigente apresentava*” (Levcovitz e Pereira, 1993: 4).

Enquanto o modelo anterior pagava por cada ato executado – modelo retrospectivo, o SIH/SUS diferencia-se pela noção de produto, ou seja, o pagamento refere-se ao resultado final de um determinado processo. Apoiando-se “*no conceito de que os pacientes apresentam características homogêneas seja quanto a variáveis demográficas e sociais seja quanto às relativas ao diagnóstico e tratamento*” – pressuposto questionável, é possível encontrar a vantagem do modelo prospectivo “*no seu caráter de previsibilidade dos gastos e no possível incentivo a um melhor desempenho hospitalar*” (Levcovitz e Perreira, 1993: 21). No entanto, os mesmos mecanismos que visam à eficiência e à quantidade de serviços prestados, são os que apresentam a arriscada desvantagem de produzir certas condutas perniciosas, como “*altas precoces, seleção de pacientes conforme gravidade, restrição na utilização de tecnologia*” (1993: 22).

Por seu instrumento de operação, a AIH, o SIH/SUS pode controlar a autorização de internações, identificar os pacientes, registrar o histórico de procedimentos efetuados e remunerar a unidade hospitalar. Mediante processo de descentralização é um instrumento que pode facilitar a política de desospitalização

⁶⁹ Na verdade a AIH é o instrumento de cobrança operado pelo SIH/SUS.

psiquiátrica, na medida em que couber ao gestor local a eleição da melhor forma de aproveitamento de sua cota de AIHs.

Além disso, há uma particularidade na área da psiquiatria. Enquanto os hospitais recebem, na cota de Serviços Hospitalares (SH), pela quantidade de procedimento realizado, a remuneração em psiquiatria ocorre por diária de internação. O problema que decorre dessa forma de financiamento específica é o incentivo à permanência hospitalar. No entanto, no decorrer da década de 1990 foram feitas algumas alterações em relação à quantidade máxima de dias/internação por AIH emitida. Veremos adiante, nas portarias pesquisadas, como esse sistema pode influenciar positiva ou negativamente na desospitalização psiquiátrica.

A edição da Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 estendia a todos os serviços, independente do tipo de prestador, o pagamento nas bases do SIH/SUS (AIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS (Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)), ou seja, universaliza o modelo de pagamento prospectivo⁷⁰. A uniformização dos instrumentos de remuneração tem a vantagem de possibilitar uma melhor contabilização dos gastos e um reforço da “*capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde*” (Levcovitz *et alli*, 2001: 274).

A NOB 91 normatizou a celebração de convênios diretamente com municípios, e as transferências negociadas estavam condicionadas à produção, dificultando o direcionamento do modelo assistencial, a adequação dos recursos às necessidades de serviços e privilegiando municípios com capacidade previamente instalada, além de não possibilitar o aprendizado do processo de gestão submetendo os gestores à situação de prestadores de serviço (Levcovitz *et alli*, 2001). Para a saúde mental, em particular, a ausência de repasse fundo a fundo, dificultando a assunção de responsabilidades gestoras, também é um entrave para a construção e implementação de políticas territoriais, cuja condição é a autonomia gestora para assumir a responsabilização pelas demandas múltiplas e construir redes intersetoriais (Freire *et alli*, 2005); e o pagamento por produção dificultava o processo que deveria ser, simultaneamente, de desospitalização e ampliação de rede extra-hospitalar.

Além disso, as primeiras NOBs – 91 e 92 – acabam por promover uma municipalização atomizada por manter uma lacuna em relação à programação pactuada entre os três níveis de governo. Diferentemente, a coordenação de saúde mental segue a

⁷⁰ Interessante notar que um dos primeiros passos tanto da construção do SUS quanto da política de saúde mental, foi exatamente referente ao financiamento. Na primeira, buscando uniformizar o modelo, na segunda, buscando fazer acréscimos à tabela de procedimentos financiados.

recomendação da I CNSM e organiza um Colegiado de Coordenadores Estaduais, buscando uma atuação integrada entre níveis. Isso ilustra as **diferentes apropriações dos relatórios de Conferências feitas em nível de MS e em nível de CORSAM.**

Ainda faltavam a essa NOB instrumentos que induzissem à regionalização e hierarquização da rede assistencial, tal como previsto nas leis da saúde, na VIII CNS e na I CNSM, materializando algumas dificuldades do MS em operacionalizar essas recomendações.

Nesse ambiente, a questão da mudança de modelo assistencial em saúde mental entra na agenda ministerial. Fato que comprova essa entrada é a participação do Ministro da Saúde na ação de divulgar na mídia tanto os debates sobre o PL nº3.657/89 quanto as mazelas da assistência psiquiátrica.

Assim, tem início o primeiro dos quatro momentos da conformação de um modelo assistencial no âmbito da política de saúde mental, conforme ressaltado nas considerações metodológicas. A portaria SNAS nº189/91 dá início ao primeiro deles.

Conhecendo o Momento Germinativo

Chamamos este de momento germinativo por vários motivos. Um deles é a rede de articulações da CORSAM explicitadas até aqui, ou seja, articulações com militantes do movimento da reforma psiquiátrica, com agentes da OPAS, com tecnoburocratas do INAMPS, com demais cargos políticos do MS, com atores do legislativo, com coordenadores estaduais de saúde mental, enfim, com opositores e defensores tanto do PL nº3.657/89 quanto da política de saúde mental. Mais adiante, também veremos sobre a conformação de grupos de trabalho que ampliaram essa rede de interlocução, bem como a convocação da II CNSM. É preciso lembrar que o Coordenador também soube fazer bom uso de sua rede de relacionamentos pessoais estabelecida antes da ocupação do cargo. Então, **entre outras coisas, o caráter germinativo desse momento deve-se tanto ao perfil do Coordenador quanto a suas estratégias de aproveitamento e construção de conjuntura.**

Retomando a questão do financiamento, à CORSAM restava apenas construir um instrumento que possibilitasse a remuneração de serviços alternativos, adequando-se à rigidez da tabela de procedimentos. Esse instrumento foi a **SNAS nº189/91**, construída com auxílio de funcionários do INAMPS que puderam ajudar no estabelecimento de Grupos de Procedimentos e na apuração de custos. Contou-se

também com atores envolvidos com as experiências de Santos e São Paulo, dando início a **um tipo de interlocução que acompanha a política de saúde mental até hoje, no qual as experiências ‘extra-oficiais’ consideradas relevantes e bem sucedidas são, cada uma a seu tempo, assimiladas ao conjunto de ações e normas encabeçadas pela Coordenação de Saúde Mental.**

A despeito dos dilemas da gestão federal na construção da descentralização do sistema, e do fato da NOB 91 ter deixado um vazio em relação a isso, a área da saúde mental já estabelecia importante instrumento nesse sentido: a SNAS nº189/91, mas principalmente a SNAS nº224/92, foram construídas com a colaboração de coordenadores/assessores da área no nível estadual – da letra da Lei Orgânica, à organicidade de uma construção pactuada, passando pela incorporação das recomendações das Conferências. **As reuniões com os estados, além de fortalecer o espaço das relações intergovernamentais, busca um mecanismo de formulação e implementação de políticas baseado em pactos, diferentemente do formato indutor técnico e financeiro atribuído às NOBs do SUS.** Futuramente, esse conjunto de gestores estaduais vêm compor um Colegiado que até os dias de hoje participa do processo de formulação política.

As duas portarias tiveram outro fator legitimador: a participação de representantes da FBH. O diálogo com a FBH, além de buscar bases para a construção de um instrumento normativo aplicável e legítimo, era um momento em que se esclarecia que o gestor privado estava na posição de contratado e que os ‘contratantes’ estavam dispostos a se responsabilizar pela construção de um sistema de saúde mental coerente com os princípios da reforma psiquiátrica. **Essa interlocução com variados atores que acompanha o processo de formulação política é uma das características desse momento,** já que abre a rede de interações da Coordenação de Saúde Mental potencializando sua atuação. **As portarias SNAS nº189/91e SNAS nº224/92 são emblemáticas nesse sentido.**

Ao mesmo tempo em que a SNAS nº189/91 recolhe para a oficialidade da política de saúde mental as experiências inovadoras do final da década de 1980, ela **abre precedentes para o desdobramento dessa política nos anos seguintes. Também essa portaria confere o caráter germinativo, por abrir possibilidade de custeio** dos seguintes serviços e ações, alternativos ao hospital psiquiátrico: NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo, visita domiciliar e psicodiagnóstico. Parte da constatação de que fazia-se (e ainda se faz) necessário garantir tal financiamento para o Sistema Único de Saúde, caracterizando a reversão do modelo hospitalocêntrico como

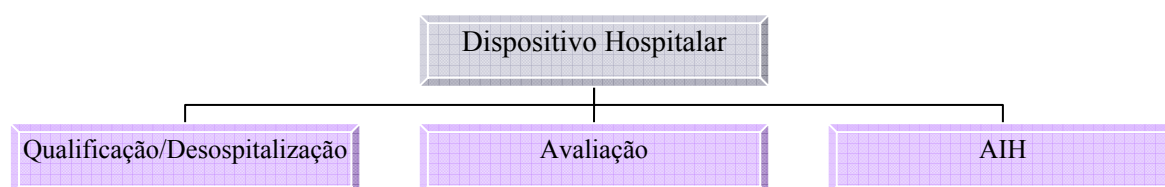
uma política nacional simultânea à de desospitalização, ou seja, expansão de serviços abertos e territoriais e fechamentos de leitos e hospitais devem andar juntos.

A intencionalidade posta na exposição de motivos assegura visar uma compatibilização “*com o modelo assistencial proposto*”. Que modelo seria esse? Em primeiro lugar, adequado às orientações da Declaração de Caracas, e em segundo, similar às experiências de Santos e São Paulo, e, em terceiro, voltado à “*diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas*”. A assistência psiquiátrica começava a perder espaço para atenção à saúde mental, pelo menos em sua intencionalidade.

O ponto forte dessa portaria é a alteração do financiamento, saindo do tradicional custeio de internação e ambulatório de consultas, mas nela estão presentes também a especificação de rotinas e os prazos para apresentação de AIH, bem como a normatização para internações e hospital-dia. **A partir dos diferentes pontos que regulamenta, esta portaria ilustra seu potencial germinativo ao desdobrar três linhas de atuação⁷¹ que terão prosseguimento diferenciado nos documentos normativos seguintes.**

Convém imediatamente apontar que as linhas referentes a qualificação/desospitalização, avaliação e AIH compõem, nesse momento germinativo, um bloco único, direcionado ao sistema hospitalar (Figura 1).

Figura 1 – Bloco Dispositivo Hospitalar.



→ **Qualificação/Desospitalização:** organização de grupos e procedimentos do SIH/SUS, referente aos serviços hospitalares e de hospital-dia. Em seqüência ao item 1 da portaria germinativa (SNAS nº189/91), as outras portarias editadas nos anos de 1992 a 1996 organizam a classificação das unidades de serviços hospitalares com vistas a um processo de acreditação com prazos e sanções estabelecidos. O objetivo destas normativas é melhorar as condições hospitalares e, instituindo regras de funcionamento mais rígidas, ao mesmo tempo, induzir a desospitalização. Essa indução ocorre na

⁷¹ As linhas de atuação são um artefato de interpretação das portarias já explicitado nas considerações metodológicas.

medida em que, não atendidos os prazos, os hospitais são descredenciados. Por outro lado, os hospitais acreditados recebem reajuste de pagamento diferenciado. Também é incentivada substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral.

Ainda num movimento de indução, é previsto incentivo especial para o hospital dia (HD), configurando mais uma arma na luta contra a centralidade do hospital psiquiátrico, pois em municípios com mais de 1 leito psiquiátrico para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estava atrelado à redução desses leitos, segundo a SNAS nº224/92. Era também uma estratégia de fortalecimento da rede pública, e uma alternativa em termos de custeio das ações: o fato de sua cobrança se dar na base de AIH, dava chance aos municípios e estados que tivessem seu teto de UCA esgotado e com isso não pudessem manter um CAPS. Além disso, o HD se aproveita tangencialmente da legitimidade do hospital diante da população, e seu incentivo nas unidades universitárias é uma estratégia no âmbito da formação profissional. Ainda há outro argumento interessante: grandes hospitais públicos têm dificuldade de fechar porque são referências importantes. Então a substituição de AIH de internação por AIH de HD permitem uma mudança no sentido de oferecer um tratamento aberto, ainda que não seja o ideal.

Apesar de ainda não haver um desenho claro da organização do sistema em termos de referência e contra-referência, tal como proposto na I CNSM, já se delineava um aspecto organizativo que hoje se torna mais esmiuçado. O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria passa a ser remunerado exclusivamente em hospitais gerais, configurando um incentivo à porta de entrada nesses estabelecimentos – porta de entrada pública. A idéia é obstaculizar a entrada nos hospitais psiquiátricos. Além disso, seria uma tentativa de contornar a exclusão da clientela psiquiátrica dentro do sistema de saúde, que opera uma discriminação da emergência de tipo psiquiátrica em relação às demais.

→ **Avaliação:** apesar da primeira portaria desta linhagem datar de 1993, a avaliação é um processo que funciona como subsídio para a qualificação e a desospitalização, enfocando na correta aplicação das normas desta linha de atuação. Neste momento, a avaliação era feita pelo Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH)⁷², de composição multiprofissional e de diversos níveis

⁷² Criado pela portaria SAS nº63/93, que também nomeia seus integrantes (quadro descritivo 1 – Anexo C). Segundo entrevista realizada em 3 de julho de 2006, apesar da convocação oficial dos componentes

de gestão, bem como de representantes de diferentes entidades interessadas. A segunda portaria desta linha indica a criação deste grupo nas três esferas de governo – dando continuidade ao fortalecimento das relações intergovernamentais no âmbito da saúde mental, que pode inspecionar unidades do SIA/SUS ou do SIH/SUS, mas é indicada a priorização dos hospitais, que são selecionados via sorteio, denúncias ou solicitações, e as atividades envolvem inspeção, elaboração de formulário de indicadores e de relatórios, e aplicação das sanções previstas em portarias.

→ **AIH**: cuida da regulamentação de emissão e cobrança de AIH, determinando sobre duração de internação e prazos. A sistemática de AIH é um ramo menos expressivo, mas que traz implicações importantes para o manejo das internações. Assim, como a avaliação, é diretamente relacionada com o processo de qualificação e desospitalização. Nessa linha de atuação, como em outras, já se começa a contar com uma gestão de responsabilidade descentralizada, ao determinar que caberia exclusivamente aos gestores estaduais e municipais a autorização para a emissão de AIH psiquiátrica.

O Quadro 1 apresenta o rol de portarias que compõem as linhas de atuação nesse período.

Quadro 1 – Portarias que compõem as linhas de atuação no período 1991-1996.

	Qualificação/Desospitalização	Avaliação	AIH	CAPS
1991	SNAS nº189*		SNAS nº189*	SNAS nº189*
1992	SNAS nº224* SNAS nº247 SAS nº407 SAS nº408			SNAS nº224*
1993	SAS nº47 SAS nº88 SAS nº180	SAS nº63		
1994	SAS nº19 SAS nº22* SAS nº145* SAS nº147 SAS nº229	SAS nº145*	SAS nº22*	
1995	SAS nº66 SAS nº93 SAS nº94			
1996	SAS nº15 SAS nº193		SAS nº119	

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das portarias de 1990 a 2004. Diário Oficial da União.

* Portarias que se enquadram em mais de uma linha de atuação. Isso ilustra tanto o que estamos chamando de potencial germinativo (caso da SNAS nº189/91 e SNAS nº224/92), ou, em alguns casos, o enredar-se entre duas linhas de atuação na conformação do bloco referido ao dispositivo hospitalar (caso da SAS nº22/94 e SAS nº145/94).

do grupo, estes integravam o GAPH mais a título de militância e participação política. Diferente dos grupos compostos em outros momentos, quando o critério técnico tem peso preponderante.

As portarias que compõem o bloco do dispositivo hospitalar, bem como documentos do CNS, apresentados numa perspectiva temporal, constam do quadro descritivo 1, no Anexo C.

Todas as portarias desse bloco de linhas de atuação, nesse período, referem na exposição de motivos as recomendações de grupos de trabalho e do Colegiado de Coordenadores Estaduais. **Assim, mesmo que a CORSAM se valha de mecanismos de indução financeira, a construção destes está subordinada a um processo de pactuação.**

É bom lembrar que as portarias pesquisadas regulamentam unidades cadastradas no SIH/SUS ou no SIA/SUS, deixando de fora a normatização de estabelecimentos privados sem ligação com o SUS⁷³.

→ **CAPS – com adendo sobre o SIA/SUS:** organização de grupos e procedimentos do SIA/SUS, que inclui atendimento em CAPS/NAPS, atendimento em oficinas terapêuticas e em grupo, visita domiciliar e psicodiagnóstico, abrangendo ações e serviços para conformação de um modelo assistencial de base comunitária. Essa linha de atuação, neste momento, conta apenas com as duas portarias germinativas – SNAS nº189/91 e SNAS nº224/92.

Excetuando atendimento em NAPS/CAPS, os procedimentos de que tratam estas portarias podem ser realizados em qualquer unidade extra-hospitalar devidamente cadastrada para execução de serviços de saúde mental. O único procedimento que opera exclusividade é o psicodiagnóstico, a ser realizado apenas por psicólogo. Ademais, embora tenham surgido de experiências distintas, essa portaria reduziu os NAPS aos CAPS, regulamentando-os como serviços intermediários, sendo indiferente a escolha do nome do serviço. O procedimento em questão abarca um conjunto de atividades a ser desenvolvidas em um ou dois turnos por equipe multiprofissional. É recomendado que essas unidades constituam-se em porta de entrada, e é determinado que sejam referência para outros serviços de saúde mental, devendo estar integrados numa rede descentralizada e hierarquizada. Fica a critério do gestor local o funcionamento dos NAPS/CAPS em 7 dias da semana, por 24 horas e com leitos para repouso eventual. Também são regulamentados outros parâmetros como equipe mínima por quantidade de paciente e por turno.

⁷³ Estudos sobre os serviços que não compõem o SUS ou não estão integrados a planos e seguros de saúde regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ainda são uma lacuna no meio acadêmico, apontando para a necessidade de dedicar-se à questão.

Se apenas duas portarias compõem essa linha de atuação nesse período, sem muitos desdobramentos, isso pode ser atribuído a alguns fatores: **primeiro, nesse período, o SUS ainda não dispõe de recursos significativos para a implantação de novas unidades, garantindo apenas custeio**⁷⁴. As NOBs de 1991 e 1993 são expedidas em contexto de arrocho financeiro, e apenas a partir de 1994 logram construir condições de gestão e de repasse de recursos que, segundo as prioridades municipais e/ou estaduais, podem ser usados na construção de novas unidades. Nesse caso, a construção de CAPS fica na dependência de sua entrada na agenda do gestor local. **Segundo, neste momento o debate político acirrava-se em torno do Projeto de Lei da reforma psiquiátrica, o que direcionava esforços para o enfrentamento das tensões relacionadas ao setor hospitalar.**

A portaria SNAS n° 189/91 também afirma que cabe aos demais níveis de gestão a sua complementação, num esforço de fazer valer a competência comum da função legislativa. Logo em seguida, é editada a portaria **SNAS n°224/92**. Se a SNAS n°189/91 abre as possibilidades de financiamento, essa regulamenta e garante que esses serviços tenham regras mínimas de funcionamento.

Após a publicação da SNAS n°224/92, em fevereiro, uma troca de Ministro⁷⁵ provoca certa paralisia na formulação de políticas. Internamente ao MS, a troca de Ministro requer um momento de re-estabelecimento de consensos políticos. Durante esse período houve uma mobilização do setor privado entorno da revogação da SNAS n°224/92⁷⁶. Essa oposição trouxe à tona a necessidade de criar instrumentos transitórios para o processo reclassificação das unidades psiquiátricas do SIH/SUS. Com esse objetivo, a SNAS n°321/92⁷⁷ cria um grupo de trabalho para propor valores, cronograma de implantação e mecanismo de acompanhamento da qualificação e retribuição. As

⁷⁴ Em entrevista realizada em 21 de junho de 2006, foi relatado que com a NOB 93 foi aberta uma linha de financiamento, possibilitada por um convênio com o Ministério da Fazenda, que disponibilizava R\$ 50 mil para cada município em gestão semi-plena que implantasse um CAPS. Não encontramos nenhum documento relativo a esse convênio, já que nossa pesquisa esteve restrita às normas expedidas pelo MS. De qualquer forma, fica claro que existem caminhos na gestão pública da saúde que permanecem de difícil acesso ao nosso conhecimento. Isso aponta para a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada cujo objetivo seja traçar os caminhos institucionais da formulação de políticas.

⁷⁵ Entra, então, o Ministro Adib Jatene.

⁷⁶ A SNAS n°247/92 suspende a SNAS n°224/92 por 30 dias.

⁷⁷ Não conseguimos obter acesso a essa portaria, de forma que não temos a composição exata do grupo de trabalho. Em entrevista em 21 de junho de 2006, foi relatado que o grupo contava com representante do MS, do CONASS, do CONASEMS, da FBH, do setor filantrópico e do Fórum Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde.

portarias seguintes, que regulamentam a transição das classificações hospitalares, são todas negociadas com o Colegiado de Coordenadores Estaduais, contanto ainda com recomendações do grupo de trabalho e eventualmente da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP) do CNS.

Estava cada vez mais claro, para o setor privado, que realmente estava estabelecida uma condução política da saúde mental brasileira em âmbito institucional, e que essa condução não conjugaria forças com esse setor. Em consequência, se a oposição ao PL nº3.657/89 ainda não tinha esbarrado em forte obstáculo, portanto não havia ainda se posicionado de forma pungente, com a chegada do Projeto de Lei ao Senado há uma mudança de cenário, e a Federação Brasileira de Hospitais – FBH marca prontamente a sua objeção.

Por outro lado, também a FBH fica dividida: entre aqueles que são contra a política do MS e aqueles que se mostram favoráveis à melhoria do setor hospitalar, acreditando na possibilidade de humanização dos hospitais sem desospitalização. De fato, o evento de Santos já havia debatido a possibilidade de um provável movimento da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e da indústria farmacêutica em apoio ao PL da reforma psiquiátrica como estratégia de ampliação de seu mercado consumidor.

É difícil não pensar que a entrada de uma Coordenação Nacional de Saúde Mental tenha sua parte nisso, ou seja, sua atuação torna-se um vetor divisor de águas, e de opiniões. Para os grupos da FBH, em breve ficaria claro que, se por um lado a melhoria dos hospitais e desospitalização pareciam duas ações diferentes, de outro, para a Coordenação de Saúde Mental essa distinção não passaria de uma estratégia de enfrentamento sem o risco da desassistência. Um importante passo estratégico se materializou no GAPH – Grupo de Avaliação da Assistência Hospitalar. Segundo Machado, a atuação do então Ministro, nesse período, é reconhecida pelo trabalho de “*controle e avaliação das internações hospitalares, com vistas à redução de fraudes e planejamento mais adequado*” (2005: 119). Ou seja, mais uma vez a gestão ministerial favorecia a política da CORSAM.

Também o canal de diálogo da FBH foi ampliado. Até então a FBH havia sido interlocutora direta da Coordenação de Saúde Mental nas discussões operacionais a respeito de custos, e atuava fortemente no debate político no parlamento, versando sobre o Projeto de Lei em tramitação. Mas em agosto de 1992 foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, e o setor privado tinha representação na Comissão Organizadora, tendo com isso a possibilidade de ampliar sua participação no debate político com a instância executiva num espaço de forte legitimação.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental

A decisão de convocar a II CNSM⁷⁸ já havia sido tirada no evento realizado em Santos, em 1991, quando, além de algumas propostas sobre a comissão organizadora, também foram debatidos outros aspectos organizativos com destaque para uma preocupação de “(...) *garantir algum critério de representatividade de fato, para não fazer com que, de repente, qualquer organismo lote três aviões e interfira completamente nas decisões da Conferência*” (Pitta, 1992: 199). Tratava-se de garantir que as teses da reforma psiquiátrica fossem para o Relatório Final.

Então, a Comissão Organizadora foi assim composta: 2 representantes do Ministério da Saúde, 6 representantes das Secretarias Estaduais de Saúde/CONASS, 5 representantes das Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS, 2 representantes dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, 2 representantes dos Prestadores Privados de Serviços, 2 representantes dos Movimentos Sociais da Área de Saúde Mental, 2 representantes da Plenária Nacional de Entidades de Saúde⁷⁹ e 1 representante de Associação de Classe.

Foram tomados alguns cuidados quanto aos critérios de representatividade – como, por exemplo, a representação paritária –, e foi formada uma arena política com grupos que se posicionavam à favor e grupos que se posicionavam contra a condução política da Coordenação.

No Caderno de Textos da Conferência⁸⁰ foi lançado um escrito da CORSAM, que argumentando as disparidades da assistência psiquiátrica e mostrando dados numéricos já conhecidos, afirma que “*frente ao quadro delineado, a atual equipe da Coordenação de Saúde Mental traçou como prioridade a reversão do modelo assistencial vigente, conforme meta fixada no Plano Quinquenal de Saúde*⁸¹” (Brasil/MS, 1992: 55), e estabelece as seguintes estratégias:

“*1º – Estabelecer como ação prioritária a mudança de financiamento da área de saúde mental.*”

⁷⁸ Convocação operada pela GM nº1.106/92.

⁷⁹ Alguns entrevistados trouxeram a questão dos posicionamentos corporativistas e o temor da perda de postos de trabalho com a desospitalização. Tal temor partia principalmente da categoria de enfermagem. Os diversos espaços de debate no decorrer do período também contemplaram essa questão, num processo de convencimento das categorias a fim de driblar resistências.

⁸⁰ Esse Caderno também respeitou a entrada de textos favoráveis e desfavoráveis em relação à reforma, à política adotada e ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado.

⁸¹ Note-se o destaque dado ao Plano de Quinquenal de governo.

2º – *Elaborar propostas de mecanismos de ação conjunta com todas as secretarias estaduais de saúde, constituindo-se um **colegiado permanente com a participação das coordenações estaduais de saúde mental.***

3º – *Propiciar a discussão com os níveis estadual e municipal e com os prestadores públicos e privados, sobre a importância de se fixar diretrizes e normas técnicas para a prestação de serviços na área de saúde mental, estimulando as novas experiências em curso.*

4º – *Incentivar o debate sobre a questão da atenção em saúde mental no Brasil, sinalizando para a gravidade da situação atual e apontando as principais diretrizes para a mudança.*

5º – *Assessorar o Parlamento na análise de projetos pertinentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil, enfatizando a necessidade de criação de novos dispositivos que sancionem e legalizem as transformações em andamento.*

6º – *Convocar uma comissão ampla e representativa para organizar a II Conferência Nacional de Saúde Mental.*

7º – *Incrementar relações de **intercâmbio e de cooperação no plano internacional, com assessoria da Organização Panamericana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, consoante com as resoluções da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina***” (1992: 55-56 – grifos nossos).

É possível acreditar que a sétima estratégia na verdade faça parte do fortalecimento das bases de sustentação do PL nº3.657/89, implícito na quinta estratégia.

No mesmo mês em que é oficialmente convocada a II CNSM, ocorre o *impeachment* do Presidente Fernando Collor e há nova troca do Ministro da Saúde⁸². Mais uma vez, produz-se relativa lentidão, com a apresentação de certa resistência em relação à Conferência. Mas o precedente da IX CNS⁸³, que estabelecia a convocação de conferências específicas, foi um argumento importante, bem como as pressões criadas com as etapas estaduais da pré-conferência, que foram bastante produtivas e indicaram a intensidade do debate.

A Conferência teve relativa representatividade, exceto pela ausência do setor privado, que não mandou seus delegados num ato de boicote. Foi precedida por 24

⁸² Entra o Ministro Jamil Haddad.

⁸³ Em agosto de 1992, havia ocorrido a IX CNS, com tema *Saúde: a municipalização é o caminho*, ou seja, um reforço aos interesses municipalistas.

conferências estaduais e aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional. Na apresentação do Relatório Final, lê-se que “*a II Conferência Nacional de Saúde Mental tem como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres*” (Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994: 4).

Na primeira parte do Relatório Final são apresentados os marcos conceituais relacionados a atenção integral e cidadania. A integralidade assume o sentido de dispositivos múltiplos – sanitários e socioculturais – partindo de uma visão complexa das várias dimensões da existência humana. Marca-se a necessidade de considerar o usuário em “*a sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico*”, a diversificação de referências conceituais e operacionais e a não fragmentação profissional e institucional.

Quanto à cidadania, é possível constatar tanto uma compreensão ampla, resgatando seu sentido enquanto constituição de sujeitos autônomos e afirmando que “*é imprescindível a resignificação do espaço público como um lugar de afirmação do coletivo e de mudança do poder contratual dos cidadãos em sua relação com o Estado e Sociedade*”, quanto a tradicional divisão em direitos civis, políticos e sociais (Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994: 10).

Diferentemente da Conferência anterior, aponta e detalha os tipos de serviços que devem ser criados para substituir a assistência psiquiátrico-hospitalar: “*unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão*” (Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994: 7).

Ressalta a necessidade de articulação com os recursos da comunidade apontando para a transformação das relações cotidianas desta com o serviço e mesmo dentro deste, buscando a desinstitucionalização, e a valorização de estratégias de atenção informais. Propõe também a integração com outras políticas sociais, definindo seu alcance preventivo e intersetorial. Sugere ações conjuntas com o Ministério da Ação Social, Ministérios da Cultura e Educação, Ministério do Trabalho, Ministério Público e Secretarias de Saúde e Justiça.

Ainda são feitas recomendações com relação aos programas de formação e capacitação e quanto ao uso de investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas para avaliação da atenção prestada.

Várias determinações são relacionadas a clientela ou problemas mais específicos, como a atenção à saúde do trabalhador, a deficiência mental, a crianças e adolescentes, a usuários de álcool e drogas, a internos de manicômios judiciários e população carcerária.

Nota-se claramente **um avanço na discussão a respeito de modelo assistencial em relação à I CNSM, com maior caráter propositivo e detalhamento das recomendações**, além de discutir questões mais macro-determinantes do modelo.

O Relatório Final recomenda a reversão dos recursos advindos de leitos psiquiátricos, reforça a meta da estatização e determina a exclusividade dos serviços de emergência psiquiátrica para hospitais gerais.

Buscando uma atuação integrada, atribui funções ao Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental e às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), junto à CORSAM, e estimula a cooperação entre as prefeituras, bem como a criação e fortalecimento de grupos gestores nos serviços de saúde mental.

Na terceira parte, busca *“estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário”* (Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994: 10). São propostas reformulações na legislação referente à tutela, a curatela e a inimputabilidade jurídico-criminal do doente mental. Costa-Rosa *et alli* afirmam que essa *“talvez tenha sido a parte do relatório na qual os usuários participaram de forma mais ativa, especialmente na plenária final”* (2001: 17).

Além disso, o Relatório Final determina que as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais assumam como política as ações contidas no PL do Deputado Paulo Delgado e determina que a comissão de revisão das internações seja de composição interdisciplinar e agregue representantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil. Convoca Conselhos de Saúde para que impeçam a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de leitos.

O Relatório Final também sugere que os poderes do governo incorporem os *Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, Carta da ONU aprovada em 1991.

A influência no Relatório Final desses princípios é nítida, tendo inclusive pontos literalmente transcritos. Sobre seu conteúdo, importa salientar que apresenta-se mais progressista que a Declaração de Caracas, e também mais amplo, já que não dirige-se apenas a aspectos assistenciais, mas lista 25 princípios, muito bem esmiuçados, voltadas para ampla salvaguarda de direitos, inclusive, propondo em várias questões o envolvimento de órgão judicial e profissionais de saúde mental – não exclusivamente médicos – externos e independentes nas revisões, avaliações e salvaguardas e o uso freqüente do consentimento informado⁸⁴. Assegura, entre outras coisas, o direito do paciente questionar decisões e ter acesso a prontuários, diagnósticos e quaisquer outras informações relacionadas ao tratamento.

Concluindo, o conteúdo do Relatório Final apresenta-se coerente com as propostas do movimento da reforma psiquiátrica e com as experiências operacionalizadas no bojo desse movimento. Além disso, parece justo afirmar que todas aquelas estratégias da CORSAM apresentadas no Caderno de Textos foram reafirmadas no Relatório.

Se até então alguns dissensos haviam sido possibilitados com a presença das diretrizes opasianas, o resultado dessa Conferência mostra a força do discurso brasileiro da reforma e o avanço de sua capacidade propositiva, tomando por referência a I CNSM. Com isso confirmamos a hipótese anteriormente levantada de que a entrada da OPAS funcionou como estratégia de construção de viabilidades e de sustentação de legitimidade.

O Momento Germinativo pós-Conferência

Desde o evento de Santos a OPAS tem sido uma parceira que auxilia na interlocução com experiências de diferentes regiões, tem promovido encontros, participado de intervenções e prestado apoio político e financeiro. Algumas entrevistas confirmam que o relacionamento com a OPAS não tem passado pelo apoio técnico propriamente dito, ou seja, não tem tido influência direta na produção normativa, apenas

⁸⁴ O uso do consentimento informado levanta polêmicas. Há quem o interprete como uma estratégia do profissional que pressupõe que o tratamento oferecido sempre é a melhor opção para o paciente. Também há uma idéia corrente de que o uso desse termo pressupõe uma relação de não confiança entre o profissional e o paciente. Ou ainda, pode ser um instrumento de salva-guarda do médico e de responsabilização do paciente que não descarta a relação de confiança entre ambos.

na interlocução com outros atores e na proposição de agenda. Dessa forma, a divulgação das diretrizes da OPAS visava o respaldo de um organismo internacional e o acúmulo de sustentação política, principalmente em relação ao PL que encontrava-se em tramitação.

A esse respeito, resgatando a recomendação da II CNSM de elaboração de leis estaduais, importa lembrar que de 1992 até 1996, oito estados brasileiros aprovaram leis de reforma psiquiátrica de conteúdo geralmente bem semelhante ao do PL nº3.657/89. Além disso, *“o PL teve o mérito de introduzir a questão da assistência psiquiátrica na ordem do dia da mídia nacional, ao mesmo tempo em que dezenas de associações de usuários e familiares, algumas já existentes anteriormente, foram constituídas em função deste debate. Umas contrárias, muitas a favor, o resultado importante deste contexto é que, de forma inédita e muito peculiar, o tema da loucura, da doença mental, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiu boa parte do interesse nacional”* (Amarante, 1997: 173). Por essas razões é que se diz que este **PL materializou efeitos antes mesmo de sua aprovação. Esse é um dos acontecimentos do período que o caracteriza como germinativo.**

Voltando ao contexto geral, o Governo do novo Presidente, Itamar Franco, mostrou-se mais propício às políticas voltadas para a reforma sanitária, inclusive fortalecendo o processo de descentralização com ênfase na municipalização. Por outro lado, os dilemas desta ênfase excessiva ainda não seriam equacionados neste Governo. Para a política de saúde mental, favorecia o fato de o Coordenador ter um bom relacionamento previamente estabelecido tanto com o novo quadro do MS quanto com o próprio Presidente da República.

Após a II Conferência a CORSAM debruçou-se sobre a construção das portarias de transição relativas à classificação das unidades psiquiátricas hospitalares, contando então com o já referido GAPH.

Desde 1992, o Gabinete da Secretaria de Assistência à Saúde⁸⁵ (SAS) estava ocupado por um Deputado⁸⁶ que havia sido relator, na Câmara, do PL do Deputado Paulo Delgado, tendo sido favorável ao mesmo. Em agosto de 1993 ocorre outra troca de Ministro da Saúde⁸⁷, e logo em seguida, o então Coordenador da área de saúde mental assume a Diretoria do Departamento de Programas da SAS. A pessoa que assumiria o cargo na CORSAM já compunha a equipe, de forma que essa mudança não

⁸⁵ Trata-se da antiga SNAS.

⁸⁶ Carlos Eduardo Venturelli Mosconi.

⁸⁷ O Ministro Henrique Antonio Santillo.

gerou impacto na condução da política em andamento. Ao contrário, a entrada do ex-coordenador no Departamento de Programas não determinou seu afastamento da área da saúde mental, mas possibilitou que, mediante uma interlocução mais próxima com o escalão superior – tanto com a SAS quanto com o Gabinete do Ministro, ele pudesse contribuir para o fortalecimento da política dentro do MS⁸⁸.

Apenas em dezembro de 1993 é constituída Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP)⁸⁹, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para acompanhar a implementação das recomendações da II Conferência. A CNRP marcava a entrada de um novo ator no cenário da construção de políticas condizentes com o processo de reforma psiquiátrica.

A partir dos desafios apontados pela IX CNS sobre a municipalização e a efetiva descentralização do poder decisório, o MS promoveu uma articulação com vistas a uma gradativa descentralização das ações de saúde materializada na NOB 93. Essa Norma cria “*um embrião para eliminar a forma de pagamento por produção e recuperar a trajetória de reforma traçada para o setor na LOS*” (Baptista, 2003: 185-6).

São criadas diferentes condições de gestão para estados e municípios, numa perspectiva de transição e assumindo a existência de diferentes capacidades gestoras. Tentando solucionar o vazio de relações entre níveis, são instituídas as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), um espaço de negociação e pactuação entre as Secretarias de Saúde municipais e estaduais⁹⁰. E para romper com a lógica convenial e com o sistema de faturamento por produção, foram previstas formas de transferência direta e automática de recursos para estados e municípios de acordo com a condição de

⁸⁸ Bastante ilustrativo do não afastamento desse Coordenador é sua entrada na composição do grupo formado pela portaria SAS nº47/93. Ver quadro descritivo 1, Anexo C.

⁸⁹ A CNRP foi criada pela Resolução nº93/93 do CNS, e seus membros foram nomeados pela GM nº1.107/94, sendo sua composição: 1 representante do MS, 1 do CONASS, 1 do CONASEMS, 2 do segmento de Prestadores de Serviços de Saúde Privados, 1 do Ministério da Educação e do Desporto, 2 de Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, 1 do Fórum de Entidades das Profissões da Área de Saúde, 1 da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e 1 do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

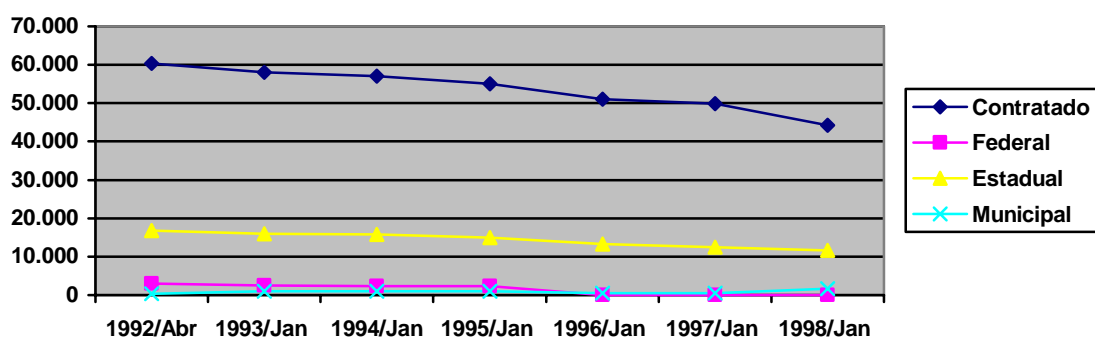
⁹⁰ Desde 1991 existia a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

gestão assumida por estes⁹¹. Também a NOB 93 incentiva a produção de planos de saúde de municípios e estados ao transformá-la em condição para o repasse automático.

No entanto, o repasse automático do teto financeiro global⁹² só foi regulamentado a partir de agosto de 1994. Até então só foram transferidas responsabilidades e atribuições gestoras. Com isso, foram poucos os entes federativos que se habilitaram: até final de 1994 apenas 24 municípios haviam assumido a condição de gestão semi-plena. Até 1996 a habilitação dos municípios foi significativa, mas entre os estados não. Estes não tiveram a implementação dos recursos automáticos⁹³.

Apesar da importância de fortalecer a autonomia gestora municipal, para o avanço da política de reversão do modelo assistencial em saúde mental, talvez tivesse sido mais impactante o fortalecimento dos estados, já que estes tendem a concentrar sob sua gestão a maior parte dos leitos psiquiátricos. Os gráficos abaixo são ilustrativos do peso estatal.

Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos por Natureza no período 1992-1998.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

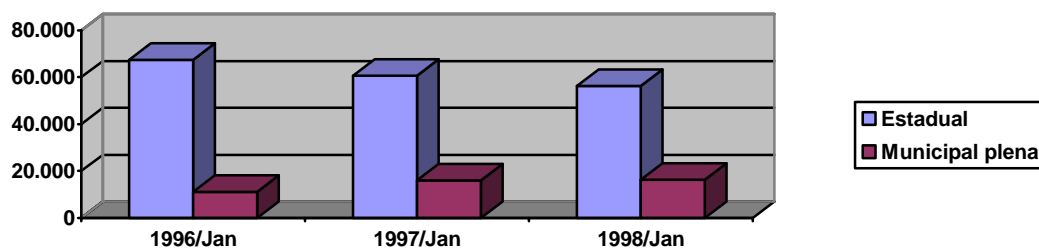
Obs.: Até 1996, no site do DATASUS, não é possível gerar a tabela por tipo de gestão, mas apenas pela natureza. Dessa forma, quanto aos leitos contratados, não é possível saber sob que nível de gestão se encontram.

⁹¹ Só seriam contemplados com essa forma de repasse os municípios e estados em condição de gestão semi-plena. Na prática essa condição só pôde ser implementada para municípios, e não para os estados, dada a desfavorável conjuntura financeira do setor.

⁹² O cálculo desse teto, que inclui o custeio de ações ambulatoriais e hospitalares, considera o critério populacional previsto nas leis da saúde. Isso significa uma medida de caráter equitativo.

⁹³ Além disso, não tendo sido desenvolvidos mecanismos de organização da rede regionalizada e hierarquizada – importante lacuna para a saúde em geral identificada nessa NOB – os estados continuavam sem definições de seu papel na gestão integrada do sistema de saúde. Para a área da saúde mental, importa menos a regionalização no moldes de um sistema hierarquizado, e mais a assunção de papéis coordenadores por parte dos estados.

Gráfico 2 – Leitos Psiquiátricos por Gestão no período 1996-1998.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

De qualquer forma, os leitos psiquiátricos tendem a se concentrar em municípios de grande porte, com ampla capacidade instalada. Resta saber se os municípios que aderiram à gestão semi-plena são os mesmos que apresentam grande concentração de leitos psiquiátricos.

Segundo informações colhidas em entrevista, principalmente a partir de 1995, nas reuniões com os coordenadores estaduais, passaram a participar também alguns coordenadores municipais, aqueles cujo município estava habilitado. Apesar do reduzido número de gestores municipais, a mudança evocada pela NOB 93 já apontava para uma abertura de diálogo com vistas à descentralização da gestão da rede de saúde mental. Ainda segundo informações da entrevista, possibilitava uma descentralização também das responsabilidades, uma vez que em nível local passava-se a decidir sobre a distribuição de leitos, impactando em sua redução no setor psiquiátrico e tornando as relações de embate entorno da desospitalização mais locais. Uma vez que os recursos de custeio de ações, baseados em série histórica, passavam a ser transferidos fundo a fundo, caberia à gestão municipal determinar sua alocação.

Mesmo que a NOB 93 não fortalecesse a assunção de autonomia gestora por parte dos estados, a CORSAM havia logrado criar um Colegiado de Coordenadores de saúde mental que contava com a maioria de nível estadual. A estratégia de buscar uma compatibilização da política entre esses níveis não deixou de surtir efeito, visto que de fato ocorreu redução de leitos, embora não no ritmo recomendado pela II CNSM⁹⁴ (gráficos 1 e 2).

Em agosto de 1994 o GAPH se estende aos demais níveis de gestão, numa ação mais sistemática. Nesse ano venciam os prazos para acreditação dos hospitais com conseqüente redução do valor de reajuste ou descadastramento em caso de não cumprimento, o que configurou um ano de turbulências no âmbito político. Entre

⁹⁴ “(...) c) a desativação dos leitos manicomial deverá ser de 20% ao ano, efetivando-se no prazo máximo de 10 anos” (Brasil/MS/SAS/DAPS, 1994: 14).

pressões de governos estaduais, apostas contrárias de um segmento do setor privado, e um certo conservadorismo do setor público, foi lançada outra seqüência de portarias até 1996 que deu continuidade ao processo de avaliação, adequação e descredenciamento dos hospitais⁹⁵. Essa seqüência de portarias ilustra bem a ênfase que é dada, nesse período, ao processo de desospitalização e qualificação.

Uma das críticas feitas à NOB 93 foi a manutenção do repasse de recursos segmentado entre assistência ambulatorial e hospitalar para os entes não habilitados em gestão semi-plena. Isso dificultava que se concretizasse a recomendação da II CNSM de que os gastos em leitos de psiquiatria fossem revertidos para dispositivos territoriais. Seguindo a crítica, ainda conta o fato de a maioria dos municípios e estados continuarem recebendo com base na produção apresentada, pois até mesmo o cálculo do repasse automático considerava as séries históricas, mantendo a iniquidade, já que municípios com maior capacidade instalada eram privilegiados.

Paradoxalmente, no campo da saúde mental, quanto maior a ‘capacidade instalada’ – quantidade de leitos psiquiátricos, mais incisiva deve ser a articulação da CORSAM com esse município ou estado no sentido de operar uma redução dessa capacidade mesma. Nesse momento, o argumento da Coordenação junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) – quando em condição semi-plena, era de que, dado o teto global de AIH, poder-se-ia gastar maior parte de sua cota com outras clínicas hospitalares, como pediatria ou ortopedia, etc.

Ainda acompanhando uma crítica do setor, essa NOB e a anterior são restritas à regulamentação da assistência. No campo da saúde mental, em nada contribui para a formação de modelos de base territorial que se concretiza via ações intersetoriais. Esse tipo de construção continuava ficando na dependência de recursos e vontade política locais. Enfim, a NOB 93 permite poucos avanços no que diz respeito aos ideais sustentados pelo movimento da reforma psiquiátrica e até mesmo da reforma sanitária.

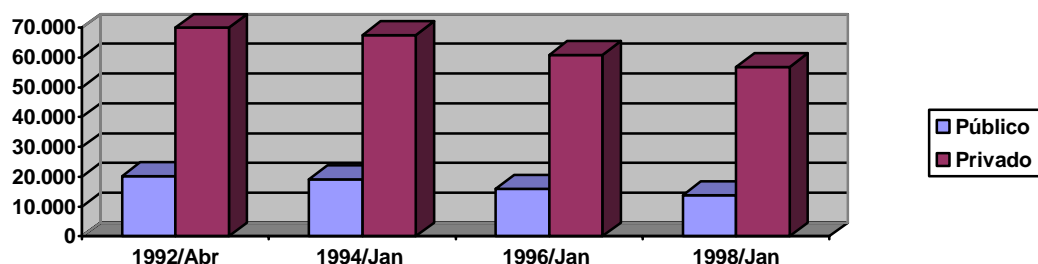
Outro fato importante é a extinção do INAMPS em julho de 1993. Para os que acreditavam que com isso seria também extinta a cultura inampiana de pagamento prospectivo, não houve muito o que comemorar, já que a SAS incorporava essas estruturas e estratégias. Menos ainda houve a comemorar com a retirada dos recursos da previdência do MS, gerando retração de gastos e dívidas que não caberiam no ano de 1993, estendendo-se até a atualidade.

É nesse contexto que ganhou destaque, em 1994, um discurso de que “*a saúde gastava mal seus recursos, portanto, bastava se criar mecanismos de controle,*

⁹⁵ Ver o quadro descritivo 1, no Anexo C.

avaliação e apuração dos problemas para uma melhora efetiva do setor” (Baptista, 2003: 193-4). Para uma política de desospitalização, parece um discurso favorável. No entanto, ao pensar em expansão da rede extra-hospitalar, talvez não seja da mesma forma, já que esqueceu-se a questão do precário financiamento. Ainda no que tange à redução de leitos parece que a preocupação com o ‘mal gasto’ foi mais importante quanto aos serviços próprios, dado que no setor privado essa redução foi proporcionalmente menos incisiva.

Gráfico 3 – Leitos Psiquiátricos por Regime Público e Privado no período 1992-1998.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Segundo os números do DATASUS que geraram o gráfico 3, no período de referência, enquanto os leitos públicos tiveram uma redução de 31,6%, no setor privado essa redução foi 18,7%. De acordo com esses dados é possível perceber que a meta da estatização era bastante ambiciosa, e o setor privado, bastante resistente à política de desospitalização.

De outro lado, quanto à rede de CAPS, a meta da estatização tinha um pouco mais de força. Apesar de a NOB 93 não prever contrapartida orçamentária dos municípios, a tabela de procedimento desse serviço cobria 70%, e o município deveria entrar como restante⁹⁶. Essa medida visava evitar a entrada do setor privado, o que inclusive gerou uma Recomendação do CNS, pedindo pela revisão de tal medida⁹⁷. Segundo dados de entrevista, essa Recomendação não teve efeito, e a entrada dessa crítica se deve à participação do setor privado no Conselho.

Fato interessante nesse período é a publicação da portaria GM nº1.720/94, que marca a adesão do Brasil ao Dia Mundial da Saúde Mental, 10 de outubro. A exposição de motivos dessa portaria referencia documentos da Federação Mundial de

⁹⁶ Informação obtida na entrevista realizada em 21 de junho de 2006.

⁹⁷ Recomendação nº7/95.

Saúde Mental e da ONU, bem como a meta de Saúde Para Todos no Ano 2000 proposta pela OMS e a designação deste dia mundial da saúde mental por esses organismos.

Há uma interpretação de que a adesão ao dia mundial da saúde mental refletia uma conquista do movimento de reforma psiquiátrica que repercutiria no apoio à desospitalização e desinstitucionalização da loucura. É provável que de fato isso signifique um apoio institucional do MS, mas algumas expressões dessa portaria aludem a um vocabulário que certamente não era da CORSAM, indicando que este documento não foi escrito nessa Coordenação. Para ficar num único exemplo, a consideração de “*que a “saúde” compreende a saúde da mente e das emoções, assim como a saúde corporal*” reflete um entendimento fragmentado do processo saúde-doença que já não constava de documentos oficiais desde antes da I CNSM.

Além disso, na II CNSM foi determinado, e foi acatado, que o dia 18 de maio entrasse no calendário oficial como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, data comemorada pelo movimento pela reforma psiquiátrica desde o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em 1987. Assim, o campo da saúde mental ‘ganha dois dias’ no calendário brasileiro: um deles marcado por sua vinculação a organismos internacionais, outro marcado pelo MNLA. Se o estabelecimento do dia mundial seria um enfrentamento, é uma hipótese em aberto.

O ano de 1995 começa com novo Presidente, Fernando Henrique Cardoso e novo Ministro da Saúde⁹⁸, e o retorno do primeiro coordenador da CORSAM ao cargo⁹⁹.

Essa gestão ministerial teve forte preocupação com três aspectos que merecem destaque: o fortalecimento das relações intergovernamentais, a reorientação do modelo assistencial do SUS com ênfase na atenção básica, e a conquista de fontes estáveis de recursos para a saúde. Todos esses aspectos permearam a construção da NOB 96, que será melhor descrita no momento seguinte.

Outro acontecimento importante em 1995, no segundo semestre, foi a retomada da tramitação do PL nº3.657/89 no Senado, que estava parada há quase quatro anos (Pereira, 2004).

Para fechar este momento germinativo, uma breve consideração sobre a atuação do CNS. Durante certo tempo, a CNRP do CNS esteve voltada para os trâmites de sua constituição e funcionamento. Encerrado esse momento inicial, pôde atuar de

⁹⁸ Adib Jatene.

⁹⁹ Conforme relatado anteriormente, este coordenador esteve como Diretor do Departamento de Programas da SAS desde meados de 1992.

acordo com o papel designado na Lei nº8.142/90: proposição política e controle do executivo.

Com isso, destacamos dois documentos. Em 1995, a Resolução nº159 aprova a política proposta pelo Programa de Apoio à Desospitalização (PAD). Este é um embrião do Programa De Volta Para Casa, implementado apenas em 2003, que será descrito oportunamente. E em 1996 a Resolução nº210 aprova determinação de que a SAS estude a inclusão, na tabela SIA/SUS, de alternativas às internações, como lares abrigados ou pensões protegidas.

No entanto, essas propostas, apesar de encontrarem respaldo nas CNSM e em debates do movimento pela reforma psiquiátrica, esbarrava ora em questões jurídicas¹⁰⁰, ora em dificuldades financeiras ou do modelo de financiamento. Mas por sua atuação propulsora, **a CNRP também confere caráter germinativo a este momento.**

Em suma, o quadro 1, apresentado no começo deste capítulo, mostra claramente a ênfase na assistência hospitalar nesse momento. O contexto de discussão do PL nº3.657/89 foi determinante dessa ênfase, já que exigia da CORSAM um posicionamento firme e o uso de estratégias que ajudassem a conquistar a confiança também dos opositores. Por isso também a importância de todas as ações com viés de desospitalização serem fundamentadas em ações de avaliação e acreditação hospitalar.

As portarias desse período apresentam-se fortemente normativas, coesas e aplicáveis, com o respaldo de haver sido construídas de forma colegiada. Enquanto o legislativo debatia, o executivo ‘comia pelas bordas’, fortalecido pelas recomendações das duas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Acompanhando o cenário de produção normativa, constata-se o avanço no processo de desospitalização, que contou ainda com o descadastramento de leitos de cobrança que não existiam de fato. A expansão dos CAPS não encontrou seu momento mais forte nesse período. Ainda houveram, nessa primeira gestão da CORSAM, medidas voltadas para a capacitação e formação de profissionais, algo que não está posto em portarias.

Se analisarmos esse momento à luz de tudo que foi proposto na II CNSM, concluiremos ter sido um período de poucos feitos. No entanto, o próprio processo de implementação do SUS esbarrava em dificuldades que a CORSAM não dispunha de

¹⁰⁰ Refiro-me à proposta do PAD.

governabilidade para ultrapassar. Ora, o que é germinativo é o que ainda não encontrou seu processo de maturação concluído.

Apesar de não haver oferecido um desenho de modelo assistencial que vislumbrasse o que o movimento pela reforma psiquiátrica ansiava, preparava terreno para a construção de uma rede mais ampla através do enfrentamento da questão da desospitalização e abertura do financiamento das ações, bem como através da construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental.

Em meados do ano de 1996 o então Coordenador da CORSAM deixa o cargo, e logo em seguida ocorre mudança de Ministro da Saúde. Um novo contexto ministerial marca o próximo momento com repercussão na condução da política de saúde mental.

CAPÍTULO 5. Momento de Latência (1997-1999)

É preciso iniciar este momento com uma advertência: aqui encontraremos muito mais a história das implementações a nível de SUS do que da política de saúde mental. Longe de tratar-se de uma incoerência, o esforço é no sentido contrário. No decorrer desta parte do texto as razões desta advertência serão iluminadas.

Quando em 1996 o primeiro Coordenador da CORSAM deixa o cargo, o então Ministro da Saúde fica sem condições de nomear outra pessoa¹⁰¹, de forma que assume aquele que era o Vice-coordenador. Trata-se de um psiquiatra que compunha a equipe da CORSAM desde seu nascimento, alinhado, portanto, com a condução da política desenvolvida até então e disposto a manter sua coerência. Por outro lado, este novo Coordenador não dispunha da rede de relações e do perfil articulador de seu antecessor, e apesar de seu alinhamento com o movimento da reforma psiquiátrica, não era exatamente um militante que funcionasse como uma ponte com o movimento. **Os anos anteriores haviam permitido um aprendizado sobre o necessário caráter de uma coordenação nacional de saúde mental: não basta a competência funcional ou administrativa e nem mesmo técnica, ou seja, o poder de interlocução é um elemento estratégico.** Apesar das tentativas deste novo coordenador de fazer um sucessor com esta representatividade, dificuldades de ordem estrutural ainda o impediriam.

Mas as trocas não terminam aí. Em dezembro de 1996, assume um novo Ministro¹⁰². Mas importa contextualizar um pouco a gestão ministerial anterior, já que uma interpretação possível é a de que essa troca de Ministro é um dos resultados da gestão de 1995/96.

Como apontamos no final do momento anterior, houve uma intensa dedicação à construção da NOB 96, buscando o amadurecimento das relações intergovernamentais, com resgate do papel dos estados. Essa NOB confere ênfase à

¹⁰¹ Acontece que vazou a notícia de que o Vice-presidente da República havia indicado, para sucessão do cargo, uma pessoa ligada ao setor hospitalar. Então, para não contrariar o Vice-presidente nem arriscar o cargo às mãos de alguém de orientação conservadora, optou-se por manter no cargo aquele que era o Vice-coordenador da CORSAM.

¹⁰² Carlos César Albuquerque como Ministro e Barjas Negri, um economista, como Secretário Executivo. Este é um período em que a Secretaria Executiva tem um peso importante no sentido de “*imprimir ao Ministério da Saúde um estilo de gestão coerente com as proposições do governo*” (Machado, 2005: 123).

atenção básica via expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários (PACS), numa estratégia de regionalização e hierarquização na medida em que a oferta de um mínimo de ações era acompanhada pelo esforço em garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde. A proposta da NOB foi debatida e legitimada na CIT, no CONASS e CONASEMS, no CNS e na X CNS, tendo sido publicada em novembro de 1996 após um processo significativamente democrático.

Essa norma também cuida da ampliação das transferências regulares e automáticas de recursos para as SMS e SES aumentando a autonomia gestora de acordo com a condição de habilitação. Os recursos previstos para custeio de ações de saúde contam com uma parte fundo a fundo, dirigida majoritariamente a ações de atenção básica, e outra parte vinculada à produção de internações e procedimentos ambulatoriais de alto custo, entre outras. A alocação de recursos para investimentos é pautada na lógica da consolidação da capacidade gestora, passando por programação da SES, negociação com a CIB e submissão ao Conselho Estadual de Saúde (CES) até liberação pelo MS.

Mas ainda há que se considerar que *“a segmentação e a transferência dos recursos ambulatoriais em contas separadas [ambulatorial básica e especializada] (...) diminuiram a possibilidade do gasto do montante de recursos transferidos segundo suas próprias prioridades”* (Levcovitz *et alli*, 2001: 288). Assim, para os municípios habilitados em gestão semi-plena pela NOB anterior, houve um retrocesso. Segundo as condições da NOB 96, a maior parte dos recursos para o subsistema ambulatorial permanecia vinculado à produção. Isso significa que o custeio para os CAPS, por exemplo, permanece ligado à sua implantação prévia.

Resistências de outros órgãos do governo à NOB surgiram, devidas principalmente ao necessário aporte de recursos para implantação das propostas. É nesse momento que fica claro o pouco apoio dado pelo então Presidente da República a essa proposta.

Essa gestão ministerial teve forte preocupação em garantir fontes estáveis e suficientes de recursos para a saúde. Houve negociações intensas em torno da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que teve que se submeter à política econômica do Governo, voltada para o ajuste e corte neoliberal. As pressões em termos de custo-efetividade e racionalização de gastos aumentaram, bem como as críticas na linha de que o problema não é a quantia de recursos, mas a má condução dos gastos e investimentos. O inevitável, mesmo após a aprovação do CPMF

e da NOB 96, foi a saída do Ministro da Saúde. A implementação da NOB ainda aguardaria algum tempo.

A partir de final de 1996 foi definida uma nova gestão ministerial, com um melhor delineamento da proposta do Governo de reforma administrativa no MS, e da intenção de subordinar as políticas de saúde às propostas do setor econômico.

Tornava-se mais concreto do que nos anos anteriores o direcionamento para um modelo assistencial organizado hierarquicamente, com definições de porta de entrada cobrindo a atenção básica e desenhando Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Há um empenho na municipalização e na proposta de efetuar o repasse de recursos com base no número de habitantes, numa tentativa de organizar o sistema pela demanda e não pela oferta de serviços.

Quanto à NOB 96, a partir de 1997 foram feitas alterações significativas¹⁰³. Uma delas refere-se à transformação da proposta original, de um Piso Assistencial Básico, onde o que importava não era tanto o que constava ou não da cesta de atenção básica, mas sua construção de acordo com as necessidades apresentadas buscando oferecer ações resolutivas numa ótica menos programática e mais integral. A alteração regulamenta em 1997 o Piso de Atenção Básica, que é animado pela lógica piramidal dos níveis de complexidade e pela definição pré-estabelecida de um conjunto de procedimentos pautados em programas massificados. Aliás, procedimentos muito bem normatizados acompanhados da construção de indicadores (Baptista, 2003).

Enquanto a proposta do Piso Assistencial Básico, por seu perfil dinâmico de abertura para as necessidades territoriais, foi a primeira proposta do SUS que mais se aproximava de um modelo de atenção almejado pelo movimento da reforma psiquiátrica, sua transformação no Piso de Atenção Básica funciona como um transtorno para quaisquer expectativas de que a política de saúde mental pudesse aí encontrar uma via de integração com o sistema de saúde mais coerente com seus princípios.

De qualquer forma, a lógica do PSF/PACS estava atrelada à construção de indicadores e ao alcance de metas quantitativamente verificáveis. No campo da saúde mental, por sua vez, esses termos são de difícil equação. Por exemplo, se pela lógica da

¹⁰³ Se o primeiro desenho da NOB 96, feito ainda em 1995/96, contou com amplo debate, sendo submetido a várias instâncias de pactuação, neste momento as alterações foram feitas à revelia do posicionamento das várias instâncias, que buscaram participar, mas encontraram uma gestão do poder executivo centralista e pouco democrática. Ver Baptista (2003).

desinstitucionalização um dos ‘resultados esperados’ é o resgate do paciente enquanto sujeito na relação de cuidado, esta é, necessariamente, uma meta que foge a qualquer tentativa de construção de indicadores (Barreto, 2005). Mas esse dilema ainda não seria enfrentado neste momento, mas apenas a partir de 2001, como veremos à frente.

Com as alterações da NOB 96, o PSF/PACS acabou perdendo parte do que havia de mais inovador em sua concepção original, e foi transformado num mecanismo de porta de entrada e triagem, ou, em outros termos, mecanismo de seleção/exclusão. Essa deveria ser a base do sistema de saúde a ser organizada em âmbito municipal, orientado pela adscrição de clientela. Para entrar em qualquer outro ponto do sistema ambulatorial de alta e média complexidade ou hospitalar, seria necessário um encaminhamento do nível básico. O nível estadual ajudaria no controle desse sistema e na organização dos níveis de atenção hierarquicamente superiores. **Ora, por mais que se buscasse uma inflexão via gestão da demanda em detrimento da gestão da oferta, no caso da saúde mental, para uma clientela não acostumada a conformar demandas espontaneamente, um modelo organizacional hierarquizado e seletivo, consegue, no máximo, reforçar uma demanda compulsória.**

Importa lembrar que, nessa organização, os CAPS são classificados como média complexidade ambulatorial, o que os afasta ainda mais da gestão pretensamente autônoma do poder local. Pretensamente porque o que a NOB 96 operou, de fato, apesar da lógica per capita e da transferência fundo a fundo para atenção básica, foi uma vinculação dos recursos, já que sua aplicação era obrigatória no custeio das ações pré-estabelecidas, não possibilitando uma flexibilidade em função das singularidades e especificidades locais, nem a autonomia decisória local.

Além disso, a própria transferência de responsabilidades e atribuições ocorreu de forma induzida e super controlada pelo gestor federal, efetuando menos uma descentralização política das responsabilidades e mais uma desconcentração administrativa. Também o instrumento voltado para pactuações horizontais e verticais – entre municípios e entre estes e estado –, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), não foi implementado como previsto na NOB 96 original, dificultando o avanço de uma cultura gestora de planejamento e integração do sistema.

Se não houve avanço na descentralização política, houve sim uma desconcentração significativa, já que foi massivo o processo de habilitação dos municípios: durante 1998, foram habilitados 4553 na condição de gestão plena da atenção básica, e 450 na condição de gestão plena do sistema municipal. Como nas NOBs anteriores – 91, 92 e 93, os estados foram deixados de lado. Ou seja, um dos

problemas que mobilizou a criação da NOB 96 permanecia insolúvel, pois a função a eles reservada era a organização da média e alta complexidade e neste momento a ênfase era a descentralização municipalista da atenção básica.

Mais uma vez, o avanço das políticas de saúde mental é cerceado de todos os lados: se os estados não alcançam maior poder de integração e condução política, continuam tendo dificuldade na desospitalização psiquiátrica já que operam com macro-hospitais que abrigam pacientes-moradores de municípios às vezes distantes, e por isso, ficam na dependência da consolidação de redes de cuidado locais e com dispositivos para receber esses pacientes “*de volta para casa*”¹⁰⁴. Fechando o cerco, os recursos para investimento não priorizavam, neste momento a média complexidade ambulatorial, que continha o único dispositivo extra-hospitalar financiado pelo SUS até aquele momento, o CAPS.

Levcovitz *et alli* concluem, num “*balanço das NOBs*” que “*(...) a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para o repasse, transferência e execução da maior parte dos recursos federais, apesar dos benefícios para a padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, pouco contribuem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais*” (2001: 289-90). Por outro lado, devemos reconhecer o avanço na oferta de ações básicas de saúde para grande contingente da população brasileira.

Um outro dado de grande relevância é a mudança na estrutura ministerial que ocorre em meados de 1997. Novas secretarias são formadas, entre elas, a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), efetuando uma mudança cujo objetivo era, através do enfraquecimento da SAS, destruir sua cultura inamiana (Machado, 2005).

Um dos resultados foi a desarticulação da Coordenação de Saúde Mental enquanto estrutura de formulação política, e sua alocação na SPS onde exerceria um papel mais consultivo que propositivo, e sem poder de articulação interna ou externa. No entendimento de um dos entrevistados, o que se operou de fato foi um descolamento entre formulação de políticas e financiamento, num modelo de atuação identificado com o da OPAS, ou seja, através da formulação de diretrizes baseadas em grandes consensos

¹⁰⁴ De fato, essa é uma alusão direta ao problema a que esse programa buscava responder. Sua regulamentação no SUS virá alguns anos adiante. Mas já era uma realidade no município de Angra dos Reis desde início dos anos 1990 graças aos esforços dessa Prefeitura.

científicos. Para isso, aqueles que compunham a antiga CORSAM passam a compor um Comitê Técnico-Científico de Saúde Mental¹⁰⁵.

O resultado mais visível é o vazio de portarias. Com isso, queremos destacar que, se no momento germinativo o perfil do Coordenador da política de saúde mental tinha peso, nesse momento qualquer que fosse o perfil do Coordenador, este teria sido, como de fato foi, neutralizado pelo arranjo estrutural do MS. Também não é preciso muito para entender o esvaziamento dos espaços de debate e construção de consensos.

Algo que não é possível encontrar em portarias, mas que é facilmente previsível diante do quadro de desarticulação da política de saúde mental e é informado numa publicação do MS, é que o GAPH, de singular importância na atuação do momento anterior, passou a ser progressivamente desativado a partir de 1997 (Brasil/MS/SE/SAS, 2004).

Em março de 1998, o MS recebe um novo Ministro¹⁰⁶, de formação em economia.

Logo no início desse ano o CNS edita a Resolução nº272, que é bastante ilustrativa do momento pelo qual passava a política de saúde mental quando propõe “*Criar a Comissão visando estabelecer interlocução com o MS para análise dos fatores que tem determinado o não cumprimento adequado das metas e estratégias da Reforma Psiquiátrica uma vez que o próprio Conselho já havia se pronunciado sobre a matéria*” (Brasil/MS/CNS, 1998).

Alguns documentos normativos, que não operam especificamente a política em questão, mas fazem contato com a área da saúde mental, foram editados em 1998. A GM nº2.925/98 cria “*mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências*”. Essa portaria estabelece critérios para o cadastramento de hospitais nesse sistema que vão desde disposições sobre área física até a composição do quadro de profissionais. Nesse critério encontramos a primeira lacuna nessa regulamentação: a ausência de obrigatoriedade de especialista em psiquiatria ou psicólogo ou enfermeiro com competência na área de saúde mental, já que são incluídos os procedimentos de internação em psiquiatria em hospital geral e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em psiquiatria, já previstos desde a SNAS nº189/91.

É certo que o movimento pela reforma psiquiátrica opera uma abertura do campo com outras disciplinas e especialidades. No entanto, o acolhimento à emergência

¹⁰⁵ Não encontramos a portaria que constitui esse Comitê. O que dele sabemos foi colhido em entrevista.

¹⁰⁶ José Serra.

de casos psiquiátricos em hospitais gerais é sabidamente marcado por um processo de preconceito, onde a recepção a esses pacientes geralmente é feita por funcionários da equipe de segurança dos hospitais e os médicos tendem a fazer prescrições medicamentosas com efeito primordialmente sedativo em detrimento do terapêutico.

Por outro lado, segundo essa portaria, as unidades hospitalares cadastradas estariam integradas a centrais de regulação e incorporadas no sistema de referência e contra-referência hospitalares. Isso, em alguma medida, acata uma das resoluções da II CNSM, em cujo Relatório Final recomenda-se que a regulação das internações seja feita prioritariamente por unidades extra-hospitalares ou pólos de emergência pública. Busca-se com isso, evitar entradas diretas em hospitais psiquiátricos.

A questão da lacuna apontada é resolvida quando a normativa GM nº3.902/98 resolve incluir a especialidade de psiquiatria nos critérios da GM nº2.925/98. Mas algo bastante interessante nessa portaria é que ela ilustra o modo de funcionamento do Comitê Técnico-Científico de Saúde Mental. Na exposição de motivos afirma-se que a inclusão da especialidade trata-se de uma recomendação desse Comitê – abrigado na SPS, que passou por um parecer de um departamento da SAS. Com isso, percebe-se a fragmentação e a expansão dos trâmites burocráticos que envolviam o trabalho de construção política. Isso não foi exclusividade da saúde mental, mas foi fortemente sentida por esta área.

Voltando à gestão ministerial, um importante investimento foi feito na regulação dos planos e seguros de saúde, e em 1998 foi composto o Conselho de Saúde Suplementar¹⁰⁷ (CONSU), num processo que culminaria com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000. Desde o início a regulamentação desse setor se deu de forma tal que manteve-se fortemente independente em relação ao MS, e indiferente aos princípios do SUS.

A saúde mental na Saúde Suplementar

Todo o trâmite normativo relacionado aos planos e seguros de saúde no decorrer da década foi permeado por duas posições distintas. Uma que defende aquela meta da estatização posta na VIII CNS, na I CNSM e em outros documentos, outra que acredita ser utópica a generosidade de um sistema de saúde do tamanho do SUS, e acredita que, de fato, deve haver um sistema público, mas se a classe alta da sociedade

¹⁰⁷ Referido ao Departamento de Saúde Suplementar da SAS.

brasileira pode arcar com sua assistência, que assim o seja, além é claro, da defesa da livre iniciativa.

Nesse aspecto, há um diferencial da assistência em saúde mental em relação ao SUS. Enquanto para a saúde em geral ainda permanece o consenso na população de que os serviços privados são melhores (não estamos questionando a veracidade ou não deste consenso), no caso da saúde mental, reina uma insatisfação com o setor privado. Resta completar o outro lado dessa moeda, que é conferir visibilidade à qualidade das ações de saúde mental do sistema público de saúde.

A primeira normativa do CONSU que toca na questão da saúde mental é a Resolução nº11 de 1998¹⁰⁸. Esse documento obriga as operadoras de planos e seguros privados “(...) ao tratamento de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10ª Revisão – CID – 10 (...)” (Brasil/MS/CONSU, 1998), determinando que no segmento ambulatorial seja feito atendimento às emergências, psicoterapia de crise com um máximo de 12 sessões por ano de contrato, e “o tratamento básico, que é aquele prestado por médico, com número ilimitado de consultas (...)” (Brasil/MS/CONSU, 1998).

No segmento hospitalar fica obrigatório o custeio integral de 30 dias/ano de internação, em hospital psiquiátrico ou em hospital geral, e cobertura de 8 semanas/ano para tratamento em hospital dia (HD), estendendo esse tratamento para 180 dias/ano dependendo do diagnóstico¹⁰⁹.

Essa resolução opera uma normatização que fragmenta o processo de cuidado e concentra o trabalho no modelo médico-ambulatorial. E não poderia ser diferente, já que a construção dessa regulamentação teve forte participação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), interessada também num movimento de ampliação do campo de atuação profissional.

Interessante notar o esforço de um documento técnico da ANS, escrito em 2003, que “pretende utilizar como eixo de sua análise o descompasso entre as Políticas

¹⁰⁸ Neste momento, o Comitê Técnico-Científico de Saúde Mental foi convocado a participar da construção dessa normativa do CONSU. Informação obtida em entrevista realizada em 4 de julho de 2006.

¹⁰⁹ Aplicável aos casos classificados de acordo com o CID 10 como F00 a F09 (Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos), F20 a F29 (Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes), F70 a F79 (Retardo mental) e F90 a F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência).

Públicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde e a regulamentação ora em vigência para o segmento de saúde suplementar no país” (Ribeiro, 2003: 3).

Com uma linguagem médico-comportamentalista defende o uso integrado da estratégia da reabilitação psicossocial, em conjunto com as terapias farmacológicas e psicoterápicas, e admite a insuficiência das ações cobertas pelos planos de saúde, declarando: *“Então, fatalmente, esta população migrará para o atendimento público, podendo, ser atendida adequadamente, dependendo da oferta de serviços públicos disponível em seu Estado/Município de moradia, ou receber atendimento hospitalar por período de tempo variável” (Ribeiro, 2003: 12).*

Apresentando dados que comprovam que os serviços extra-hospitalares voltados tanto para *“ressocialização de pacientes de longa permanência”* quanto para atendimento de situações agudas são *“economicamente mais vantajosa que o tratamento hospitalar”*, faz uma breve explanação das ações que são ofertadas pelo SUS, como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos¹¹⁰ e o Auxílio Reabilitação Psicossocial¹¹¹, e declara a necessidade de a ANS adequar-se às diretrizes da Lei nº10.216/01¹¹², segundo a qual a internação psiquiátrica deve ser recurso último.

No entanto, este mesmo documento não esquece de ressaltar: *“Se todo o conjunto de necessidades dos pacientes com distúrbios mentais severos e persistentes deve ser obrigatoriamente objeto de cobertura pelo Setor de Saúde Suplementar parece uma questão que merece uma discussão mais acurada, que, por certo, envolve uma análise do impacto nos custos, podendo-se aventar a hipótese de um sistema misto de cobertura” (Ribeiro, 2003: 14).*

Em suma, a ANS trata da regulação do mercado em saúde, e não da regulação do cuidado. Ressalte-se que esta característica da agência não é exclusividade de sua ação no âmbito da saúde mental.

Falar da regulação nos incita a resgatar a questão da meta da estatização. Nesse sentido, parece-nos coerente reproduzir uma citação, ainda que longa: *“Um outro aspecto importante a ser enfrentado diz respeito à possibilidade, oferecida pelo Ministério da Saúde, de credenciamento de serviços territoriais (CAPS e NAPS) privados. Ao funcionarem sob a égide do lucro, os serviços privados colocam seriamente em risco um dos mais caros princípios da noção de territorialidade, que é o princípio da “tomada de responsabilidade”. Este refere-se ao compromisso de dispor,*

¹¹⁰ Criado em 2000.

¹¹¹ Criado em 2003.

¹¹² Resultado do PL do Deputado Paulo Delgado, aprovada em 2001.

integral e continuamente, de uma gama plurimorfa de ações sanitárias, sociais e culturais: as ações privadas, no entanto, como têm demonstrado suas práticas, terminam quando o lucro se torna ameaçado. Mais que isso, os serviços territoriais não podem ser entendidos como fornecedores de ações meramente sanitárias, mas como espaços concretos e simbólicos de ações complexas, múltiplas e intermitentes, em todo o campo do território. Em resumo, o credenciamento de serviços privados desta natureza indicam uma forte contradição no âmbito da Reforma Psiquiátrica” (Amarante, 1997: 183).

No que tange ao SUS, uma declaração bem recente evoca o peso dessa contradição: *“O desafio macroeconômico manifesta-se no distanciamento entre o SUS real e o SUS constitucional. Enquanto este último propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na norma da saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um subsistema destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, parte de um sistema segmentado. Esse desafio pode ser resumido na singela questão: qual SUS a sociedade brasileira deseja?”* (Mendes, 2006: 6). Ou seja, **a regulação da saúde suplementar apresenta-se como uma contradição para ambos os movimentos de reforma – a psiquiátrica e a sanitária.**

Voltando à saúde mental, importa considerar que a entrada do setor privado na rede de CAPS, pelo menos até 2003, não foi da mesma monta do peso desse setor na rede psiquiátrica hospitalar. Por outro lado, um movimento mais intensivo de ampliação da oferta de cuidado em saúde mental na ANS ocorre em período posterior ao recorte temporal deste trabalho. A tabela abaixo apresenta os números.

Tabela 1 - Centros de Atenção Psicossocial por Tipo de Prestador no período 1998-2003.

	Público Federal	Público Estadual	Público Municipal	Privado c/ fins lucrativos	Privado s/ fins lucrativos e Filantr.	Outros*	Total
1998/Jul	3	12	100	16	26	2	159
1999/jul	2	12	117	18	32	2	183
2000/Jul	2	17	172	24	36	2	253
2001/Jul	-	19	200	23	38	3	283
2002/Jul	-	19	258	23	37	3	340
2003/Jul	6	25	351	21	37	-	442

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

* Universitários com e sem fins lucrativos.

OBS: Esses dados sobre os CAPS estão disponíveis no DATASUS apenas a partir da competência de 1998 e somente até 2003.

Breve produção normativa

Em 1999 é publicada apenas uma portaria, a GM nº1.077/99, que implanta o Programa para Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, voltado exclusivamente para unidades ambulatoriais, e constitui um grupo técnico-assessor para avaliar o impacto do Programa na reestruturação do modelo de atenção. A portaria estabelece que o financiamento seja partilhado entre gestores estaduais (20%) e federal (80%), cabendo às CIBs pactuar sobre a distribuição dos medicamentos ou do financiamento aos municípios.

Depois desta, são expedidas algumas normas que tratam de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para medicamentos excepcionais da área. Ressaltamos que se tratava de uma regulação específica no bojo da Política Nacional de Medicamentos do MS, sobre a qual o poder de interferência da área da saúde mental era nenhum ou muito pequeno.

Também nesse ano é promulgada a Lei nº9.867/99, que cria as Cooperativas Sociais, que beneficia inclusive a clientela psiquiátrica dentre outras. Trata-se de uma lei que guarda algumas semelhanças com as experiências italianas, principalmente pelo fato de ser um dispositivo que beneficia vários grupos “*em desvantagens no mercado econômico*”. Por outro lado, ao listar quais seriam esses grupos, vemos que é uma legislação que se fecha para pessoas em desvantagem no mercado, mas que não tenham algum tipo de deficiência ou dependência, nem vinculação com o sistema penal nem que seja um adolescente cujo contexto familiar é “*difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo*”. A entrada nas Cooperativas requer uma espécie de ‘atestado de miséria’ de algum tipo. Seu impacto na área da saúde mental, no período desse estudo, ainda não havia sido significativo¹¹³.

É provável que essa breve produção normativa no ano de 1999 se deva à entrada, em meados de 1998, de um novo Coordenador para a área da saúde mental. Uma pessoa de formação em psiquiatria, também militante da reforma psiquiátrica brasileira, atuante na política de saúde mental desde o nascimento desta, na forma de consultoria ou interlocução técnica e política e participação em eventos norteadores.

¹¹³ Segundo entrevista realizada em 4 de julho de 2006, atualmente, por intermédio dessa Lei, há uma interlocução forte com a Secretaria de Economia Solidária do Ministério do Trabalho. Mas no momento de sua aprovação, essa Lei encontrou resistências no Governo, tendo inclusive sofrido vetos presidenciais. Seu autor é o mesmo que propôs o PL nº3.657, o Deputado Paulo Delgado. Isso é indício de que a inspiração da Lei veio das experiências italianas.

No entanto, no MS, mantinha-se a estrutura que pouco privilegiava o andamento do que estava sendo construído anteriormente – mantinha a queda de aceleração da política de saúde mental, por assim dizer, expressa na irrisória produção normativa.

Interessante perceber que o ano de 1998 foi bastante produtivo no Senado em torno do debate do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Na última sessão de trabalho desse ano o relator do projeto apresentou uma proposta e afirmou ter sido ela construída a partir de um entendimento com o Ministério da Saúde (Pereira, 2004). Em janeiro de 1999 o PL foi encaminhado para a Câmara dos Deputados.

Também houve mudança no Conselho Nacional de Saúde, que constituiu¹¹⁴ uma Comissão de Saúde Mental¹¹⁵, cuja composição pouco difere daquela determinada em 1993. Destacamos apenas o acréscimo de um representante da Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça.

Apesar de neste período ter ocorrido a desarticulação e esvaziamento da coordenação de saúde mental devido principalmente ao arranjo estrutural do MS, segundo entrevista, uma certa organicidade pôde ser percebida, uma vez que estados e municípios que já haviam iniciado sua trajetória continuavam suas políticas de saúde mental independente da instância de nível federal.

Se entendermos que o processo de construção de uma política nacional num arranjo federativo descentralizado envolve, entre outras coisas, a atuação diretiva de um nível central, a conquista de adesão dos outros níveis e a capacidade destes de se reapropriar das diretrizes nacionais e usá-las como instrumento de políticas locais, podemos concluir que no caso da política de saúde mental, a despeito das dificuldades expressas na formulação e implementação das NOBs, o processo de descentralização alcançou algum sucesso.

Nos momentos seguintes, os processos de retomada e expansão da política nacional de saúde mental contará com experiências que tiveram curso em várias regiões e as tornará políticas nacionais oficiais. É claro que não se pode generalizar. O fato de alguns estados e municípios terem desenvolvido ações nesse sentido não significa que essa seja uma realidade do país como um todo. Esses avanços dependem sempre de vontade política, capacidade financeira, condição de gestão, e, às vezes, pactuações nas CIBs, etc. E todas essas variáveis têm peso diferente entre e intra regiões/estados. Mas foge ao objetivo desse trabalho mapear essas condições e as experiências inovadoras

¹¹⁴ Resolução nº298/99.

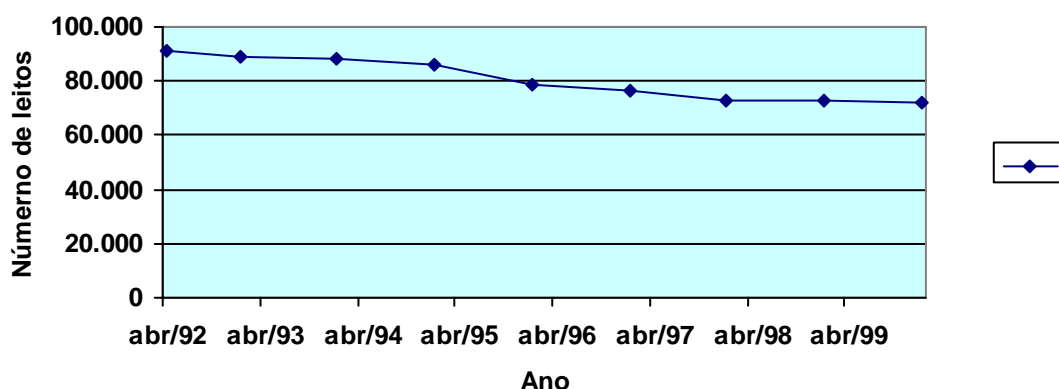
¹¹⁵ Neste momento o CNS passou a se organizar em comissões intersetoriais de áreas específicas.

ocorridas. O que se pretende mostrar é que o gestor federal da política de saúde mental já podia contar com o envolvimento dos demais entes federativos na sustentação da política nacional de saúde mental.

É pelo esvaziamento do poder de formulação política na instância nacional, expressa na queda da produção normativa, e pelo fato da política de saúde mental haver se mantido nas mãos de militantes da Reforma Psiquiátrica, garantindo a posição deste grupo no Estado e garantindo que as conquistas do momento germinativo não fossem desmanteladas, que chamamos este de momento de latência, quando a coerência interna da condução política é implícita. É próprio do que é latente não manifestar-se, mas manter-se subentendido.

Para concluir esse momento, oferecemos dados que mostram que, no que tange ao processo de desospitalização, o período de latência abrigou alguma continuidade, com pequena desaceleração (gráfico 4).

Gráfico 4 – Leitos Psiquiátricos no período de 1992-1999.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

CAPÍTULO 6. Momento de Retomada (2000-2001)

Uma mudança estrutural importante no MS marca o ano 2000: a SAS recupera seu poder institucional, resgatando funções originalmente suas que estavam na SPS desde 1997, como as coordenações de áreas técnicas, inclusive a de saúde mental. Isso significa o **retorno a um ambiente propício à alavancagem da política da área.**

Essa recuperação da SAS não é sem propósito. Estava vinculada ao curso de uma nova norma para o setor, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que seria editada em 2001. Mas seus efeitos serão sentidos mais concretamente apenas em 2002. Antes disso, vejamos a passagem do momento de latência para o momento de retomada, e o conteúdo deste.

Ainda sob a organização do período anteriormente descrito – de latência, é lançada uma importante portaria, a GM nº106/00, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos. Mas ilustra o caráter latente o fato de, nessa norma, serem regulamentados vários aspectos dos Serviços Residenciais sem, no entanto, criar mecanismos de financiamento. Somente no momento de retomada propriamente dito é que passa a existir a possibilidade de remunerar esses dispositivos, conferindo-lhe facticidade. Portanto, é apenas adiante que se conformará enquanto linha de atuação.

Em abril de 2000 é constituído formalmente, no âmbito da SAS, a Assessoria Técnica (ASTECC)¹¹⁶. Trata-se de uma estrutura que abrigaria diversas “*áreas técnicas*”, entre elas, a Área Técnica de Saúde Mental (ATSM). Nesse momento, a Coordenação da ASTECC era assumida por uma pessoa de formação em enfermagem e com experiências voltadas para o campo da saúde mental. Sem dúvida uma pessoa capaz de propulsionar as interlocuções da ATSM com a SAS fortalecendo a política de saúde mental.

Desde 1999, denúncias de maus tratos e negligência em hospitais psiquiátricos¹¹⁷ foram ganhando espaço na mídia levando a forte comoção da sociedade. Uma questão de tamanha visibilidade, cobrada por um movimento social atuante requeria uma resposta urgente do MS, que foi a publicação da portaria GM nº799/00, produzida no curto intervalo entre a saída do coordenador do momento de latência e a entrada do novo.

¹¹⁶ Portarias GM nº397/00, SAS nº116/00 e SAS nº272/00.

¹¹⁷ Uma dessas denúncias rendeu ao Brasil, em 2006, sua primeira condenação pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Essa portaria instituiu o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. A composição do grupo de avaliação conta com representante da equipe de saúde mental, da equipe de vigilância sanitária e da equipe de controle e avaliação da esfera estadual, e, em caso de município em gestão plena do sistema municipal (GPSM) mais um representante de cada uma dessas equipes do nível municipal. Trata-se de um grupo com composição mais técnica do que o GAP do momento germinativo (quadro descritivo 1 – Anexo C). E em caso de irregularidade, prevê denúncia junto ao **Ministério Público. Essa é a primeira normativa da área que faz contato com esse órgão.**

Não foi estabelecida avaliação sistemática que englobasse todas as unidades do SUS, mas, respondendo a uma situação emergencial, retomou a linha de atuação de avaliação, que no decorrer deste momento sofrerá algumas inflexões em relação ao momento germinativo.

Outro acontecimento importante foi a realização da *I Caravana Nacional de Direitos Humanos* pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que percorreu os hospitais psiquiátricos do país. Assim, o grupo composto pela GM nº799/00 convida um representante dessa comissão da Câmara dos Deputados para compô-lo. Também nessa casa do Congresso é **retomada a discussão do Projeto de Lei da reforma psiquiátrica.**

Então, tendo em vista a paralisia da política de saúde mental nos últimos anos e a conseqüente cobrança por parte de instituições interessadas – conselhos de categorias profissionais, CNS, movimentos sociais, etc. –, a crise deflagrada com denúncias de violências e maus tratos no interior dos hospitais psiquiátricos, e a pressão criada pelos parlamentares a partir da I Caravana, era preciso que o MS não apenas retomasse o processo de avaliação hospitalar, mas que também desse uma resposta de visibilidade para o movimento pela reforma psiquiátrica. Afinal de contas, o Ministro da Saúde era futuro candidato à Presidência da República.

Foi convidado para coordenar a política nacional de saúde mental uma pessoa com certa experiência de gestão na área em nível estadual e professor universitário, mas principalmente, uma pessoa que compunha o movimento pela reforma psiquiátrica, que criticava a paralisia característica dos últimos anos, com envolvimento direto na formulação do PL nº3.657/89 e partidário da oposição ao Governo, ou seja, do Partido dos Trabalhadores (PT)¹¹⁸.

¹¹⁸ A Presidência da República e o MS estavam nas mãos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Isso ilustra que a escolha do novo coordenador é fortemente norteadada pelo seu perfil técnico e pelo seu envolvimento histórico com os movimentos sociais que embasam a reforma psiquiátrica brasileira, a despeito de constituir também uma importante manobra político-partidária. Isso nos permite chegar a esse momento afirmando que **desde o nascimento da política de saúde mental, sua coordenação não tem sofrido intempéries de outros critérios de nomeação que não aqueles de um alinhamento com o movimento informante da reforma psiquiátrica**¹¹⁹.

Assim, em 2000 **entra um novo Coordenador nacional da política de saúde mental**, que permanece no cargo até os dias atuais, somando 7 anos de atuação em agosto de 2007. Mantendo um perfil, o novo coordenador é também psiquiatra. Mas se em 1991 essa formação tinha peso argumentativo, atualmente nem tanto.

Como já foi dito, neste momento a política de saúde mental era operada pela estrutura da ATSM, que, apesar de ter retornado à SAS, deveria responder a um modelo de gestão – adotado por essa Secretaria nessa gestão ministerial – onde sua função seria assessorar decisões que seriam tomadas em níveis superiores. Por isso, sua estrutura era mínima. Além disso, a fragmentação e superposição institucional faziam-se sentir quando neste momento a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) estava constituindo um grupo de saúde mental que deveria estar ligado às áreas de atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF).

Dessa forma, uma das primeiras ações do Coordenador foi driblar essas dificuldades estruturais. De fato, ao invés da formação deste outro grupo de saúde mental na SPS, passou-se a estabelecer um diálogo entre o Departamento de Atenção Básica da SPS e a Área Técnica de Saúde Mental da SAS. Também foi possível negociar a montagem de uma equipe de trabalho com cerca de 10 pessoas e montar um ‘entorno’ de consultores que teriam um importante papel neste e no momento seguinte¹²⁰. Essa conquista significava então, que o coordenador havia conseguido negociar um outro patamar de atuação, que não seria apenas de assessoria, mas que teria caráter de formulação e condução política. Enfim, **estava retomado o poder institucional da política nacional de saúde mental**.

¹¹⁹ Por outro lado, importa considerar que, dentro do movimento pela reforma psiquiátrica, há diferentes formas de pensar, propor e fazer acontecer um trabalho voltado para a desinstitucionalização da loucura. Assim, quando nos referimos ao alinhamento com o movimento como critério preponderante para ocupação da coordenação da política nacional, não negamos a ocorrência de certas contrariedades entre os componentes do movimento pela reforma psiquiátrica.

¹²⁰ Nas palavras de um entrevistado, tratava-se de uma estrutura “*multicêntrica*”, resultado de convênios, assessorias, articulações, etc. Entrevista realizada em 2 de julho de 2006.

Além disso, segundo entrevista, uma condição posta pelo Coordenador para aceitação do cargo foi o compromisso de convocação da III CNSM^{121, 122}. A XI CNS, em 2000, também dava força para essa convocação, e seu Relatório Final, no que tange à saúde mental¹²³, é quase um prelúdio ao da III CNSM.

Apesar da convocação formal ter se dado apenas no ano seguinte, já era possível iniciar algumas articulações nesse sentido e isso serviu de argumento para a composição da equipe de trabalho.

No rastro da força da convocação da Conferência, e com o respaldo da I Caravana da Câmara dos Deputados, também foi possível intervir pela aprovação do PL da reforma psiquiátrica.

Assim, o restante do ano de 2000 foi dedicado à construção de condições políticas e de gestão, ganhando força para retomar o poder de decisão inclusive sobre financiamento de ações. Com isso, pôde ser editada a primeira portaria¹²⁴ dessa coordenação, que faz a inclusão na tabela SIA/SUS do Serviço Residencial Terapêutico e na Tabela de Atividade Profissional do código para Cuidador em Saúde. Viabilizava-se a nova linha de atuação.

→ **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs):** uma proposta que encontrava-se em maturação desde a I CNSM, tendo sido reforçada na II CNSM. Também o CNS desempenhou importante função no sentido de não deixar a proposta se perder no decorrer desse tempo (quadro descritivo 2, anexo C). Além disso, a efetividade deste tipo de dispositivo já havia sido experimentada em alguns municípios desde início dos

¹²¹ Segundo relato de outro entrevistado, em 3 de julho de 2006, o fato de 2001 ser o ano internacional da saúde mental pela OMS confluuiu para a convocação da III CNSM, pois o MS deveria dar uma certa satisfação aos organismos internacionais. Além disso, conta a pressão de terem se passado nove anos desde a II Conferência e do determinante da aprovação da Lei nº10.216/01.

¹²² É interessante notar os conflitos políticos que envolvem a convocação da III CNSM. O coordenador de saúde mental, por ser um militante do campo da reforma psiquiátrica, precisava deixar claro no MS o seu alinhamento com esse movimento, daí ser coerente convocar a Conferência. Por outro lado, uma vez inserido no corpo do Governo, a realização da Conferência aparece como um feito da gestão PSDB. Ainda importa nesse terreno conflituoso a participação dos espaços democráticos, como a Conferência Nacional de Saúde e o próprio Conselho Nacional de Saúde.

¹²³ O Relatório da XI CNS declara apoio “*ao reordenamento da Atenção em Saúde Mental, no contexto do SUS, que se convencionou denominar Reforma Psiquiátrica Brasileira*” (Brasil/MS/CNS, 2001: 138). Note-se o esforço deste documento e de autores da área em fazer coincidir a política de saúde mental com a reforma psiquiátrica.

¹²⁴ GM nº1220/00.

anos 1990. Por ser a recuperação de um projeto que já se encontrava em pauta, **a abertura dessa linha de atuação é um dos acontecimentos que caracterizam este como um momento de retomada.**

Os Serviços Residenciais Terapêuticos buscam tornar mais exequível a desospitalização, sendo dirigidos especificamente para pacientes egressos de internação prolongada, mas podendo contemplar *“usuários sem histórico de internações prolongadas, mas que por razões diversas precisam de dispositivos residenciais que permitam prover adequadamente suas necessidades de moradia”* (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2004: 5), inserindo-se, pois, tanto nessa lógica – da desospitalização – quanto na lógica substitutiva.

Outra determinação importante: os SRTs devem ser exclusivamente de natureza pública. E ainda operam um mecanismo de reversão de recursos dada a determinação de que *“a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual nº de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental”* (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 100). *“No entanto, essa realocação não é automática, devendo passar por discussões junto às comissões bipartites do seu estado”* (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2004: 9).

As residências devem estar vinculadas a unidades não hospitalares (CAPS, ambulatórios ou mesmo Equipes de Saúde da Família (ESF) com apoio/supervisão). Por isso essa portaria estabelece que seja priorizada a implantação desse dispositivo em municípios que já disponham de serviços extra-hospitalares em saúde mental, e incentiva *“políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas”* (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 103).

No processo de regulamentação dos SRTs acabaram tendo espaço algumas disputas de ordem corporativa. A autorização para inclusão do paciente e a supervisão das atividades do SRT foram definidas como competências médicas. Isso se deu menos por uma decisão da ATSM e mais por influência do Conselho Federal de Medicina sobre cargos superiores ao da Área Técnica. Com menos sucesso, também a categoria da enfermagem buscou tornar exclusividade sua a atividade de Cuidador em Saúde.

Vale lembrar que já estava em discussão uma proposta de regulamentação do ato médico que buscava delimitar seu campo de atuação conferindo exclusividade sobre

a realização de alguns atos em saúde¹²⁵, de forma que as disputas corporativas não eram restritas à área da saúde mental. Nesta, em específico, já é consolidada a eleição pela conformação de um campo interdisciplinar, conforme discutimos no segundo capítulo.

Sem especificar formações profissionais, o manual dos SRTs afirma apenas que *“o cuidador (...) passa a operar em uma residência e isso causa impactos importantes. Os profissionais que cuidam de moradores do SRT deverão saber dosar sempre o quanto de cuidado deverá ser oferecido para auxiliar na aquisição de autonomia pelo usuário, numa negociação constante”* (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2004: 12).

Por outro lado, o instrumento de financiamento do SUS utilizado para os SRTs não contribui com esse posicionamento da área da saúde mental. Os Serviços Residenciais Terapêuticos inserem-se entre os serviços ambulatoriais de alta complexidade – por isso ficam sujeitos a supervisão pelo coordenador estadual de saúde mental em consonância com a organização proposta pela NOB 96 – e são remunerados via Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Uma das características da APAC é que sua emissão está vinculada à confecção de um laudo médico com o diagnóstico correspondente. Freire *et alli* (2005) já apontaram a incoerência dessas exigências da APAC em relação à proposta da desinstitucionalização. Mas para a ATSM, o uso desse instrumento de remuneração é menos uma opção e mais uma condição sobre a qual não tem governabilidade.

É importante compreender um pouco mais sobre a APAC. Trata-se de um instrumento de informação e remuneração, como a AIH, que foi criado em 1996 destinado exclusivamente aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, ou melhor, de alto custo. Esse instrumento visa um maior controle dos gastos e insere-se na já criticada lógica que fragmenta a organização da assistência por níveis de complexidade. A remuneração nesse momento ainda ocorre de acordo com a NOB 96, baseado na produção apresentada.

O fato de os recursos de AIH e de APAC serem provenientes de montantes distintos dificulta a recomendação de realocação da AIH para os tetos do estado ou município que se responsabiliza pelo paciente desospitalizado. Aliás, essa questão da realocação de recursos, em pauta desde a I CNSM, tem encontrado dificuldades de se

¹²⁵ A regulamentação do ato médico busca tornar atos privativos os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, restringindo também a ocupação de cargos de coordenação, chefia e supervisão de serviços de saúde, dentre outros.

concretizar até hoje devido à fragmentação do orçamento e ao fato de que não é possível vincular o recurso ao usuário e às suas diferentes entradas na rede de cuidados.

Nos primeiros meses de 2001 duas portarias **retomam a linha de atuação voltada para AIH**: a SAS nº111/01, e a GM nº469/01, ambas gestadas fora da ATSM. A primeira não é específica da área, e opera uma mudança importante. Se até então era delimitada a cobrança de um máximo de 107 dias¹²⁶ de internação com a AIH 5, de longa permanência, a partir dessa portaria deixa de existir um limite máximo.

A segunda, por sua vez, é específica da área da saúde mental e propõe um mecanismo de classificação hospitalar perverso. Declarando em sua exposição de motivos a intenção de diminuir as internações de longa permanência e incentivar o uso dos serviços extra-hospitalares, usa como argumento os resultados de “*estudos de custos operacionais, estruturais e administrativos das unidades, no qual ficou evidenciado que há um maior dispêndio de recursos para a prestação de assistência a um menor número de pacientes portadores de transtornos mentais*” (Brasil/MS, 2001c). Assim, dentro do grupo de internação em Psiquiatria IV, classifica os procedimentos pela quantidade de pacientes/mês, e a remuneração da diária passa a ser tanto menor quanto maior a quantidade de internos/mês, ou seja, a diária dos hospitais de menor porte é mais valorizada. Mas o problema dessa lógica de financiamento está em, desestimulando a rotatividade, incentivar a permanência dos pacientes, incentivar a menor quantidade de emissão de AIHs iniciais.

Um interessante dado dessa normativa é sua determinação de que sejam alvo de um programa de reestruturação os hospitais cadastrados para tratamento em Psiquiatria III. Recordando, esse foi o grupo de procedimentos definido como de transição na política de desospitalização do momento germinativo. Ou seja, após cerca de oito anos do estabelecimento das normas para hospitais psiquiátricos, ainda havia aqueles que não se adequaram às mesmas e continuaram funcionando – recebendo um valor menor por diária, mas recebendo.

Ainda de acordo com a GM nº469/01, os valores para tratamento em hospital geral e em hospital dia são os mesmos da maior diária do tratamento em hospital psiquiátrico, sendo pouco indutiva na substituição deste por aqueles. Essa portaria será revogada apenas em 2002.

¹²⁶ SAS nº22/94.

A Lei da Reforma Psiquiátrica

O PL nº3.657/89, que tramitava desde 1989, após o fôlego da *I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira*, finalmente voltou à plenária da Câmara dos Deputados e **foi sancionado em 3 de abril de 2001, originando a Lei nº10.216** ou, como ficou popularmente conhecida, a Lei da Reforma Psiquiátrica¹²⁷.

Pereira avalia que essa lei não atende exclusiva ou inteiramente a nenhum dos grupos interessados e envolvidos no debate, e reitera que “*A discussão no Senado Federal fez com que a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos fosse modificada para dar lugar a uma proposta de reorientação do modelo assistencial que manteria as estruturas hospitalares como um dos dispositivos integrantes desse modelo. Salvou-se assim o próprio paradigma da internação, mantendo legalmente a instituição mestre do saber científico psiquiátrico*” (2004: 181).

A lei mantém a internação determinando que seja usada como recurso último; estabelece direitos ao portador de transtorno mental; prevê política específica para pacientes de longa internação; classifica os tipos de internação em Voluntária, Involuntária e Compulsória; determina a comunicação de internação Involuntária ao Ministério Público; e mantém a internação como ato exclusivamente médico, contrariando as determinações da II CNSM. Ficou de fora uma questão que surgiu durante a tramitação e que foi extremamente controversa: a constituição de uma comissão revisora. Mas se foi possível ao legislativo apelar para um consenso e deixar pontos em aberto para a aprovação da lei, o poder executivo já não tem essa prerrogativa. Ou seja, quaisquer pontos escuros numa lei de reorientação do modelo assistencial são espaço de atuação do executivo.

Trata-se de tomar a Lei nº10.216/01 não como um fim, mas como um delineador de condições para a política de saúde mental, para as relações dessa área com o Poder Judiciário, e, fundamentalmente, com o SUS. Essa lei transforma em política de Estado um movimento que vinha sendo executado até então, de priorizar a rede extra-hospitalar.

¹²⁷ A tese de doutorado de Pereira (2004) apresenta os argumentos e contra-argumentos desenvolvidos no debate que durou 12 anos, explicitando os vocalizadores dos mesmos, as transformações do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e do Senador Lucídio Portela, ementas, substitutivos e relatorias. Qualquer tentativa de ilustrar esse processo nesta dissertação seria insuficiente.

Para o movimento da reforma psiquiátrica, se durante o momento germinativo debatia-se se a destruição do manicômio se faria “*de dentro para fora*” ou “*de fora para dentro*” a lei decidiu pela segunda opção. Isto é, considerando-se que permanece a convicção de que os hospitais psiquiátricos devem ser eliminados tanto quanto os manicômios simbólicos.

Recordando, o lema da *sociedade sem manicômios* trazia a certeza de a reforma deveria operar não apenas a desospitalização e reversão do modelo assistencial, mas usar estes movimentos como um dos eixos de ação da desinstitucionalização. Então, apenas se essa convicção permanece é que continua sendo importante a clareza estratégica de atuar na destruição do manicômio de “*de fora para dentro*” – considerando que esta opção foi determinada pela lei.

Uma vez adotada essa direção, a materialização de um projeto de reforma de orientação basagliana fica na dependência cada vez maior da capacidade dos serviços territoriais de desconstruir as demandas, fortalecer as redes de sociabilidade e contribuir para a transformação da cultura. Nesse ponto, aqueles aspectos micropolíticos do processo de desinstitucionalização, norteados pela busca da integralidade, são a principal via de resgate dos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. **Cabe a essa lei funcionar como um estímulo para que a construção de políticas, de redes de saúde mental e de relações de cuidado a tornem obsoleta.**

De qualquer forma, a Área Técnica de Saúde Mental articulou estratégias. Foi realizado em novembro de 2001 um Seminário, ou pré-Conferência, intitulada *Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei 10.216*, convocado pela Área Técnica e pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, que contou com ampla participação de diferentes instituições, algumas delas estreantes no contato com a política nacional de saúde mental¹²⁸. Reuniam-se em torno de um debate comum, Executivo, Legislativo, Judiciário e sociedade organizada. Nesse momento, algumas experiências estaduais de controle das Internações Involuntárias já estavam em curso e foram relatadas a fim de subsidiar as discussões.

¹²⁸ Atuaram na organização: alguns Gabinetes de Deputados (Paulo Delgado, Marcos Rolim, Nelson Pellegrino e Paulo Rocha), Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça, OPAS e Departamento de Promoção dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça. Participaram: CNS, Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, Instituto Franco Basaglia, ABP, Conselhos Federais de Psicologia, Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Coordenadores de Saúde Mental estaduais e municipais, CONASS e CONASSEMS.

Partindo da constatação de que nem todos os pontos da lei são imediatamente aplicáveis, a Área Técnica criou uma estratégia legítima e democrática para resgatar alguns aspectos do projeto original ou de propostas de emendas pertinentes perdidos no decorrer da tramitação. Confirmando a tese de que o poder executivo tem se sobreposto ao legislativo (Baptista, 2003) – e neste caso uma sobreposição desejável dado o caráter conservador da lei aprovada, este foi um exercício de criação de condições para reverter esse caráter da lei e manter em pauta os princípios do movimento da reforma psiquiátrica, que contou com o apoio de alguns representantes da Câmara dos Deputados.

É assim que retoma-se a discussão sobre a regulamentação da Comunicação de Internação Involuntária e a constituição de equipe interdisciplinar para auxiliar a revisão dessas internações. Ainda nesse sentido, é ilustrativa a afirmação no Relatório de que “*os hospitais psiquiátricos não são lugar de tratamento, sejam judiciários ou não*”, e o posicionamento “*contra a criação de novos leitos psiquiátricos, inclusive em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*”, retomando os eixos do PL original.

Essas citações nos permitem dizer que ainda eram sustentados princípios que foram norteadores do movimento da reforma psiquiátrica desde o início dos anos 1990. Além desses resgates, o campo de discussão foi ampliado para contemplar a questão da interface da Lei nº10.216/01 com o judiciário e o legislativo, reabrindo e aprimorando a pauta de discussões que vinha desde a II CNSM. E numa estratégia de fortalecimento das teses da ATSM, foram tirados nesse evento alguns delegados para a III CNSM.

Enfim, esse evento marca **o nascimento de um novo canal de interlocução da política de saúde mental, relacionada com a regulamentação da Lei nº10.216 e sua interface com o judiciário.**

Importa fazer um lembrete. Num artigo ainda de 1998 que faz duras críticas ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e o contrapõe ao seu substitutivo, os autores trazem uma declaração bastante pertinente. Ao referir o andamento da implementação do sistema de saúde, afirmam que “*Isso acrescenta um complicador a qualquer um daqueles dois projetos, porque a área mental é particularmente vulnerável ao funcionamento do setor saúde como um todo. Se este não for equacionado primeiro, pode-se dizer: aprovar esse ou aquele projeto não muda a assistência para melhor*” (Nogueira e Morgado, 1998: 622). De fato, como já afirmamos, a aprovação da lei não encerra o trabalho da reforma psiquiátrica.

Construindo consensos

O seminário *Direito à Saúde Mental*, para discussão da regulamentação da Lei nº10.216/01, compõe uma movimentação da Área Técnica, no sentido de promover encontros e ampliar canais de interlocução, que passaria a ser a principal estratégia do momento de retomada e do momento seguinte.

Neste momento a tônica estava na formação de consensos para garantir a incorporação das teses da ATSM na III CNSM que ocorreu em final de 2001, e para isso foram organizados vários eventos temáticos, ou pré-conferências, como veremos em seguida.

É exatamente a realização da Conferência que poderia permitir à Área Técnica de Saúde Mental não fazer deste momento produtivo apenas um período isolado, uma resposta pontual às pressões advindas da Câmara dos Deputados, dos movimentos de apoio à reforma e das denúncias da mídia, mais uma “*política de vitrine*” para o Governo (Baptista, 2003). Importava ganhar sustentabilidade para prosseguir nos avanços. E a Conferência, com a retomada dos espaços abertos de construção política, deveria ter essa função.

Outra preocupação importante era marcar a continuidade da política que vinha sendo desenvolvida até então, e também **foi retomado o Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental**, cuja origem data do momento germinativo e agora contava não apenas com gestores estaduais, mas também com aqueles de municípios com mais de 300 mil habitantes¹²⁹. Esse colegiado tornou-se um importante espaço de definição dos rumos da política, com encontros periódicos que seguem pautas e propõem agenda.

Também se passou a fazer uso de instâncias de pactuação do SUS que durante o momento germinativo ainda não estavam tão amadurecidas como agora, como as CIBs e a CIT.

Essa gestão da coordenação de saúde mental partia da convicção de que a expedição de portarias, por si só, não fazia a política. Para que uma normativa tivesse eficácia, em primeiro lugar deveria partir de uma necessidade reclamada pela sociedade organizada, por espaços de gestão ou por outros vocalizadores envolvidos com a política de saúde mental. Em segundo lugar, a portaria deveria nascer já tendo um respaldo em termos de legitimidade, tendo passado previamente pelo processo de

¹²⁹ Segundo entrevista realizada em 27 de julho de 2006, a inclusão de coordenadores desses municípios de grande porte ocorreu a partir de 2003, após mudança de Governo.

construção de consenso. E aí, uma nota importante feita por um dos entrevistados: **é necessário que haja consenso não apenas internamente ao MS, mas principalmente com os outros níveis de gestão.** Como dissemos no terceiro capítulo, são próprias de uma estrutura federalista descentralizada as várias rodadas de negociação e o esforço do nível central em conquistar a adesão dos demais níveis para a construção de políticas nacionais.

Então, este seria o percurso necessário para a produção de normativas aplicáveis e eficazes no processo de construção da política nacional. Por outro lado, dentro do MS, além do desafio de construção de consenso internamente, coloca-se a questão do financiamento, da alocação de recursos para a área.

A área da saúde mental sempre teve que disputar recursos nos tetos municipais e estaduais sempre arrojados, saindo prejudicada na construção de dispositivos extra-hospitalares. Além disso, a realocação dos recursos de AIH provenientes de leitos psiquiátricos descadastrados não logrou ser uma fonte factível. Por isso, **a ATSM passava agora a disputar outras fontes de recursos, e é claro, passava também a ter mais dificuldade no lançamento de certas portarias.** Mas esses são imbróglios que serão enfrentados no momento seguinte, após a expansão dos espaços e das questões de debate em 2001.

Importa destacar que este período configura **um momento de retomada também para o CNS.** Em 2001 essa instância edita seis documentos, entre resoluções e recomendações, que voltam a atuar no controle e no apoio às ações, no incentivo à abertura da discussão política, e no resgate de alguns e inclusão de outros pontos na agenda do MS para a política de saúde mental. **A capacidade de propor e incorporar temas na agenda volta com bastante força.**

A política de atenção básica e a saúde mental

Uma importante recomendação¹³⁰ do CNS sugere que se faça a discussão da integração das ações de saúde mental no âmbito do PSF assumindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, e: elenca algumas considerações sobre os riscos de invasão da privacidade no domicílio, de medicalização e normatização das relações, de desrespeito à cultura popular; ressalta “*que a inclusão da SM no PSF não deve ser sinônimo de inclusão de técnicos de saúde mental no PSF*”, mas que deve ser acompanhada de

¹³⁰ Recomendação nº14/01.

supervisão continuada e vinculada à rede de serviços substitutivos; e determina que a entrada de ações de saúde mental no PSF não signifique obstáculo ao acesso aos serviços de saúde mental.

Essa recomendação deriva de uma oficina de trabalho realizada em março de 2001, intitulada *Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*, pelo Departamento de Atenção Básica da SPS e pela Área Técnica de Saúde Mental da SAS, buscando subsídios para o Plano em discussão, aproveitando experiências em curso trazidas pelos participantes¹³¹ da oficina.

A interlocução entre essas áreas parte dos dois lados. Da parte da atenção básica, o fato de as ESF lidarem com questões de saúde mental em seu cotidiano gera demandas por parte mesmo das equipes, ou seja, demandas de suporte em termos de formação, de supervisão ou mesmo de dispositivos para os quais encaminhar essa clientela¹³². Não é à toa que se tentou formar um grupo de saúde mental dentro do Departamento de Atenção Básica.

Da parte da saúde mental, o próprio crescimento do PSF traz a preocupação sobre o tipo de atendimento que se presta. Os alertas da recomendação do CNS ilustram essa preocupação, que não data de agora, que é o risco da psiquiatrização dos espaços familiares. Por outro lado, apesar de a ligação do PSF com a construção de indicadores e metas quantitativas criar certa nebulosidade entre as duas áreas como apontamos no capítulo anterior, há que se considerar nessa estratégia uma forma de enfrentamento da supremacia hospitalar psiquiátrica.

Então essa oficina de trabalho almejava colher das experiências em andamento, dados como a quantidade de integrantes do PSF/PACS, a estrutura assistencial em saúde mental, o tipo de atividades e a forma de integração entre ambas as áreas. Discutiui-se também sobre os problemas de saúde mental mais freqüentes e os que mais comprometem os vínculos familiares e sociais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, ações individuais e coletivas que podem ser desenvolvidas pelo PSF ou que devem ser encaminhadas, prescrição de psicofármacos, metas de trabalho, dados sanitários e índices que devem ser utilizados para avaliação do programa, e ações intersetoriais que poderiam ser potencializadoras.

¹³¹ Representantes de SES e SMS, com coordenadores do PACS/PSF, de Saúde Mental e técnicos, consultores, representante da OPAS/OMS e do CONASEMS e especialistas convidados.

¹³² Também é importante considerar que, neste momento, compunham a SPS pessoas historicamente envolvidas com o campo da saúde mental.

Um desdobramento foi a portaria conjunta SPS/SAS nº67/01 que institui e nomeia componentes de Grupo de Trabalho com atribuições como definição de prioridades e municípios para início do Plano, conteúdos programáticos para os Pólos de Capacitação do PSF, entre outras.

Revela-se assim, **a retomada da capacidade da Área Técnica de Saúde Mental de incluir novos projetos na agenda política.**

A construção de consensos em outras vertentes temáticas

Outros eventos foram organizados buscando criar consensos para fortalecimento da Área Técnica. Um deles foi o *Seminário de Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS*, com a participação de representantes das Secretarias Estaduais, da academia e técnicos. Algo que chama atenção é o fato de ter sido criada, dois meses antes desse Seminário, a Área Técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e Outras Drogas¹³³ na ASTEC.

Desde 1991 a CORSAM buscava abrigar em seus debates a questão da atenção a essa clientela específica, apesar de não ter desenhado nenhuma política exclusivamente direcionada para esse segmento. Também os interlocutores da Coordenação sempre tiveram essa preocupação, que fica evidente nas Conferências e em outros textos de referência, como por exemplo, o recente produto da oficina de trabalho para *Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Por isso, a criação de uma outra Área Técnica específica ao invés de salientar a entrada deste tema na Área de Saúde Mental chama atenção.

O Relatório Final desse seminário compôs o Caderno de Textos para a III CNSM, e seu conteúdo reforça uma apreensão antiga sobre o grande número de internações psiquiátricas por uso de álcool e outras drogas e acrescenta dados como a diminuição da idade de início do consumo, o crescimento da violência relacionada ao abuso, e o aumento das conseqüências no mundo do trabalho.

A tentativa de reverter a criminalização dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas também é algo que já vinha sendo apontado desde a II CNSM, e é reforçado neste seminário.

¹³³ A portaria GM nº843/01 cria essa Área Técnica e designa seus componentes.

O que fica claro nesse Relatório é a forte influência dos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica, e **um ambiente de maturação para uma futura linha de atuação.**

Outro evento formador de consenso que apontava para constituição de uma futura linha de atuação foi o *Seminário Saúde Mental da Criança e Adolescente*, realizado em começo de dezembro, com a participação de representantes das áreas de educação, justiça, assistência social e saúde¹³⁴.

Um importante documento de referência nesse momento pré-Conferência foi o Relatório Mundial da Saúde de 2001, intitulado *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, da OPAS/OMS. Na apresentação da edição em português é salientado o fato de ter “*vindo à luz*” no mesmo ano que a III CNSM, e é interessante o fato de a revisão técnica de sua tradução ter sido feita pela Área Técnica de Saúde Mental do MS. Outra ligação é quanto aos temas: o Dia Mundial da Saúde de 2001¹³⁵ trazia a mensagem “*Cuidar, sim. Excluir, não*”, o mesmo slogan da III Conferência.

Assim como se pôde perceber no decorrer dos anos 1990, com esse Relatório da OPAS/OMS não é diferente. Faz dez recomendações “*de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com suas necessidades e seus recursos*” (2001: 15) que são bem próximas das propostas da política brasileira de saúde mental. A diferença é no tom dos argumentos que respaldam essas recomendações: 1) Proporcionar tratamento na atenção primária, pois “*isso não só proporciona melhores cuidados, como também reduz o desperdício, resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos*” (2001: 15 – grifos nossos); 2) Garantir **acesso aos psicotrópicos, pois “muitas vezes, eles proporcionam o tratamento de primeira linha, especialmente em situações em que não estão disponíveis intervenções psicossociais nem profissionais altamente qualificados**” (2001: 15-6 – grifos nossos); 3) Garantir atenção na comunidade, que é “*efetiva em relação ao custo e respeita os direitos humanos*” (2001: 16 – grifos nossos) e permitem intervenções precoces; 4) Educação em saúde para a população; 5) Envolver as comunidades, as famílias e os usuários “*na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços*”; 6) Estabelecer políticas,

¹³⁴ Não conseguimos ter acesso ao Relatório Final deste seminário.

¹³⁵ No início do ano, a GM n°94/01 institui um Comitê Organizador das Atividades do Dia Mundial de Saúde Mental, considerando a eleição da OMS. Compõem o Comitê: MS, Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, CNS, CONASS, CONASEMS, e outras representações de categorias profissionais, instituições universitárias e movimentos sociais.

programas e legislação nacionais; 7) Formar recursos humanos; 8) Criar vínculos com outros setores, afirmando que “*As organizações não-governamentais devem mostrar-se muito mais atuantes, com papéis mais bem definidos, assim como devem ser estimuladas a dar maior apoio a iniciativas locais*” (2001: 17); 9) Monitorizar a saúde mental na comunidade; e 10) Dar mais apoio às pesquisas que “*devem ser levadas a cabo numa ampla base internacional, visando a compreensão das variações de uma para outra comunidade e um conhecimento maior dos fatores que influenciam a **causa, a evolução e o resultado dos transtornos mentais***” (2001: 17 – grifos nossos).

Enfim, são recomendações no geral consonantes com a política brasileira, mas que apresentam argumentação predominantemente voltada para a redução de custos – o que se adequa ao movimento do MS, mas não ao movimento da política de saúde mental.

O Relatório reforça a necessidade de uma política sobre álcool e drogas integrada com a de saúde mental, a “*prevenção de incapacidade mental infantil*”, e atenção diferenciada, ou melhor, segmentada, a “*grupos vulneráveis*” com forte viés comportamentalista. Um argumento de convencimento refere que formas adequadas de atenção estão disponíveis e que podem ser obtidas sem um custo elevado, indicando “*novas esperanças*”.

Existem idiosincrasias em alguns enquadres conceituais. O documento da OMS continua operando distinção entre doenças da mente e do cérebro, tem uma perspectiva fragmentária inclusive dos diagnósticos, e atribui a mudança de paradigma em saúde mental ao progresso da psicofarmacologia, ao movimento dos direitos humanos e à incorporação do “*elemento mental*” no conceito de saúde, atribuindo esses dois últimos fatores à ONU e à OMS respectivamente. O que se depreende é uma visão reducionista de uma mudança paradigmática que abalou os cânones da ciência clássica e provocou uma revolução na concepção de direitos humanos ao resgatar um conceito de cidadania mais complexo e relacionado ao exercício cotidiano. No entanto, a OPAS permanece prestando apoio à Área Técnica de Saúde Mental, e esta permanece tirando proveito das funções de um organismo internacional.

Nesse clima de formação de consensos anterior à Conferência, é designado um Grupo de Trabalho¹³⁶ para atualizar as normas referentes à assistência extra-hospitalar com vistas à sua ampliação e qualificação. Este é o grupo que fez a revisão da SNAS nº224/92, e teve entre seus componentes aquele que foi Coordenador no momento germinativo. Esse é um dos importantes indícios que reforçam nossa tese de

¹³⁶ SAS nº382/01.

que, a despeito do período de latência, das trocas de coordenação, das mudanças estruturais e de gestão do MS e de quaisquer dificuldades, a política de saúde mental atravessou os anos 1990 mantendo-se coerente internamente, e permanecendo informada por representantes do movimento da reforma psiquiátrica.

Um ponto a ser destacado aqui é a exposição de motivos da portaria que convoca o Grupo de Trabalho, que declara considerar “*as exigências de adequação da assistência em saúde mental nos dispositivos da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001*” (Brasil/MS/SAS, 2001). Trata-se da nova Norma, seguinte à NOB 96, que já havia sido editada. No entanto, é só com as portarias posteriores à III CNSM que fica visível o impacto da NOAS na política de saúde mental.

A NOAS

A despeito de todo o processo encaminhado pelas NOBs, a necessidade de contrabalançar a autonomia dos municípios frente aos estados permanecia. Como vimos no capítulo terceiro, um processo de descentralização virtuoso necessariamente está atrelado a um equilíbrio entre a competitividade e a solidariedade entre os entes federativos, o que por sua vez é pré-condição para o alcance da equidade, seja em termos de oferta, seja em termos de acesso.

Segundo Baptista (2003), o ponto de partida para a discussão da NOAS/2001 foi a recuperação da Programação Pactuada e Integrada¹³⁷ (PPI), que apostava na regionalização para o equacionamento da integração entre as esferas de gestão. Uma das estratégias foi o condicionamento de recursos federais a essa programação.

A nova Norma radicaliza a compreensão já expressa na NOB 96 de que os serviços de atenção básica devem ser expandidos e facilmente acessíveis a uma pequena região à qual corresponde uma população adscrita. Todos os municípios brasileiros devem ofertar esse nível de atenção satisfatoriamente. Em contrapartida, os serviços de média e alta complexidade, ou melhor, de alto custo e densidade tecnológica, os quais devem ser alvo de maior controle e racionalização, não precisam e nem devem ser amplamente expandidos, bastando que sejam geograficamente dispostos de forma a

¹³⁷ Importa esclarecer que a PPI não é um instrumento solitário, mas faz-se acompanhar pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) e pelo Plano Diretor de Investimento. No entanto, a PPI é emblemática do direcionamento para relações intergovernamentais cada vez mais maduras.

tornar equidistante o acesso¹³⁸ da população de uma região mais extensa que aquela referente aos serviços de atenção básica. Assim, nem todos os municípios brasileiros precisam dispor desses serviços, mas todos devem pactuar e compartilhar a oferta entre aqueles que dispõem e aqueles que não dispõem dos mesmos.

O acesso é apontado como elemento chave pela NOAS e a meta da máxima cobertura populacional é implícita. Isso requer uma boa central de regulação e um bom sistema de referências dentro da rede. Essa organização tem como pressuposto o modelo hierarquizado, que tem sido criticado por alguns defensores da proposta do SUS (Conh *et alli*, 1991; Merhy, 1997; Pinheiro, 2001), e sua inadequação ao caso da saúde mental já foi tangencialmente alertada nos conceitos do segundo capítulo.

Para alcançar esse desenho sistêmico, a NOAS prevê maiores atribuições aos estados, cuja habilitação requer que sejam elaborados planos de regionalização baseados num mapeamento de todos os municípios, reconhecimento da capacidade instalada e administrativa destes e, obviamente, a inclusão neste mapeamento das unidades sob sua gestão. Uma vez de posse desse levantamento é preciso dispô-lo num desenho hierárquico com uma proposta de fluxos de referência e contra-referência intra e interestadual. O território estadual deve ser descrito em regiões/microrregiões de saúde, com a identificação dos municípios capazes de assumir a condição da gestão plena do sistema municipal (GPSM) – a condição de gestão mais avançada. Ou seja, é papel do estado estruturar as redes de referência especializada, descrevendo sua área de abrangência e realizando planos de possíveis redistribuições geográficas de recursos humanos e tecnológicos. É claro que diante de tamanhas atribuições a CIB também é fortalecida, cabendo-lhe um amplo poder deliberativo e de controle.

Os municípios habilitados na condição de gestão plena da atenção básica ampliada (GPAB-A) – condição de habilitação menos avançada, podem fazer a gestão das unidades ambulatoriais de seu território, para os quais recebem recursos fundo a fundo, e a autorização, quando pactuada na CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, que continuam sendo pagos por produção de serviços e são mantidos sob gestão estadual.

Os municípios em GPSM são gestores tanto das unidades ambulatoriais quanto das hospitalares, inclusive das unidades sob gerência de outro nível de governo (estadual ou federal), e sua habilitação tem como pré-requisito, entre outras coisas, a comprovação da oferta das ações de atenção básica ampliada, do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e de leitos hospitalares. Recebem fundo a fundo os

¹³⁸ A referência para a questão do acesso e da equidistância é o local de residência dos municípes.

recursos referentes ao valor per capita definido pela população de abrangência e de referência.

O objetivo é que todos os municípios habilitem-se em GPAB-A, e alguns, em número minimamente suficiente, em GPSM.

A NOAS descreve as responsabilidades mínimas de serviços e ações a serem garantidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada estado, e entre elas é possível ler: “*tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes*” (Brasil/MS, 2001b). No entanto essas ações devem ser garantidas em âmbito regional/estadual. No anexo da Norma que define as áreas de atuação e procedimentos necessários para habilitação na condição GPAB-A não há previsão de ações destinadas aos tratamentos em saúde mental.

Existe ainda a fração mínima de procedimentos de média complexidade de primeiro nível de referência intermunicipal, que inclui atividades ambulatoriais e de internação hospitalar. Estas não são condicionais para os municípios em GPAB-A, mas podem ser ofertadas por estes. Entre essas ações¹³⁹ também não são obrigatórias aquelas relacionadas ao atendimento em saúde mental.

Os demais serviços de média e alta complexidade, por sua vez, compreendem ações ambulatoriais e hospitalares que demandam “*disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país*” (Brasil/MS, 2001b). Aqui se incluem tanto os CAPS quanto os leitos psiquiátricos e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

A disponibilidade dessas ações é organizada pelo gestor estadual, via PPI, e deve levar em conta a capacidade instalada, a abrangência recomendável para cada tipo de serviço, e os cálculos de economia de escala. O limite financeiro é baseado num per capita estadual a ser alocado para cada município. Esclarecendo, as unidades de média complexidade, como os CAPS, só podem ser geridas pelo município em GPSM ou pelo estado, e as unidades de alta complexidade, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, só podem ser geridos pelos municípios em GPSM caso seja delegado, em

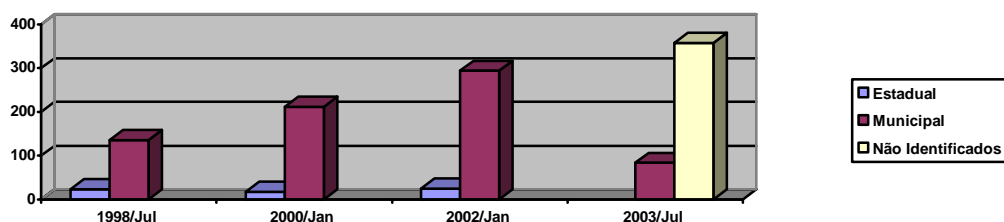
¹³⁹ Os procedimentos do primeiro nível da média complexidade são remunerados nos municípios em GPAB-A não qualificados para a rede referências intermunicipais, por produção, e nos municípios qualificados, em GPAB-A ou GPSM, é recebido um montante global per capita, que considera toda a população adscrita (do próprio município e dos municípios autorizados a referenciar). No caso de municípios em GPAB-A, esse montante passa pelo fundo do estado, e no caso do município habilitado em GPSM, o montante vai para o seu próprio fundo.

CIB, pelo gestor estadual. Ainda conforme pactuação na CIB, os municípios em GPAB-A poderiam gerenciar serviços como CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, mas numa relação de prestação de serviços, pois o pagamento sairia pelo estado.

Então, façamos uma reflexão das conseqüências da NOAS para a área da saúde mental. Primeiramente, a pequena entrada das ações de saúde mental na atenção básica. Uma brecha possível é, a longo prazo, fortalecer o diálogo já iniciado da Área Técnica de Saúde Mental com o Departamento de Atenção Básica, a fim de lograr a uma integração via PSF. Por um lado, trata-se de uma manobra delicada, pelo lado da saúde mental, dado os riscos já apontados e o trabalho indispensável de formação de recursos humanos, e pelo lado do PSF, pelo risco de ser ‘inflacionado’. No mais restam as consultas ambulatoriais. Por outro lado, exatamente pelo fato de as ações de atenção básica serem garantidamente de gestão municipal, aqueles municípios com maior capacidade financeira, dependendo da vontade política, podem tornar esse nível de atenção mais adequado às suas realidades. Ou seja, as parcerias entre as duas áreas podem ser criadas em nível local.

Sobre a média complexidade esta só pode estar sob gestão municipal em caso de habilitação em GPSM, o que por sua vez está diretamente condicionado à capacidade instalada. A NOAS privilegia a gestão da oferta, por mais que argumente a questão do acesso. Assim, a possibilidade de gestão municipal dos CAPS já instalados fica na dependência da habilitação em GPSM, ou, caso contrário, há que se submeter à autorização do estado e aprovação da CIB e ao gerenciamento financeiro efetuado pelo estado. No entanto, os dados do DATASUS mostram uma inversão na distribuição dos CAPS por tipo de gestão a partir 2003, quando os CAPS sob gestão municipal tornam-se minoria (gráfico 5).

Gráfico 5 - Centros de Atenção Psicossocial por Gestão no período 1998-2003.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

OBS: Esses dados só estão disponíveis no DATASUS entre 1998 e 2003.

É preciso lembrar que o processo de habilitação só ganha força a partir 2002¹⁴⁰, o que pode ser uma explicação para o surgimento de um sem número de CAPS cuja gestão não é identificada. Seria preciso conhecer os dados posteriores a 2003 para chegar a qualquer conclusão.

Por outro lado, com essa Norma, pela primeira vez acontece uma inversão e apenas os estados tiveram um encaminhamento significativo no processo de habilitação até 2002, e “*Quanto aos municípios, a habilitação foi praticamente nula com quatro municípios em gestão plena do sistema e quatro em plena da atenção básica, o que correspondia a 0,59% dos municípios (Brasil/MS/SAS, 2002b)*” (Baptista, 2003: 257).

Se a maioria dos municípios perde sua autonomia na gestão dos CAPS, por outro lado, é positivo os estados terem conquistado mais autonomia no setor hospitalar, de forma que tenha melhores condições de distribuir leitos psiquiátricos em hospitais gerais e reduzi-los em hospitais psiquiátricos. E ainda, se os Serviços Residenciais Terapêuticos são destinados à clientela de longa internação psiquiátrica, parece razoável que o gestor responsável por este dispositivo seja o mesmo que tem maiores condições de conduzir as desospitalizações. Isso cria chance de unificar o poder gestor sobre esses dois movimentos da reforma psiquiátrica que não podem ser pensados em separado, mas conformam dois lados da mesma moeda.

A importância disso para a saúde mental está no fato já apontado de que a política de desospitalização esbarrava na dificuldade dos estados de influenciar na conformação de redes de cuidado não-hospitalares nos municípios. No processo de reforma psiquiátrica, a expansão dos cuidados alternativos e a desospitalização, ou andam juntas ou fortalecem o papel do hospital através do encaminhamento ‘compulsório’ para esses dispositivos, o que por sua vez, torna inviável um processo complexo de desinstitucionalização da loucura.

Mas se há ganho na unificação da gestão, há perda no sentido de afastar o nível de tomadas de decisão do nível local. Ora, se o que alimenta os serviços extra-hospitalares na lógica da desinstitucionalização é sua territorialização numa concepção basagliana, as atribuições de gestão e responsabilidade da NOAS obstaculizam o potencial antimanicomial desses dispositivos. Qualquer tentativa de construção de uma rede territorializada intersetorial terá que se dispor a um grande esforço para não acentuar ainda mais a fragmentação da rede de cuidados. Estados e municípios devem

¹⁴⁰ É que neste ano é editada a NOAS 2002, que opera poucas diferenças em seu conteúdo, mas reformula algumas condições para habilitação.

ter canais de relações intergovernamentais múltiplos e até informais ou que contemplem organizações civis e não governamentais, e não apenas o espaço das CIBs.

Importa ressaltar que, se a mera reformulação assistencial não garante a desinstitucionalização porque é preciso atuar também nas dimensões sócio-cultural, jurídico-política e teórico-conceitual, por outro lado, se um modelo assistencial substitutivo não ganha concretude e visibilidade no seu processo de inversão da lógica manicomial nem avança na desconstrução da demanda, o avanço nas demais dimensões também fica prejudicado.

Ainda há outra questão: os CAPS, enquadrados como serviços de média complexidade, devem estar inseridos na rede de regulação e organização de referência e contra-referência. Ora, aí existem dois complicadores. Primeiro, é unânime nos diversos documentos expostos até aqui, e reafirmado inclusive na Lei nº10.216/01, que o tratamento em saúde mental deve visar “*a reinserção social do paciente*”, ou, em outras palavras, deve-se operar uma transformação do espaço social da loucura na perspectiva da desinstitucionalização buscando atuar na dimensão sócio-cultural simultaneamente aos trabalhos assistenciais, políticos e teóricos. No entanto, digamos que um usuário do município A seja recebido no CAPS do município B onde existe um trabalho avançado com a comunidade que o recebe, possibilitando a essa pessoa o exercício de cidadania e a construção de laços sociais sólidos que ampliem sua rede de relações. Imaginemos esse usuário voltando para casa no final do dia e percebendo-se desamparado naquele lugar que deveria ser o seu território. É no mínimo desalentador.

Outra complicação é a que temos ouvido em relatos de gestores que criam obstáculos aos encaminhamentos de outros municípios, ou por perceberem a questão apresentada acima ou para evitar um excesso de demanda. Nesse caso, além de o usuário não contar com o suporte assistencial em sua localidade, ainda tem seu acesso barrado no município vizinho.

Como veremos no momento seguinte, o plano de expansão da rede de CAPS proposto em 2002 indica sua implantação exatamente nos municípios mais populosos, aqueles que geralmente têm maiores condições de se habilitarem em GPSM, e que efetuam maior cobertura populacional, contemplando a recomendação da NOAS de otimização dos recursos. No entanto, parece que a expansão da rede tem se dado também em municípios de menor porte.

A NOAS também impulsiona, através do processo de regionalização, que os estados voltem a pensar numa programação das ações de saúde mental e sua distribuição territorial. Sem dúvida esse é um aspecto muito importante na consolidação

do SUS e na interface da saúde mental com as demais ações de saúde. No entanto, por operar uma distribuição territorial baseada em otimização dos aparatos tecnológicos, de profissionais especializados, etc., não contribui para o aprofundamento das estratégias de territorialização da reforma psiquiátrica.

Isso porque, segundo a lógica da desinstitucionalização, a conformação de uma rede de cuidados encontra sua complexidade e seu custo em termos de ações e recursos mais ou menos voltados para a produção de autonomia, de relações de cuidado na perspectiva da integralidade. As configurações que isso pode vir a adquirir, sem dúvida, será produto das relações locais, das necessidades históricas e políticas dos profissionais, usuários e gestores. É nesse ponto que a saúde mental tensiona a necessidade de repensar a noção de complexidade, fazendo-a coincidir menos com as tecnologias duras, aquelas mais dependentes de equipamentos, e mais com aquelas tecnologias ditas relacionais que *“estão muito mais em nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidade, etc, do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de também dependerem destes de alguma maneira, mas secundariamente”* (Merhy, 1997: 125).

E também, o estímulo que a NOAS passou a dar ao papel dos estados nas áreas de planejamento, programação, controle e avaliação, já era oferecido no âmbito da saúde mental pela CORSAM no momento germinativo, em ações como, por exemplo, a criação do GAP nas três esferas de governo. No entanto, a CORSAM buscava, desde o início, a integração entre os níveis gestores e a conformação de relações mais locais, mais próximas das necessidades dos municípios. Essa Norma acaba por fragmentar a rede de cuidados, criando regras diferenciadas por nível de gestão, por condição de habilitação e por nível de complexidade das ações e serviços de saúde. A fragmentação do financiamento e as condicionalidades impostas acabaram por operar uma redução da capacidade decisória dos níveis estaduais e municipais. Onde fica mais clara a segmentação é na responsabilização diferenciada por atenção básica e assistência especializada, diferenciação que impacta no sentido de reforçar a seleção/exclusão de demandas, não contribuindo para a construção de demanda espontânea em saúde mental.

Esse risco pode ter sido contrabalançado de acordo com as relações que se estabelecerem nas CIBs e na PPI, que podem sair do enquadre de atribuições postas pelos critérios de habilitação e constituir pactos de divisão de responsabilidades mais adequados localmente. Pois, se numa rígida aplicação da NOAS as ações de média e alta complexidade tornam-se de competência dos estados, excluindo os municípios

desse segmento da assistência, o que será da territorialização dos serviços de saúde mental? E ainda o que será das tão desejadas e necessárias políticas intersetoriais? Ou será que existe a possibilidade de o nível estadual se responsabilizar por isso sem deixar de dar conta das especificidades loco-regionais?

Outro aspecto importante é que a partir da NOAS as contrapartidas de estados e municípios passaram a ser requeridas mais sistematicamente, o que acrescenta significativa dificuldade para municípios e estados com menor capacidade financeira, mostrando a face perversa de um processo de descentralização com pouca sustentabilidade da questão tributária. Materializa-se o risco já apontado por Souza: “(...) a diversidade de resultados é da natureza mesma da descentralização. No entanto, (...) essa diversidade em contextos de altas desigualdades reduz as possibilidades de construção dos requisitos mínimos de uma cidadania social nacional” (2002: 439).

Essa autora também chama a atenção para outro aspecto fundamental para a política de saúde em geral, e de saúde mental em particular: os problemas com escassez de recursos, com desigualdades e iniquidades, e com precário poder decisório, não favorecem a construção de políticas sustentáveis. Que dirá sustentáveis e intersetoriais.

De posse desses entendimentos, podemos operar uma análise dos produtos da III CNSM.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental

Se no momento germinativo ganhava destaque a questão da desospitalização e da construção de um modelo assistencial territorial, com forte ênfase no projeto de lei da reforma, nesse momento propostas diferenciadas ganham vez na III CNSM (Costa-Rosa *et alli*, 2001), último evento formador de consenso do momento de retomada, que deixa sua marca através das portarias que serão produzidas a partir do momento seguinte.

A apresentação do Relatório faz coincidir a reforma psiquiátrica e a política nacional de saúde mental quando traz o fato de o modelo hospitalocêntrico permanecer hegemônico e justifica a convocação: “*Dessa forma, fazia-se urgente e necessário avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica, propondo novos caminhos para sua efetivação. Daí as escolhas que definiram os temas e a organização da III Conferência Nacional de Saúde Mental*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 14).

Temos apontado esse esforço de coincidência em diversos pontos do trabalho e chegamos a essa ocorrência exatamente em um documento fruto de um espaço participação social. O que nos interessa é levantar uma hipótese que todavia não é objeto desse trabalho: trata-se de considerar essa busca de identidade entre a reforma e a política de saúde mental como uma estratégia inicialmente de garantir o apoio do próprio movimento pela reforma e mais recentemente como um indicativo de ‘conversa entre os pares’, no sentido de os militantes da reforma terem se tornado interlocutores privilegiados da política. A inflexão ocorre na medida em que, no início dos anos 1990, o trabalho de convencimento foi dirigido tanto aos apoiadores quanto aos opositores da reforma psiquiátrica.

A III CNSM teve o tema *Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*, e levantou os subtemas: financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania.

Com um Relatório Final deveras extenso, com propostas variadas, e às vezes conflitantes, a Conferência em si, além de suas etapas anteriores¹⁴¹, foi um processo bastante intenso, organizado em mesas redondas, painéis específicos, proposição de moções, 35 grupos de trabalho e Plenária Final, tendo como resultado 591 recomendações e 65 moções, além de premiação de experiências exitosas.

Essa premiação evidencia a constante preocupação que tem acompanhado tanto a política de saúde mental quanto o movimento da reforma, em buscar trocas de experiências na montagem de redes de cuidado em contraposição à formação de modelos únicos, em que pese este último. Além, é claro, de buscar respaldar as proposições políticas em experiências exitosas como estratégia de eficácia das normativas.

Se aparentemente há uma confirmação dos preceitos da reforma psiquiátrica, por outro lado, o conteúdo das discussões apresenta-se muito mais técnico do que ideológico como outrora. O que importa aqui não é esgotar tudo o que foi proposto na III CNSM, mas apenas apresentar pontos que façam contato com nossa discussão.

Todavia retomemos uma ressalva: por mais que possamos generalizar e confirmar o alinhamento das propostas com os princípios da reforma psiquiátrica, alguns pontos do Relatório nos permitem apresentar duas alternativas, quais sejam, ou há inflexão nesses princípios ou há uma tendência a pequenas divergências.

¹⁴¹ Além dos eventos temáticos anteriormente citados, ocorreram 163 conferências municipais, 173 regionais, e 27 estaduais.

Logo de início, o Relatório reafirma o pressuposto de que as políticas de saúde mental devem visar à inclusão social e à transformação da sociedade na convivência com a loucura e com a diferença. Um dos caminhos apontados como indispensável é a integração com outras políticas sociais, como educação, assistência social, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação, e articulação com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando garantir o exercício pleno da cidadania.

No âmbito dos serviços as relações devem convocar os pacientes a serem sujeitos ativos, a exercerem sua autonomia e sua cidadania. O papel dos trabalhadores de saúde mental é de mediação e potencialização dessas relações, abrindo mão da tutela e da “*institucionalização e/ou cronificação*”, buscando auxiliar na formação de vínculos com a sociedade. É resgatado o projeto de uma *Sociedade sem Manicômios*.

Reaparece a meta de estatização da assistência e a determinação de que os serviços substitutivos sejam exclusivamente públicos, mas é **incorporada uma contradição que reflete o momento do SUS**: determina que seja ampliado o leque de intervenções em saúde mental dos seguros-saúde; que quando necessárias, as “*parcerias*” com o setor privado sejam submetidas ao controle social; e que os serviços privados cumpram as exigências legais que norteiam a política de saúde mental.

Ainda na questão da ênfase no setor público, sobre a assistência farmacêutica, busca-se o acesso aos medicamentos excepcionais e a distribuição gratuita “*exclusivamente aos usuários ambulatoriais cadastrados nos serviços públicos de saúde mental*”. Essa é uma questão bastante polêmica não apenas na área da saúde mental, mas para o SUS como um todo: a universalização ou não da distribuição de medicamentos excepcionais gratuitos.

O Relatório reafirma a necessidade da municipalização, e a inclusão das propostas da reforma psiquiátrica na agenda de saúde do município, local da reforma por excelência, tendo inclusive o papel estratégico de busca ativa das famílias de pacientes egressos de longa internação. E lembra-se de determinar que as decisões sejam tomadas mediante discussão e pactuação nas CIBs com acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

Nesse aspecto, é dada considerável ênfase à responsabilização de gestores de modo a preservar e garantir tanto as deliberações da Conferência Nacional quanto a continuidade de projetos: “*garantir, através de regulamentação por lei municipal, a manutenção dos serviços de saúde mental já existentes, que trabalham de acordo com as normas do SUS, independente da troca de governo*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 127).

Isso indica que entre a saúde mental ser política de Governo e ser política de Estado, permanece um caminho a ser trilhado, em que pese a relativa organicidade da política de saúde mental referida nas considerações sobre o momento de latência, no capítulo quinto. Ou seja, essa política ainda não alcançou o máximo de seu caráter **nacional, mesmo contando com o envolvimento de alguns municípios e estados na sua sustentação.**

Os municípios especificamente são convocados a assumir a implantação de uma rede substitutiva independente da condição de gestão em que se encontrem. Com isso, também são feitas propostas de alteração da NOAS, no sentido de incluir entre as condições para habilitação em GPAB-A a inserção de ações de saúde mental na atenção básica. A estratégia do PACS/PSF é privilegiada, e para amparar a ações dos médicos generalistas, recomenda-se a criação de protocolos para prescrição de medicações psiquiátricas. Parece um indício da disposição da saúde mental em abrir mão de seu princípio de construção de relação baseado no diálogo, na autonomia e na integralidade para se adequar e se incluir numa ação de atenção básica marcada pela normatividade e pelo controle das práticas.

Consonante com a NOAS, o Relatório reafirma que unidades como CAPS sejam de referência local e regional, e são propostas estratégias como equipes volantes multidisciplinares para atendimento, emergência e internação domiciliar, e também o projeto de que até 2003 todos os municípios tenham serviços de atenção em saúde mental, “*evitando assim sobrecarregar os municípios de referência regional*” – o que por sua vez encontra respaldo na Norma apenas em se tratando de serviços de menor ‘nível de especialização’ que os CAPS.

Por outro lado, outra recomendação sugere “*desenvolver serviços substitutivos de atenção diária, adequados à abrangência populacional de municípios de menor porte, flexibilizando os atuais critérios normativos vigentes*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 42). Também na contramão da NOAS, é a proposta de organização horizontalizada da rede de cuidados e o pedido de “*suscitar discussão ampla sobre a aplicação da noção de hierarquização aos serviços de saúde mental*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 48). Contraditoriamente, também há recomendações de critérios de abrangência populacional, e incentivo aos consórcios intermunicipais. A lógica da NOAS contempla o fato de que municípios de pequeno porte dificilmente terão em seu quadro de profissionais todas as especialidades que compõem uma equipe mínima de saúde mental, daí prever um arranjo em que esses pequenos municípios possam recorrer a outros. O que fica prejudicado nessa lógica hierarquizada de distribuição geográfica é

exatamente o caráter territorializado, na vertente da desinstitucionalização, que é premissa do campo da saúde mental.

Várias recomendações trazem a necessidade de retomar a concepção original do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, e é sustentada a necessidade de extinguir todos os hospitais psiquiátricos mediante mecanismos de fortalecimento da rede substitutiva e organização da porta de entrada, que passa a ser preferencialmente as Unidades Básicas de Saúde e por meio do PSF. Ora, uma vez que se comprova a permanência da hegemonia hospitalar, além de sua legitimidade entre a população, parece estranho buscar inverter essa lógica restringindo a porta de entrada aos estabelecimentos de atenção básica. Parece-nos que seria mais ‘eficiente’ em termos de desconstrução da demanda apostar em que os próprios hospitais passem a exercer o papel de acolhimento mediante encaminhamento, pois trata-se de uma mudança cultural lenta, essa da construção de demandas por serviços substitutivos. E nesse sentido, a restrição da porta de entrada pode ser um artifício perigoso. Além disso, a própria integração com a estratégia do PSF apresenta alguns riscos para os ideais da reforma psiquiátrica e requer um trabalho intenso de formação dos profissionais das ESF antes de transformá-los em porta de entrada.

Também é fortemente recomendado que seja obrigatória tanto a disponibilidade de leitos psiquiátricos em todos os hospitais gerais (com direito a acompanhante), quanto o atendimento de urgências de saúde mental em serviços de emergência geral¹⁴², além da garantia de serviços de funcionamento em 24 horas como estratégia para prescindir do hospital psiquiátrico. Reitera-se que “*Para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 38 – grifos nossos). Junto a isso, propõe-se a ressignificação da idéia de internação, como “*hospitalidade diurna e*

¹⁴² Existe ainda uma recomendação determinando que usuários de serviços de saúde mental tenham livre acesso a todos os serviços do SUS, já que ocorrem “(...) situações de recusa de atendimento em função de discriminação/preconceito, os casos[que] deverão ser levados aos gestores da saúde, conselhos municipais e ao Ministério Público” (Brasil/MS/CNS, 2002: 133).

noturna”. Outra alternativa apontada para o enfrentamento das crises sem dispor de hospitais é o cuidado domiciliar.

Ainda com vistas à desospitalização, outras estratégias são apontadas. Uma delas é o fortalecimento da GM nº799/00, requerendo avaliações, fiscalizações e planejamentos contínuos e sistemáticos, nos três níveis de gestão, e exigindo uma alteração específica: a participação da sociedade civil e, em particular, dos usuários e familiares nos grupos de acompanhamento e avaliação. Também é recomendada a fiscalização de outras instituições fechadas como asilos e manicômios judiciários, com vistas à sua completa extinção. Também mantém-se em pauta o debate e a necessidade de revisão dos códigos civil e penal.

Quanto à portaria GM nº106/00, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos, encontrou crítica o fato de ser restrita a egressos de internação de longa permanência¹⁴³, e, uma vez que essa portaria direciona a implantação dessas residências onde já existam serviços ambulatoriais substitutivos, fica por equacionar a seguinte recomendação: “*Os serviços residenciais terapêuticos e os serviços substitutos de atenção em saúde mental devem ser criados nos municípios de origem dos usuários institucionalizados de longa permanência (...)*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 115).

Determina-se a expansão da rede de serviços substitutivos incluindo formas de atenção como: cooperativas sociais, clubes de lazer, serviços residenciais terapêuticos e visitas domiciliares, programas de geração de renda e trabalho, e estratégias de contato com a comunidade através de grupos de convivência e oficinas terapêuticas abertas e/ou externas ao próprio estabelecimento de saúde. Também os saberes e experiências populares, de familiares e usuários, são ressaltados como elementos que devem compor as estratégias de tratamento numa perspectiva de integração e diálogo. Essas são questões que acompanham o movimento desde a I CNSM, mas ressurgem ainda a questão da gestão colegiada dos serviços – os Conselhos Gestores, com participação de usuários e familiares.

Continuam em pauta a crítica ao modo de financiamento e também as exigências de realocação dos recursos oriundos de leitos psiquiátricos desativados, bem como de repasse fundo a fundo. Nesse sentido, é solicitada a inserção da saúde mental entre as políticas contempladas pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

¹⁴³ Um dos documentos que já usamos como referência nesse capítulo (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2004), construído após essa Conferência, cuidou de não restringir os SRT aos egressos de longa permanência.

(FAEC)¹⁴⁴, destinando essa modalidade de financiamento a todos os municípios e não apenas àqueles em GPSM. Determina-se ainda o gerenciamento dos recursos pelos serviços: “*Garantir que os serviços programem, tenham dotação orçamentária e gerenciem os recursos financeiros para medicamentos, materiais para atividades das oficinas, transporte, alimentação, publicações, divulgações de serviços e capacitação de profissionais de acordo com os novos modelos e supervisões técnicas*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 87).

Algo bastante evidente no Relatório dessa Conferência, e que parece ter ocorrido também na XI CNS denunciando não ser um movimento restrito ao campo da saúde mental, é a tendência à expansão das áreas de atuação acompanhada do risco de, por excesso de especificidade, produzir segmentação. Nessa questão, em específico, reside um dos principais pontos de ‘desacerto’ em relação às primeiras experiências relatadas no campo da saúde mental em 1991 e 1992.

Dessa forma, na questão da atualização dos procedimentos, são feitas recomendações de incorporação de clientela específicas, como internos de hospitais de custódia, portadores de deficiência mental, usuários de álcool e outras drogas, desempregados, “(...) *populações rurais, indígenas, idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência e grupos de maior vulnerabilidade (moradores de rua, pessoas usuárias de drogas, dentre outros)*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 43), além da inclusão de recorte de gênero, raça e etnia. Ou seja, não se fala em acesso universal, mas em tipos de patologia, idade, raça, situação social.

Ora, se é que ainda se mantém, após tantos anos de movimento de reforma psiquiátrica, uma direcionalidade para a integralidade, o que se pretende com tantos recortes? Não que se negue as peculiaridades de crianças e adolescentes, ou de índios, ou de moradores de rua. No entanto, as primeiras experiências relatadas no começo da década de 1990 no Brasil, e outras contadas da Itália, traziam o selo da mistura, do envolvimento entre os diferentes e da busca pelo exercício de cidadania como deve ser, ou seja, na relação com o outro. Buscavam-se estratégias que respeitassem as peculiaridades sem a necessária especialização dos atendimentos em torno das mesmas.

Para ficar em apenas um exemplo, há uma recomendação de que seja dada “*garantia de que os desempregados sejam considerados como grupo de risco nas ações*

¹⁴⁴ O FAEC é um recurso criado desde 1999 e vincula financiamento extra-teto tanto para implantação quanto para custeio de ações e serviços. Seu papel estratégico está no fato de ser um recurso de indução do MS, que passa a dispor de um capital de manobra com maior liberdade na eleição das áreas prioritárias (Baptista, 2003).

de saúde em geral e saúde mental em especial?. Ora, é claro que, enquanto determinante social de processos de saúde e doença, o desemprego é uma variável de peso considerável. No entanto, tal afirmação está protegida, por uma linha deveras tênue, da extrapolação de que todos os brasileiros têm forte potencial de adoecimento uma vez que o desemprego é uma ameaça que atinge grande parcela da população. A consideração de determinantes sociais nos impele a buscar melhor qualidade de vida e políticas públicas amplas e integradas. Mas transformar os determinantes em produtores de grupos de risco, ou grupos vulneráveis, é se aproximar do preventivismo.

De qualquer forma, é possível que essas recomendações sejam instrumento para o alcance da integralidade sob outro aspecto, qual seja, aquele que diz respeito à contemplação de grupos específicos que, se diluídos na população, tendem a ser mantidos à margem das políticas. Nesse sentido, qualquer crítica deve levar em conta o teor das políticas efetivamente produzidas e as implicações de sua especificidade (Mattos, 2003), e não apenas as aspirações desse ou de qualquer outro Relatório. Nossa intenção é meramente apontar brechas que dão margem a ações dúbias, e resgatar os princípios originários do pensamento da reforma psiquiátrica.

Então, entre os grupos específicos, os mais salientados foram: crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, e internos de hospitais de custódia e manicômios judiciários.

Quanto aos usuários de álcool e outras drogas, destaca-se a proibição de internação em hospitais psiquiátricos, uma atuação voltada para redução de danos, e a não criminalização do uso, de forma que seja possível um trabalho conjunto entre justiça e saúde. Algumas recomendações salientam que a política voltada para usuários de álcool e drogas esteja vinculada à Coordenação de Saúde Mental.

Nesse sentido, um acontecimento peculiar rendeu uma moção de repúdio: simultaneamente à III CNSM, ocorreu o II Fórum Nacional Antidrogas. A moção declara: “(...) *tememos pela dissociação/dicotomização das respostas e os possíveis entraves na implantação de ações específicas e equivocadas*” (Brasil/MS/CNS, 2002: 169). O que começa a ficar evidente é uma certa disputa sobre a quem cabe a formulação de políticas nessa área. Essa disputa ficará mais clara no momento seguinte.

Outro tema de recomendações que chama atenção por aparentar inflexão ou divergência em relação aos princípios da reforma psiquiátrica, é a questão do trabalho e geração de renda. Propõe-se a criação de Centros de Capacitação Profissional bem como de realização de “*convênios com instituições de qualificação profissional e do trabalho (SESI, SESC, SENAI, SENAC, FAT e Secretarias Estadual e Municipal do*

Trabalho)” (Brasil, 2002: 45). É enfatizada a necessidade de profissionalização e remuneração para os usuários. O dilema gira em torno das considerações sobre o valor do trabalho.

Um dos grandes informantes do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, Saraceno (2001), considera o trabalho como um dispositivo complexo, que envolve as dimensões econômica, social e psicológica. Nesse sentido, há uma faceta do trabalho que remete à normalização da existência, e que deve ser superada para transformar a inserção laborativa num espaço de exercício de cidadania, de troca, e de busca por autonomia, não apenas no sentido de independência financeira. Para este autor, trabalho e lucro são pontos de partida, e não pontos de chegada. Não deve remeter ao assistencialismo, mas à assunção de responsabilidades, de direitos e de deveres. Compete aos trabalhadores de saúde mental vivificar essa possibilidade.

Permanece, desde a I CNSM, a legitimidade da busca por trabalho e renda enquanto direitos de cidadania, mas nesse ponto parece fazer-se necessário resgatar valores fundantes do movimento da reforma psiquiátrica para repensar o direcionamento dessas propostas.

A título de curiosidade, o Relatório Final propõe que se realize um Fórum de Saúde Mental simultaneamente às comemorações do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, e nenhuma menção é feita ao Dia Mundial da Saúde Mental.

Merece consideração a evidência de que nem todas as forças coadunavam com a Área Técnica de Saúde Mental, o que gerou uma moção de repúdio: a ausência do Ministro da Saúde na abertura da Conferência. Sabidamente, formalidades como essa são expressão de quais políticas inserem-se como prioridades da gestão, ainda mais em se tratando de um Ministro que se candidataria, no ano seguinte, às eleições presidenciais.

Se a II CNSM foi um avanço em relação à primeira por encaminhar propostas mais delineadoras de um modelo assistencial, esta avança no sentido de buscar ampliar as frentes de atuação e propor medidas de interlocução com outros atores institucionais. Nesse sentido, uma transformação importante são os destinatários das recomendações observados no decorrer do Relatório: às vezes tratava-se do Legislativo, e outras do Executivo ou do Judiciário; em momentos dirigia-se à Área Técnica de Saúde Mental e em outros às Coordenações Estaduais e Municipais; às vezes visavam os Conselhos, os trabalhadores, os usuários, a sociedade organizada, etc. E há recomendações que requerem o engajamento de todos os interessados. Essas são evidências de uma percepção mais ‘certeira’ de quais são os interlocutores com maior

governabilidade sobre os meios de resolução das demandas vocalizadas. Parece-nos que os participantes da III CNSM estão sabendo ‘de quem é o mosquito da dengue’. É interessante notar que as moções de repúdio, em sua maioria, foram endereçadas a governos estaduais, em detrimento dos outros níveis, no que tange a problemas no processo de desospitalização.

Essa Conferência também pode ser apontada como ilustrativa da continuidade da inserção dos informantes e militantes da reforma psiquiátrica no Governo desde o nascimento da política de saúde mental: todos os coordenadores da política da década de 1990 estiveram envolvidos nas diversas comissões formadas para a organização desta III CNSM.

Outro ponto a ser destacado em relação à Conferência anterior é a diferença das interlocuções. No momento da II CNSM, importava criar laços coesos com os grupos favoráveis à reforma psiquiátrica a fim de angariar sustentação em movimentos populares para garantir o argumento de empenho na democratização da política. Favoravelmente, o Coordenador de então era militante do movimento da reforma e não foi difícil construir esse canal de diálogo. Mas por outro lado, simultaneamente, os grupos de oposição tinham que ser seduzidos, uma vez que eram esses mesmos grupos os ‘formuladores de política’ até então. Bater de frente com a oposição teria sido muito arriscado. Assim, a II CNSM tinha o delicado objetivo de acumular força entre distintos atores para sustentar as propostas de mudança.

Mas quando chega o momento da III CNSM, já fazia uma década que o movimento pela reforma psiquiátrica mantinha-se na coordenação da política de saúde mental, a despeito de momentos de latência. Havia coesão e solidez tanto nos pressupostos desse movimento quanto na política de saúde mental já encaminhada. O clima de denúncias de violência e a sensibilização dos Deputados com as cenas observadas durante a I Caravana, pressionavam no sentido de que a coordenação dessa política fosse entregue exatamente a alguém com sustentação no movimento.

Claro que qualquer pessoa que assumisse o cargo estaria numa situação bastante delicada: as expectativas eram grandes e os desafios maiores ainda. Mas com isso, a Conferência que teve vez no momento de retomada tinha mais liberdade propositiva e menos a preocupação de ‘amansar’ a oposição. Tratava-se mais de criar consensos em torno de propostas que já estavam em discussão ou em andamento há uma década e ter argumentos para fazer com que as próximas portarias fossem mais facilmente aprovadas dentro do MS.

Três evidências corroboram com para essa interpretação. Primeiro, o Caderno de Textos da III CNSM, instrumento que precede a Conferência a fim de subsidiar as discussões, diferente daquele da II Conferência, não teve textos de grupos de oposição. Ao contrário, seu conteúdo foi majoritariamente voltado para divulgação de experiências consideradas exitosas e que tinham aprovação no campo da saúde mental. Muitas das recomendações refletem essas experiências. Em segundo lugar, as portarias que foram publicadas pouco mais de um mês depois já contemplavam parte das recomendações, numa resposta relativamente rápida. Por fim, enquanto no começo dos anos 1990 argumentava-se o disparate dos gastos com o setor psiquiátrico em relação ao setor da saúde em geral, nos anos 2000, a referência é interna: aponta-se a desproporção entre os gastos com o setor hospitalar e com os serviços alternativos.

No momento da II CNSM centrava-se força na qualificação e desospitalização, o que criou um patamar de sustentação para que no contexto da III CNSM as forças fossem dirigidas para a continuidade da desospitalização e a expansão da rede extra-hospitalar. Isso permitia que a ATSM afirmasse naquele momento: *“Desta forma, o panorama atual aponta para a necessidade de uma urgente e vigorosa retomada do processo de reforma, estabelecendo-se como prioridade a instalação de novos serviços nos municípios com mais de 70.000 habitantes, além da implementação de iniciativas coordenadas de suporte social para a desinstitucionalização dos cerca de 40.000 pacientes submetidos a longa permanência asilar, o que passa a ser possibilitado com a portaria de criação dos serviços residenciais terapêuticos”*(Brasil/MS, 2001d: 13). Uma meta nada modesta.

Enfim, podemos dizer que ambas as Conferências ocorridas após o nascimento da política nacional de saúde mental lograram alcançar seus objetivos, que foram portadores das devidas especificidades espaço-temporais da política. O que resta para o pós-Conferência, dada a grande quantidade de propostas e recomendações, algumas até divergentes entre si, é fazer escolhas, prerrogativa indissociável da gestão.

Com isso, concluímos os movimentos que fazem desde um **momento de retomada**. Recapitulando, justifica a nomeação deste momento **a entrada do novo coordenador da ATSM, o retorno da Área Técnica à SAS e a retomada do seu poder político-institucional; a aprovação da Lei 10.216; a realização da III CNSM e de vários eventos formadores de consenso que propiciam a retomada da ação propositiva, inclusive do CNS, recuperando linhas de atuação anteriores, inaugurando outras, e preparando terreno para novas frentes de ação, que**

marcarão a expansão do quarto momento. A ilustração dessas linhas de atuação está no quadro 3 (Anexo C).

CAPÍTULO 7. Momento de Expansão (2002-2004)

O momento de expansão conta a história da formulação política e normativa pós-III CNSM, colhendo os frutos do momento de retomada. Em coerência com as estratégias do período anterior, a partir de agora a ASTM terá no Relatório Final uma série de propostas para alimentar sua atuação, e serão eleitas aquelas que mais se aproximem de três fatores: que sejam demandas vocalizadas por gestores sim, mas que encontrem eco no movimento pela reforma; que sejam demandas que já tenham se consolidado em espaços de discussão; e que sejam demandas que busquem trazer para oficialidade experiências já em curso e exitosas. Como foi dito, importava construir condições para não fazer deste empenho com a política de saúde mental uma “*vitrine política*”, pontual. Por isso, o mais importante dessa Conferência foi ter fortalecido a ATSM com argumentos convincentes perante o Ministro da Saúde.

Com a força política angariada, a primeira normativa de 2002 consolida uma inflexão a respeito das linhas de atuação criadas em 1991/92: qualificação/desospitalização e avaliação. Naquele momento era mais expressivo, nos documentos, um movimento de qualificação do qual seria decorrente, conseqüentemente, a desospitalização em virtude das sanções e dos incentivos de reajuste diferenciado. Os grupos de avaliação foram criados formalmente apenas a partir de 1993, vindo potencializar o processo que estava em curso. A inflexão que agora ocorre é operada na fusão dessas duas linhas de atuação materializada na portaria GM nº799/00, do momento de retomada, aquela que responde à situação emergencial de avaliação dos hospitais psiquiátricos.

A primeira observação é a de que o *start* da retomada é dado exatamente através de um grupo de avaliação. Em segundo lugar, a desospitalização torna-se processo de destaque com a aprovação da Lei nº10.216/01, que, ao mesmo tempo em que desenha limites, instiga ao retorno das concepções originais do Projeto de Lei. O reforço disso está nos argumentos da ATSM sobre o disparate de gastos com o setor hospitalar. Em terceiro e último lugar, a condensação dessas linhas de atuação faz-se mediante a supressão da linha de qualificação, que à primeira vista parece uma incoerência, mas se nesse momento a qualificação não entra nos discursos oficiais como outrora, ela cumpre hoje o papel que a avaliação cumpriu lá.

Enfim, temos **a linha de atuação de Avaliação e Desospitalização**, que permanecerá, com a linha de atuação de AIH, compondo o bloco do dispositivo

hospitalar. Mas por que dissemos que essa inflexão se consolida agora se ela já se materializava no período anterior? Porque o processo de avaliação da GM nº799/00 ainda não tinha a sistematização requerida para se sobrepor a um movimento de qualificação. É apenas neste momento de expansão, através da GM nº251/02 que serão criadas condições de consolidação dessa inflexão, que se tornará mais clara com a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria).

Essa portaria é fruto de um acumulado técnico e político, acolhendo recomendações da III CNSM, além de contar com a peculiaridade de ter sido desenhada por um grupo de trabalho do qual fez parte aquele que foi Coordenador da CORSAM no momento germinativo, quando a SNAS nº224/92 foi escrita. Estava assim garantida uma certa continuidade, uma confirmação e um aprofundamento do processo político já efetuado.

→ **Avaliação/Desospitalização:** a GM nº251/02 atualiza as diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica hospitalar, e faz uma ponte com um programa que já vinha sendo realizado pelo MS, o PNASH. Este programa opera um sistema de classificação hospitalar que atribui pontuações específicas de acordo com a quantidade de leitos e com a adequação às normas, mediante vistorias anuais com avaliação técnica e entrevistas com usuários. Segundo entrevista, partiu da coordenação da ASTEC a sugestão de aproveitar esse mecanismo desenvolvido pelo Departamento de Controle e Avaliação que já estava em circulação, restando apenas traduzir e adequar este instrumento às especificidades da saúde mental e dos hospitais psiquiátricos¹⁴⁵. Esse apoio seria importante porque houve uma aposta interna, na SAS, de que a aplicação do PNASH/Psiquiatria não seria bem sucedida, principalmente por contar com a parte de entrevista aos usuários. A resposta a essa aposta veio, mas não sem antes enfrentar resistências externas.

¹⁴⁵ Duas coisas contam nesse fato: primeiro, o apoio à área da saúde mental internamente, na ASTEC, que era diretamente vinculada ao Gabinete da SAS, como produtor de condições de possibilidade; segundo, a estratégia de aproveitar processos em curso para realizar movimentos próprios. Noutra entrevista, o PNASH/Psiquiatria foi apontado como sendo tão bem sucedido, que posteriormente, quando o MS busca aperfeiçoar seu mecanismo de avaliação dos hospitais em geral, convoca o auxílio de técnicos da área da saúde mental.

A aplicação do PNASH/Psiquiatria foi feita pelo Grupo constituído na GM nº799/00, que tinha uma composição técnica¹⁴⁶, com entes da esfera estadual e da esfera municipal em caso de habilitação em GPSM. Mas o documento de regulamentação do PNASH/Psiquiatria tem o mérito de recomendar que *“nos municípios que não estão em gestão plena, é aconselhável que se estimule a participação de um representante da secretaria municipal de saúde, para a realização das vistorias”* (Brasil/MS/SAS/COSAM.CGRA.ANVISA, sem datação). Tanto esse documento quanto a GM nº251/02 acolhem parcialmente uma reivindicação da III CNSM de que o grupo de avaliação conte também com representantes de usuários e familiares. A portaria deixa o acréscimo de componentes à cargo da decisão do gestor local, e o documento de regulamentação sugere que *“representantes dos Conselhos, Associações e Comissões de Reforma em Saúde Mental deverão ser convidados para acompanhar o processo, sem participar da avaliação”* (Brasil/MS/SAS/COSAM.CGRA.ANVISA, sem datação).

De fato, a natureza da composição dos grupos de avaliação nesse momento e no germinativo é bem diferente. Enquanto lá era marcante uma composição multiprofissional, com representantes de sociedades civis organizadas, e com representantes de diferentes estados da federação e das três esferas de governos independente da gestão¹⁴⁷ dos locais a serem avaliados, aqui a composição é mais ‘enxuta’ e mais técnica, balizada nas atribuições gestoras desenhadas pela NOAS (ver quadros descritivos 1 e 3 – Anexo C). É por isso que a presença de representantes do nível municipal é relacionada aos municípios em GPSM. Isso acabaria por fechar um canal de atuação da sociedade não fosse certa tentativa da ATSM de contornar as restrições.

Assim, o PNASH/Psiquiatria tem o diferencial de ter entrado, pela primeira vez na história da política de saúde mental, em cem por cento¹⁴⁸ dos hospitais psiquiátricos, em 2002. No decorrer de sua aplicação, foram surgindo diversos pedidos de recursos que levaram à constituição, no âmbito da SAS, de uma Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria¹⁴⁹, que avaliaria o andamento do PNASH/Psiquiatria e apreciaria os recursos.

¹⁴⁶ Um representante de cada: equipe de saúde mental, equipe de vigilância sanitária e equipe de controle e avaliação.

¹⁴⁷ Conta com isso o fato de que as diferentes condições de gestão são efetivadas apenas a partir de 1994.

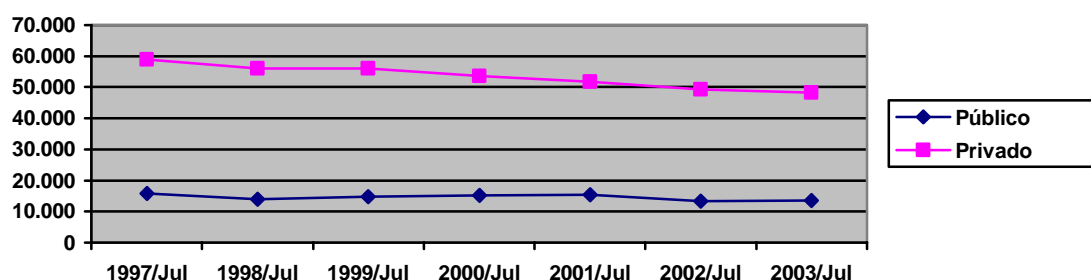
¹⁴⁸ Essa porcentagem é afirmada em entrevista realizada em 4 de julho de 2006.

¹⁴⁹ Composto pela GM nº1.467/02. Ver quadro descritivo 3 – Anexo C.

Então, vejamos: se o grupo que aplicava o PNASH/Psiquiatria era composto pelas esferas estadual e municipal e por profissionais técnicos, restariam duas opções para ocupar a função de ‘árbitro’ dos recursos – a esfera federal ou uma composição de maior representatividade. Na primeira opção, talvez houvesse o risco de estabelecer-se uma competitividade pouco saudável. Assim, optou-se por uma formação de maior representatividade¹⁵⁰. Mais tarde, percebeu-se que essa Comissão de Análise e Acompanhamento padecia de forte dissenso interno, passando então a concentrar-se mais na função de revisão do instrumento.

Mas essa não seria a dificuldade mais importante a ser enfrentada pelo PNASH/Psiquiatria, mas sim, exatamente o obstáculo que ao mesmo tempo traria a confirmação do ‘sucesso’ desse processo de avaliação. Acontece que, após a primeira vistoria, os prestadores privados entraram na justiça com pedido de uma liminar de suspensão da avaliação. Liminar concedida, a ATSM ficou impedida de publicar os resultados das vistorias até que se revogasse a decisão em última instância. Isso atrasou um processo de avaliação que deveria ser de periodicidade anual¹⁵¹, mas, ao mesmo tempo, o fortaleceu ainda mais e funcionou como um bom indicativo de que, de fato, mexia-se no ponto frágil dos prestadores privados, pois o PNASH/Psiquiatria tem duas importantes funções: oferecer um bom diagnóstico da rede hospitalar e descredenciar estabelecimentos sem a pontuação mínima requerida.

Gráfico 6 – Leitos Psiquiátricos por Regime Público e Privado no período 1997-2003.



Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

¹⁵⁰ ATSM, Consultoria do PNASH, Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do SUS (SAC/SUS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), CONASS, CONASEMS, CNS, Hospitais Privados Conveniados e Hospitais Privados Filantrópicos.

¹⁵¹ Pelo quadro descritivo 3 (Anexo C) e pelas datas de publicação das normativas, no quadro 4 (Anexo C), é possível perceber o impacto da liminar no comprometimento da periodicidade.

Retornando brevemente à GM nº251/02, essa portaria determina que cabe ao gestor local estabelecer limites de internação e controle de porta de entrada, e remete ao *Manual do Gestor para Atendimento Territorial em Saúde Mental*. Esse documento, que seria normativo da constituição de porta de entrada de acordo com a NOAS, segundo entrevistados, nunca saiu do papel¹⁵². De qualquer forma, a portaria determina que “a porta de entrada do sistema de internação [esteja] situada no serviço territorial de referência para o hospital” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 121). Já salientamos no capítulo anterior a complicação de um desenho de porta de entrada para a clientela específica da saúde mental.

Mas se até aqui reforçamos o processo de qualificação, todavia, a linha de atuação é composta com o caráter de desospitalização, que advém da regulamentação¹⁵³ dos procedimentos e atribuição de valores de diária maiores para os hospitais de menor porte. Esse movimento culmina com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, do qual falaremos mais à frente.

Por outro lado, o reforço da linha de atuação da desospitalização/avaliação não se deu sem sustentação. Como veremos, de fato foram ampliadas as frentes de ação que buscavam reforçar a rede de cuidados extra-hospitalar, dando respaldo à desospitalização ao criar instrumentos de acolhimento inclusive, e principalmente, para pacientes sem laços sociais e familiares. Isso porque uma das maiores dificuldades para a redução dos macro-hospitais é o seu contingente de pacientes-moradores que necessitam um processo de alta planejada, sustentada e acompanhada.

A segunda portaria desse momento de expansão assinada no Gabinete do Ministro (GM) é a última de sua gestão. Essa troca não gera grande impacto, já que a saída do Ministro não foi por motivo de desgaste político, por mudança na condução do Governo ou por qualquer outro que implicasse em descontinuidade. Ao contrário, o novo Ministro da Saúde¹⁵⁴ também era economista e filiado ao mesmo partido do Presidente da República, e foi escolhido para dar prosseguimento aos projetos em curso.

¹⁵² Numa entrevista realizada em 4 de julho de 2006, chegou-se a afirmar que houve uma certa dificuldade em lidar com o aspecto normativo da NOAS, pela composição e pelo perfil da equipe de saúde mental. Mas as pessoas que compunham o Grupo de Trabalho responsável pela revisão da SNAS nº224/92 tinham um bom conhecimento da NOAS.

¹⁵³ SAS nº77/02. Ver quadro descritivo 3 (Anexo C).

¹⁵⁴ Trata-se de Barjas Negri.

Com isso, a portaria GM nº336/02 retoma a linha de atuação dos CAPS e atualiza a SNAS nº224/92 no que diz respeito ao atendimento nesses dispositivos, também refletindo um acumulado de legitimidade técnica e política. Neste documento, o impacto da NOAS fica mais claro do que no anterior.

→ **CAPS**: diretamente sensível à III CNSM, através da GM nº336/02 essa linha de atuação assimilou a recomendação de nova regulamentação e ênfase na expansão, bem como de atendimento direcionado a clientela específicas. Na verdade, essas clientela específicas vinham sendo alvos de considerações desde Conferências anteriores, mas ganharam força no momento de retomada no qual foram realizados eventos temáticos, espaços de maturação das ações que viriam constituir linhas de atuação a partir do momento de expansão.

Essa normativa institui a classificação em CAPS I, II ou III de acordo com a abrangência populacional de, no mínimo, 20 mil habitantes – caso do CAPS I. As três modalidades têm a mesma função e devem “*realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 125). A normativa anterior, a SNAS nº224/92, não deixava tão evidente a proposta de priorizar esses casos, mas sua adequação a uma organização assistencial pautada em níveis de atenção ficava marcada quando determinava ser o CAPS um dispositivo intermediário entre o regime ambulatorial e a internação. Ou seja, a GM nº336/02 exhibe com mais clareza uma concepção que vinha sendo traçada desde o momento germinativo, que é aprimorada em contexto de implementação da NOAS quando também estabelece referência de cobertura assistencial.

A lógica de cobertura assistencial, pautada mais num quantitativo de abrangência do que na responsabilização territorial, assim como a organização hierarquizada é deveras ensimesmada para dar conta de favorecer redes com amplos pontos de entrada, o que seria uma estratégia mais viável num momento de reconstrução de demanda e o que originalmente foi o projeto dos CAPS. Também a construção de práticas intersectoriais deve contar necessariamente com redes mais horizontalizadas, ou não terão potencial para romper com o modelo manicomial e excludente.

Além disso, os CAPS, ao se dirigirem aos transtornos severos e persistentes – o que às vezes é confundido com ‘casos mais graves’¹⁵⁵, poderia estar promovendo

¹⁵⁵ Transtornos severos e persistentes trazem a idéia de continuidade de um estado. Por outro lado, os casos graves aludem a momentos emergenciais ou que tensionam a possibilidade de criar formas mais saudáveis de vivenciar a loucura. Isso não significa, no entanto, que os casos severos e persistentes não

certa equidade por discriminação positiva. No entanto isso não deixa de ser uma forma de seleção, que pode ser acentuada diante da pouca oferta ou da oferta incipiente de atenção em saúde mental na atenção básica, podendo gerar a desassistência dos pacientes que então se encaixam no perfil dos CAPS. Assim, esses serviços acabam realmente se enquadrando como média complexidade na acepção do SUS que se refere a serviços especializados e de alto custo, sem responder à noção de complexidade enquanto disposição para criação de formas de cuidado compatíveis com a integralidade.

O CAPS II tem a opção de oferecer um terceiro turno, até as 21 horas, e o CAPS III deve funcionar 24 horas nos 7 dias da semana, devendo ainda estar referenciado a um serviço de urgência e emergência da região, realizar atendimentos domiciliares – e não apenas visitas domiciliares, e dispor de até 5 leitos para repouso e observação. Assim, por sua possibilidade de hospitalidade noturna, atendimentos disponíveis onde a demanda se faça sentir, e possibilidade de ser uma referência no território capaz de responsabilizar-se por este, os CAPS III são os que mais se aproximam da concepção dos NAPS de Santos. Mas sua implantação está condicionada à cobertura de, no mínimo, 200 mil habitantes, enquanto os NAPS trabalhavam com a idéia de uma população território de abrangência e não com um limite máximo ou mínimo de habitantes.

Mas convém lembrar que, perante as exigências de regulamentação da NOAS, pouca alternativa restava à ATSM além de se adequar às regras gerais do SUS. Com o financiamento permanecendo por procedimento e não por atingimento de meta – tendência posta no PSF – era preciso criar procedimentos bem normatizados, com uma cobertura populacional bem estabelecida. Assim, criar tipologias diferentes foi a única forma de possibilitar que um serviço especializado de média complexidade pudesse ser implantado em municípios de diferentes portes. Além disso, trabalhar com cobertura populacional era a condição para fazer uso dos recursos do FAEC.

A portaria também cria o CAPSi – para atendimento de crianças e adolescentes, e o CAPSad – para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (devendo ter até 4 leitos para desintoxicação e repouso), ambos enquadrados como CAPS II. Uma peculiaridade do

possam ser graves, mas é preciso cuidar para não transformar tudo em uma coisa só, favorecendo a corrente idéia de que, casos que precisam de atenção continuada materializam uma ‘nova cronicidade’ que denunciaria o fracasso da reforma psiquiátrica (Desviat, 1999; Barreto, 2005). Acreditamos que a existência de casos severos e persistentes nem sempre podem ser descritos pela diáde fracasso/êxito.

CAPSi é que entre as atividades a serem desenvolvidas, pode-se ler “*desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça*”, algo que não é posto em relação aos outros CAPS.

Além disso, cada CAPS deve realizar atendimentos de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, nova caracterização dos procedimentos que diferem entre si pela frequência máxima de ida do paciente à unidade e o valor pago pela diária. Com isso, os CAPS permanecem sendo remunerados por produtividade.

A novidade é que, assim como os SRTs, os procedimentos dos CAPS passam a ser custeados com recursos do FAEC, através do instrumento APAC, o que sem dúvida contribuiu sobremaneira para a expansão da rede, já que este recurso é extra-teto e não fica, pelo menos neste momento, na dependência do gasto histórico que embasa o cálculo do teto global. A contemplação dos CAPS por esse fundo foi possível graças à expansão do mesmo em 2001.

A remuneração por cobertura e por intensidade dos procedimentos, apesar de não romper com o pagamento prospectivo, é uma ‘preparação’ para que se possa trabalhar com o pagamento por atingimento de metas e desempenho quando esta for uma realidade do SUS. Mas o uso desse mecanismo de remuneração na área da saúde mental se deve também ao seu caráter indutor da mudança do modelo assistencial, que permanecia com forte hegemonia do setor hospitalar.

O fato de os CAPS terem chegado ao final de mais de dez anos de regulamentação precisando ainda contar com recursos extra-teto para seu financiamento, em alguma medida alude não apenas ao fato de a área da saúde mental ter que disputar prioridades nos tetos municipais, mas também ao insucesso da proposta da realocação dos recursos provenientes da desospitalização.

Ora, de acordo com o já constatado avanço desse processo, a não realocação comprova: primeiro, que o gestor tem outras demandas na área hospitalar a serem atendidas – e é desejável que ele tenha autonomia para eleger suas prioridades; segundo, que tem havido dificuldade em atrelar o recurso ao paciente, que dirá atrelar o recurso a uma política específica; terceiro, que os recursos permanecem, em sua maioria, fragmentados por tipo/nível de assistência. Enfim, nesse ponto fica bastante claro que, **apesar dessa proposta de realocação ter se mantido em pauta na política de saúde mental por mais de uma década, não houve avanços devido aos obstáculos vivenciados pelo próprio SUS.**

Ainda há uma quarta constatação que mereceria atenção mais detalhada em outra oportunidade: o insucesso da reversão pode indicar também a dificuldade na

estatização do sistema de saúde mental. A retirada de recursos do setor hospitalar certamente impacta no financiamento do setor contratado, e nesse ponto as resistências são bastante fortes. Com um posicionamento contundente, Braga Campos afirma que “*A rigidez do modelo oficialmente implantado no país, somado com todas as razões de clientelismos políticos peculiares de cada lugar, fez com que a reforma psiquiátrica brasileira de fato não trabalhasse a inversão dos investimentos do estado para uma rede substitutiva ao manicômio*” (2000: 149).

Mas o uso do FAEC, ao mesmo tempo em que permite a expansão de serviços estratégicos, por estar obrigatoriamente vinculado a determinados procedimentos – e não a determinadas políticas, acaba massificando os mesmos. O que pretendemos marcar é que se há recursos extra-teto apenas para implementar os serviços Y e X, somente esses serão implantados. Caso houvesse um extra-teto designado para composição de rede substitutiva em saúde mental, sem especificação de serviço, existiria abertura para experiências singulares, para conformação de modelos assistenciais particularmente adequados a propostas locais, evitando aquilo que no começo dos anos 1990 já se temia: a criação de modelos únicos. Mas o SUS ainda não dispunha de mecanismos de financiamento com essa maleabilidade. Com isso, corre-se o risco de o gestor tomar a decisão de implantar um CAPS menos pelo dispositivo em si e mais pela oportunidade de ampliar as ações ofertadas à sua população com um recurso extra.

Acentua este movimento o fato de os procedimentos dessa portaria serem remunerados exclusivamente nos CAPS¹⁵⁶, ou seja, fica impedido o custeio das ações típicas de um CAPS num serviço diferenciado. A idéia é que, se um serviço está estruturado para realizar procedimentos de CAPS, ele tem condições de se cadastrar enquanto tal. De qualquer forma, é inegável o avanço da rede de CAPS, levando a um grande contingente populacional a possibilidade de cuidado extra-hospitalar.

Por outro lado, importa atentar que, pela NOAS, a autorização da APAC só pode ser feita pelo gestor estadual ou municipal em GPSM. O que opera uma contradição ao dificultar o cadastro de CAPS em municípios de menor porte tal como a tipologia de CAPS I poderia favorecer.

As funções comuns a todos os CAPS são:

“*a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;*”

¹⁵⁶ Determinação da SAS nº189/02.

b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais (...);

f) funcionar no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 126 – grifos nossos).

A GM nº336/02 determina que as atribuições de supervisão e de regulação da rede sejam exclusivas dos serviços de natureza jurídica pública. A regulação a partir de um serviço territorial é uma reivindicação que vinha desde a I CNSM.

Importa perceber que, além das atividades a serem realizadas com pacientes, as mesmas desde a criação dos CAPS, essa normativa acrescenta outras como a supervisão de unidades hospitalares e equipes de atenção básica e capacitação destas. De fato, são ações recomendadas na III CNSM e muito importantes para a integração da rede de saúde mental. No entanto, são atividades que não dispõem de remuneração específica, ou seja, os funcionários dos CAPS têm um acréscimo de tarefas sem um acréscimo na tabela de procedimentos financiáveis. Ilustrativa é a afirmação encontrada no Relatório Final do I Encontro Nacional de CAPSad, em 2004: “*O faturamento não é compatível com a produtividade. A sensação é que se trabalha muito mais exaustivamente, diante do que o faturamento aponta*” (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 60). Esse aspecto não pode ser percebido sem a SAS nº189/02, que atualiza as tabelas SIA/SUS e SIH/SUS.

Há uma citação insubstituível na apresentação dessa normativa que toca na questão que introduzimos: “*Esta lógica de remuneração funciona pela produtividade da assistência. Quanto menos a equipe estiver preocupada em supervisionar serviços, trabalhar na promoção, estabelecer parcerias com a sociedade civil, organizar – conjuntamente com o gestor – a política, a demanda e o fluxo de cuidados referentes à saúde mental, ou seja, quanto menos o CAPS se dedicar a vislumbrar a questão como atenção à saúde, e mais estiver debruçado ao tratamento da doença mental, mais ele será recompensado financeiramente. Embora as necessidades curativas sejam*

importantíssimas, não podemos esquecer que uma série de ações essenciais – algumas previstas, outras não, pela Portaria 336/02 – são simplesmente ignoradas, em termos de remuneração, pela Portaria 189/02” (Tófoli apud Freire et alli, 2005: 133). É essa lógica de pagamento que rende aos CAPS a crítica de “inampsizeção”, entre outras (Freire et alli, 2005; Amarante, 2003).

Então, a SAS nº189/02 inclui na tabela SIH/SUS o procedimento de acolhimento a pacientes de CAPS, remunerado por AIH com limite de 10 diárias e exclusivamente nos CAPS III, referindo-se ao uso dos leitos. E na tabela SIA/SUS, os serviços, ou seja, os tipos de CAPS, e os procedimentos, definidos por intensidade e pelo máximo de diárias. O funcionamento no horário de 18 às 21 horas – opção para todos os serviços exceto para o CAPS I – constitui procedimento específico. Assim, apenas dentro dos CAPS, temos uma divisão de pagamentos por AIH e pagamentos por APAC – no caso dos CAPS III, um fracionamento por horário de funcionamento no caso dos CAPS II que optem por funcionar num terceiro turno, e uma perda em relação às SNAS nº224/92, que dava a opção de funcionamento por 7 dias semanais, durante 24 horas, independente da abrangência populacional.

Enfim, a GM nº336/02 e a SAS nº189/02 restabelecem a linha de atuação dos CAPS com desdobramento de sua atuação voltada para clientela específicas, ilustrado no quadro 2. Mas não é apenas devido ao custeio das ações pelo FAEC que de 2002 em diante o quantitativo de CAPS cresce numa velocidade superior à observada nos anos 1990. Em 2002 e 2003 também são destinados incentivos financeiros para a implantação de novas unidades para todos os tipos de CAPS exclusivamente de natureza jurídica pública, através de planos de expansão específicos (quadro descritivo 4 – Anexo C), e para alguns programas de formação/capacitação. De fato, essa linha de atuação encontra neste um momento de expansão.

Quadro 2 – Portarias que compõem a linha de atuação dos CAPS e seus desdobramentos no período 2002-2004.

	CAPS	CAPSi	CAPSad
2002	GM nº336* SAS nº189* GM nº626	GM nº336* SAS nº189*	GM nº336* SAS nº189* GM nº816 GM nº817 SAS nº305
2003	GM nº1455*	GM nº1455* GM nº1946 GM nº1947	GM nº457 Decreto 28/maio
2004			GM nº2.197

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das portarias ministeriais de 1990 a 2004. Diário Oficial da União.

* Portarias que se enquadram em mais de uma linha de atuação.

→ **CAPSad**: o desdobramento do dispositivo assistencial CAPS e seu seguimento direcionado aos portadores de transtorno mental decorrente do uso de álcool e drogas começa a ganhar vida própria com a GM nº816/02, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Trata-se de uma área temática que estava sendo alvo de bastante debate, tendo ocorrido um seminário, já citado, no momento de retomada; editada a Lei nº10.409/02¹⁵⁷ que confere importante papel à Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD); e organizado o Fórum Nacional Antidrogas, este simultâneo à III CNSM, que também fez recomendações sobre o assunto. Este último fato já foi sugerido como evidência de uma possível disputa.

Também sugerimos no momento de retomada uma postura dentro do MS de criar uma área voltada para atenção aos problemas de álcool e drogas desvinculada da área da saúde mental. No entanto, essa clientela sempre esteve presente nas discussões sobre a reforma psiquiátrica e nos Relatórios das CNSM. Então, com o fortalecimento dessa questão na III CNSM e na rebarba da força que os CAPS vinham ganhando, **os CAPSad puderam se tornar uma nova linha de atuação**. Foram destinados recursos do FAEC para custeio do programa e para o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para rede de CAPSad, bem como incentivo adicional para implantação das novas unidades previstas e adequação daquelas já existentes.

Em seqüência, a GM nº817/02, que inclui no SIH/SUS procedimentos de internação por uso prejudicial de álcool e drogas, determina que a emissão da AIH para procedimentos de resposta aos transtornos decorrentes do uso e às síndromes de abstinência *“deverá ser efetuada mediante apresentação de laudo médico de solicitação de internação emitido preferencialmente por especialista vinculado ao CAPSad”* (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 154).

Esse *“preferencialmente”* é o que dá margem para que as redes de atenção possam ser organizadas localmente, de acordo com as percepções do gestor. Tomado ao pé da letra, a emissão mediante laudo advindo do CAPSad transforma este em porta de entrada exclusiva. É certo que desde a I CNSM vem sendo cobrado que os serviços hospitalares sejam submetidos a regulação feita a partir do serviço de base territorial. No entanto, neste caso, nos parece uma proposta deveras audaciosa visto tratar-se de um dispositivo relativamente novo, que em muitos lugares provavelmente ainda não ganhou

¹⁵⁷ *“Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências”* (Brasil, 2002).

‘popularidade’ suficiente para que a população possa acessá-lo como porta de entrada. Resta garantir que os profissionais da rede SUS estejam capacitados para acolher os usuários de álcool e drogas que acessam o sistema de saúde e operar sua entrada referenciando para os CAPSad.

O programa de que trata a GM nº816/02 prevê a implantação de 250 CAPSad em três anos, em duas etapas. A primeira deve contemplar capitais e municípios com população superior a 200 mil habitantes, e a segunda deve acrescentar 1 CAPSad para cada 500 mil habitantes em grandes regiões metropolitanas e municípios com menos de 200 mil habitantes selecionados por suas necessidades epidemiológicas. No anexo 2 dessa norma encontra-se uma lista de todos os municípios visados na primeira etapa. O foco sobre municípios de grande porte é coerente com a NOAS.

→ **CAPSi:** desde o Relatório Final da II CNSM já se apontava a necessidade de considerar o Estatuto da Criança e do Adolescente e as especificidades da atenção a essa clientela. Criado na GM nº336/02, é apenas em 2003 que surgem as primeiras normativas específicas de CAPSi¹⁵⁸, materializando-a como uma **nova linha de atuação**. A OMS dedicava esse ano à saúde mental das crianças e adolescentes, e a política de saúde mental aproveitava para fazer um movimento que se tornava comum: baseando-se no êxito de experiências estaduais e municipais, constitui “*Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 203). Em seguida, aprova o Plano Estratégico para Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a implantação de 70 unidades até final de 2004. Com isso são destinados recursos fundo a fundo e extra-teto para implantação e custeio.

Em 2004 é constituído¹⁵⁹ o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, buscando “*funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área*”. Trata-se de uma instância deliberativa com ampla representação composta por várias Áreas Técnicas e Departamentos do MS além de outros Ministérios, órgãos e instituições, contando ainda com a possibilidade de convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. O documento do MS *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* traz o

¹⁵⁸ GM nº1.946/03 e GM nº1.947/03. Ver quadro descritivo 4 (Anexo C).

¹⁵⁹ GM nº1.608/04.

produto da primeira reunião temática do Fórum, a Recomendação nº01/05 que apresenta as *Diretrizes Para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional*.

Partindo do histórico de um modelo de assistência às crianças e adolescentes pautado na lógica higienista e na expansão da oferta de instituições fechadas, o documento aponta como resultado desse processo a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre. Ressalta que ainda hoje um fator que alimenta essas instituições são as precárias condições de vida de famílias com baixo poder aquisitivo que acreditam estar assim garantindo alimentação, moradia e educação aos filhos. Isso vem ocorrendo a despeito do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, que determina que condições materiais não configuram motivo de institucionalização. “*Por isso, toda e qualquer ação voltada para a saúde mental de crianças e jovens precisa estabelecer parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça. Não podemos também deixar de estabelecer interfaces com setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área*” (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2005: 6).

Assim, são estabelecidos princípios que devem nortear a atenção a essa clientela, dos quais destacamos: a criança ou o adolescente são sujeitos de direitos e deveres, sendo responsáveis por sua demanda e sofrimento, cabendo não tomar por suas palavras que são ditas por outros (pais, familiares, professores), mas sim dar direito de voz ao sujeito; o serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação e inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço; deve-se adotar a noção de encaminhamento implicado, ou seja, aquele que encaminha é também responsável pelo acompanhamento do caso até seu acolhimento no novo destino; importa considerar a constituição do território por instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito e promover a intersetorialidade no cuidado.

Os Planos de Expansão, a organização da demanda e a regulação da porta de entrada

A previsão de implantação dos CAPSad é flexibilizada numa normativa¹⁶⁰ posterior à GM nº816/02 quando, à despeito da nomeação dos municípios que deveriam sediá-la, afirma que “*Cabe à secretaria estadual de saúde, conforme já enunciado, o*

¹⁶⁰ SAS nº305/02.

planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por esta Portaria” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 292).

Quanto aos CAPSi, o anexo da GM nº1.947/03, o define como “*um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 207). Essa portaria, a exemplo daquelas referentes aos planos de expansão de CAPS e CAPSad (GM nº626/02 e GM nº816/02), traz uma lista dos municípios considerados prioritários e das quantidades de unidades novas previstas para cada um.

Permitimo-nos concluir que os planos de expansão elaborados, com algumas possibilidades de flexibilização, apresentam claramente uma direcionalidade que é bastante afinada com os propósitos da NOAS, qual seja, operar de forma regionalizada e hierarquizada com serviços considerados de média e alta complexidade buscando a maior otimização e abrangência populacional possível, resolvendo a questão do acesso através de mecanismos de referência.

Os CAPS, de fato, têm se enquadrado no caráter de serviço de média complexidade mais por seus planos de expansão e distribuição geográfica e menos por sua resolutividade. Com isso não estamos querendo dizer que não sejam resolutivos, mas que antes dessa garantia, temos aquela relacionada ao enquadre organizativo.

Em alguma medida esses planos estão ligados às funções atribuídas aos CAPS, na GM nº336/02, de organização da demanda e regulação de porta de entrada.

Essas funções são conferidas aos CAPS por terem estes serviços uma estrutura em termos de ações a serem ofertadas e de recursos humanos que acredita-se mais preparada para fazer frente ao hospital psiquiátrico. Mas ser regulador de porta de entrada não significa ser a porta de entrada, mas assumir a responsabilidade por essas definições dentro do seu território de referência. Uma situação ideal seria aquela, por exemplo, onde os CAPS ou a atenção básica fariam acolhimento e triagem dos casos e os necessários encaminhamentos, considerando o nível de complexidade mais adequado. Pelo mecanismo de triagem é possível selecionar se o paciente ‘é caso’ para ser atendido neste ou naquele lugar. Nessa rede idealizada os hospitais não poderiam acolher pacientes exceto em casos de urgência ou de encaminhamento dos outros níveis.

Neste caso, estamos pensando numa área de abrangência maior, tipo aquelas que são pensadas nos planos de expansão da rede de CAPS. Alguns pressupostos embasam a convicção de que os maiores municípios são os que podem ter um CAPS: acredita-se que eles teriam demanda suficiente, capacidade financeira para sustentação e disponibilidade de profissionais qualificados. Além disso, geralmente os municípios de maior porte são onde existem os macro-hospitais psiquiátricos.

E então, fica a pergunta: o que resta aos pequenos municípios? Para esses municípios, orienta-se o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, o que significa que neste caso, a área da saúde mental ainda fica na dependência de uma política municipal. Ou, restam ainda as consultas ambulatoriais.

Uma outra possibilidade, que seria a criação de um CAPS que abrangesse mais de um município de pequeno porte através de consórcios intermunicipais, segundo relato em entrevista, tem sido evitada por romper com a lógica do território. Assim, o CAPS é enquadrado como um serviço de média complexidade que, diferente dos outros serviços do SUS, não deve ser referência intermunicipal.

Tudo isso nos aproxima da conclusão de que a política nacional de saúde mental, de fato é bem sustentada em termos de uma proposta de dispositivos para composição de uma rede, mas restrita aos municípios de mais de 20 mil habitantes. Isso é uma política nacional, no Brasil? Cerca de um quarto dos municípios brasileiros possui menos de 5 mil habitantes, e a maioria massiva destes é financeiramente dependente das políticas nacionais que contam com transferências federais. Assim, enquanto não houver uma proposta de modelo assistencial na política de saúde mental que privilegie esses municípios, teremos uma considerável parcela da população sem acesso a esse tipo de cuidados.

É o desenho desses fluxos de encaminhamento que devem ser feitos enquanto regulação de porta de entrada que, conseqüentemente, opera a organização da demanda, que mais parece adestramento da demanda. Pressupõe que existe a demanda certa para o serviço certo. Se o paciente não sabe distinguir qual é esse lugar certo, o encaminhamento é a melhor forma de educá-lo¹⁶¹ e colocá-lo no seu devido lugar. Uma vez que sejam realizadas essas funções, qual o espaço que sobra para demanda espontânea sentir-se acolhida? E particularmente para demanda em momentos de crise, ou seja, aquela que geralmente é determinante da entrada do paciente na rede assistencial? E qual o espaço que sobra para a desconstrução da demanda?

O que se propõe não é abrir mão da organização dos serviços e de uma proposta de desenho de fluxos. Mas que esses desenhos não sejam obstáculos para a entrada dos pacientes na rede de serviços. Afinal, é a população que tem que ‘servir’ ao planejamento ou o planejamento que tem que servir à população?

Pela lógica da acessibilidade cada serviço e cada nível deve se entender como porta de entrada na medida em que deve dispor de profissional que acolha com o

¹⁶¹ Tenho ouvido com freqüência, de profissionais da rede pública, não necessariamente ligados à área da saúde mental, que os usuários são ‘mal educados’, exatamente por reclamarem cuidados ‘inadequados’.

intuito de se oferecer como um vínculo possível, mesmo que o encaminhamento seja inevitável. E o encaminhamento deve ser evitável ao máximo. Uma vez que um paciente se destina a um serviço de saúde, no mínimo, devemos pressupor que aquele estabelecimento goza de alguma legitimidade para este usuário, e é percebido por este como um recurso do território. Essa legitimidade não deve ser desconsiderada, mas aproveitada para valorizar a demanda do paciente e torná-lo sujeito privilegiado na construção do cuidado.

O que veremos noutro momento deste capítulo é que, se há alguma potência de relativização da NOAS com vistas à construção de acessibilidade, esta é encontrada na integração da saúde mental com a atenção básica. Todavia, essa integração conta com algumas dificuldades e conflitos.

Do CAPSad à política de atenção a usuários de álcool e outras drogas – o novo Governo

Em 2003, assume novo Governo, com o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e novo Ministro da Saúde¹⁶², ambos do mesmo partido do coordenador da política de saúde mental, o Partido dos Trabalhadores (PT), e buscando a implementação de ações inclusivas não apenas no setor saúde. A nomeação para o MS de um partidário do Governo é evidência de que esta pasta é considerada representativa de seus interesses. Além disso, o novo Ministro era uma pessoa envolvida com o movimento da reforma psiquiátrica, tendo sido, inclusive, autor da lei da reforma psiquiátrica no estado de Pernambuco. Nova alteração estrutural ganha espaço, mas sem impacto na operacionalidade da área da saúde mental: esta passa a ser alocada no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da SAS, uma espécie de correspondente da ASTEC, e volta a ser denominada Coordenação Geral de Saúde Mental.

Também nesse ano é realizada a XII CNS, e mais uma vez a saúde mental tem espaço no Relatório Final, compondo o eixo temático da organização da atenção à saúde¹⁶³.

¹⁶² Trata-se de Humberto Costa.

¹⁶³ Destacamos apenas duas deliberações que não apareceram no Relatório da XI CNS: a de que os profissionais de saúde mental se integrem com os demais profissionais de saúde e a de que as famílias de vítimas de violência sejam contempladas entre a clientela dos CAPS. Ademais, destacamos o reforço de outras três recomendações, apenas para ilustrar a manutenção da proposta de agenda: a questão da

Enfim, em 2003 o ambiente é favorável à política de saúde mental e abriga o lançamento do documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Já pelo título, a primeira inflexão aparente é a transformação do que antes era um ‘Programa’¹⁶⁴ em uma política.

O fato é que tanto o Ministro quanto o então Secretário Executivo¹⁶⁵ tinham interesse na discussão dessa política, e resolveram assumir a disputa com a SENAD pela oferta de assistência em saúde aos usuários de álcool e drogas. No campo ideológico, trata-se incompatibilidade entre uma postura anti-drogas e a lógica do cuidado e da redução de danos. Assim, a saúde mental, por sua identificação histórica com a questão e pelo apoio de escalões superiores, pôde coordenar a expansão dessa linha de atuação em contato com outras áreas do próprio MS¹⁶⁶.

A despeito do lançamento das portarias ‘mestras’ e dos aportes financeiros dessa política ter ocorrido na gestão anterior, é interessante notar como esse Governo ‘toma para si’ essa problemática: “*É importante, portanto, destacar que, neste governo, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública*” (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 9 – grifos nossos). E salienta a necessidade de agir conjuntamente com as áreas governamentais da justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania.

Por outro lado, o documento declara a “*impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas; isto também ocorre no que se refere ao resgate do usuário do ponto de vista da saúde (e não tão somente moralista ou legalista), e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade*” (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 26).

Do ponto de vista do cuidado, declara a insuficiência das propostas de tratamento que historicamente têm tido um “*caráter total, fechado e tendo como único*

incorporação do atendimento em saúde mental na atenção básica, a questão da realocação dos recursos provenientes de leitos psiquiátricos descadastrados e a articulação intersetorial para políticas de geração de trabalho e de renda.

¹⁶⁴ Em entrevista realizada em 4 de julho de 2006, foi dito que o Programa dos CAPSad é exemplo de um serviço cuja demanda se agigantou ainda mais após sua oferta. Mas isso não significa que seja uma lógica linear essa da oferta e aumento de demanda. Noutros casos essa relação pode ser diferente.

¹⁶⁵ Gastão Wagner de Sousa Campos.

¹⁶⁶ Coordenação Nacional DST/AIDS, ANVISA, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção de Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica.

objetivo a ser alcançado a abstinência” (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 5) e têm sido oferecidas no bojo dos preconceitos e da criminalização dos usuários, o que por sua vez dificulta a adesão ao tratamento.

E passa o recado: *“Somado a esses fatores, o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas, ao estabelecer o uso como “proibido”, sugerindo a ocultação”* (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 23). O argumento está pronto para que o MS possa se colocar pelo menos de igual para igual com os outros setores governamentais que tomam para si a questão do uso de álcool e drogas.

Uma outra inflexão, além de ter se tornado uma política, é que a área de álcool e drogas conta com participação maior da Associação Brasileira de Redutores de Danos e outras instituições afins, cuja influência nos documentos é clara.

A Lei nº10.216/01 é apontada como respaldo para a construção de alternativas de cuidado mais acessíveis, integrais e respeitadas do convívio comunitário. Nesse contexto, a lógica da redução de danos é tida como privilegiada por se pautar na compreensão de que o uso de álcool e drogas remete a formas diversas de organização da vida e de busca por expressão, inserção e prazer. Por isso, importa traçar formas de cuidado que não se limitem apenas à remissão do uso, mas que busquem a reconstrução da história de vida do usuário através de projetos que impliquem na co-responsabilização deste e numa outra forma de contato com as próprias experiências.

Além disso, por essa lógica é possível agir na minimização das conseqüências do uso abusivo de álcool e drogas, diminuindo, por exemplo, as chances de infecção por hepatites e HIV.

Outras frentes de ação

Noutra vertente de ação, em 2001 havia sido formado um Grupo de Trabalho Interministerial com o Ministério da Justiça¹⁶⁷ para elaborar estratégias para promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional. O resultado foi o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário¹⁶⁸ e a composição de uma Comissão de Acompanhamento¹⁶⁹ das ações do mesmo.

¹⁶⁷ GM nº2.035/01.

¹⁶⁸ GM nº628/02 e GM nº1.777/03.

São destinados incentivos para ações de atenção básica e de média e alta complexidade conforme a NOAS e são estabelecidas ações complementares. É nesse leque de ações que consta o cuidado em saúde mental, voltado para prevenção e tratamento “*dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento*” e do uso de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos, e “*desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 74).

Assim, a área da saúde mental encontrou um ‘fio a ser puxado’, e, munida das recomendações da III CNSM e da Lei nº10.216/01, realizou em julho de 2002, junto com o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, o *Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*, no qual foram formuladas diretrizes para essa reorientação.

Foi tirado o consenso sobre uma atuação interinstitucional com vistas à extinção dos Manicômios Judiciários, e, nas palavras do representante do Ministério da Justiça, “*nesse contexto, o Departamento Penitenciário Nacional, responsável pela execução da Política Criminal e Penitenciária do País, se alia à Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, aos responsáveis pela custódia dos loucos infratores, na construção de programas permanentes de reintegração social desses pacientes*” (Brasil/MS. Ministério da Justiça, 2002: 24).

Também foi acordo a compreensão do equívoco de tratar a medida de segurança apenas como uma questão da justiça, o que foi considerado inconstitucionalidade, importando a revisão dos conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade. Foram feitas recomendações sobre a regulamentação da internação compulsória prevista na Lei nº10.216/01, estabelecendo a prática de consulta a equipes multidisciplinares de saúde mental, e, por fim, foi composta uma Comissão Técnica com vistas a propor mudanças na Lei de Execuções Penais.

Em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária recomenda as *Diretrizes Para o Cumprimento das Medidas de Segurança*, buscando adequá-las à Lei nº10.216/01. Essas diretrizes são produto, entre outras coisas, da Comissão eleita no Seminário anterior.

¹⁶⁹ Composição: SAS, Secretaria Executiva, Fundação Nacional de Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária do MS; CONASS; CONASEMS; Secretaria Nacional de Justiça e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça; e Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça.

Nesse contexto, tendo um canal aberto com o Ministério da Justiça, e com o Ministério Público desde o Seminário *Direito à Saúde Mental* em 2001, com a III CNSM e com a temática da reorientação dos hospitais de custódia, a Área Técnica de Saúde Mental se muniu de uma rede de relações e de respaldo e pôde regulamentar as internações psiquiátricas previstas na Lei nº10.216/01 com a GM nº2.391/02¹⁷⁰. Essa normativa tem a peculiaridade de ser a primeira, dentre as consultadas para essa pesquisa, que determina sua observância por estabelecimentos de saúde integrantes ou não do SUS.

Além das três modalidades ‘puras’ de internação previstas na Lei nº10.216/01 – Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) e Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) – essa normativa prevê a Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI). Se a lei de referência determinava comunicação da IPI ao Ministério Público Estadual em 72 horas, essa portaria resgata recomendações da III CNSM e determina a comunicação também à Comissão Revisora¹⁷¹ das Internações Psiquiátricas Involuntárias, cujo laudo deve ter poder de confirmar ou suspender a internação. O anexo dessa portaria traz os modelos de termos, entre os quais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado à IPV, do qual destacamos o fato de que a assinatura do paciente é precedida de assinatura do responsável.

Uma proposta que vinha sendo discutida desde início dos anos 1990, aparecendo inclusive no Relatório da I CNSM, tendo sido apresentada pela CORSAM e aprovada pelo CNS pela primeira vez em 1995 é o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), cuja inspiração partia da experiência desenvolvida em Angra dos Reis, no Rio de Janeiro (quadro descritivo 5 – Anexo C). Esse município, que não dispõe de hospital psiquiátrico, tinha vários habitantes internados em lugares distantes e por longo período. O programa buscava então trazê-los ‘de volta para casa’ visando sua reintegração na vida social. Mas é apenas em 2003 que o Programa de Volta Para Casa ganha oficialidade na política nacional de saúde mental com a Lei nº10.708/03, que

¹⁷⁰ Normativa que ainda hoje provoca debates acalorados, com algumas críticas de cunho corporativista partindo dos opositores da reforma psiquiátrica, especialmente os da categoria médica.

¹⁷¹ Esta deve ser constituída pelo gestor estadual, por um representante do Ministério Público e por equipe multiprofissional e independente do corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, sendo desejável a representação de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

institui o Auxílio-Reabilitação Psicossocial e **expande as linhas de atuação** dessa política.

→ **Programa de Volta Para Casa:** este programa é fruto das mudanças no campo da saúde mental tanto na questão do reconhecimento civil dos doentes mentais, quanto no desenvolvimento da rede extra-hospitalar. Na época de sua apresentação, em 1995, houve forte resistência capitaneada pela FBH, através de seu assento no CNS, que apelou junto ao setor jurídico, encontrando respaldo no Código Civil para impedir o desenvolvimento do PAD. Hoje há o reconhecimento de que atualmente existem melhores condições de aproveitamento do programa visto existir um fortalecimento das capacidades gestoras e uma melhor sustentabilidade na rede assistencial. De todo modo, foi fundamental o papel do CNS que manteve em pauta a proposta de reabertura do PAD, e foi decisiva a interferência do Ministro da Saúde, que, via Presidência, interviu na aprovação da Lei.

Assim, a Lei nº10.708/03, ao instituir auxílio-reabilitação psicossocial¹⁷² como parte integrante do Programa de Volta Para Casa, promove a desospitalização de pessoas que passaram por internações longas e não dispõem de trabalho ou outra fonte de renda, sendo também um facilitador no processo de inserção social. É condição que a duração da internação tenha sido de pelo menos dois anos e necessariamente em instituições vinculadas ao SUS, contanto inclusive hospitais de custódia e SRTs.

Em sua regulamentação, na GM nº2.077/03, visando assegurar que os beneficiários do auxílio tenham atenção continuada na rede de saúde mental, estabelece como pré-condição que o município ofereça serviços não hospitalares, e declara que *“serão considerados municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, **que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições: I – apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento; II – tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS; e III – que estejam destinados a acolher pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros municípios”*** (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 212 – grifos nossos).

¹⁷² Valor mensal a ser pago diretamente ao paciente egresso, exceto em caso de incapacidade civil.

De fato, a seleção de beneficiários de tal programa tão caro à reforma psiquiátrica – ou seja, não apenas de alto custo financeiro, mas também de alto investimento na construção de cidadania e na desinstitucionalização das relações de cuidado – deve ser não apenas rigorosa, mas principalmente precavida, e com isto o direcionamento deve ser bem claro e sustentável.

Quanto ao custo financeiro, deve-se atentar para a possibilidade de apropriação indevida do benefício ou por parte dos responsáveis, principalmente em caso do paciente ser interditado, ou mesmo por parte do beneficiário. Quanto ao custo no que tange à desinstitucionalização, a atenção deve ser dirigida para que o auxílio não funcione como uma espécie de isenção pela desassistência – por isso a priorização de municípios que já disponham de dispositivos de cuidado, ou para que o auxílio não funcione como um programa assistencial mais de tutela e menos emancipatório. Concretizar a inserção do paciente nas relações de troca, e neste caso de poder de troca e de consumo, deve ser um meio e não um fim em si (Saraceno, 2001).

Ainda em relação aos critérios para obtenção do auxílio-reabilitação psicossocial, a opção da política de saúde mental é bastante clara: oferecer subsídios para o avanço da desospitalização exclusivamente em instituições de natureza pública. Ou seja, não são contemplados pacientes de longas internações em hospitais e clínicas não cadastradas na rede SUS, nem aqueles que não tenham condições de inserção e de troca, mas que estejam apenas entrando na rede de saúde mental.

Quanto ao primeiro, poderia tratar-se de levar à cabo a meta da estatização, mas por outro lado, materializa a velha e difícil equação entre universalidade e redistribuição¹⁷³ de renda em contexto brasileiro, através de políticas focais. Não podemos ignorar nosso quadro de significativas desigualdades inter e intra-regionais, pauperização da população e insuficiência de recursos. Esse dado conjuntural certamente influencia políticas redistributivas e de alto custo, onde é preciso eger a parcela dos beneficiários entre tantos potenciais e necessitados. Já apontamos no terceiro capítulo que o princípio da universalização do sistema de saúde brasileiro é bastante audacioso, mas uma vez amparado constitucionalmente, trata-se de um direito de cidadania. Por outro lado, o SUS tem sofrido com a dificuldade de sustentação desse projeto em casos, como por exemplo, das liminares expedidas para aquisição de medicamentos de altíssimo custo.

¹⁷³ Tem sido uma marca importante do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva as diversas políticas redistributivas em setores diferenciados, não sendo ação exclusiva da área da saúde.

Quanto aos pacientes sem histórico de pelo menos dois anos de internação, a perda seria em termos de integralidade das ações. No entanto, mesmo a consideração desse caso não pode ignorar as dificuldades da universalização do acesso.

Também são estabelecidos critérios para suspensão do auxílio reabilitação, dentre os quais destaco: “*Quando ocorrer reinternação do beneficiário em hospital psiquiátrico, por período igual ou superior a 30 (trinta) dias ao ano*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 214). Este parece ser um dos pontos mais delicados dessa regulamentação, trazendo à tona um risco já apontado por Saraceno (2001) sobre os programas de reabilitação¹⁷⁴ que tendem a selecionar os mais aptos, transformando a concepção de autonomia em valor darwiniano. A internação deveria ser evitada por ser um recurso iatrogênico, e não por sua implicação financeira.

Uma vez que os serviços de saúde mental de base territorial não logrem ser resolutivos o suficiente para serem substitutivos, não é o paciente quem deve perder o auxílio, ou este teria o caráter de ‘prêmio para os mais saudáveis’ em detrimento da responsabilização da rede de cuidados. Por outro lado, como apontamos no capítulo segundo, o exercício de autonomia do paciente implica também em sua responsabilização pelo cuidado, o que significa inclusive dispor do direito de adoecer e do dever de atuar na construção da saúde sem que isso implique em sanções ou recompensas.

Da mesma forma, o artigo 3º da Lei do Auxílio-Reabilitação Psicossocial também dá margem a essa interpretação quando apresenta como um dos requisitos para obtenção do benefício que “*a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 24). Ora, o que justificaria a permanência de um paciente em hospital psiquiátrico por mais de dois anos? Apenas o fato de não ter moradia, já que

¹⁷⁴ Como já apontamos anteriormente, a questão da reabilitação psicossocial é um tema bastante controverso, não cabendo aqui entrar no mérito. Mas a título de observação, essa é uma terminologia que é incorporada aos documentos normativos da política de saúde mental apenas a partir da Lei nº10.216/01, em seu artigo 5º, e tem sido empregada na regulamentação do Programa De Volta Para Casa. Nos interessa menos tratar esse dispositivo em termos de reabilitação, mas entendê-lo enquanto um dispositivo não propriamente de assistência à saúde mas que certamente compõem o desenho de um modelo assistencial em saúde mental pertinente a uma política pública abrangente e complexa. Nesse sentido, temos um ponto de contanto importante com Saraceno, que afirma que a reabilitação é menos uma técnica e mais uma ética (1986).

mesmo os pacientes mais dependentes devem poder receber o auxílio. A não ser que se trate de uma seleção dos ‘mais aptos’.

Nesse sentido, a GM nº2.077/03 determina que *“Será necessário que a pessoa incluída no programa esteja de alta hospitalar ou morando em residência terapêutica; com suas famílias de origem ou famílias substitutas, ou formas alternativas de moradia e de convívio social”* (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 220).

Para que essa determinação funcione mais como garantia do que como obstáculo, é preciso incentivar as possibilidades de moradia. Sabidas as dificuldades de retorno às casas das famílias ou obtenção de moradia própria, isso faz com que entre o ingresso em SRTs e o recebimento do auxílio-reabilitação haja uma ligação de retro-condicionalidade. Ou seja, ser contemplado pelo primeiro, mas sem uma renda parece ser inexecutável, e ser contemplado pelo segundo só é possível mediante moradia. A sustentabilidade de um dispositivo está em relação direta com a exequibilidade do outro.

Por isso, outra importante portaria do momento de expansão pertence à linha de atuação dos Serviços Residenciais Terapêuticos, a GM nº2.068/04, que destina incentivo fundo a fundo e extra-teto para SRTs em funcionamento ou em fase de implantação, para fazer reparos no imóvel, adequações e aquisição de equipamentos necessários.

Ou seja, são duas linhas de atuação que se reforçam mutuamente e têm em comum o fato de serem um importante componente do modelo assistencial com relevante potencial terapêutico, mas não serem propriamente um dispositivo de assistência à saúde. Assim, é possível encontrar no manual dos Serviços Residenciais Terapêuticos o seguinte alerta: *“É preciso ter sempre em mente que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade. Assim, tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município”* (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2004: 7). No caso do auxílio, não se trata precisamente de um dispositivo de saúde, mas de um dispositivo que favorece as trocas, oferece condições materiais para inserção social.

O que importa para ambas as linhas de atuação é que os pacientes desospitalizados possam usufruir do espaço e da convivência a eles até então negado: a cidade, a vizinhança e suas benesses e prejuízos. Por isso, são dispositivos que tensionam a territorialidade do cuidado. E a normativa em questão tem o mérito de incluir os municípios como responsáveis pela adesão ao Programa De Volta Para Casa, independente de sua condição de gestão, driblando as limitações impostas pela NOAS e responsabilizando o nível local.

Ao final do momento de expansão temos então três linhas de atuação que se sustentam entre si: SRTs, Auxílio-Reabilitação Psicossocial e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos. Na exposição de motivos da portaria que destina incentivo aos primeiros pode-se ler: “*Considerando a importância que os Serviços Residenciais Terapêuticos apresentam para o processo de reformulação do modelo assistencial em saúde mental, a implementação e fortalecimento do Programa de Volta para Casa e a consolidação do Programa de Reorientação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS*” (Brasil/MS, 2004a). E não é menor o respaldo que o Programa De Volta Para Casa oferece a uma política de desospitalização mais incisiva.

Com isso, chegamos ao ponto alto da linha de atuação da desospitalização/avaliação, com o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS para 2004¹⁷⁵. Pela primeira vez, a política de desospitalização conta com um cronograma e metas quantitativas pré-estabelecidas, planejando recursos. Esta era uma das medidas requeridas nos Relatórios da II e da III CNSM.

A portaria que regulamenta o Programa de Reestruturação confirma a estratégia da realocação: “*Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos (...) permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 231 – grifos nossos).

Ancorado no PNASH/Psiquiatria é estabelecida nova classificação hospitalar, incluindo na tabela SIH/SUS o grupo de procedimentos de Internação em Psiquiatria RPH, e valores de diárias de acordo com a pontuação e com o porte, cuja unidade de medida são módulos de 40 leitos. A remuneração é tanto maior quanto maior for a classificação do PNASH e menor for o porte hospitalar, materializando um mecanismo de indução financeira. A portaria estabelece mínimos e máximos de leitos a serem reduzidos, etapas e prazos para a reestruturação. E determina sanção financeira,

¹⁷⁵ GM nº52/04 e GM nº53/04. Os efeitos dessas portarias foram temporariamente suspensos porque a FBH entrou na justiça e alegou sua não aprovação em plenária do CNS. De fato, elas haviam passado apenas pela discussão na comissão técnica. Após reabertura do debate, as portarias foram aprovadas e puderam cumprir seus efeitos. Informação obtida em entrevista realizada em 27 de julho de 2006.

sob forma de remuneração inferior, quando do não cumprimento dos prazos ou desclassificação pelo PNASH/Psiquiatria.

É interessante reproduzir um trecho da exposição de motivos da GM nº53/04: “*Considerando o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004a: 227). O texto da lei de referência indica a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes, visando permanentemente a reinserção social, mas não assume literalmente o compromisso da substituição progressiva. O que fica claro é a atuação da Coordenação Geral de Saúde Mental no sentido de apropriar-se da lei enquanto um instrumento passível de interpretação utilizando-o para o propósito da política de saúde mental, que, neste quesito, mantém-se fiel ao que se desejava desde o início dessa política.

Cuidando da outra face necessária desse movimento determina-se que gestores estaduais e municipais e prestadores se comprometam com a “*reintegração social dos pacientes desinstitucionalizados*”¹⁷⁶ (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 231), e estabelece prazo para que a “*Secretaria de Atenção à Saúde apresente proposta de reorganização da atenção em saúde mental em hospital geral e de mudança dos mecanismos de financiamento aplicáveis a esta modalidade*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 232).

Os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, estimulados desde o surgimento da política nacional de saúde mental com incentivo financeiro sobre a diária, não tiveram crescimento considerável até então, e continuam sendo fortemente visados no momento de expansão¹⁷⁷.

Nesse sentido, em 2004 foi realizada pelo MS a *I Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental - Diálogos sobre Política Nacional de Atenção às Urgências e a Reforma Psiquiátrica*, cujo objetivo era “*fazer com que o SAMU/192*”¹⁷⁸ *também esteja preparado para o atendimento desse tipo de emergência e*

¹⁷⁶ Destaque para o uso do termo desinstitucionalização. O julgamento sobre sua sinonímia com o termo desospitalização fica na dependência tanto do cuidado a ser construído após a saída do paciente do hospital, quanto da possível e concomitante atuação nas dimensões outras da reforma psiquiátrica que não apenas na técnico-assistencial.

¹⁷⁷ Sobre leitos em hospitais gerais, especificamente, encontramos somente a portaria SAS nº709/02. Ver quadro descritivo 3 (Anexo C).

¹⁷⁸ Serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência do SUS, que atende gratuitamente através da ligação ao número 192.

[que] *funcione integrado aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps)*” (Brasil/MS, 2004b).

Uma das diretrizes constituídas neste relatório determina que deve haver um psiquiatra de referência para o SAMU, e este deve estar lotado na rede de atenção em saúde mental extra-hospitalar do município. A importância dessa recomendação está no direcionamento das demandas, invertendo o movimento ‘clássico’ de encaminhamento hospitalar das urgências.

De fato, para a desconstrução dessa demanda importa em primeiro lugar que os profissionais da rede alternativa ao hospital se responsabilizem em maior medida pelo acolhimento de urgências e emergências, mesmo que venham a requerer o uso de leitos em hospitais gerais. De outro lado, os profissionais de saúde ainda padecem da resistência em acolher urgências em saúde mental em hospital geral, sendo este um dos pontos críticos para a integração da saúde mental ao restante do SUS.

De todo modo, chegamos ao final do momento de expansão, com uma política de desospitalização sustentável e com raízes da idade da política nacional de saúde mental, acompanhada da expansão da rede de cuidados extra-hospitalares.

Por isso, enquanto a Lei nº10.708/03 que institui o Auxílio-Reabilitação pode ser entendida como estratégia de regulamentação da Lei nº10.216 – que determina no seu artigo 5º que os pacientes moradores de hospitais sejam alvo de política de alta planejada (Pereira, 2004), acreditamos, no entanto, que a Lei da Reforma Psiquiátrica tenha sido apenas mais um formador de condições de possibilidade, já que a construção do auxílio e do respectivo Programa De Volta Para Casa é um processo que remonta o início dos anos de 1990 e sua concretização neste momento foi possível mediante uma alteração no reconhecimento civil dos portadores de transtornos mentais. O que por sua vez não pôde se dar sem todos os debates e encaminhamentos fomentados desde o surgimento do movimento pela reforma psiquiátrica, especialmente desde sua guinada com o lema *Por Uma Sociedade Sem Manicômios* e com a solidificação de uma política de saúde mental nos anos 1990. Também a III CNSM foi decisiva no desengavetar dessa proposta.

A Lei nº10.216/01 revela o seu poder tanto de traçar limites quanto de indicar lacunas a serem exploradas, dado seu uso como argumento nas diversas áreas de atuação da Coordenação Geral de Saúde Mental.

No entanto, há uma outra frente de ação da política de saúde mental que até final de 2004 ainda não apresentava concretude no formato de normatização de dispositivos assistenciais. Referimo-nos à atenção básica, que, por outro lado, no

momento de expansão encontrava o ambiente propício para sua maturação e o estabelecimento de diálogos.

A saúde mental na atenção básica

Este ponto de construção da política de saúde mental também foi mais facilitado a partir do Governo de 2003. Em meados desse ano teve espaço a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulada *Desafios da integração com a rede básica*, com a participação de representantes da Coordenação de Saúde Mental e do Departamento de Atenção Básica, coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores de diversas regiões do país.

A atenção básica é considerada “*um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e (...) independente do percurso que o usuário percorra, este deverá ser acompanhado pela equipe da atenção básica quanto a seus vínculos, sua inserção no território, dinâmica familiar etc.*” (ABRASCO, 2003: 3). Destaca-se que o mesmo deve ser aplicado aos CAPS.

Por outro lado, o relatório sugere que o âmbito da atenção básica responde a formas de cuidado diferenciadas, que requerem um vínculo mais próximo do cotidiano das comunidades. Ora, não deveria ser essa função ‘diferenciada’ também dos CAPS? Além disso, “*este trabalho em conjunto propiciará a difusão de processos de transformação de valores, freqüentemente atribuídos às pessoas com transtornos mentais, como a desqualificação, a invalidação e a incapacidade*” (ABRASCO, 2003: 4).

Dificuldades na operacionalização da integração da saúde mental à atenção básica são apontadas, como por exemplo, a ausência dessa área no pacto de assunção da gestão plena da atenção básica ampliada na NOAS e a necessidade construir meios de monitoramento e avaliação através de metas e indicadores de saúde mental.

A questão dos indicadores em saúde mental vem ganhando espaço principalmente por estar associada ao imperativo de avaliação dos serviços. A expansão da rede, a necessidade de captação de recursos e o enfrentamento das oposições à política de saúde mental trazem essa preocupação à tona com considerável força.

Mas parece-nos pertinente resgatar as considerações de Barreto, que afirma que “*(...) das avaliações de qualidade não se deve esperar mais do que podem cumprir. (...) estas avaliações continuam sendo importantes, até mesmo imprescindíveis, mas (...)*

creio também que são desejáveis pelo que são (...)” (2005: 24). O alerta é de que *“há, no mínimo, uma polarização que é fonte de mal-estar, quando não de incompatibilidade, entre os objetos de busca de mensurações avaliativas, procura de resultados tangíveis e de julgamentos de rentabilidade, que interessam à autoridade administrativa e que se apóiam no legado mais tradicional e respeitável da pesquisa científica, e um outro conjunto de objetivos, mais difusos, imprevisíveis e avessos a sistematizações de dados e resultados, envolvendo acasos, novidades e efemeridades da expressão subjetiva”* (Barreto, 2005: 27).

Nesse sentido, é preciso cuidar para que a construção de indicadores dirija-se ao que lhe cabe, que é fornecer subsídios para o planejamento de políticas racionais e eficientes e para o controle técnico e social das mesmas. Por isso, segundo Barreto, importa preencher uma lacuna que tem restado no desenvolvimento teórico-prático das avaliações, qual seja, a consideração das concepções do Estado, sua forma de intervenção e suas relação com a sociedade. Visando eliminar esse *gap*, é possível admitir que o mote das avaliações com ênfase na resolutividade e eficiência advém do viés administrativo da atuação estatal, e, por isso, não se deve esperar das avaliações mais do que elas podem oferecer, ou seja, argumentos administrativos importantes, sim, para a construção de políticas, mas dificilmente aplicáveis à análise de resultados em termos como a desinstitucionalização.

Retomando o relatório da oficina é possível perceber um importante ponto de conflito interno: ao mesmo tempo em que reafirma o papel da atenção básica na consolidação de uma organização hierárquica dos serviços, por outro lado, declara um cuidado noutra sentido: *“Nesta tentativa de diálogo e análise entre a Saúde Mental e na Atenção Básica observa-se que a discussão dos conceitos de hierarquização e integralidade tem apresentado gradientes diferentes de importância e até diferentes enfoques. Para a saúde mental a integralidade não é uma questão de acesso a diferentes serviços em níveis de atenção e sim o sujeito integral que tem necessidades em momentos diversos; e também a organização do trabalho em Rede territorial desestabiliza a lógica tradicional da saúde pública que é da hierarquização que cresce segundo a complexidade do serviço, e no trabalho em rede a grande complexidade é capital humano”* (ABRASCO, 2003: 5).

Nosso julgamento é de que o principal ganho deste relatório é exatamente a exposição de conflitos entre uma política ministerial de atenção básica, via PSF, e seus inegáveis potenciais de reversão da lógica assistencial curativista com grandes possibilidades de atuar na lógica da desinstitucionalização, e a política, também

ministerial, da NOAS, que enfoca num esquema rígido de hierarquias e garantias de referência antes da garantia de acesso. Para a política de saúde mental, o custo desse cabo de força é a queda dos ideais de uma política pautada na acessibilidade.

Outro documento que abriga a questão da saúde mental na atenção básica neste momento foi elaborado conjuntamente pela Coordenação de Saúde Mental e pela Coordenação de Gestão da Atenção Básica: *Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários*.

Esta parte, entre outras coisas, da afirmação de que o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental, e que, inclusive, não é uma possibilidade para municípios com menos de 20 mil habitantes. Por isso, é necessária a formação de uma rede de cuidados que contemple outras modalidades de assistência.

Apontando a integração com a atenção básica como estratégica, o documento beira uma concepção totalizadora da saúde mental ao afirmar: *“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica”* (Brasil/MS/SAS/DAPE.DAB, 2003: 3 – grifos nossos).

O ponto central desse documento é a questão do apoio matricial às equipes de atenção básica. Trata-se de uma organização que visa dar suporte através do compartilhamento que se *“produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe”* (Brasil/MS/SAS/DAPE.DAB, 2003: 4 – grifos nossos). Parece-nos que aqui constitui-se o embrião de um debate sobre a construção de uma rede pautada na acessibilidade.

Segundo recomendações do documento, o apoio matricial deve ser realizado prioritariamente por trabalhadores de CAPS ou outros serviços de saúde mental, organizando sua carga horária de trabalho para este fim. Onde não há esses serviços, é necessário compor equipes com este fim.

Esses direcionamentos contam ainda com a ênfase na capacitação e formação profissional das equipes através da integração das duas áreas – saúde mental¹⁷⁹ e atenção básica – via Pólos de Educação Permanente em Saúde¹⁸⁰. As equipes de apoio matricial podem trabalhar nessa linha da formação continuada.

Retomando a questão dos indicadores e metas, o documento declara estar em construção sua inclusão no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Então, são propostos indicadores como: percentual de pessoas acompanhadas de acordo com as necessidades, idade e sexo; número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves, etc.

O ponto fraco deste documento, que é bastante concreto na efetiva integração da saúde mental na atenção básica, é a questão do financiamento. São sugeridas diversas fontes de recursos para as ações de formação, mas sem referir mecanismos normativos que o garantam: *“De acordo com o contexto local, o financiamento pode se dar através dos recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTES) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental, e das parcerias entre gestores locais e estaduais”* (Brasil/MS/SAS/DAPE, 2003: 6).

Mas não é apenas sobre as ações de formação que recai o problema de financiamento. A atenção básica por seu potencial de resolver a questão da

¹⁷⁹ *“A Coordenação de Saúde Mental, em seu Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica, prevê a implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento no interior dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esses núcleos estão se constituindo com representantes de SMS, SES, unidades acadêmicas envolvidas, etc. São, portanto, instrumentos de apoio/cooperação para os municípios que estiverem realizando ações de saúde mental na atenção básica no sentido de qualificar a rede e o cuidado, e de repensar as estratégias de formação”* (Brasil/MS/SAS/DAPE.DAB, 2003: 6). Essa é uma ação da Coordenação que tem sido consensuada em diversos documentos e relatórios importantes, mas não encontramos portarias que tratam desse Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica. Como já apontamos em outro momento, o fato de não encontrarmos normativas para certas atuações cuja existência é apontada por outros meios, indica que há caminhos na construção das políticas públicas que são de difícil acompanhamento e recuperação. Um estudo mais aprofundado desses caminhos seria importante para a discussão de outras políticas específicas de saúde e para a compreensão da construção do SUS como um todo.

¹⁸⁰ Estratégia de transformação das práticas em saúde que busca aliar formação e capacitação com necessidades cotidianas percebidas através de demandas por cuidados ou de dificuldades no processo de trabalho e obtenção de resultados satisfatórios. Os Pólos de Educação Permanente são um componente da política de saúde da família.

acessibilidade, de promover uma relação de cuidado mais próxima ao território e de preencher a lacuna da atenção em saúde mental nos pequenos municípios, torna-se uma peça chave na construção do modelo assistencial em saúde mental. Mas, ainda hoje, conforme afirmado em entrevistas¹⁸¹, os maiores entraves a essa integração são a construção de um consenso técnico, dentro do MS, sobre o funcionamento das equipes de matriciamento, e a elaboração de procedimentos financiáveis, bem como a alocação de recursos para o mesmo.

Por isso essa articulação não conformou, para o período desse estudo, uma linha de atuação da política nacional de saúde mental. O que segue ocorrendo é a incorporação da saúde mental na atenção básica no nível municipal ou estadual, em algumas regiões, mediante políticas locais. O que por outro lado, reforça a necessidade de que esse debate permaneça em aberto, maturando até a conformação de uma política nacional de saúde mental na atenção básica.

Mas é preciso considerar que de fato, neste momento de expansão a política nacional de saúde mental teve um aporte financeiro importante para expandir os dispositivos assistenciais já existentes, apoiar a consolidação de outros e inverter o perfil de gastos com a assistência em saúde mental (tabela 2).

Tabela 2 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares nos anos de 1998, 2004 e 2005.

Gastos do Programa de Saúde Mental (RS)	1998	2004	2005
Ações e Programas extra-hospitalares	35.066.789,72	269.363.103,20	362.834.216,07
Ações e Programas hospitalares	407.182.059,49	463.152.462,20	451.952.551,18
Total	442.248.849,21	732.515.565,40	814.786.767,25
% Gastos hospitalares/Gastos totais	92,07	63,23	55,47
% Gastos extra-hospitalares/Gastos totais	7,93	36,77	44,53

Fonte: Brasil/MS/SAS/DAPE, 2006: 34.

Algumas tendências

Até 2003, tratava-se de continuar fazendo uso das dotações orçamentárias decididas no Governo anterior, ou seja, o Governo Lula ainda efetuava os gastos previstos no Plano Plurianual (PPA) do Governo Fernando Henrique. Este foi caracterizado como um Governo de investimentos a troco de políticas de vitrine, ou

¹⁸¹ Realizadas nos dias 4 e 27 de julho de 2006.

seja, políticas que fossem mais importantes pela sua visibilidade do que pela sua perenidade (Baptista, 2003). Isso significa que a expansão em 2003 poderia tratar-se da ‘rebarba’ de uma atuação meramente pontual. Mas não foi isso o que aconteceu, em parte pela III CNSM, e em parte pela afinidade e interesse do novo Ministro da Saúde pela política de saúde mental¹⁸², e, é claro, pela clareza das estratégias da Coordenação Geral de Saúde Mental.

De fato, o PPA 2004–2007, já planejado no Governo Lula, previa dotações para a política de saúde mental que são reafirmadas no Plano Nacional de Saúde aprovado em final de 2004, baseado no PPA.

O Plano Nacional de Saúde confirma a orientação de inclusão social e a desconcentração de renda e apresenta, entre as iniciativas prioritárias, a saúde mental, prevendo inclusive um aumento do orçamento anual para a área. Por outro lado, na parte desse plano que trata do fortalecimento da atenção básica e da estratégia do PSF não há previsão de ações de saúde mental.

Já no item que trata da reorganização da atenção hospitalar, é previsto apoio ao Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS no interior de uma política específica para os hospitais de pequeno porte, e na reorganização do atendimento de urgência prevê-se o desenvolvimento de protocolos, entre eles, o de atendimento psiquiátrico. São considerados os serviços de atendimento aos portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, o fortalecimento da rede extra-hospitalar – incluindo SRTs, assistência em hospitais gerais, e CAPS, e ampliação do Programa De Volta Para Casa. Também a população prisional é apresentada como um dos grupos vulneráveis que devem receber especial atenção, e neste âmbito reafirma-se o cuidado com os agravos à saúde mental e atenção aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, bem como aos manicômios judiciais.

Além da garantia das ações de saúde mental no Plano, outros indicativos sugerem o empenho do Governo Lula, como por exemplo, o teor das portarias que são assinadas no Gabinete do Ministro, que não se restringem a normativas que têm impacto financeiro como de costume, mas também normativas mais administrativas, o que

¹⁸² Durante essa gestão, o Ministro da Saúde Humberto Costa dirigia muitas demandas à Coordenação Geral de Saúde Mental no sentido de pedir um retorno sobre o andamento das diversas linhas de atuação, e houve especial interesse na expansão do Programa De Volta Para Casa. Em alguns momentos o Ministro chegou a intervir diretamente, inclusive atropelando a condução da Coordenação, como no caso do fechamento de hospitais após vitorias do PNASH. Várias das entrevistas realizadas nessa pesquisa relatam esses envolvimento do Ministro.

sugere a disposição do Ministro da Saúde em acompanhar de perto o andamento dessa política. Interessante notar que o único decreto que compõe as normativas da política de saúde mental desde 1991, é o Decreto de 28 de maio de 2003, que opera a transformação em política do programa de álcool e drogas. Decretos são documentos com maior peso institucional, já que são sancionados exclusivamente pelo Presidente da República.

O Plano Nacional de Saúde ainda nos permite observar as tendências para o futuro da política de saúde mental em final de 2004, do que destacamos o desafio de integrar a saúde mental na atenção básica, visando menos uma atenção primária e mais o cuidado com municípios de pequeno porte. Também são debates que puderam encontrar espaço após 2004 os centros de convivência e cultura, os programas de geração de renda e economia solidária e os projetos de avaliação e qualificação dos CAPS. Os dois primeiros tensionam uma articulação inter-ministerial, principalmente com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Cultura.

Uma tendência preocupante é sobre um dos usos estratégicos do FAEC, que, além do caráter indutor, consiste em custear novos procedimentos até a consolidação de um perfil de gasto. Após esse momento de ‘reconhecimento’ do impacto da inclusão de ações e serviços, o FAEC cumpre sua função, e torna-se necessário repensar a forma de financiamento das ações. Além disso, a questão da avaliação e qualificação dos CAPS se insere num contexto maior: trata-se da tendência ao pagamento por metas e desempenhos. Sobre o atingimento de metas, o Piso da Atenção Básica, desde a NOB 96, já é uma realidade (Alves, 2001b). Sobre a avaliação e remuneração por desempenho, é algo que já se encontra em discussão há alguns anos que redundaria em contratos de gestão.

Nesse momento cabe uma reflexão. Por mais visibilidade que ganhe, na questão da descentralização, os aspectos referentes ao repasse de verbas e modelos de financiamento, o que está por traz disso é a formação de uma cultura gestora que incorpora o conflito como meio de construção inerente. Então, em primeiro lugar, falar do processo de descentralização no SUS é falar da construção dessa cultura. Em segundo lugar, por trás da questão financeira, o que ganha concretude é a construção de viabilidade e de sustentação de propostas de modelos assistenciais, e, dessa perspectiva, as atribuições financeiras também devem ser entendidas como meio, e não como fim. Em terceiro, remontando o projeto da reforma sanitária, a concretização do SUS está ligada ao entrelaçamento de seus três princípios – descentralização, integralidade e participação. Os canais de participação de pouco adiantariam sem a devida autonomia

dos gestores locais, já que estes só podem contratualizar com a sociedade organizada se tiverem condições de responsabilizar-se suficientemente nos conflitos que os espaços de controle social promovem. Mais uma vez, a descentralização, e em seu aspecto político.

Sobre a integralidade. Ora, esse é o princípio que ganha força na medida do desenvolvimento dos espaços de participação social. A não ser que a consideremos em seu aspecto mais micropolítico, onde são materializados aqueles sentidos já discutidos no segundo capítulo. E de fato, experiências têm mostrado que a integralidade que tem avançado é justamente essa, a micropolítica, mais componente ético do trabalho cotidiano do que macro-política dos Governos. Essa, não só pode, como deve avançar ‘independente’ dos outros princípios. E quem sabe, assim a integralidade não possa funcionar como propulsora da construção do SUS? Isso porque, remetendo a relações entre sujeitos que se reconhecem enquanto cidadãos, a construção da integralidade pode assumir a faceta da construção de políticas, de baixo para cima, ou, com outra interpretação, apenas o outro movimento que compõem o fenômeno único e indissociável da formulação, implementação e execução das políticas de saúde numa sociedade democrática.

Atribuir fracassos ou vitórias mais ao processo de implementação do que ao de formulação ou vice-versa é desqualificar o trabalho essencialmente de construção política. Reconhecer enquanto momentos diferenciados deve ter uma função mais didática do que operacional, ou corre-se o risco de repetir um movimento de desconcentração administrativa, com perdas para a descentralização em suas múltiplas dimensões.

Em síntese, o começo dos anos 1990 é marcado pelo nascimento do SUS e por alguns acontecimentos políticos no campo da saúde mental que, junto com uma reestruturação ministerial, propiciam o nascimento de uma Coordenação Nacional de Saúde Mental que encontraria um momento bastante propício para o início da construção de uma política ímpar no MS, dado o fato de ter percorrido a década de 1990, até os dias de hoje, numa seqüência considerada coerente entre os coordenadores desse período. É bom lembrar que todos os coordenadores, cada um em seu momento, estabeleciam entre si, interlocuções que datavam de antes da criação desta Coordenação de Saúde Mental. Assim, a coerência política desses 13 anos estudados pode ser creditada ao alinhamento político comum de seus coordenadores – especificamente com o movimento da reforma psiquiátrica, a despeito da não linearidade do processo. Um fato curioso merece destaque: durante toda a vida da política de saúde mental, passando

pela estrutura consultiva abrigada na SPS e Área Técnica de Saúde Mental até os dias de hoje, houve um profissional que sempre esteve presente, que foi quem assumiu a coordenação no momento de latência. Sem dúvida isso contribui com a coerência dessa política. Interessante notar que a política de saúde mental nasce num ambiente a ela favorável, mas que no geral traduzia um momento de conservadorismo em relação às políticas sociais – os anos Collor foram enfáticos na questão econômica. No entanto, sustentando diversas linhas argumentativas, chegamos ao final de 2004 com várias perspectivas e tendência de continuidade. Uma breve reflexão do modelo assistencial construído será oferecida no próximo capítulo, quando também discutiremos a atuação da coordenação nacional da política de saúde mental, concluindo esta dissertação.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS. Refletindo sobre um modelo assistencial em saúde mental e uma coordenação nacional de saúde mental

Se o que pretendemos é construir um modelo assistencial complexo e substitutivo, eliminando a necessidade do manicômio – numa perspectiva de desospitalização e desinstitucionalização, então temos que questionar que funções são essas, anteriormente exercidas pelo manicômio, que queremos que permaneçam sendo cumpridas em outros meios e quais devem ser postas de lado (Desviat, 1999). Devemos nos perguntar: as funções do manicômio atendiam a quais demandas? Destas, quais queremos continuar atendendo, e de que forma podemos fazê-lo sem recorrer aos hospícios?

A função estruturante dos asilos era de exclusão dos loucos. Uma das demandas que requeriam o exercício dessa função era a de proteção da sociedade. Mas se entendemos que os loucos também são sujeitos de direitos, então que estes também sejam protegidos. Nossa ação deve se voltar para a desconstrução do imaginário social sobre a periculosidade e incurabilidade do louco, envolvendo a comunidade nos trabalhos de desinstitucionalização, no âmbito tanto dos serviços assistenciais quanto dos não assistenciais em saúde propriamente ditos – em atividades culturais, de educação em saúde, em projetos coletivos de construção da ‘saúde política’ dos cidadãos, etc. Devemos visar espaços públicos que favoreçam o confronto com e na loucura.

Também a função de exclusão era exercida como forma de atender às demandas de familiares que não tinham como ou não queriam lidar com seu doente. Assim, os novos serviços devem estar dispostos a encorajar as famílias e oferecer suporte a todos os seus componentes, ou possibilitar outras formas de moradias quando não é possível retornar ao núcleo familiar. Enfim, devem continuar atendendo as demandas de familiares e outros envolvidos sem, no entanto, dar a mesma resposta de exclusão do doente.

Também os asilos se encarregavam de desincumbir os ambulatórios daqueles pacientes crônicos nos quais os serviços encontravam seu fracasso. Nesse caso, há que se cuidar para desinstitucionalizar também as noções de fracasso relacionadas à idéia de cura, absorvendo no cotidiano dos serviços a perspectiva de trabalhar da reconstrução

de resgate das histórias de vida, da ressignificação da loucura e de melhores formas de andar a vida. Os conceitos de autonomia e de cuidado devem ser norteadores do trabalho.

Nessa função do hospício, de exclusão, todas as demandas eram atendidas, sem uma clara tarefa de triagem ou seleção de casos. Por isso, **para fazer frente ao hospício, os serviços têm que estar todos de porta aberta sempre e para todos os casos**, dispostos não necessariamente a conduzir o tratamento, mas a efetivar a entrada do paciente na rede de cuidados e a estabelecer vínculos imediatamente. Ou seja, deve-se, mediante responsabilização pela demanda, promover a acessibilidade.

O hospício também atendia prontamente a todos os casos de crises agudas, sendo esta uma das funções que mais fortemente persiste e colabora para a manutenção dos hospitais psiquiátricos até hoje. Então os serviços substitutivos devem ter estrutura – física, de recursos humanos, de recursos afetivos, etc. – para dar conta de acompanhar, acolher e se responsabilizar pelo paciente em crise sem recorrer às internações.

Foi para dar conta de atender às demandas antes referidas aos hospitais, acolhendo-as para transformá-las, desconstruí-las e permitir a vocalização de novas demandas, espontâneas e dirigidas à construção de relações de cuidado, que o NAPS foi criado. E foi bem sucedido, tornando-se um norte para o movimento da reforma psiquiátrica brasileiro por conseguir concretizar a desinstitucionalização na lógica basagliana.

O NAPS materializava a opção de desconstruir o manicômio “*de dentro para fora*”, fechando o único hospital psiquiátrico de sua região e acionando imediatamente diversos atores sociais através de reuniões com a comunidade e abertura do debate sobre a desospitalização e seus impactos na vida das pessoas.

A perspectiva da regionalização significava menos um olhar sobre a disposição geográfica dos serviços e a distribuição populacional para referência, e mais um projeto de reconhecimento e envolvimento com o território e suas diversas possibilidades. Com isso, era possível responsabilizar-se pelos usuários sem selecioná-los/excluí-los, e acolhê-los tanto em seus momentos de crise quanto nas reconstruções de vida, circulando pelo território e deixando de ter no serviço de saúde o lócus privilegiado de ação. Os NAPS rompiam com a hierarquização dos serviços por níveis de complexidade e garantiam a universalidade do acesso.

Esse era o funcionamento durante 7 dias semanais por 24 horas. A equipe de trabalho usava seus momentos de crise e de ‘não saber’ como oportunidade para repensar a prática e criar novas possibilidades. A ação intersetorial passava pelo

reconhecimento tanto da insuficiência das ações de saúde e quanto da necessidade de criar espaços públicos. E as práticas extrapolavam o campo da saúde para se voltar para reconstrução das condições de existência no território – condições de existência tanto do louco quanto do outro.

Numa discussão atual, apresentando a necessidade de uma rede intersetorial de cuidados a ser desenvolvidas pelos CAPS, Yasui reflete: “*A intersetorialidade reveste-se de especial importância e de argumento fundamental para pensarmos os CAPS como estratégia e não como um serviço isolado. Atribuir a responsabilidade da organização da rede de cuidados não significa dizer que a totalidade das tarefas deva ser executada pelo serviço. A organização de um CAPS que assume isoladamente a responsabilidade de “dar conta” de toda a demanda e toda a complexidade da vida do sujeito é muito semelhante à proposta pretensiosa e autoritária do Hospital Psiquiátrico. Um CAPS, assim, transforma-se em mais uma “instituição total”. O processo de organização do trabalho deve seguir a lógica do território, entendido aqui, também, como desafio da intersetorialidade, que pode ser considerado como uma espécie de vacina contra a tendência onipotente dos serviços que querem cercar a vida do usuário de todos os lados, tornando-o um usuário-dependente de CAPS*” (2006: 142).

A pretensão totalizadora deve ser combatida com o reconhecimento de que o doente mental, além de uma pessoa com uma doença, é uma pessoa com uma existência. “*Deve-se levar em conta tudo o que diga respeito à existência da pessoa doente, uma vez que a condição psicótica abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalhar, manter moradia etc., até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.)*” (Tenório, 2002: 16).

Se a psiquiatria assume a dimensão política de seu saber, e também que a doença mental não tem cura, abre-se espaço para olhar para o doente como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de história e construtor de sentidos e valores. Abre-se espaço para buscar o cuidado ao invés do tratamento ou da cura.

É por isso que se justifica, na construção de um modelo assistencial complexo e integral, os CAPS estarem integrados tanto com outros dispositivos assistenciais, como as equipes de atenção básica, quanto com dispositivos não assistenciais, mas que cumprem seu papel na construção de modos de vida.

A inserção da atenção básica deve funcionar para ampliar a rede de cuidados ampliando também, conseqüentemente, as possibilidades de entrada e de vínculo do usuário. Não deve funcionar como ‘malha de captação’ de pacientes a serem

encaminhados para os CAPS, mas devem ser mais uma porta aberta para a construção de relações de cuidado e mais um dispositivo de acionamento e integração dos recursos territoriais.

Para dar condições de materialidade a essa rede de cuidados substitutiva, dispositivos não propriamente assistenciais em saúde entram em cena. Os Serviços Residenciais Terapêuticos são espaços que permitem a sujeitos antes ‘depositados’ em asilos voltar a se confrontar com o território e refazer seu cotidiano, retomar posse sobre a condução de seus tempos de vida, fazer uso da cidade e reconstruir-se enquanto cidadão. Para conferir concretude a essa possibilidade, é preciso que esses sujeitos tenham meio de subsistência fora do asilo, e o Auxílio-Reabilitação Psicossocial cumpre um papel importante.

De posse de todos esses dispositivos, no que tange ao aspecto técnico-assistencial da reforma psiquiátrica, parece que chegamos ao final desses anos de política de saúde mental com recursos suficientes para substituir o manicômio concreto, faltando ‘apenas’ expandir essa rede em quantidade suficiente para viabilizar o fechamento de todos os leitos psiquiátricos... Não? Não, isso não é tudo.

Segundo Lancman, o enfoque na desospitalização “(...) fez com que a incidência de internações se constituísse num parâmetro importante em psiquiatria, tendendo a ganhar relevância nos trabalhos de avaliação de qualidade. Mas, a despeito de sua força enquanto indicador, quando analisado de forma isolada não tem qualquer valor preditivo de boa ou má assistência” (1997: 94). A pesquisa dessa autora sugere uma associação positiva entre a existência de hospital psiquiátrico numa localidade e a geração de demanda nos serviços de saúde mental na região próxima.

Isso confirma que a existência do hospital, mesmo com a expansão de uma rede extra-hospitalar, continua invalidando “o resultado do trabalho do técnico na medida em que ele já é previsível, em certas condições, e o restringem a um âmbito de ação no qual os próprios “sucessos terapêuticos” são garantidos (...) pela precisão com que se articula o complexo mecanismo de distribuição de clientela” (Basaglia, 2005b: 257). Essa constatação determinou a experiência italiana em Trieste, que partiu da destruição do manicômio para construir outras formas de cuidado e inserção da loucura.

No Brasil, a política nacional de saúde mental, a despeito da experiência dos NAPS de Santos, iniciou uma trajetória de ‘mão dupla’, incluindo no SIA/SUS o financiamento de dispositivos extra-hospitalares ao mesmo tempo em que tomava

medidas de desospitalização, sendo este segundo movimento preponderante nos primeiros anos dessa política.

Pois se tratava de um momento em que a Coordenação Nacional de Saúde Mental precisava firmar-se enquanto estrutura institucional com poder de condução política tanto dentro do Estado – em relação ao setor saúde e em relação ao setor econômico, quanto em relação à sociedade organizada representada por opositores e apoiadores. Inclusive, uma estratégia de ‘alinhamento’ com o conservadorismo governista e opasiano foi necessária, pois agregava forças em torno do único movimento que naquele momento não era dúvida entre todos os interessados: a desospitalização.

Mas é apenas com a aprovação da Lei nº10.216/01 que é oficializada a escolha de destruir o manicômio mediante desospitalização gradativa, reafirmando o que já vinha sendo realizado. Passou-se então a fortalecer a rede extra-hospitalar especialmente no entorno dos hospitais, a fim de não gerar desassistência e criar condições de acolher os ‘pacientes-moradores’.

Nesse ponto, uma sutil mas significativa ‘desarmonia’ dificulta a integração desse movimento: os serviços extra-hospitalares como CAPS, ambulatórios e equipes de atenção básica integradas à saúde mental geralmente se encontram sob gestão municipal, enquanto os hospitais psiquiátricos são predominantemente estaduais. Demoraria alguns anos para que a descentralização do SUS lograsse solidificar os espaços de pactuação entre níveis gestores e a atribuição de funções ao nível estadual buscando reverter a municipalização atomizada. Do avanço da descentralização do SUS depende a política responsável de desospitalização em saúde mental.

É apenas em final dos anos 1990, quando o SUS constrói um fundo orçamentário que permite liberdade para eleição de áreas prioritárias – e consequentemente opera um mecanismo de indução – que há uma expansão significativa da rede extra-hospitalar em saúde mental. Então aumenta o peso do determinismo: a possibilidade de efetivamente vir a prescindir do hospital psiquiátrico está ‘nas mãos’ dessa rede que cresceu em poucos anos o que não cresceu em uma década.

Mas os serviços extra-hospitalares, que encontraram nos CAPS seu carro-chefe, sofrem algumas contradições.

Quando no encontro realizado em Santos em 1991, apresentado no quarto capítulo, foram discutidos os desdobramentos do primeiro CAPS, Luiz Cerqueira, percebia-se uma tendência de este serviço funcionar como os NAPS (Kalil, 1992). Na

contramão dessa tendência, as primeiras portarias que regulamentam os CAPS (SNAS nº189/91 e nº224/92), numa nomenclatura genérica de NAPS/CAPS, assumem um serviço intermediário, embora ofereça duas opções de funcionamento: 8hr/dia em 5 dias/semana, ou 24 horas em 7 dias/semana. Essas portarias anulam as diferenças entre as duas experiências e ofertam um modelo que tende a se aproximar da idéia original do CAPS.

Braga Campos tem uma posição incisiva quanto à ligação dos CAPS com uma lógica afeita à proposta opasiana: *“O que pode-se verificar é que não será a proliferação de Centros ou Núcleos de Atenção Psicossociais (CAPS ou NAPS), que irá resolver ou possibilitar a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os credenciamentos dos novos CAPS/NAPS ainda respeitam a interpretação burocrática da portaria 224/92, ou seja devem inscrever-se na APS, sendo pois referência para os serviços ambulatoriais e não porta aberta ao usuário. Em muitos casos, os CAPS nascem como serviço único no município pequenos e para ser cadastrado ele deve ter um ambulatório que faça os encaminhamentos”* (2000: 150).

A crítica dessa autora refere-se ao fato de os CAPS serem serviços intermediários, o que implica numa organização hierarquizada da rede, mesmo que houvesse uma abertura para que os CAPS pudessem constituir-se em porta de entrada. De qualquer forma, o pressuposto de diferentes níveis de atenção estava posto, o que rendeu a crítica de que o sistema de atenção em saúde mental seguia diretrizes opasianas. Mas é importante lembrar que o próprio movimento da reforma sanitária apregoava a construção de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado.

A portaria SNAS nº224/92 deixa espaço para criação do serviço CAPS/NAPS de 24 horas. Devemos então nos perguntar por que essa opção não foi a privilegiada em detrimento da opção de funcionamento em dois turnos. Certamente, pela dificuldade de implantação de serviços e principalmente pela dificuldade de custeio. Quando, em 2002 surgem os recursos do FAEC, a opção de 24 horas (CAPS III) sofre a limitação de seu mínimo populacional de abrangência. Ou seja, em nenhum momento houve favorecimento de CAPS funcionando 24 horas, como seria de se esperar dada a influência da experiência dos NAPS.

Apesar das críticas à construção de modelos, a inclusão de procedimentos dentro de um sistema de financiamento do tipo SIH e SIA/SUS, ou seja, baseado em ações pré-estipuladas e vinculadas a pagamento prospectivo, não deixa outra perspectiva além da tipificação de serviços. Assim, o sistema de pagamento do SUS não proporciona a pluralidade e singularidade na operacionalização de serviços

diversificados e flexíveis, com base na responsabilização de demanda e integração intersetorial (Freire *et alli*, 2005), residindo aí outro entrave para o desenvolvimento de políticas de saúde mental coerentes com as propostas basaglianas.

Quanto ao segundo momento de regulamentação dos CAPS (GM nº336/02), Yasui (2006) afirma que no trecho que atribui aos CAPS a função de “*a) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território*” (Brasil/MS/SE/SAS, 2004: 126), estão presentes todos os conceitos que embasam o cuidado na perspectiva da reforma psiquiátrica: “*1- Território, 2- Responsabilização, 3- Acolhimento, 4- Projeto de cuidado e a diversidade de estratégias, 5- Tecer uma rede*” (Yasui, 2006: 14-5).

De fato, a nova definição deste serviço busca resgatar a experiência norteadora dos NAPS e as concepções da reforma psiquiátrica alinhadas com a proposta basagliana. Mas o que impede a realização disso, mais uma vez, são obstáculos que só podem ser compreendidos à luz da operacionalização do SUS.

A GM nº336/02, por mais que amplie as possibilidades de organizações diferenciadas da rede de serviços ao atribuir ao CAPS a regulação da rede – ou seja, fica a seu cargo e do gestor local aderir ou não a uma organização APS/OPAS, como diria Braga Campos – essa abertura fica limitada pela incipiência das relações intersetoriais – no sentido apontado por Yasui (2006) – e do desenvolvimento de uma rede básica resolutive.

Enquanto se mantiver essa incipiência, será inevitável nos depararmos com a constatação de que “*(...) um dos princípios do SUS, para a organização dos serviços de atenção à saúde mental, amarrou a proposta de reforma psiquiátrica aos moldes burocráticos: a hierarquização. Forçou os novos serviços a se incorporarem na rede básica classificando-os ou primários, ou secundários (só respondendo a encaminhamentos da rede) e ainda intermediários, o que faz classificar “crises e tipos de crises”. Dessa maneira a hierarquização para a saúde mental é uma dificultadora ao acesso do usuário e deixa a desejar quanto a eficácia dos resultados*” (Braga Campos, 2000: 60).

Analisando o processo de ‘negociação’ entre demanda e acesso no que tange aos serviços de saúde, Conh *et alli* salientam que “*Se o propósito do ideário da saúde pública se consubstancia na distribuição de recursos de atenção primária para hierarquizar a demanda por assistência médica e, nestes termos, ao apresentar ao público usuário uma fórmula de hierarquização de suas necessidades, e assim as*

conformando, é o oposto que ocorre” (1991: 93). Esses autores defendem que a população sabe fazer suas buscas, driblar obstáculos e montar a ‘cesta básica’ de serviços que atendam às suas necessidades como são percebidas.

Mas se essa construção de acessibilidade ocorre no setor saúde em geral, o mesmo não pode ser dito quanto aos usuários de saúde mental, onde a demanda por relações de cuidado antimanicomiais ainda trilha os primeiros passos de sua construção.

Assim, por mais que permaneça uma tendência a orientar-se pelos NAPS, e por mais que a atual definição dos CAPS favoreça a lógica do cuidado apontada por Yasui (2006), a incipiência da rede intersetorial torna-se um obstáculo que não permite driblar o modelo organizacional do SUS.

Outro empecilho: no início dos anos 1990 as NOBs 91 e 93 não favoreciam a expansão dos CAPS por não proverem recursos para implantação de novas unidades, e com a NOB 96 esse processo passava por grandes negociações e, uma vez implantado o serviço, seu custeio esbarraria na disputa nos tetos municipais e estaduais, e quando se pôde então fazer uso dos recursos do FAEC, o custo disso é ter que se adaptar às suas exigências.

Uma delas é a abrangência populacional pré-estabelecida. Se por um lado a tipologia por abrangência prevê três opções de cobertura, de outro lado permanece um recorte burocrático. Segundo Romanholi (2004b), é difícil o CAPS funcionar como serviço territorial de fato, em parte por causa da grande extensão de áreas para as quais se constitui como referência, pois a grande demanda retém funcionários no interior da instituição.

O que se tem percebido é que a cobertura assistencial tem tido um peso tal que se sobrepõe à noção de responsabilização territorial, e os CAPS procuram amenizar a pressão convocando a atuação da rede básica, recorrendo a um sistema que se baseia na lógica da seleção de clientela e do encaminhamento. E isso encontra respaldo na norma quando esta diz que nos CAPS devem ser priorizados os transtornos severos e persistentes e quando prevê a existência de porta de entrada.

Para que o sistema de saúde mental possa funcionar na lógica do território, a rede básica deve ser tão resolutiva quanto os CAPS. Nesse caso, porque haver-se-ia de distinguí-los por níveis de complexidade? Ou porque um serviço resolutivo em relação aos transtornos severos e persistentes não poderia ser resolutivo em relação aos demais, e vice-versa? Afinal, estamos falando de serviços que se utilizam dos mesmos recursos em ambos os níveis de atenção: tecnologia humana, movida pela compreensão da

complexidade dos modos de existência, e voltados para a construção de cuidado na ótica da integralidade.

O empenho na resolutividade e a porta aberta nos vários componentes da rede de cuidados são pressupostos da acessibilidade, e um dos primeiros meios para conseguirmos favorecer a demanda espontânea. Ou seja, a oferta dos serviços substitutivos só aumenta a demanda espontânea se contar com legitimidade diante da população e se não interpor obstáculos.

Nesse sentido, o teor das discussões do Relatório do I Encontro de CAPSad em 2004 parece apontar para essa questão quando demonstra sua preocupação com a adesão ao tratamento, e afirma: “(...) *A adesão a algum tipo de cuidado não se relaciona somente ao CAPSad, ou seja, o usuário pode aderir a outro dispositivo de saúde na rede que mais se aproxime ao seu desejo, suas possibilidades e limitações. Neste sentido, ao invés de considerar somente a dificuldade do usuário, vem a pergunta: que condições e dispositivos os serviços podem oferecer que facilitem a adesão?; ou ainda: quais atitudes ou ações o serviço utiliza que dificultam a adesão? (...) a posição da equipe, em termos de acolhimento e prontidão, é preponderante para a adesão do usuário aos cuidados oferecidos pelo serviço*” (Brasil/MS/SAS.SVS/CN-DST/AIDS, 2004: 58-59). Extrapole-se essa constatação para todos os CAPS e outros serviços, não apenas de saúde mental.

Por outro lado, ainda em relação ao desenho de porta de entrada, por mais louváveis que sejam medidas como a exclusividade da remuneração do procedimento Primeiro Atendimento/Diagnóstico em hospitais gerais, na perspectiva da acessibilidade todos os estabelecimentos assistenciais deveriam funcionar como porta de entrada. Afinal, o hospital psiquiátrico exatamente por ser reconhecido por sua não seletividade de demanda, deve aproveitar do status do qual goza a fim de trabalhar na desconstrução da demanda, ou seja, deve ser o primeiro espaço onde o usuário ouvirá: ‘seja bem vindo à rede de serviços, eu o acolho neste momento, mas seu acompanhamento ocorrerá onde o cuidado é mais adequado e mais respeitoso de sua cidadania’.

De todo modo, a despeito do papel estratégico atribuído aos leitos em hospitais gerais, seu número é pequeno e uma política voltada para os atendimentos de emergência que visem um trabalho integrado com os serviços extra-hospitalares é muito recente. Tem sido apontado como relevante nesse quadro o preconceito que os trabalhadores de saúde em geral ainda têm em relação à clientela psiquiátrica.

Assim, se as NOBs 91 e 93, ao promover uma relação direta entre município-União inviabiliza a formação de redes regionalizadas e hierarquizadas, e isso

é um obstáculo no processo de implementação do SUS, no campo da saúde mental, por outro lado, esta não é uma crítica pertinente. O que estamos querendo apontar é que o princípio da regionalização organizado sob forma hierarquizada a partir da NOB 96, com ênfase na NOAS, não encontra respaldo numa lógica territorial onde todos os pontos de entrada dos usuários devem estar capacitados para atender as demandas, ou, no mínimo, realizar o acolhimento e estabelecer o vínculo necessário para inserção do usuário na rede assistencial.

Neste sentido é importante o avanço da discussão que se concretiza no documento *Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*, quando, referindo-se às equipes de apoio matricial à atenção básica, objetiva “*a responsabilização compartilhada dos casos [que] exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local*” (Brasil/MS/SAS/DAPE.DAB, 2003: 4).

A integração com a atenção básica é um recurso importante do modelo assistencial em saúde mental por preencher a lacuna posta pelos parâmetros de cobertura assistencial dos tipos de CAPS. Romanholi (2004b) salienta que a rede de atenção básica potencializada pelo PSF/PACS alcança várias regiões do Brasil, principalmente os pequenos municípios. Por isso é importante que sejam porta de entrada para os cuidados em saúde mental.

No entanto essa autora reconhece que a adesão à rede básica vivifica os riscos de uma atenção primária reducionista, posta na lógica burocrática, preventivista e hierárquica – riscos estes presentes no SUS e que no campo da saúde mental a aproxima da psiquiatria preventivo-comunitária.

Mas, com uma postura otimista, Romanholi acredita ser possível superar esse ideário e aposta nas potencialidades do PSF no sentido de uma transformação do processo de trabalho, onde o vínculo e a responsabilização resgatam os ideais da desinstitucionalização. A potência de transformação estaria menos no fato de tratar-se de serviços de atenção básica e mais na mudança dos processos de trabalho que o PSF tensiona e provoca. E declara: “*Consideramos que a organização hierarquizada do SUS não chega a impedir que os municípios assumam a responsabilidade pela atenção em saúde mental, mas, de fato, amarra o funcionamento da rede de atenção em normas burocráticas, o que também pode ser superado dependendo da decisão política e do nível de compromisso dos gestores com a reforma*” (2004b: 49).

Então, permanece a necessidade de localizar a potencia substitutiva e antimanicomial não apenas nos CAPS, devendo a atenção básica também priorizar os

casos mais graves. No entanto, também é preciso que haja dispositivos territoriais de acolhimento das crises: “*Mas como fazer isto se, das cinco modalidades de CAPS, apenas o CAPS III prevê o funcionamento 24 horas, sete dias por semana com leitos para acolher situações de crise?*” (Romanholi, 2004b: 22).

Por outro lado uma importante crítica ao PSF deve ser trazida à tona. Uma diretriz operacional de grande importância para esse programa, o trabalho de cadastramento das famílias, busca, através da adscrição de clientela, organizar a oferta e definir a demanda. Entretanto, essa operação traz limites ao acesso dos usuários – já que a adscrição é exclusiva para moradores da “*jurisdição*” da equipe. Assim, a definição de da população de referência conflita com o princípio da universalidade, sendo necessário, na prática, uma reapropriação desses termos com vistas a um equilíbrio (Pinheiro, 2001).

No caso da saúde mental, ainda acrescentamos que o PSF deveria não apenas relativizar a radicalidade da adscrição de clientela, mas também considerar que os fluxos – no sentido de migração – trazem à tona a forma pela qual os cidadãos se apropriam do território de diferentes maneiras, seja em função do emprego, seja em função de laços de familiaridade e de pertença à comunidade, seja pela necessidade de escapar a espaços estigmatizantes, etc.

O que se pode perceber é que a integração da saúde mental na atenção básica não resolve, por si só, o problema da acessibilidade. O equacionamento dos entraves fica mais na dependência dos processos de trabalho que animam os serviços, na forma como os profissionais se organizam para lidar com os encaminhamentos, com as listas de espera, com as demandas espontâneas e com as demandas vocalizadas por terceiros, do que da normatização dessas relações (Yasui, 2006, Romanholi, 2004b). E está a cargo da gestão local reproduzir ou não um modelo hierarquizado ou de porta aberta ao usuário.

Segundo Yasui, os CAPS devem ser entendidos como estratégia, como meio de transformação, e “*a equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mas jamais será a trama*” (2006: 103). Mas como fazer do CAPS uma estratégia se também o que o define é seu procedimento exclusivo cuja remuneração é baseada na quantidade de diagnósticos enquadrados, ou, caso prefiram, na quantidade de APACs emitidas? Esse sistema de remuneração – que não é um sistema dos CAPS, mas sim do SUS – retira-lhe condições de atualizar-se e reinventar-se cotidianamente, induz ao um ‘ensimesmar-se’ que esvazia o sentido do trabalho em saúde mental, no qual o sucesso dos dispositivos assistenciais está exatamente em sua capacidade de romper com as

fronteiras do cuidado estrito em saúde e aliançar-se com outras áreas, num trabalho de construção das condições de existência e de ‘mistura’ da loucura com o meio.

Diversas experiências mostram que a falta de articulação da rede de serviços, o pouco investimento e a escassa infra-estrutura precarizam o trabalho e contribuem para que os profissionais fiquem entrincheirados, restritos às situações de emergência e aos trabalhos internos, e pouco disponíveis para atividades no território (Costa, 2006; Koda, 2003). Assim, o trabalho se torna sempre insuficiente, já que “(...) *a procura por tratamento se desdobra em demandas de solução para vários aspectos da vida: moradia, trabalho, dinheiro, alimentação etc.*” (Koda, 2003: 79).

Interseções com o campo do trabalho, da cultura, da moradia são o mote do cuidado em saúde mental, que, é claro, não dispensa os componentes das diversas clínicas, que continuam tendo seu lugar. Mas serão sempre insuficientes e, se tomadas como recursos únicos, tornam-se estéreis, e tornam inevitáveis as diversas formas de cronicidade: do usuário, do trabalhador e do modelo assistencial.

Hoje, uma importante dificuldade que enfrentam os CAPS é a manutenção de sua capacidade de reinvenção, a fim de não cair na nova cronicidade apontada por Desviat como a ritualização da atuação das estruturas alternativas (1999).

Também os outros dispositivos que compõem o modelo assistencial encontram problemas para atuarem em toda a sua potência. Este é o caso dos SRTs, que por consenso de gestores acabou sendo também tipificado. Hoje existe a previsão de que “*os SRTs do tipo II seriam necessários somente às experiências mais desenvolvidas, que já retiraram os usuários mais autônomos e agora deparam-se com situações especiais, que requerem acompanhamento diuturno, seja por questões físicas ou por restrições do grau de autonomia apresentado pelos futuros egressos naquele momento*” (Furtado, 2006: 791). Opera-se com isso uma contradição em relação aos princípios da reforma psiquiátrica onde os pacientes mais autônomos são mais privilegiados.

Esse autor, buscando reconhecer os desafios postos à expansão e desenvolvimento da estratégia dos SRTs destaca aqueles relacionados à gestão e ao financiamento – “1) *Baixo envolvimento do gestor local do SUS; 2) Redes ainda inexistentes ou incipientes; 3) Incompatibilidade entre a gestão de outros serviços e das residências terapêuticas; 4) Garantia de acesso e utilização de recursos já existentes, restritos por problemas na realocação de AIHs ou falta de autorização prevista nos orçamentos para execução de SRTs*” e outros “*ligados à decisão e gestão – e, portanto, à política – e às respostas de exclusão ou baixa permeabilidade social do louco e da*

loucura. Estariam aí reatualizados os alvos iniciais e centrais da reforma psiquiátrica: a transformação das políticas e das mentalidades” (2006: 793).

Enfim, o Brasil chega ao final dos anos de 2004 com um bom leque de dispositivos assistenciais e não assistenciais. Para uma clientela com dificuldades de manutenção social da vida, há os SRTs e o Auxílio-Reabilitação Psicossocial, para as crises há CAPS III e urgências em hospitais gerais, para um tratamento contínuo há os CAPS e às vezes atenção básica... Os *gaps* estão na integração entre essas estruturas e nas dificuldades interpostas pelas normatizações e modelos de financiamento do SUS à construção da acessibilidade.

Outro *gap* importante é o trabalho comunitário que visa uma transformação sócio-cultural: nos CAPS não há remuneração de oficinas abertas à comunidade ou de trabalhos desenvolvidos em centros comunitários, já que quem não tem diagnóstico não gera APAC. Também é prejudicada a integração da saúde mental entre os problemas gerais do SUS. Por exemplo, um procedimento da complexidade dos CAPS não pode ser remunerado num centro de especialidades, onde há programas voltados para outros problemas de saúde (Freire *et alli*, 2005). Ou seja, a saúde mental permanece um caso à parte no SUS. Também foi constatada a dificuldade de o governo federal financiar cuidados em saúde mental em municípios pequenos.

Tudo isso traz problemas para a acessibilidade e a integralidade das ações. E são problemas que em sua maioria ficam na dependência do desenvolvimento do SUS, e não da capacidade propositiva da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Tudo nos leva a concluir que esta instância tem cumprido seu papel até onde pode e tem buscado tensionar as necessidades de sua política. Mas afirmarmos que a história dessa política não é a história da implantação da reforma psiquiátrica, mesmo admitindo que o movimento da reforma tem mantido sua posição de principal informante da política, assumindo o quinhão que lhe cabe. E, reafirmando a necessidade de resgate de seus valores, acreditamos que ainda há outro espaço de atuação do movimento da reforma psiquiátrica.

Até aqui, temos contado a história dos aspectos externos do modelo assistencial em saúde mental, ou seja, aquele que diz respeito à constituição dos serviços enquanto uma rede dinâmica, coesa, articulada e complexa, tanto internamente quanto em relação com a comunidade.

Mas a proposta basagliana nos impele a refletir sobre o aspecto interno do modelo, aquele voltado para a gestão do trabalho de cuidado, no espaço que os usuários

e a comunidade ocupam nessa gestão, na porosidade do técnico e de sua ação às singularidades espaço-temporais.

Apesar de estarmos nos referindo a aspectos externos e internos, este é apenas um recurso didático. Nossa intenção é mostrar que o processo de formulação, implementação e consertação de uma política é mais amplo do que aquilo que temos discutido até agora.

Os aspectos internos apresentam questões que não são da alçada da Coordenação Nacional de Saúde Mental e que também não dependem do avanço dos SUS, e que se referem mais propriamente aos conceitos auxiliares e norteadores da reforma psiquiátrica, tal como expusemos no capítulo segundo. Não passíveis de serem normatizados, podem apenas ser referidos nas documentações. Mas promover cuidado, acessibilidade e autonomia na lógica da integralidade é algo que se relaciona aos processos de trabalho no cotidiano das instituições de saúde mental.

Esses processos devem garantir que as formas de cuidado não sejam pré-concebidas, mas que atendam às especificidades do sujeito singular, sem o ‘respaldo’ do hospital psiquiátrico em caso de ‘fracasso terapêutico’. Nesse modelo não deve haver fracasso, mas sim a necessidade de investir em formas de cuidado mais adequadas, mesmo que estas nasçam e se dissolvam ininterruptamente. O que importa é que o cuidado seja adequado às necessidades de quem as determina. As imagens pré-formadas das doenças e das respostas são o vetor que anula a formação de demanda espontânea, e a adequação da clientela a tipos de serviço com níveis diferenciados de resolutividade é uma forma de perpetuação do manicômio que classifica e coisifica.

A esse modo de olhar internamente corresponderia o uso das crises como Basaglia propõe: *“Os processos de crise e desestabilização que se vão produzindo dentro desses aparatos, nas normas que os regulam e que regulam seu uso, correspondem, para os novos serviços territoriais, a outros tantos espaços de intervenção ainda abertos, a partir dos quais possam desencadear-se processos práticos de crítica às várias formas de respostas pré-formadas, onde quer que estejam constituídas e tendam a constituir-se”* (2005b: 255).

É preciso uma abertura e uma flexibilidade tal no serviço que permita desenvolver formas de cuidado diferenciadas. Também é preciso que profissionais de diferentes disciplinas estabeleçam interseção entre seus saberes para não compartimentalizar o processo de trabalho nem fragmentar o cuidado ofertado.

Além disso, as escolhas dos pacientes às vezes demandam profissionais mais dispostos a abrir mão de certas funções e priorizar outras, como por exemplo, quando

uma injeção precisa ser aplicada mas o paciente não tem uma relação de confiança com determinado enfermeiro, ou quando o paciente não estabelece vínculo com psicólogo mas apenas com o psiquiatra, requerendo deste um esforço de promover o espaço de elaboração de questões psicológicas, ou quando um paciente se identifica com alguém da equipe de apoio, por exemplo com um cozinheiro, e o escolhe com ouvinte de suas angústias.

Enfim, inúmeras são as situações em que a relação pessoal e o vínculo estabelecido ganham maior importância que os saberes disciplinares. Também importa para isso que os trabalhadores tenham autonomia para se colocarem nesses relacionamentos singulares, podendo transitar entre vários momentos e espaços do trabalho coletivo. Com isso, também deixa de fazer sentido as divisões clássicas entre trabalhadores que decidem e trabalhadores que executam. Importa que os mesmos se apropriem de todos os aspectos que compõem o funcionamento do serviço. Cumpre ressaltar que não se busca o profissional ‘faz-tudo’ no sentido de explorá-lo, mas evitar a alienação típica de processos rígidos de divisão do trabalho.

A problematização do conceito de cidadania do doente mental deve redundar na conformação dos serviços em espaços públicos onde a cidadania e autonomia possam ser exercidas também pelos trabalhadores, ou a cidadania deixaria de remeter ao exercício político de confronto com o outro (Oliveira e Alessi, 2005). Esses autores concluem em seu trabalho que há uma *“dificuldade dos profissionais de se perceberem como sujeitos das decisões técnico-políticas da área”* (2005: 199) o que acaba por reforçar as práticas custodiais, excludentes e antidemocráticas da psiquiatria moderna.

Também o tipo de vínculo do profissional com o serviço e sua disponibilidade, seja para recepção de novos usuários, seja para o acolhimento de crises, seja para o acompanhamento devem ser considerados. *“É por referência a essa relação funcional-laboral que as formas organizacionais da força de trabalho em saúde são componentes fundamentais na relação da demanda com a oferta, no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, e desses com os serviços. A fragmentação das jornadas de trabalho em turnos, os baixos salários e reduzidas oportunidades de reciclagem de conhecimento já são de longe velhos conhecidos dos formuladores de políticas e de gestão em serviços, como inibidores de mudanças nas práticas no interior das instituições”* (Pinheiro, 2001: 86).

Essas são questões que circulam nas Conferências Nacionais de Saúde Mental em todas as suas edições, que reapareceram com especial ênfase na III e na

produção acadêmica recente, e que tendem a ser reformuladas à medida que os profissionais incorporam mais funções ao seu cotidiano de trabalho.

Por todo o potencial antimanicomial que é atribuído aos CAPS, Merhy os reconhece como situados no “*olho do furacão*”, o que os torna “*lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios (...); e ousar dar conta destas missões, gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo*” (Merhy, 2004: 3); “*(...) um coletivo, que (...) necessita estar re-criando em si, de modo constante, mecanismos de reprodução deste coletivo, que lhe garanta enquanto lugar da vida de seus protagonistas*” (Merhy, 2004: 7).

A discussão desse autor parte dos relatos de exaustão e tristeza dos profissionais de CAPS quando das dificuldades de acolher o outro, de lidar com a crise alheia tendo que encontrar respostas antimanicomiais e o tempo todo estar de prontidão para ressignificar crises e questionar a si mesmo. Ao mesmo tempo aumenta essa cobrança o fato de que “*só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros*” (Merhy, 2004: 10).

E ainda, há autores que referem o peso do imperativo da não internação, que produz nos trabalhadores de serviços extra-hospitalares sentimentos de fracasso, culpa e tristeza, que dificultam o trabalho produtivo. E, ao mesmo tempo, o peso desse imperativo pode atropelar o direito de asilo requerido por alguns pacientes – o que aponta outro agravante, qual seja, o fato de que em muitos lugares não há espaço para usufruto desse direito (Costa, 2006).

Também há autores que relatam o peso da precariedade dos meios de trabalho quando não há respaldo da gestão política: “*Aquilo que era um movimento coletivo reflui para algo do âmbito da disponibilidade pessoal de cada um em fazer um horário extra ou realizar a visita domiciliar com o seu próprio carro*” (Koda, 2003: 78).

Esses apontamentos nos remetem à necessidade de repensar o modelo assistencial em saúde mental em seu aspecto mais interno, levando em conta que a reforma psiquiátrica alude à desinstitucionalização, em sua dimensão técnico-assistencial, não apenas no que tange à oferta de cuidado aos usuários, mas também à forma de produção desse cuidado e às possibilidades de um trabalho menos cronificador.

A constatação de que o modelo assistencial em saúde mental é recém-nascido enquanto um conjunto diversificado de dispositivos que contemplem mais que o binômio hospital-ambulatorio, não deve inibir as críticas e avaliações a esse modelo, já que uma das premissas primeiras da proposta da desinstitucionalização é a do questionamento como processo cotidiano de análise do trabalho.

O aproveitamento das crises no âmbito dos serviços implica uma forma sistemática de avaliação que se integra com a ação de um órgão propositivo de políticas oficiais – a Coordenação de Saúde Mental – na construção de um modelo assistencial voltado para práticas de desinstitucionalização.

Pois a formulação e implementação de políticas por um nível central não é um processo de mão única, ou pelo menos não deve ser, mas envolve o retorno, envolve a idéia de processo, envolve a ação questionadora e propositiva nesses espaços onde se dá o cuidado. A formulação de uma política de saúde mental que se pretenda nacional e componente de um sistema único deve estar sempre no gerúndio, e disposta a várias rodadas de negociação (Abrúcio, 2004). É nessa via de mão dupla da construção política que reside um dos sentidos da integralidade nas políticas específicas (Mattos, 2003).

De todo modo, podemos concluir, pelos documentos levantados, que se cumpre a função normativa referente ao aspecto de organização externa dos dispositivos assistenciais que cabe à coordenação nacional de saúde mental. No entanto, também deve ser cotidiano e sistemático o levantamento de perguntas sobre a função dessa instância. Caberia fazer mais? Ou menos? Quais os limites, inferiores e superiores, do papel da Coordenação? E qual tem sido sua atuação na gestão, nos aspectos internos ao modelo assistencial proposto? É função da Coordenação atuar nesses aspectos? Qual tem sido a inserção dos dispositivos assistenciais no processo de formulação política, no processo de intervenção sobre a Coordenação? Essas são questões que apontam para trabalhos futuros.

Mas o que se pode depreender é que o peso da atuação de uma Coordenação Nacional de Saúde Mental é reflexo não apenas da concepção de qual seria seu papel, mas também do contexto político-ideológico no qual se insere. Assim, é importante pesar o grau de institucionalidade de uma política e o grau de hegemonia do pensamento que a ancora. O enfrentamento com os opositores da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental brasileira também ajudam a desenhar o perfil de atuação da Coordenação. Além é claro dos momentos de construção do SUS. Por outro lado, a política de saúde mental guarda seus diferenciais em relação a esse processo mais amplo do setor saúde, e sofre com os limites desenhados.

Desde o nascimento da política nacional de saúde mental até o final do período em análise, uma das diferenças que se pôde perceber é a capacidade de o poder executivo concretizar as propostas das Conferências de Saúde, sendo essa capacidade maior na área da saúde mental do que na da saúde em geral.

Também já naquele momento, a coordenação nacional de saúde mental buscava driblar as indefinições do SUS e consolidava uma instância de pactuação, o Colegiado de Coordenadores, que chega aos anos 2000 forte e englobando não apenas gestores estaduais mas também os de municípios com mais de 300 mil habitantes. Trata-se de um instrumento de relações intergovernamentais com forte penetração na formulação e na condução da política nacional.

Por mais que o mecanismo de indução financeira – e técnica, já que o financiamento perde sua razão de existência se não materializa uma diretriz técnica – tenha sido utilizado em toda a história da política nacional de saúde mental, a estratégia de pactuação sempre esteve presente, o que marca um diferencial democrático dessa política em relação aos mecanismos indutores de construção colegiada do SUS. Este sofreu vários refluxos, principalmente na segunda metade dos anos 1990 que inclusive abriga o único período em que a política de saúde mental sofreu perdas nesse sentido.

Quanto à questão do financiamento, na NOB 93 houve o problema do repasse de recursos segmentado entre assistência ambulatorial e hospitalar, um entrave para o SUS em geral e uma dificuldade de reversão dos gastos para a saúde mental em particular. Também essa NOB mantinha a iniquidade através do repasse baseado em produção e em séries históricas, privilegiando a capacidade instalada psiquiátrico-hospitalar.

A NOB 96 dá início a uma tentativa de gestão das demandas, ao buscar conformar um esquema organizacional hierarquizado onde são previstos fluxos e pontos de entrada estruturados e seletivos. Mais uma vez, para a saúde mental, apresenta-se um entrave particular, pois que sua clientela não tem um histórico de construção de demanda espontânea, sendo mais adequado então organizar uma rede de acessos múltiplos.

As dificuldades de construção de um sistema integrado horizontalmente são acirradas com a NOAS, que além disso opera excessiva fragmentação dos repasses financeiros, estipula regras de habilitação que obstaculizam assunção de responsabilidades gestoras no nível local e aprofunda os recortes geográficos burocráticos. Compromete-se a construção de sistemas de saúde mental com gestão integrada e de canais de cuidado intersetoriais.

Todas as NOBs privilegiam a regulamentação da assistência em saúde *stritu sensu*, não fornecendo mecanismo para a construção de políticas intersetoriais. Estas ficam na dependência dos esforços de gestão locais.

Assim, se a hierarquização do modelo assistencial em saúde mental corroborada pela convivência dos hospitais psiquiátricos tem sido um dos argumentos que sustenta o julgamento de que a política de saúde mental brasileira tem se efetivado nos moldes do modelo opasiano da psiquiatria preventiva (Braga Campos, 2000), cabe reconhecer, no entanto, que a manutenção dos hospitais e a construção de outros dispositivos em seu entorno tem ocorrido: em primeiro lugar, por uma opção de fazer uma desospitalização gradativa que não gere desassistência dado o enorme contingente populacional que habita os manicômios e as dificuldades de expansão da rede substitutiva – dificuldade que acompanha o contexto do SUS; e em segundo lugar, o próprio modelo organizacional do SUS é que tem influenciado a formação de redes hierárquicas, ou seja, essa é uma opção que não pode ser creditada à coordenação nacional de saúde mental. Assim, esse caráter dos sistemas de saúde mental devem ser atribuídos menos à influência do modelo opasiano nessa política específica e mais às (im)possibilidades que o Sistema Único confere à sua implementação em acordo com o ‘modelo’ que permanece orientador, qual seja, o da desinstitucionalização na vertente basagliana.

Outro diferencial da coordenação nacional de saúde mental é o fato de ter percorrido toda a sua existência nas mãos de militantes da reforma psiquiátrica. Todas as pessoas que preenchem os cargos dessa estrutura já estiveram, em algum momento, do lado de um movimento organizado com forte presença política, que sempre marcou sua oposição ou apoio à política conforme esta se aproximasse mais ou menos dos ideais da reforma psiquiátrica.

Isso foi importante para a continuidade da política ao longo do tempo. Essa característica destaca-se da condução do SUS que na primeira metade dos anos 1990 teve grande dificuldade de formular projetos claros, conseguindo isso apenas na segunda metade da década quando também sofreu intempéries de questões econômicas. Os anos 2000, nesse aspecto, com alguns refluxos na descentralização principalmente a partir da NOAS, tem conseguido manter relativa estabilidade.

Também reflete na condução política da coordenação nacional de saúde mental o modo de fazer política de um contexto mais macro, referente às relações institucionais no interior do Estado. Nesse caso, tende a favorecer a política de saúde mental uma integração entre as áreas de governo onde a saúde não caiba em si, mas

remeta a um conjunto de políticas públicas integradas, políticas sócio-econômicas que imprimam outras formas de organização à própria sociedade, visando aquilo que o movimento da reforma sanitária chamou de tomar a saúde por seu potencial de constituir um processo civilizatório, remetendo a um outro modo de articular as condições de existência.

Nessa medida, o contexto político sempre será determinante, mesmo que um dia a proposta da reforma psiquiátrica se torne hegemônica. O papel da coordenação nacional de saúde mental também permanecerá sofrendo impacto das reformas políticas adotadas por diferentes governos e gestões de outros níveis, já que compõe uma política específica no bojo de um processo mais amplo. E nesse sentido, o trabalho da coordenação será sempre insuficiente. Mas não apenas por sua co-dependência do contexto político e institucional do SUS e do país, mas também por seu trabalho só se completar com a adesão e a reapropriação, nos níveis locais, das políticas desenvolvidas. Ou seja, essa insuficiência que marca a coordenação é a mesma que determina os espaços para o envolvimento democrático com os níveis locais. Assim, essa insuficiência é tão positiva quanto propulsora da democracia e de relações equilibradas entre o caráter nacional e o caráter local das políticas de saúde.

O desafio está em conseguir este equilíbrio de forma fiel aos preceitos da reforma psiquiátrica fazendo frente aos reflexos da psiquiatria moderna.

Raymond Dufayel:

— *Depois de tantos anos o único personagem que ainda não consegui captar é a moça com o copo de água. Ela está no centro e, no entanto, está fora.*

Amelie Poulain:

— *Talvez seja diferente dos outros.*

Diálogo extraído do filme *O fabuloso destino de Amelie Poulain*

Referências Bibliográficas, Legais e Institucionais

- ABRASCO. **Oficina Desafios da integração com a rede básica**. 2003.
- ABRÚCIO, F. L. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC**. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da ENAP – 2004. Brasília, 2004. p.1-54 (mimeo).
- ALVES, D. S. N. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. de (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2001a. p. 167-176.
- _____. **O Financiamento na saúde mental**. In: Revista da Saúde, ano II, nº 2 - Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2001b. não paginado
- ALVES, D.S.N.; SEIDL, E.F.; SCHECHTAMAN, A.; SILVA, E. C. e. **Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Mental. Cadernos de Textos. Brasília, 1992.
- _____. **Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias**. In: _____. (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p.195-202.
- AMARANTE, P. **Asilos, alienados e alienistas**. In: _____. (org). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 73-83.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCCRUZ, 1996.
- _____. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. In: Fleury, S. (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, p. 163-186.
- _____. **Loucos Pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- _____. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: _____. (coord.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p. 45-65.
- ARANHA, M. L. de A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna, 1993.
- ARENDT, H. **A Condição Humana**. São Paulo: EDUSP, 1981, p. 15-88.

- AURELIANO, L.; DRAIBE, S.M. **A especificidade do “Welfare State” brasileiro.**
In: Economia e Desenvolvimento. Brasília: CEPAL, 1989. p. 85-178.
- BAPTISTA, T. W. de F. **Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária.** Brasília: Ministério da Saúde, Consultoria Projeto Nordeste II, 1996. Parte 1.
- _____. **Políticas de saúde no pós-constituente. Um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil.** Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.
- BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental.** Juiz de Fora: UFJF, 2005.
- BARROS, D. D. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber.** In: Amarante, P. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 171-192.
- BASAGLIA, F. **Apresentação a Che cos'è la psichiatria?** In: _____. *Escritos selecionado em saúde mental e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Garamond, 2005a, p. 61-72.
- _____. **O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica.** In: _____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Garamond, 2005b, p. 237-257.
- BEZERRA JUNIOR, B. **Cidadania e loucura: um paradoxo?** In: Bezerra Junior, B.; Amarante, P. D. (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 113-126.
- _____. **Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental.** In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (org) *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil, 7 ed.* Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 2001, p. 133-169.
- BIRMAN, J. **A cidadania tresloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais.** In: Bezerra Junior, B.; Amarante, P. D. (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 72-90.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: Amarante, P. (org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 41-71.

- BRAGA CAMPOS, F.C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, DMPS/FCM/UNICAMP, 2000.
- BRASIL. **Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, de 20 set. 1990. Seção 1, 1990a.
- BRASIL. **Lei nº8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, de 31 dez. 1990. Seção I, 1990b.
- BRASIL. **Lei nº10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, de 14 jan. 2002. Seção I, 2002c.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução CNPCP nº05 de 2004. **Diretrizes Para o Cumprimento das Medidas de Segurança**. Disponível em:
<<http://www.mj.gov.br/cnpcp/legislacao/resolucoes/2004resolu05.pdf>>. Acesso em: 18/03/2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.957, de 01 de outubro de 1991**. Diário Oficial da União, Brasília, de 3 out. 1991. Seção I, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental. Cadernos de Textos**. Brasília, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. MS, Brasília, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº95, de 25 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001**. Diário Oficial da União, Brasília, de 29 jan. 2001. Seção I, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº469, de 06 abril de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, de 9 abr. 2001. Seção I, 2001c.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS**. Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. MS, Brasília, 2001d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário nacional sobre o direito à saúde mental – regulamentação e aplicação da Lei nº. 10.216/2001**. Brasília: Comissão de Direitos Humanos e Terceira Secretaria da Câmara dos Deputados / Ministério da

- Justiça / Ministério Público Federal / Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça / Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2001e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068/04, de 24 de setembro de 2004.** Diário Oficial da União, Brasília, de 27 set. 2004. Seção I, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU/192 atenderá urgências em saúde mental.** 2004b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=9936>. Acesso em: 18/03/2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº272, de 5 de março de 1998.** Diário Oficial da União, Brasília, de 01 abr. 1998. Seção I, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde Suplementar. **Resolução CONSU nº11, de 3 de novembro de 1998.** Diário Oficial da União, Brasília, de 04 nov. 1998. Seção I, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários. Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº382, de 13 setembro de 2001.** Diário Oficial da União, Brasília, de 14 set. 2001. Seção II, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. Agência Nacional de

- Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria**. Brasília: Ministério da Saúde (sem datação).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta Para Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano I, nº 2, janeiro-julho de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Fórum Nacional de Saúde Mental Infante-Juvenil. Recomendação nº1 de 2005. **Diretrizes Para o Processo de Desinstitucionalização de Crianças e Adolescentes em Território Nacional**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2 ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5 ed. ampl. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. In: Kalil, M. E. X. (org). **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992, p. 216-217.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República**, 1985. Ministério da Saúde. I Conferencia Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CONH, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCHH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991, p. 67-94.
- CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri-ABRASCO, 1991, p. 51-138.
- COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico**. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.
- COSTA, M. S. da. **Reforma Psiquiátrica, transformações e limites nos modos de lidar com as situações de crise: uma análise a partir das experiências de dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, 2006.
- COSTA, N. R. **Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde dos Anos 80 e 90**. In: _____. Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Hucitec. 1998, p. 91-123.
- COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A.; YASUI, S. **As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 25(58):18-21, 2001.
- _____. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva**. In: Amarante, P. (coord.). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p.13-44.
- DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 22(1), 1988, p. 57-63.
- DALLARI, S. G; MENDES, E.V; CAPISTRANO FILHO, D; DELGADO, P; GONZALEZ, R. (coord); **Saúde mental no nível local: rumo à cidadania**. In: Kalil, M. E. X. (org). Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992, p. 27-64.
- DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

- DELGADO, P. G. G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil**. In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (org). Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil, 7 ed. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 2001, p. 171-202.
- DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: Amarante, P. (coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 161-194.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. In: Santana, J. P. de (org). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS, 1997, p. 114-120.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.
- FOUCAULT, M. **Nascimento do Asilo**. In: _____. História da loucura: na idade clássica. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005, p. 459-503.
- FREIRE, F. H. M. de A.; UGÁ, M. A. D.; AMARANTE, P. **Os Centros de Atenção Psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial**. In: Amarante, P. (coord). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 113-142.
- FURTADO, J. P. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 11(3):785-795, 2006.
- HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. **O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1973-45**. In: Pandolfi, D. (org). Repensando o Estado Novo. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 73-93.
- Jornal do CREMERJ. **O elogio da loucura**. Rio de Janeiro, maio de 2006a. Disponível em <<http://www.cremerj.org.br/jornais/editorial.php?idJornal=31#>>. Acesso em: 02/02/2007.
- _____. **Portaria 2.391 Ministério implanta política perversa em saúde mental**. Rio de Janeiro, junho de 2006b. Disponível em <<http://www.cremerj.org.br/jornais/editorial.php?idJornal=32#>>. Acesso em: 02/02/2007.

- KALIL, M. E. X. (org). **Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992.
- KODA, M. Y. **A construção de sentidos sobre o trabalho em um núcleo de atenção psicossocial**. In: Amarante, P. (coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003, p.67-87.
- LANCMAN, S. **Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(1):93-102, jan-mar, 1997.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T.R.C. **SIH/SUS (Sistema AIH): uma Análise do Sistema Público de Remuneração de Internações Hospitalares no Brasil, 1983-1991**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.
- MACHADO, C. V. **Direito Universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.
- MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e espaços públicos e participação*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 47-64.
- MATTOS, R. A. de. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.377-389, 2001a.
- _____. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2001b, p. 39-64.
- _____. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2003, p. 45-59.
- _____. **Cuidado prudente para uma vida decente**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004, p. 119-132.

- MENDES, E. V. **SUS: desafios e reformas**. In: Consensus. jan/fev, p. 6-7, 2006.
- MERHY, E. E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno assistencial em defesa da vida**. In: Cecílio, L. C. O. (org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 117-160.
- _____. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores**. 2004. Disponível em <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/AlegriaeAlivionosCAPS.pdf>>. Acesso em: 18/03/06.
- NICÁCIO, F. **Produzindo uma nova instituição em saúde mental: o Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste**. SP0, 1989, (Mimeo – não paginado).
- NOGUEIRA, A. B.; MORGADO, A. F. **Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, V. 47, nº 12, p. 619-625, 1998.
- NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. **AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde**. In: Guimarães, R., Tavares, R. A. W. (org). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 73-111.
- OFICINA de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. 2001. Disponível em <<http://www.saudemental.med.br/PSF.htm>>. Acesso em: 18/03/2007.
- OLIVEIRA, A. G. B. de; ALESSI, N. P. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 10(1): 191-203, 2005.
- OMS. OPAS. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.
- OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Genebra, 2001.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Movimentos no campo social da saúde**. In: _____. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000, p. 33-47.
- PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei da reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.
- PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2001, p. 65- 112.

- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. da S. **Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade.** In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 11-31.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder.** Apresentação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. de. (org). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 5-7.
- PITTA, A. (coord). **Direcionando esforços – plenária final.** In: Kalil, M. E. X. (org). Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo-Salvador: Hucitec, 1992, p.177-212.
- RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (org). Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil, 7 ed. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 2001, p. 15-73.
- ROMANHOLI, A. C. **Na corda bamba: reforma psiquiátrica e saúde mental na atenção primária.** Dissertação de Mestrado em Psicologia. Vitória: UFES, 2004a.
- ROMANHOLI, A. C. **Uma investigação sobre as possibilidades de articulação entre a reforma psiquiátrica e atenção primária no contexto do SUS.** Trabalho de conclusão de curso do Centro de Estudos e Pós-Graduação FAESA como requisito final para obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Vitória, 2004b.
- ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e ideológicos.** In: Bezerra Junior, B.; Amarante, P.D. (org). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 41-55
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: Rotelli, F.; Leonardis, O. de; Risio, C. (org). Desinstitucionalização, 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-59.
- RELATÓRIO Final do I Encontro Nacional de CAPSad.** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2 ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- RIBEIRO, J. M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas**. Rio de Janeiro, agosto de 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_09_JMendes_SaudeMental.pdf>. Acesso em: 18/03/06.
- SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. dos; ANDRADE, L. O. M. de. **Saúde mental e cidadania: um desafio local**. In: Mendes, E. V. (org). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 267-280.
- SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**, 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitta, A. (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1986, p. 13-18.
- SARACENO, B. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Cora-Instituto Franco Basaglia, 2001.
- SOUZA, C. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 7(3):431-442, 2002.
- TENORIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. Hist. cienc. saude-Manguinhos. Rio de Janeiro, jan./abr. 2002, vol.9, no.1, p.25-59.
- RIVERA, F. J. U. **Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica**. In: _____ (org). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p. 11-55.
- VAISSMAN, M. **Assistência psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.
- WALT, G. **Health policy: an introduction to process and power**. London: Zed Books, 1998.
- YASUI, S. **CAPS: aprendendo a perguntar**. In: Lancetti, A. (Org.). SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, 1989, p.47-59.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006.

Anexos

Anexo A – Roteiro da ‘conversa guiada’

Bloco PERFIL

Este bloco tem como objetivo conhecer o entrevistado e compreender seu alinhamento político. Busca, entender os caminhos que criaram condições para a ocupação do cargo em questão – a coordenação da área de saúde mental dentro do Ministério da Saúde.

- Qual a sua experiência profissional anterior ao cargo? Sua formação, sua trajetória até aqui...
- Como você chegou a este cargo? O convite partiu de quem?
- O que o levou a aceitar o convite?
- Você tinha algum plano pessoal para essa coordenação?
- Por que você acha que foi convidado? Havia alguma expectativa ou demanda em relação à sua produção no cargo?
- Quanto tempo você ficou no cargo e por que saiu? Como foi essa saída?

Bloco MECANISMO

A existência desse bloco pressupõe formalidades, procedimentos que, independente do grau de padronização fazem parte do ‘fazer política’. Objetiva, assim, conhecer a localização da área técnica dentro da estrutura Ministério da Saúde, suas possibilidades de diálogo inter e intra estrutura, os caminhos percorridos por um documento dentro desse espaço. Entendendo que trata-se de características dinâmicas, importa compreender em que contexto se formam esses tipos de organização na estrutura. Também interessa captar que personagens institucionais se envolvem, direta ou indiretamente, com as produções normativas desta área técnica específica.

- Você conseguiria recontar a história desse período, digo, do período em que você esteve no cargo?
- E a história da área da saúde mental dentro do Ministério?
- No período em que você esteve no cargo, onde se inseria a área técnica da SM dentro da estrutura ministerial? Como era a relação da área com toda a estrutura do Ministério? Tendo havido mudança na “localização” qual seria o efeito disso para a área da SM?

- De onde surgem as propostas de documentos? Digo, como nasce a idéia de uma portaria e qual o seu caminho até ser materializada?
- Qual o seu papel na elaboração de uma portaria? Você participa da elaboração de todas?
- A portaria passa necessariamente pelas mãos de quem? Ou cada caso é um caso? Dê exemplo, conte a história da elaboração de documentos importantes do seu período.

Bloco POLÍTICA

Apesar de compreender que todos os aspectos levantados, do primeiro ao quarto bloco, são composições do que se entende como política, este bloco tem essa denominação por se tratar de questões mais relacionadas ao poder político – poder que, longe de ser absoluto, constrói-se em movimento entre sujeitos. Neste bloco, compreender o contexto é traçar um desenho da arena de discussão e construção da política de saúde mental. Nesta arena, teremos em vista o esboço das questões que tornam-se relevantes, que ‘entram na agenda’ e que suscitam ‘processos e poderes’ que, em algum momento, são materializados em portarias, que nos mostram apenas um instante congelado da história. Dessa forma, tentamos resgatar algo dos ‘instantes anteriores’.

- É possível selecionar demandas externas? Como é o processo de escolha de propostas, ou de elaboração de propostas? Existem critérios? Como eles são elencados?
- Quais foram as prioridades da sua gestão?
- Quais propostas foram implementadas? Quais não foram?
- Dessas implementadas, quais emplacaram? Por que emplacaram?
- E como essas propostas vieram a se tornar prioridade naquele momento? Você acha que essas idéias emplacaram exatamente neste contexto – que era favorável ou desfavorável – por quê?
- Quais implementações ficaram ‘letra morta’?
- É possível acompanhar a implementação das portarias? De que forma?
- E é possível a repercussão dos documentos? Dentro do MS? Em nível local? Digo, que espécie de retorno você recebe em relação à sua atuação?
- Fazendo um balanço, você saberia dizer qual é o tipo de portaria que melhor emplaca, é bem aceita, compreendida, faz a política avançar? Por outro lado, quais seriam os principais entraves ao ‘sucesso’ de uma portaria?

Bloco CONTATO COM OUTROS ATORES

Este bloco foca mais no reconhecimento de atuações externas ao Ministério da Saúde que travaram importante diálogo com a área da saúde mental e puderam atuar na condução política.

- Quem exerce influência sobre o seu trabalho – pessoas internas e externas ao Ministério?
- Como é a relação como Conselho Nacional de Saúde?
- Que outros atores, digo, instâncias e instituições, atuam junto à área técnica?
- E os consultores? Como você explicaria a atuação deles? Quais foram eles no decorrer do seu período de atuação?

Bloco PERCEPÇÕES

Por fim, vamos buscar uma crítica do entrevistado a respeito de seu poder de decisão dentro do cargo ocupado, ou, caso preferir, sua governabilidade. Acreditamos que esse bloco permite construir um momento reflexivo e, quem sabe, de abertura para novas questões.

- Qual seria o poder de decisão do coordenador da área? O poder de inserir propostas políticas? De selecionar os caminhos políticos?
- Qual o espaço de criação dos técnicos da área?
- Qual o balanço que você faria de sua gestão?

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica”, como uma das pessoas a ser entrevistada pela pesquisadora responsável pelo projeto, Camila Furlanetti Borges.

Esta entrevista faz parte do conjunto de instrumentos utilizados na elaboração de dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP. O objetivo da pesquisa é “analisar a política de saúde mental brasileira como uma política específica desenvolvida no contexto do Sistema Único de Saúde, a partir da década de 90”.

A sua seleção se deve ao papel estratégico desempenhado na política nacional de saúde mental no período de estudo. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista à pesquisadora responsável pelo projeto. A entrevista será orientada por um roteiro não estruturado, aberto e individualizado, montado a partir da leitura de documentos oficiais do período, e não tem estimativa de duração, de forma que ajustar-se-á a sua disponibilidade, podendo ser realizada em mais de uma sessão caso haja necessidade.

Estando de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Atentamos para o fato de que o material obtido (gravação e folhas de transcrição) será de uso exclusivo da pesquisadora responsável.

A metodologia da pesquisa é qualitativa, e as entrevistas com atores chave desempenham um papel muito importante para a compreensão da política pública de saúde mental no período do estudo. As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pela pesquisadora responsável e analisadas em conjunto com as entrevistas com outros atores e material de outras fontes de pesquisa (documentos oficiais como portarias normativas da área da saúde mental e textos constitutivos do SUS, referência bibliográfica pertinente, entre outras).

Destaque-se que os resultados da análise final sobre a política de saúde mental no período de estudo são de responsabilidade da pesquisadora. Desta forma, serão evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado pela pesquisadora. Em

situações específicas, se for necessária a referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será preferencialmente feita em nota de rodapé com menção ao nome do entrevistado e data de realização da entrevista.

A participação do senhor(a) nesta pesquisa não lhe trará benefícios diretos e não é obrigatória, mas ressaltamos que trará uma imensa contribuição para a compreensão da política de saúde mental no período do estudo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Camila Furlanetti Borges - Mestranda ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

E-mail: timilaborges@gmail.com

Tels: (0XX) 21-2553-3850 / 27-8116-4485

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715 – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

E-Mail : cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982570 / 2723

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 3º andar – sala 321 – Manguinhos

Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome do entrevistado)

Anexo C – Ilustrações

Quadro 3 – Portarias que compõem as linhas de atuação no período 2000-2004

	Avaliação/ Desospitalização	AIH	CAPS	De Volta Para Casa	Serviço Residencial Terapêutico
2000	GM nº799 SAS nº306				GM nº106 GM nº1220
2001	GM nº469* SAS nº328	SAS nº 111 GM nº469*			GM nº175
2002	GM nº251* SAS nº77 GM nº1467 SAS nº709 SAS nº1001		GM nº336 SAS nº189 GM nº626 GM nº816 GM nº817 SAS nº305		
2003	SAS nº150		GM nº457 Dec28/mai GM nº1455 GM nº1946 GM nº1947	Lei 10.708 GM nº2077 GM nº2078	
2004	GM nº52 GM nº53 GM nº358 GM nº1.102 GM nº1.628		GM nº1608 GM nº2197		GM nº2.068

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das portarias ministeriais de 1990 a 2004. Diário Oficial da União.

* Portarias que se enquadram em mais de uma linha de atuação.

Quadro Descritivo 1 - Portarias e outros documentos que compõem o bloco do dispositivo hospitalar no período 1991-1996.

→ **SNAS nº189/91:** regulamenta três grupos de procedimentos de internação em psiquiatria, referidos a tratamento em hospital psiquiátrico (Psiquiatria I), tratamento em hospital geral (Psiquiatria II) e tratamento em hospital dia. Quanto à regulamentação de AIH, estabelece um máximo de 180 diárias com o uso da AIH 5, de longa permanência. Atribui a autorização de AIH para paciente psiquiátrico aos gestores locais.

→ **SNAS nº224/92:** estabelece diretrizes consonantes com apontamentos das Conferências (VIII CNS e I CNSM) – inclusive recomendando o estabelecimento da descentralização e hierarquização, e normas (relação de profissionais por número de pacientes, espaço físico, entre outras) e elenco de atividades a serem realizadas no atendimento hospitalar (como atendimento individual e grupal, atendimento à família, etc.) nos grupos de procedimentos da portaria anterior. Dá o prazo de 1 ano para que os hospitais atendam às exigências da portaria. Convoca responsabilização dos gestores locais.

→ **SNAS nº247/92:** suspende pelo prazo máximo de 30 dias a SNAS nº224/92, alegando a necessidade de uma discussão mais aprofundada.

→ **SAS nº407/92:** cria o grupo de procedimentos de internação em Psiquiatria III mediante alguns quesitos que se referem, basicamente, à diversidade de profissionais e sua quantidade por leitos e por horas semanais. Estabelece prazo até fevereiro de 1993 para que os hospitais se habilitem no acreditamento em Psiquiatria III. Trata-se de um código de procedimento transitório para os hospitais que não se adequaram à SNAS nº224/92.

→ **SAS nº408/92:** prevê que o grupo de procedimento em Psiquiatria III seja extinto em maio de 1993, quando entra em vigor o grupo Psiquiatria IV. Adota uma classificação de 10 tipos de estabelecimentos hospitalares de acordo com os procedimentos que realizem e o porte, incluindo hospitais gerais e HD, prevendo que a remuneração seja atrelada à classificação.

→ **SAS nº47/93:** reconvoça Grupo de Trabalho (GT) para propor mecanismo de acompanhamento da qualificação e da aplicação das portarias SNAS nº224/92, SAS nº407/92 e SAS nº408/92, bem como cronogramas e valores. A composição do grupo: 1 representante do Departamento de Programas da SAS¹⁸³, 1 da CORSAM, 1 da Coordenação de Controle do Sistema Hospitalar, 1 do CONASS, 1 do CONASEMS, 1 da FBH, 1 da Confederação das Misericórdias Brasileiras, 1 da Associação Brasileira de Hospitais, 1 da Federação Nacional de Estabelecimentos de Saúde e 2 do Fórum de Conselhos Federais das Profissões da Área de Saúde.

→ **SAS nº63/93:** atendendo deliberação do GT convocado na portaria anterior, cria Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH) para acompanhar a aplicação das normas em vigor. Os hospitais, de qualquer natureza e gestão, são selecionados por sorteio ou mediante denúncia ou solicitação. Nomeia os componentes do grupo, com a seguinte representatividade: 1 médico do MS, 1 assistente social da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do RGS, 1 enfermeiro da Prefeitura de São Paulo, 1 psicólogo da Secretaria de Saúde de MG, 1 enfermeiro

¹⁸³ O representante desse Departamento é exatamente o primeiro Coordenador da CORSAM, que neste momento ocupava o cargo de Diretor do Departamento de Programas de Saúde, que abrigava a Coordenação. A mudança de cargo não afasta o primeiro Coordenador da condução da política de saúde mental.

da USP, 1 terapeuta ocupacional da Secretaria de Saúde de PE, além de representantes de instituições do governo e da sociedade organizada locais.

→ **SAS nº88/93:** altera SAS nº408/92 mantendo o grupo de procedimento em Psiquiatria III por prazo indeterminado. Autoriza acreditação em Psiquiatria IV mediante comprovação de adequação às normas da SNAS nº224/92 e às complementações das secretarias estaduais e municipais. Determina que a partir de agosto de 1993, o grupo de procedimentos em Psiquiatria I terá reajuste correspondente a 80% do aplicado aos demais procedimentos, e será extinto em dezembro deste ano. Prevê, em caso de não cumprimento das normas anteriores, as seguintes sanções a serem aplicadas por qualquer nível gestor: redução de leitos cadastrados, sanção pecuniária e exclusão do hospital do cadastro do SIH/SUS.

→ **SAS nº180/93:** altera portaria anterior estendendo o prazo de vigência do grupo de procedimentos em Psiquiatria I. Determina reajuste de 80% em relação aos demais para procedimentos em Psiquiatria III, a partir de julho de 1994. Determina que a remuneração de procedimentos em hospital geral e em HD seja 20% superior ao valor de Psiquiatria IV.

→ **SAS nº19/94:** suspende o redutor de ajuste aplicado ao grupo de procedimento em Psiquiatria I na portaria anterior.

→ **SAS nº22/94:** estabelece que apenas os hospitais autorizados para procedimentos em Psiquiatria III e IV possam efetuar cobrança de AIH 5 (de longa permanência), que passa a autorizar um máximo de 107 dias. A AIH 1 permanece valendo pelo máximo de 45 dias.

→ **SAS nº145/94:** revoga a SAS nº63/93. Determina a formação de um subsistema de avaliação e acompanhamento da aplicação das normas em vigor a ser criado nas três esferas de governo, constituindo Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP). Estabelece a composição mínima, com 1 representante de cada: nível de gestão que institui o Grupo, Associações de usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares, Vigilância Sanitária da SES, cada conselho regional de profissionais da saúde e prestadores de serviço. Devem ser vistoriadas unidades do SIH/SUS e do SIA/SUS, mas as primeiras devem ser priorizadas. Em caso de irregularidade, além das sanções já previstas na SAS nº88/93, prevê rebaixamento na classificação dos hospitais.

→ **SAS nº147/94:** tomando como base a SNAS nº224/92, acrescenta, nas atividades a serem oferecidas em hospitais psiquiátricos, a constituição de projeto terapêutico da instituição. Trata-se de um instrumento a ser utilizado quando das supervisões técnicas.

→ **SAS nº229/94:** determina extinção do grupo de procedimentos em Psiquiatria III a partir de junho de 1995.

→ **SAS nº66/95:** altera a portaria anterior, prorrogando prazo de vigência do grupo de procedimentos em Psiquiatria III até dezembro 1995. Proíbe novas internações nesses hospitais a partir de setembro. Determina que seja veiculado à população um documento elaborado pela CORSAM de esclarecimento sobre a proibição de internação nesses hospitais.

→ **SAS nº93/95:** determina que os hospitais alvo da regulamentação anterior encaminhem às SES relação nominal dos pacientes internados.

→ **SAS nº94/95:** adia a data da proibição posta na SAS nº66/95.

→ **SAS nº15/96:** considerando os leitos remanescentes em hospitais cadastrados para o grupo de procedimentos em Psiquiatria III, altera a SAS nº66/95 mantendo o código do procedimento na tabela SIH/SUS a ser cobrado apenas em relação a esses remanescentes.

→ **SAS nº119/96:** altera o formato de cobrança do quantitativo de diárias dos grupos de procedimento

em HD, abrindo possibilidade para variações semanais, mas sem alterar o limite máximo de 45 dias.

→ **SAS nº193/96:** restaura a vigência do item da SAS nº66/95 que determina que o procedimento em Psiquiatria III não sofrerá alteração nominal de seu valor até sua extinção.

Quadro Descritivo 2 - Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no período 1996-2004.

→ **Resolução nº194/96 do CNS:** entre as atividades propostas para o Plano de Trabalho da CNRP para 1996/98, está a discussão e definição de estratégias para instalação de Lares Abrigados e Pensões Protegidas.

→ **Resolução nº210/96 do CNS:** determinar que a SAS *“proceda os estudos necessários para a inclusão de alternativas de atendimento, tais como, pensões protegidas e lares abrigados na tabela do SIA/SUS”*.

→ **Resolução nº215/97 do CNS:** repete o conteúdo da Resolução 194/96.

→ **Resolução nº272/98 do CNS:** aprova *“a proposta de recomendação da CNRP relativa aos procedimentos de serviços de residência protegida”*.

→ **GM nº106/00:** define Serviços Residenciais Terapêuticos a serem oferecidos a egressos de longa internação; agrega a determinação de realocação dos recursos de AIH de pacientes desospitalizados e contemplados com esses serviços; determina que sejam de natureza exclusivamente pública; prioriza sua implantação onde já existam unidades ambulatoriais de saúde mental devido à obrigatoriedade de vínculos com as mesmas,

→ **GM nº1.220/00:** faz a inclusão na tabela SIA-SUS do Serviço Residencial Terapêutico, na Tabela de Atividade Profissional o código para Cuidador em Saúde, e na Tabela de Procedimentos o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos. Determina a remuneração via APAC, e supervisão dos serviços pelo coordenador estadual de saúde mental.

→ **GM nº175/01:** retifica o artigo 7^a da GM nº 106/00 que define a equipe mínima que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

→ **GM nº2.068/04:** destina incentivo fundo a fundo e extra-teto para Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento ou em fase de implantação.

Quadro Descritivo 3 - Portarias e outros documentos que compõem o bloco do dispositivo hospitalar no período 2000-2004.

→ **GM nº799/00**: instituiu o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, e determina as funções do Grupo Técnico. A composição conta com representante da equipe de saúde mental, da equipe de vigilância sanitária e da equipe de controle e avaliação da esfera estadual, e, em caso de município em GPSM, mais um representante de cada do nível municipal. Convida um representante da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados para compor o grupo técnico. Na constatação de irregularidade, prevê denúncia junto ao Ministério Público.

→ **SAS nº306/00**: respondendo ao artigo 2º da portaria anterior, estrutura o Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, no âmbito da ASTEC, e designa nominalmente seus componentes, indicando aquele que deve ocupar a coordenação. Reafirma as funções já atribuídas na GM nº799/00 e estabelece outras de caráter mais propositivo.

→ **SAS nº111/01**: alterando a SAS nº22/94, determina que a AIH 5, de longa permanência, deixe de ter limite máximo de diárias a serem cobradas.

→ **GM nº469/01**: classifica os procedimentos de internação em Psiquiatria IV de acordo com a quantidade de pacientes/mês, e a remuneração da diária passa a ser tanto menor quanto maior a quantidade de internos/mês.

→ **SAS nº382/01**: designa Grupo de Trabalho para revisão da SNAS nº224/92.

→ **GM nº251/02**: atualiza a SNAS nº224/92, revoga a GM nº469/01, adota nova classificação hospitalar baseada no número de leitos, e institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, o PNASH/Psiquiatria. Com isso, propõe um sistema de avaliação, a ser operado pelo grupo da GM nº 799/00 anualmente. Após as vistorias, as unidades que não obtiverem pontuação mínima, têm um prazo de 90 dias para fazer as adequações e ser submetidas a revistoria. Havendo outra reprovação, devem ser suspensas novas internações e devem ser transferidos os pacientes internos. Determina que “*a porta de entrada do sistema de internação [esteja] situada no serviço territorial de referência para o hospital*”.

→ **SAS nº77/02**: regulamenta os procedimentos em coerência com a classificação instituída na portaria anterior. E atribui valores para as diárias que são tão maiores quanto menor for o porte hospitalar.

→ **GM nº1.467/02**: constitui no âmbito da SAS a Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, para avaliar o andamento do PNASH/Psiquiatria e apreciar recursos daí decorrentes. Sua composição conta com um representante de cada: ATSM, Consultoria do PNASH, Serviço de Atendimento ao Cidadão/Usuário do SUS (SAC/SUS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), CONASS, CONASEMS, CNS, Hospitais Privados Conveniados e Hospitais Privados Filantrópicos.

→ **Resolução nº318/02**: o CNS aprova as portarias GM nº251/02 e SAS nº77/02.

→ **SAS nº709/02**: constitui Grupo de Trabalho para apresentar proposta de normatização das ações de saúde mental em hospitais gerais, e designa seus membros sob coordenação da Área Técnica de Saúde Mental, com dois representantes de universidades, um da ABP e um de serviço em hospital geral¹⁸⁴.

→ **SAS nº1.001/02**: homologa os resultados das vistorias do PNASH/Psiquiatria em 2002. Define o prazo de 90 dias para adequações e revistorias. Em anexo, divulga a pontuação e a classificação obtidas pelos hospitais psiquiátricos da rede SUS.

¹⁸⁴ Não encontramos produção diretamente atribuída a esta portaria.

→ **Recomendação nº006/03**: recomenda reafirmação do caráter permanente e sistemático do PNASH/Psiquiatria, e proposta junto ao MS de instituição de mecanismos que viabilizem a reversão dos recursos financeiros destinados aos hospitais psiquiátricos, após o fechamento de seus leitos, para criação e manutenção da rede de serviços substitutivos, e que seja amplamente divulgada SAS nº1.001/02.

→ **SAS nº150/03**: homologa os resultados das revistorias do PNASH/Psiquiatria 2002. Em anexo, as novas classificação e pontuação obtidas, incluindo os hospitais que não obtiveram pontuação mínima. Para estes, determina que o gestor local adote providências para a suspensão de novas internações e o descredenciamento, planejando a substituição do atendimento aos pacientes. Também em anexo, o resultado dos recursos analisados pela Comissão composta na GM nº1.467/02.

→ **Recomendação nº013/03**: reversão dos recursos de AIH hospitais descredenciados pelo PNASH para criação da rede alternativa de saúde mental e que, na composição da Comissão instituída pela GM nº1.467/02 seja incluído representante do segmento do usuário.

→ **GM nº52/04**: aprova o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS para 2004, com estabelecimento de metas quantitativas. Determina que os recursos provenientes dos leitos descredenciados permaneçam nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema. Com base no PNASH/Psiquiatria estabelece nova classificação hospitalar e valores de diárias, adotando módulos de 40 leitos como unidade de medida do porte hospitalar. São previstos prazos e estabelecidos mínimos e máximos de leitos a serem reduzidos para cada classe de hospitais. O não cumprimento dos prazos e a não classificação pelo PNASH/Psiquiatria são sancionados com remuneração de acordo com a SAS nº77/02. Compõe Comissão de Avaliação e Acompanhamento, com representação do MS, Prestadores Privados, Prestadores Filantrópicos, CONASS, CONASEMS, Trabalhadores de saúde, CNS e Entidade da sociedade civil vinculada ao tema dos direitos humanos.

→ **GM nº53/04**: inclui na tabela SIH/SUS o grupo de procedimentos de Internação em Psiquiatria RPH, determinando procedimentos e valores em consonância com a classificação adotada na portaria anterior. A remuneração é tanto maior quanto maior for a classificação no PNASH/Psiquiatria e menor for o porte hospitalar.

→ **GM nº358/04**: estabelece recursos para Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS.

→ **GM nº1.102/04**: prorroga em 60 dias os prazos das etapas de reestruturação prevista na GM nº52/04.

→ **GM nº1.628/04**: prorroga em mais 120 dias o prazo efetuado na portaria anterior para os municípios designados nesta.

Quadro Descritivo 4 - Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação dos CAPS e seus desdobramentos no período 2002-2004.

<p>→ GM nº336/02: atualiza a SNAS nº224/92. Institui classificação em CAPS I, II ou III de acordo com a abrangência populacional, e cria os CAPSi e CAPSad. As três modalidades têm as mesmas funções. Adota nova classificação dos procedimentos por níveis de intensidade e determina que sejam remunerados via APAC, com recursos do FAEC.</p> <p>→ SAS nº189/02: atualiza as tabelas SIA/SUS e SIH/SUS. Determina que os procedimentos do CAPS sejam remunerados exclusivamente nestes serviços.</p> <p>→ GM nº626/02: determina o custeio dos procedimentos pelos recursos do FAEC. Anexa um Plano de Expansão para 2002 com a quantidade de serviços por região e por unidade federativa.</p>		
CAPS	CAPSi	CAPSad
<p>→ GM nº1.455/03: destina incentivos financeiros para novos CAPS implantados em 2002 e em 2003.</p>	<p>→ GM nº1.455/03: destina incentivos financeiros para novos CAPSi implantados em 2002 e em 2003.</p> <p>→ GM nº1.946/03: constitui “<i>Grupo de Trabalho destinado a analisar o diagnóstico da situação do atendimento psicossocial a crianças e adolescentes, no âmbito do SUS, e propor medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e equidade do atendimento nessa área</i>”. O grupo é composto por representantes de diferentes setores do MS sob coordenação do primeiro: Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Saúde da Criança, Coordenação de Saúde do Adolescente e do Jovem, Coordenação de Atendimento aos Deficientes, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de DST/AIDS, representante dos CAPSi (indicado no Seminário Nacional de CAPSi¹⁸⁵, realizado em</p>	<p>→ GM nº816/02: institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas e prevê a implantação de 250 CAPSad em três anos. Destina recursos do FAEC para custeio e criação das referidas unidades, bem como para o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para rede de CAPSad. Em anexo detalha as competências e atribuições de cada nível de governo em conformidade com a NOAS.</p> <p>→ GM nº817/02: inclui na tabela SIH/SUS o grupo de procedimentos de Internação para Tratamento de Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial de Álcool e Drogas com limite de 21 diárias por AIH, e o grupo de procedimentos Internação para Tratamento de Síndrome de Abstinência por Uso Prejudicial de Álcool e Drogas com limite de 15 diárias por AIH, ambos de remuneração exclusiva em hospitais gerais. Determina que a emissão de AIH para esses procedimentos deve ser efetuada mediante laudo médico emitido</p>

¹⁸⁵ Não encontramos relatório referente a este seminário.

	<p>comemoração ao Dia Mundial de Saúde Mental em 2003) e representante do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental. Além disso, várias representações são convidadas à composição¹⁸⁶.</p> <p>→ GM nº1.947/03: aprova o Plano Estratégico para Expansão dos CAPSi prevendo a implantação de 70 unidades até final de 2004. São destinados recursos fundo a fundo e extra-teto para implantação e custeio.</p> <p>→ GM nº1.608/04: produto do Grupo de Trabalho da GM nº1.946/03, constitui o Fórum</p>	<p>preferencialmente por especialista vinculado ao CAPSad. Também inclui procedimentos para Tratamento de Intoxicação Aguda por Uso de Drogas.</p> <p>→ SAS nº305/02: aprova normas para cadastramento de CAPSad a serem cumpridas por estados e municípios em GPSM. O cadastramento é sujeito a aprovação ou reprovação da CIB. E designa Centros de Referência para junto com gestores estaduais e sob coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela SAS implementar Programa Permanente de Capacitação para rede de CAPSad.</p> <p>→ GM nº 457/03: Instituir no âmbito da</p>
--	--	--

¹⁸⁶ Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Conselho Nacional de Procuradores do Ministério Público, Ministério da Assistência Social, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais, Federação Nacional das APAEs, Federação Nacional das Pestalozzi, Associação Brasileira de Autismo, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados, Associação Juizes para a Democracia, Representação do Juizado da Infância e Juventude e Associação Brasileira de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

¹⁸⁷ Área Técnica de Saúde Mental, Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas, Área Técnica de Saúde da Criança, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Básica, Programa Nacional de DST/Aids, Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil, sendo um representante por região brasileira, Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira, CNS, Ministério da Justiça, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério dos Esportes, Conselho Nacional de Procuradores – Promotoria de Defesa à Saúde do Ministério Público, Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Especial de Direitos humanos – SEDH/PR, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais, Federação Nacional das APAES, Federação Nacional das Instituições Pestalozzi, Associação Brasileira de Autismo, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados, Associação Juizes para a Democracia, Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares, Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência, dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste fórum.

	<p>Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude e atribui suas funções, buscando compor espaço de articulação intersetorial e instância deliberativa, com ampla representação de várias Áreas Técnicas e Departamentos do MS além de outros Ministérios, órgãos e instituições¹⁸⁷, contando ainda com a possibilidade de convidar outros segmentos representativos.</p>	<p>Área Técnica de Saúde Mental um Grupo de Trabalho (GAOD) para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, com a seguinte composição: Secretaria Executiva/Gabinete, Coordenação Nacional DST/AIDS, ANVISA, e as Áreas Técnicas de Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção de Violência e Causas Externas. Saúde do Trabalhador e Atenção Básica.</p> <p>→ Decreto de 28 de maio de 2003: institui Grupo de Trabalho Interministerial, sob coordenação do MS, para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolva o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional. E determina que componha o GT um representante de cada: MS, Ministério da Justiça, Ministério das Cidades, Ministério da Educação, Ministério da Assistência Social, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Fazenda, Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, e Advocacia-Geral da União.</p> <p>→ GM nº2.197/04: institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada entre os três níveis de gestão, e determina os componentes do programa: I - componente da atenção básica; II - componente da atenção nos</p>
--	---	--

		<p>CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; III - componente da atenção hospitalar de referência; e IV - componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS. Atualiza os procedimentos do SIH/SUS, referentes à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Determina que, na primeira etapa deste programa, sejam prioritariamente habilitados Serviços Hospitalares de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SRH-ad), que estejam em regiões metropolitanas; em municípios acima de 200.000 habitantes; em municípios que já possuam CAPSad em funcionamento; e em municípios onde já esteja implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192.</p>
--	--	--

Quadro Descritivo 5 - Portarias e outros documentos que compõem a linha de atuação do Programa De Volta Para Casa no período 1995-2004.

→ **Resolução nº159/95**: aprova o Plano de Apoio à Desospitalização (PAD) com as condições de que seja submetido à Consultoria Jurídica do MS e que seja implementado gradualmente sob orientações e avaliações periódicas da CORSAM.

→ **Resolução nº272/98**: reafirma a necessidade de desospitalização e desenvolvimento de modelos substitutivos, bem como o apoio ao PAD, pedindo a investigação das razões de sua paralisação.

→ **Recomendação nº008/03**: referindo o artigo da Lei nº 10.216/01 que versa sobre a necessidade de política específica de alta planejada para pacientes de longa hospitalização, as deliberações da III CNSM e a aprovação já dada ao PAD, resolve apoiar o Programa de Volta para Casa. E salienta: o interesse de ter um representante da Comissão do CNS na regulamentação, implementação e acompanhamento do programa; a reversão dos recursos de AIH de pacientes contemplados pelo Programa; a participação do Ministério Público no acompanhamento/monitoramento dos auxílios, nos casos de pacientes interditados.

→ **Lei nº10.708/03**: institui auxílio-reabilitação psicossocial como parte integrante do Programa de Volta Para Casa. O auxílio é destinado a pacientes com pelo menos dois anos de internação necessariamente em instituições vinculadas ao SUS, contanto inclusive hospitais de custódia e Serviços Residenciais Terapêuticos. Também são estabelecidos critérios para suspensão do auxílio reabilitação.

→ **GM nº2.077/03**: determina os quesitos e procedimentos para inclusão no Cadastro de Beneficiários Potenciais e solicitação de inclusão, bem como para habilitação dos municípios ao Programa. Determina que a saída do paciente da instituição hospitalar implicará exclusão do leito do cadastro SIH/SUS e reversão do recurso correspondente para ações extra-hospitalares. Estabelece critérios para suspensão e renovação do auxílio. Indica as atribuições da Comissão de Acompanhamento do Programa (CAP) no âmbito do MS e decide a criação de comissão correlata em nível estadual. O anexo IV da portaria define as competências dos três níveis de gestão, responsabilidade do representante legal, entre outros aspectos igualmente pertinentes. Outros anexos compõem a portaria.

→ **GM nº2.078/03**: institui a Comissão de Acompanhamento do Programa De Volta Para Casa tendo em sua composição um representante de cada, sob coordenação do primeiro: Coordenação Geral de Saúde Mental, CONASS, CONASEMS e Comissão Intersetorial de Saúde Mental do CNS. Atribui à Comissão as mesmas responsabilidades já apontadas na portaria anterior, e prevê constituição de um Grupo Técnico para assessorá-la.

→ **Deliberação nº002/03**: em manifestação de apoio à gestão ministerial, reafirma a defesa de várias ações do MS, entre as quais, o Programa De Volta Para Casa e os projetos referentes a usuários de álcool e outras drogas.

→ **Recomendação nº004/04**: recomenda elaboração e distribuição de uma Cartilha aos usuários e familiares de saúde mental com informações sobre o programa De Volta Para Casa, contendo a Lei nº10.216/01 e outras informações sobre a rede de serviços alternativos.

Quadro 4 – Portarias e outros documentos legais e institucionais de normatização e/ou interface com a política nacional de saúde mental no período 1990-2004.

	Documento	Diário Oficial
1.	GM nº423, de 29 de março de 1990	02/abr/90
2.	GM nº974, de 16 de julho de 1990	18/jul/90
3.	SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991	11/dez/91
4.	SNAS nº224, de 29 de janeiro de 1992	30/jan/92
5.	SNAS nº247, de 27 de fevereiro de 1992	28/fev/92
6.	GM nº1106, de 19 de outubro de 1992	20/out/92
7.	SAS nº407, de 30 de junho 1992	07/jan/93
8.	SAS nº408, de 30 de dezembro 1992	07/jan/93
9.	SAS nº47, de 18 de março de 1993	22/mar/93 – Seção II
10.	SAS nº63, de 30 de abril de 1993	06/mai/93 – Seção II
11.	SAS nº88, de 21 de julho de 1993	28/jul/93
12.	Resolução CNS nº93, de 2 de dezembro de 1993	20/dez/93
13.	SAS nº180, de 28 de dezembro de 1993	30/dez/93
14.	SAS nº19, de 7 de fevereiro de 1994	08/fev/94
15.	SAS nº22, de 10 de fevereiro de 1994	11/fev/94
16.	GM nº1107, de 14 de junho de 1994	15/jun/94
17.	Resolução CNS nº116, de 9 de junho de 1994	15/jul/94
18.	Resolução CNS nº128, de 4 de agosto de 1994	10/ago/94
19.	Resolução CNS nº129, de 4 de agosto de 1994	10/ago/94
20.	Resolução CNS nº130, de 4 de agosto de 1994	10/ago/94
21.	SAS nº145, de 25 de agosto de 1994	29/ago/94
22.	SAS nº147, de 25 de agosto de 1994	29/ago/94
23.	Resolução CNS nº134, de 1º de setembro de 1994	15/set/94
24.	GM nº1720, de 4 de outubro de 1994	05/out/94
25.	Resolução CNS nº145, 17 de novembro de 1994	28/nov/94
26.	SAS nº229, 16 de dezembro de 1994	20/dez/94
27.	Resolução CNS nº159, 06 de julho de 1995	17/jul/95
28.	SAS nº66, 17 de julho de 1995	19/jul/95
29.	SAS nº93, 22 de agosto de 1995	23/ago/95
30.	SAS nº94, 24 de agosto de 1995	25/ago/95
31.	Recomendação CNS nº007, de 09 de novembro de 1995	-
32.	SAS nº15, de 17 de janeiro de 1996	18/jan/96
33.	SAS nº119, de 12 de julho de 1996	15/jul/96
34.	Resolução CNS nº194, de 07 de agosto de 1996	-
35.	SAS nº193, de 17 de outubro de 1996	22/out/96
36.	Resolução CNS nº210, de 05 de dezembro de 1996	27/jan/97
37.	Resolução CNS nº215, de 06 de fevereiro de 1997	28/fev/97
38.	Resolução CNS nº272, de 05 de março de 1998	01/abr/98

39.	GM nº2.925, de 9 de junho de 1998	15/jun/98
40.	Resolução CONSU nº11, de 3 de novembro de 1998	04/nov/98
41.	GM nº3.902, de 30 de outubro de 1998	10/nov/98
42.	Resolução CONSU nº 15, de 23 de março de 1999	29/mar/99
43.	GM nº1.077, de 24 de agosto de 1999	25/ago/99
44.	Lei nº9.867, de 10 de novembro de 1999	11/nov/99
45.	Resolução CNS nº 298, de 02 de dezembro de 1999	-
46.	GM nº106, de 11 de fevereiro de 2000	14/fev/00
47.	SAS nº116, de 10 de abril de 2000	11/abr/00
48.	GM nº397, de 12 de abril de 2000	14/abr/00
49.	GM nº799, de 19 de julho de 2000	20/jul/00
50.	SAS nº272, de 28 de julho de 2000	01/ago/00
-	SAS nº286, de 14 de agosto de 2000 – Trata de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para medicamentos da área.	15/ago/00
51.	SAS nº306, de 31 de agosto de 2000.	-
-	SAS nº347, de 21 de setembro de 2000 – Trata de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para medicamentos da área.	22/set/01
52.	GM nº1.220, de 7 de novembro de 2000	08/nov/00
53.	GM nº44, de 10 de janeiro de 2001	12/jan/01
54.	GM nº94, de 25 de janeiro de 2001	29/jan/01
55.	GM nº175, de 7 de fevereiro de 2001	09/fev/01
56.	SAS nº111, de 3 de abril de 2001	04/abr/01
57.	GM nº469, de 6 de abril de 2001	09/abr/01
58.	Resolução CNS nº310, de 05 de abril de 2001	09/abr/01
59.	Recomendação CNS nº 007 de 05 de abril de 2001	-
60.	Recomendação CNS nº013, de 05 de abril de 2001	-
61.	Recomendação CNS nº014, de 05 de abril de 2001	-
62.	Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001	09/abr/01
63.	GM nº843, de 8 de junho de 2001	11/jun/01 – Seção II
64.	SAS nº382, de 13 de setembro de 2001	14/set/01 – Seção II
-	GM nº971, de 3 de julho de 2001 – Efetua adequações em normativa anterior dada a mudança estrutural da SAS.	04/jul/01
65.	GM nº1.058, de 18 de julho de 2001	19/jul/01
66.	GM nº1.086, de 27 de julho de 2001	08/ago/01 – Seção II
67.	Recomendação CNS nº018, de 07 de junho de 2001	-
68.	Recomendação CNS nº019, de 07 de junho de 2001	-
69.	SPS/SAS nº67, de 27 de agosto de 2001	28/ago/01 – Seção II
70.	GM nº1.842 de 03 de outubro de 2001	04/out/01
71.	GM nº1.844, de 03 de outubro de 2001	04/out/01
72.	GM Interm. nº2.035 de 8 de novembro de 2001	09/nov/01 – Seção II
73.	GM nº251, de 31 de janeiro de 2002	04/fev/02

74.	SAS nº77, de 1º de fevereiro de 2002	04/fev/02
75.	GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002	20/fev/02
76.	SAS nº189, de 20 de março de 2002	22/mar/02
77.	GM nº626, de 1º de abril de 2002	03/abr/02
78.	GM Interm. nº628, de 2 de abril de 2002	04/abr/02
79.	GM nº816, de 30 de abril de 2002	03/mai/02
80.	GM nº817, de 30 de abril de 2002	03/mai/02
81.	SAS nº305, de 3 de maio de 2002	03/mai/02
-	SAS nº345, de 15 de Maio de 2002 – Trata de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para medicamentos da área.	15/mai/02
82.	GM nº1.467, de 14 de agosto de 2002	15/ago/02
83.	Resolução CNS nº318, de 05 de setembro de 2002.	04/dez/02
84.	GM nº1.635, de 12 de setembro de 2002	16/set/02
85.	SAS nº709, de 4 de outubro de 2002	09/out/02 – Seção II
86.	SAS nº728, de 10 de outubro de 2002	10/out/02
87.	SAS nº1.001, de 20 de dezembro de 2002	23/dez/02
88.	GM nº2.391, de 26 de dezembro de 2002	27/dez/02
89.	GM nº457, de 16 de abril de 2003	17/abr/03
-	Recomendação CNS nº 004, de 08 de maio de 2003 – cobra providências em relação a denúncias a uma clínica do DF.	-
90.	Recomendação CNS nº006, de 08 de maio de 2003.	-
91.	Recomendação CNS nº008, de 08 de maio de 2003.	-
92.	Recomendação CNS nº009, de 08 de maio de 2003.	-
93.	Decreto de 28 de maio de 2003	29/mai/03
94.	SAS nº150, de 18 de junho de 2003	20/jun/03
95.	Recomendação CNS nº012, de 03 de julho de 2003	-
96.	Recomendação CNS nº013, de 03 de julho de 2003	-
97.	GM nº1.455, de 30 de julho de 2003	04/ago/03
98.	Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003	01/ago/03
99.	SE nº391, de 7 de agosto de 2003	08/ago/03 – Seção II
100.	Deliberação CNS nº 002, de 04 de setembro de 2003	-
101.	GM Interm. nº 1777, de 09 de set de 2003	11/set/03
102.	GM nº1.946, de 10 de outubro de 2003	13/out/03
103.	GM nº1.947, de 10 de outubro de 2003	13/out/03
104.	GM nº2.077, de 31 de outubro de 2003	04/nov/03
105.	GM nº2.078, de 31 de outubro de 2003	04/nov/03
106.	GM nº52, de 20 de janeiro de 2004	21/jan/04
107.	GM nº53, de 20 de janeiro de 2004	21/jan/04
108.	GM nº358, de 9 de março de 2004	10/mar/04
109.	GM nº1.102, de 4 de junho de 2004	07/jun/04
110.	Resolução CNPCP nº3, de 04 de maio de 2004.	-

111.	Resolução CNPCP nº5, de 04 de maio de 2004.	-
112.	GM nº1.608, de 3 de agosto de 2004	04/ago/04
113.	GM nº1.628, de 4 de agosto de 2004	07/jun/04
114.	GM nº2.068, de 24 de setembro de 2004	27/set/04
115.	Recomendação CNS nº 004, de 07 de outubro de 2004	-
116.	GM nº2.197, de 14 de outubro de 2004	15/out/04

OBS: Não são contadas as normas que não impactam na condução política e no modelo assistencial.