

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de
desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso”*

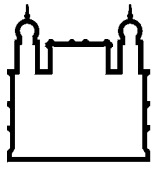
por

Ana Paula Freitas Guljor

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em
Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, Janeiro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

***“A O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de
desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso”***

apresentada por

Ana Paula Freitas Guljor

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes

membros:

Prof.^a Dr.^a Ândrea Cardoso de Souza

Prof.^a Dr.^a Dalvani Marques

Prof. Dr. Manoel Olavo Loureiro Teixeira

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Tese defendida e aprovada em 18 de janeiro de 2013.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

G972 Guljor, Ana Paula Freitas

O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso. / Ana Paula Freitas Guljor. -- 2013.

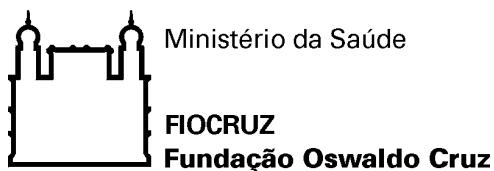
347 f. : il. ; tab. ; mapas

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Desinstitucionalização. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Saúde Mental. 4. Políticas Públicas. 5. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.21



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2013.

ANA PAULA FREITAS GULJOR

Tese apresentada à Banca Examinadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, sob orientação do Prof^o Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

Dra. Dalvani Marques

Dra. Ândrea Cardoso de Souza

Dr. Manoel Olavo Loureiro Teixeira

Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante

A minha mãe Francisca de Paula que me
ensinou o sentido da solidariedade e do amor

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pelo acolhimento fraterno e minha iniciação desde 1999 no percurso da saúde pública.

A todos os professores desta instituição que me ensinaram a ser uma pesquisadora pela competência e apaixonamento que me transmitiram em suas aulas.

Aos usuários e equipe de saúde mental de Paracambi com os quais compartilhei a luta por uma sociedade mais equânime.

À Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro e direção do Instituto Philipe Pinel pelo incentivo a minha formação ao aceitar uma carga horária reduzida durante este período.

À Fundação Municipal de Saúde de Niterói, ao Diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba Eduardo Rocha e Maritelma Vieira coordenadora da Divisão de Ensino e Pesquisa pelo incentivo a minha formação.

Aos colegas de trabalho do Instituto Philipe Pinel, Instituto Fluminense de Saúde Mental e Hospital Psiquiátrico de Jurujuba que ao meu lado compreenderam a importância de um momento onde precisava mergulhar no

universo de Paracambi e da pesquisa. Por partilharem minhas angústias e suprirem meus momentos de ausência.

Aos entrevistados da pesquisa que generosamente me permitiram conhecer suas histórias me proporcionando momentos que reforçaram minha opção de vida;

Aos componentes da banca que me proporcionaram a honra de ler meu trabalho e sobre ele tecer suas críticas;

Aos amigos sem os quais não teria sido possível este percurso:

A Ruy Justo Cutrim Jr. pela divisão de trabalho em um momento tão delicado de minha vida;

À Gina Ferreira pelo exemplo e pelo percurso ao lado;

À Paula Muniz pelas trocas e apoio amigo

Ândrea Cardoso de Souza e Cristina Vidal irmãs na luta da vida e parceiras em todos os momentos;

Cristiane Toledo pela parceria na leitura dos capítulos e presença nos momentos de angústia;

Angela que vinha de Paracambi para ajudar no cuidado com Carolina para que fosse possível escrever esta tese;

Denise Mercadante e Hélio Goldman pelas tardes de domingo envolvidos com as fraldas e papinhas para que eu pudesse mergulhar na pesquisa;

Cinthy Campanucci pelo cuidado de amigo e pelas trocas no trabalho que me fizeram crescer e aprender a prudência como preceito de vida;

Ao companheiro José Paulo Vicente da Silva por estar ao lado;

As minhas filhas Isabella e Carol pelo tempo que precisei estar ausente

Ao meu orientador Paulo Duarte de Carvalho Amarante pela generosidade, paciência, acolhimento e referência de pesquisador. Sem ele não teria sido possível este trabalho.

A minha mãe, a quem dedico esta tese, pela presença incansável na retaguarda afetiva e operacional que permitiram a produção deste trabalho.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AFDM – Associação de Familiares dos Doentes Mentais
AIH – Autorizações de Internação Hospitalar
ALERJ – Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro
ASM – Assessoria de Saúde Mental
BNH – Bairro de Paracambi
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAT – Comissão de Acompanhamento Técnico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial III
CAPS INFANTIL – Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência
CAPS ÁLCOOL E DROGAS – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CCAP – Comitês Coordenadores de Auditoria-Psiquiatria
CIB-RJ – Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
CID 10 – Classificação Internacional de Doenças
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPAP – Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CRPM – Coordenação Regional de Perícia Médica
CEP – Código de Ética em Pesquisa
DATASUS – Departamento de Informática do SUS.
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
EUA – Estados Unidos da América
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

G8 – Grupo de Profissionais Supervisores de Programas
GM – Gabinete do Ministro
HAB. – Habitantes
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPUB – Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF III – Núcleo de Apoio à Saúde da Família III
NOB 96 – Norma Operacional Básica de 1996
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
MEDICAID – Programa nacional de serviços médicos e de saúde para pessoas e famílias de baixa renda
MEDICARE-Programa nacional de seguro social americano para idosos e inválidos
MPRJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MPSP – Ministério Público do Estado de São Paulo
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PACT – Program for Assertive Community Treatment
PBI – Paracambi
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNUD – Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA – Plano de Pronta Ação
PSF – Programa Saúde da Família

PSM – Polo de Saúde Mental

RT – Residência Terapêutica

SAGE – Secretaria de Apoio a Gestão Estratégica

SES-RJ – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SESDEC – Secretaria de Segurança e Defesa da Cidadania

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SOSINTRA – Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho

SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TSO: Tratamento Sanitário Obrigatório

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 – LEITOS PSIQUIÁTRICOS SUS. Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO 2003-2006(2007), MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012b.

Tabela 2 - CADASTRAMENTO DE CAPS, SRT, PVC/ANO. Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE 2012b, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012b.

Tabela 3 – Municípios que apresentam os menores gastos em psiquiatria.2002. Fonte: SES/RJ. 2003b.

Tabela 4 – Valor de AIH despendido por estabelecimento e tipo de prestador. Fonte: SMS-PBI, 2003a.

Tabela 5 – Teto de Atenção Psicossocial Extra-Hospitalar. Período Janeiro-Setembro 2003.

Quadro 1 –pág. – PNASH-PSIQUIATRIA 2002-HOSPITAIS INDICADOS PARA DESCREDENCIAMENTO EM 2002. Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 2 – PNASH – Psiquiatria 2003 – 2004 – Hospitais indicados para credenciamento em 2004. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 3 – PNASH – Psiquiatria 2003-2004– Hospitais indicados para credenciamento em 2007. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 4 –PNASH – Psiquiatria 2005-2006 – Hospitais indicados para credenciamento em São Paulo. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 5 – PNASH – Psiquiatria 2007-2009– Hospitais indicados para credenciamento em 2010. Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 6 – Tipo de Internação por especialidade. Fonte: SMS-PBI, 2003a.

Quadro 7 – Internações Hospitalares por causa. Fonte: SMS-PBI, 2003a.

Quadro 8 – Internações por município de residência. Fonte: SMS-PBI, 2003a.

Quadro 9 – Teto Financeiro, Produção e Repasse de Verbas. Fonte: SES-RJ.

Figura 1 – Mapa do estado do RJ. No detalhe: Paracambi, Baixada Fluminense e cidade do RJ.

Figura 2 – Alunos de escolas da cidade em desfile no dia da Independência. CSDE-PBI. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.

Figura 3 – Internos da CSDE-PBI que compunham a banda do desfile cívico. Fonte: Arquivo Dra. Cristina Vidal.

Figura 4 – Crianças e Adultos internados no Pavilhão Santa Rosa no desfile do dia da Independência. Fonte: Arquivo Dra. Cristina Vidal.

Figura 5 – Vista Panorâmica da CSDE-PBI. Fonte: Arquivo Dra. Cristina Vidal.

Figura 6 – Fábrica com vila Operária em Bradford, Inglaterra. Fonte: Vianna, 2004.

Figura 7 – Edifício da antiga companhia Brasil Industrial, Paracambi-RJ. Fonte: Acervo Paulo Keller, exposição de fotografia: “Memória do Trabalho Fabril”, Paracambi, março/2006. Carlos Madeira e Paulo Keller 1992.

Figura 8 – Oficina de Planejamento com Ministério da Saúde e Assessoria Estadual de Saúde Mental RJ. Janeiro, 2004. Presentes: colegiado de gestores de PBI; Consultor do MS, Assessora estadual de SM. Fonte: Arquivo Pessoal.

Figura 9 – Quebra simbólica dos muros da CSDE-PBI. 18 de Junho 2004. Fonte: CN Notícias, 2004.

Figura 10 – Entrada do refeitório de um dos pavilhões da CSDE-PBI. Junho 2004. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.

Figura 11 – Camas da instituição: em ladrilho, sem colchão e com argolas para facilitar a contenção. . Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.

Figura 12 – “Quarto” utilizado pelos internos na CSDE-PBI. Junho 2004. . Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.

Figura 13 -Angulo lateral de um pavilhão da CSDE-Pbi. Em destaque as janelas de concreto e a calçada arborizada.

Figura 14 - Fachada do Hospital Geral Municipal.

Figura 15 -Hall dos ambulatórios de especialidades. Ao fundo as salas de atendimento e a enfermaria do Polo de Saúde Mental.

Figura 16 – No detalhe à esquerda o salão de oficinas e a sala de atendimento. À direita, a varanda da enfermaria psiquiátrica com os usuários no espaço de convívio.

Figura 17 - CAPS Vila Esperança.

Figura 18 - CAPS Álcool e Drogas. Inaugurado em 2005.

Figura 19 - CAPS Infanto-juvenil inaugurado como ambulatório ampliado em 2009.

Figura 20 - Residência Terapêutica da R. Dominique Level inaugurada em 2002.

Figura 21 - Residência terapêutica inaugurada em 2004, pelo ministro da Saúde Humberto Costa, durante o I encontro Nacional de Residências Terapêuticas.

Figura 22 –Vila das Casas de Passagem. Paracambi.

Figura 23 - Sede da Associação e do Bloco Carnavalesco Maluco Sonhador. Ponto de Cultura em Paracambi.

Figura24 - Bloco Maluco Sonhador. Abertura do Carnaval de Paracambi.

Figura 25 – Bloco Maluco Sonhador. Ala de técnicos e usuários da CSDE-Pbi.

Figura 26– pág. – Bloco Maluco Sonhador. Bateria: usuários, técnicos e comunidade.

Figura 27– Estandarte de abertura do bloco e, no detalhe, fantasia de residência terapêutica.

Figura 28 –Fantasia de Passe-livre.

Figura 29 – Camisa da rádio Antena Virada.

Figura 30 – Exibição de filme na Praça da Cidade.

Figura 31 – O cinema na praça mobiliza também o comércio local.

Figura 32 – Livro produzido como um dos produtos do projeto Cinema na Praça.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	24
CAPÍTULO II	34
METODOLOGIA.....	34
2.1. Sobre o campo	38
2.2. Coleta de dados.....	41
2.3. Instrumento de coleta de dados.....	43
2.4. As etapas da pesquisa	44
2.5. Análise dos dados	47
2.6. Aspectos éticos.....	50
CAPÍTULO III	53
ALGUNS PONTOS REFERENCIAIS SOBRE O MARCO TEÓRICO	53
3.1 A dimensão teórico-conceitual.....	55
3.2. A dimensão técnico-assistencial.....	64
3.3. A dimensão jurídico-política.....	78
3.4. A dimensão sociocultural	87
Capítulo IV.....	89
OS LOUCOS, OS HOSPÍCIOS E O MOEDOR DE CARNE	89
4.1. As reformas do hospício: metamorfoses e rupturas	96
4.2. As Comunidades Terapêuticas.....	101

4.3. A Psicoterapia Institucional.....	103
4.4. A psiquiatria preventiva e a desinstitucionalização nos EUA.	106
4.5. A antipsiquiatria: doença mental como construção social	111
4.6. Tradição Basagliana e a Psiquiatria Democrática Italiana.....	114
CAPÍTULO V	121
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: OS VÁRIOS TEMPOS DE UM PROCESSO.....	121
5.1. O primeiro momento: A radicalização.....	122
5.2. O período institucionalizante	127
5.3. O período da desinstitucionalização	129
5.4. Os desafios da desinstitucionalização	133
CAPÍTULO VI.....	145
PARACAMBI – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SUA HISTÓRIA.....	145
6.1. A cidade dos loucos.....	151
6.2. Era uma vez uma intervenção.....	158
CAPÍTULO VII.....	164
7.1 As origens socioculturais e jurídico-políticas do modelo hospitalocêntrico de Paracambi	164
7.2. A reorientação do modelo assistencial e a construção da contra hegemonia	178
CAPÍTULO VIII.....	185
8.1. A reorientação do modelo: governabilidade e "intervenção branca"	185

8.2. O arcabouço político da intervenção	193
CAPÍTULO IX.....	207
A DESSTITUCIONALIZAÇÃO E A INTERVENÇÃO NA CASA DE SAÚDE DR. EIRAS	207
9.1. A reorientação do modelo em Paracambi	207
9.2. O Sistema de Saúde Local	208
9.3. A reestruturação da rede de saúde mental.....	219
9.4. A intervenção oficial: configurações e estratégias	225
CAPÍTULO X.....	237
AS DIMENSÕES DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM PARACAMBI	237
10.1. A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL	239
10.1.1. Polo de Saúde Mental e internações	240
10.1.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	252
10.1.3 As Residências Terapêuticas	260
10.1.4 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)	269
10.1.5 As equipes de trabalho	271
10.2. A DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA.....	274
10.2.1 O papel da gestão pública	275
10.2.2 O Ministério Público.....	281
10.2.3 Os movimentos sociais.....	284
10.2.4. Os espaços de participação e de controle social.....	289

Capítulo XI.....	292
11.1. A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL	292
11.1.1 Bloco Carnavalesco Maluco Sonhador.....	293
11.1.2 Rádio Antena Virada.....	301
11.1.3. O cinema na praça	307
11.2. A DIMENSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	313
CONSIDERAÇÕES FINAIS	319
BIBLIOGRAFIA	333
ANEXO I.....	349
ANEXO II.....	352
ANEXOIII.....	353

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica hoje está diante de uma rede de estratégias de cuidado que demonstra uma efetiva reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Estas transformações não se refletiram em um impacto significativo para a clientela de longa permanência institucional. Quase 10 mil pessoas se encontram na condição de moradores de hospitais psiquiátricos no país. Neste trabalho é feita uma investigação do processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras no município de Paracambi, Rio de Janeiro, e analisa o efeito disto na construção do sistema de saúde mental local, destacando a construção de redes de cuidado e a intervenção, nas suas dimensões teórico-conceituais, jurídico-políticas, técnico-assistenciais e culturais, no âmbito da cidade em questão. Considerando a desinstitucionalização como um processo social complexo, realiza um estudo de caso do tipo exploratório, utilizando-se das técnicas de entrevistas abertas e análise documental. Buscou apreender as estratégias políticas e práticas desenvolvidas no campo do planejamento e gestão e do cuidado em saúde mental. No caso em estudo, as ações viabilizaram a desinstitucionalização de mais de 1.000 pessoas. As pactuações no âmbito das esferas municipal, estadual e federal permitiram que durante o período de 2000 a 2010 fosse estruturada uma rede de atenção psicossocial naquele município. Observaram-se também repercussões na assistência em saúde mental de um grande número de cidades circunvizinhas. Neste processo

de desinstitucionalização, as estratégias contemplaram ações no campo da cultura, com a criação de atividades envolvendo a cidade; no campo jurídico-político, um arcabouço legislativo que incluiu parcerias com o Ministério Público estadual e federal. Uma rede de serviços de atenção psicossocial constituída por centros de atenção psicossociais, residências terapêuticas, casas de passagem, ambulatórios e emergência psiquiátrica com leitos em hospital geral configurou uma intensa ação técnico-assistencial. Deste modo, as ações implantadas em Paracambi, voltadas para a desinstitucionalização da clientela da Casa de Saúde Dr. Eiras, constituíram-se em um importante marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira no sentido da construção de novas tecnologias que potencializem a redução desta clientela longamente institucionalizada em hospitais psiquiátricos.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Hospital Psiquiátrico; Saúde Mental; Políticas Públicas; Integralidade da Atenção

ABSTRACT

The Psychiatric Reform today is faced with a network of care strategies that demonstrate an effective reorientation of mental health care. These changes were not reflected in a significant impact on long-stay institutional clientele. There are almost 10 thousand people in the condition of residents of psychiatric hospitals in the country. This study performs an investigation of the process of closing the psychiatric hospital Dr. Eiras at the city of Paracambi-RJ. Looking for analyze its impact on the construction of the local mental health system, highlighting the construction of networks of care and intervention in theoretical conceptual, legal-political, cultural and technical assistance dimensions within the city in question.

Considering the deinstitutionalization as a complex social process, conducts an exploratory case study using the techniques of open interviews and documental analysis. Sought to identify policy strategies and practices developed in the field of planning and management in mental health care. In this particular case, the actions enabled the deinstitutionalization of a quantitative greater than 1000 people. The pacts among the municipal, state and federal government permitted during the period from 2000 to 2010 the construction of a network of psychosocial care in this county. There was also an impact on the mental health care of a large number of surrounding towns.

In the process of deinstitutionalization the strategies contemplated actions in the field of culture with the creation of activities involving the city, one in the legal political framework legislation that included partnerships with state

and federal prosecutors. A network of psychosocial care services consist of Psychosocial care centers, residential treatment, group homes, outpatient, emergency psychiatric beds in general hospitals set up an intense action-technical assistance. Thus, the actions implemented in Paracambi aimed at deinstitutionalization of the clientele of the Dr. Eiras psychiatric hospital. It constitutes an important mark for the Brazilian Psychiatric Reform towards the construction of new technologies that enhance the reduction of its clientele long institutionalized in psychiatric hospitals.

Key- words: Deinstitutionalization, Psychiatric Hospital, Mental Health, Public Policy; Integralityof Care

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa realizada para uma tese de doutoramento em saúde pública é uma síntese de reflexões que se iniciaram ainda no meu período de residência médica, quando, por indicação de um colega, fui contratada para trabalhar como plantonista no Polo de Saúde Mental de Paracambi, em 1995. O primeiro contato com esta experiência foi também a aproximação com um conjunto de saberes e práticas que durante toda a minha formação como médica estiveram fora do meu universo de conhecimentos.

Durante o desenvolvimento do trabalho nessa emergência psiquiátrica, o cotidiano era permeado de uma força centrípeta que levava ao hospital municipal as mais diversas situações do dia a dia, transformadas em “crise”, sob a demanda de internação psiquiátrica. Daí que brigas de casais, traquinagens de adolescentes e desemprego, entre outros “problemas da vida” eram frequentes na espera pela consulta psiquiátrica na emergência. No ambulatório, os laudos de perícia médica estavam entre as principais solicitações, além de uma quantidade geral de fornecimento de benzodiazepínicos que, se divididos pela população da cidade, resultaria em no mínimo um comprimido para cada habitante por mês.

Este quadro se encerra com a minha nomeação para a supervisão hospitalar na Casa de Saúde Dr. Eiras. O cenário dos pavilhões áridos e o

encontro com uma clientela, que à primeira visada, se confunde com as cores do concreto. Espalhados pelo chão, deitados sobre os ladrilhos e camas muitas vezes sem colchão, pareciam esperar a vida passar, como passava o trem na estação em frente. Mais de cem novos internos chegavam por mês de muitos lugares diferentes e grande parte deles sabia que passaria ali longos anos de suas vidas.

A realidade do hospício se contrapunha a vida pungente no Polo de Saúde Mental, no qual evitar entrada nesta forma de morte era uma bandeira defendida, apesar das pressões e dos riscos. O envolvimento com o trabalho de construção coletiva de uma forma distinta do cuidar possibilitou por alguns anos o exercício de práticas comprometidas com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, a mudança do cenário político fez cair por terra o investimento de muitos, entre eles vários usuários que se engajaram na militância da cidade em prol da garantia dessas transformações.

Em meio ao desapontamento e tristezas a vida segue. Outras paisagens mais belas como os Centros de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro na década de 1990 surgem; outras de horror, como o fechamento da clínica Raimundo Nonato em Santa Cruz. Até a década de 2000 quando uma nova perspectiva se apresenta e se dá o retorno ao mesmo local – agora como pesquisadora do Censo Clínico-Social da CSDE- Pbi pela SES-RJ – as questões levantadas pela experiência em Paracambi se mantinham adormecidas.

Nesse novo momento,incorporo-me em 2001 à gestão do processo em curso na cidade, agora com novos olhares. No período de afastamento, tinha entrado em contato com a discussão das políticas públicas. Graças ao mestrado stricto sensu na Fiocruz e com novas perspectivas de intervenção pela aproximação com a equipe do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS-Fiocruz) e seus colaboradores, já era possível fazer uma articulação entre as inquietações geradas no primeiro contato e a sua tradução em práticas que gerassem conhecimento. Acredito queo objeto desta pesquisa começa a ser construído desde aquele momento,agora permeado pela busca de uma interpretação dos fatos que permitisse uma generalização potente, capaz de nortear rupturas e construir novos rumos para o cuidado em saúde mental.

A curiosidade de pesquisa se desdobra em um projeto desenvolvido no Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ,por meio do Laboratório de Práticas e Pesquisas sobre Integralidade em Saúde (LAPPIS-UERJ), também com o foco em pacientes internados em hospital psiquiátrico com longo tempo de permanência. A questão das necessidades em saúde mental desta clientela e as ações a serem desenvolvidas passam a ser um projeto para além de uma única pesquisa.

O tempo deste processo, treze anos entre o primeiro contato e a construção do objeto desta tese, possibilitou a agregação de novos saberes e a consolidação de uma forma de entender o exercício das práticas, por meio da práxis. Portanto, inicio este percurso discutindo o contexto da Reforma Psiquiátrica,que não pode ser desvinculado das questões que posicionam hoje

o sistema de saúde brasileiro, com seus avanços e desafios. A partir deste contexto, justifico e circunscrevo o objeto desta tese e suas questões norteadoras.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem atravessando na última década um período de importantes tensionamentos no que diz respeito ao modelo vigente e a estratégias de avanço no cuidado prestado à população brasileira. A garantia de uma assistência pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade de forma hierarquizada e descentralizada constitui um desafio para a gestão e para os profissionais envolvidos (CEBES, 2005; TEIXEIRA, 2003).

Neste sentido, resgatamos a trajetória do movimento da reforma sanitária, localizando o movimento da reforma psiquiátrica como um de seus desdobramentos mais profícuos no campo do cuidado.¹ A Reforma Psiquiátrica brasileira É atualmente uma referência mundial no cuidado aos portadores de transtornos mentais. Podemos entendê-la como um caminho marcado por intervenções em diversos campos de saberes e práticas.

Ao defini-la como um processo social complexo, Amarante destaca:

[...] um processo social complexo se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e tal transcendência do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade. (AMARANTE, 2003, p.49)

¹ Uma discussão mais aprofundada sobre o tema se encontra em YASUI, 1999 e 2010; AMARANTE & GULJOR, 2005.

As ações desenvolvidas não se restringem a reorganização de serviços de saúde mental, transcendendo a oferta de serviços de saúde. A construção de redes societárias visa possibilitar a transformação do lugar social do portador de transtornos mentais. Demanda intervenções voltadas a inclusão destes na vida de relações.

No que se refere à clientela alvo, a reforma engloba uma população com necessidades diversas se considerarmos os diferentes graus de sofrimento psíquico e a consequência destes na autonomia dos sujeitos. Desta forma, não é possível pensar em Reforma Psiquiátrica restrita à implantação de um único dispositivo. Sua configuração se caracteriza por uma rede complexa que constitui um sistema. Utilizamos aqui a discussão de Viacava, Almeida et al. (2004, p.713):

É preciso diferenciar os sistemas de saúde (SSs) dos sistemas de serviços de saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersetorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos.

A construção de sistemas complexos baliza o curso da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, este processo teve início de forma mais consistente durante a década de 1970, mas a reorientação de modelos assistenciais em saúde mental se reporta ao redor do mundo principalmente a partir da década de 1950.

De acordo com Shorter(2007), o processo de desinstitucionalização na Inglaterra teve no Mental Health Act, de 1959, a sua consagração com ênfase nos cuidados comunitários. Nos demais países da Comunidade Europeia, havia em 1970 o predomínio do modelo tradicional, com o número de leitos em hospitais psiquiátricos naquele ano superando os leitos existentes em 1950. As redes de saúde mental, segundo esses autores, ainda não constituíam um sistema transversal. Não havia integração entre os hospitais psiquiátricos e os serviços extra-hospitalares na reinserção comunitária dos usuários internados.

No entanto, estes autores apontam para uma redução significativa da quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos entre 1970 e 1979, com a organização de uma rede de suporte comunitário mais consistente em alguns países.² Destacam que, em 1971, um quarto dos hospitais psiquiátricos na Europa possuía mais de mil leitos. A redução do número de leitos psiquiátricos tem sido apontada na literatura como um importante indicador da reorientação do modelo assistencial.

O fechamento de grandes hospitais psiquiátricos se configurou em diversas localidades como a ação inicial na construção de sistemas de saúde mental integrados e pautados pela lógica territorial.³ Nos Estados Unidos, o processo de redução de leitos foi a primeira iniciativa, definida pela Lei Kennedy na década de 1950, em paralelo com a construção dos Centros de

² O processo italiano, principalmente na cidade de Trieste, teve grande influência na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ver mais sobre o tema em BARROS (1994)

³ Ver mais sobre o tema em GULJOR (2003), ALVARENGA & NOVAES (2007), NICÁCIO (1994), BELINI & HIRDES (2006).

Saúde Mental. Em 1955 havia em torno de 600 mil leitos psiquiátricos nos EUA. Em 1990, de acordo com Desviat (1999) contabilizavam-se 120 mil.

O termo desinstitucionalização foi utilizado pela primeira vez durante este processo. No entanto, as características de tal política a configuravam como um processo de desospitalização. A construção de uma rede extra-hospitalar de suporte – os centros de saúde mental – não alcançou uma cobertura adequada para a demanda de cuidado gerada no território. O sistema de previdência social norte-americano não é universal, o que gera a não inclusão de grande parte da população portadora de transtornos mentais.

Na Europa, de forma distinta, a saúde mental foi incluída na previdência social nos anos do pós-guerra, permitindo o acesso universal e estratégias de inserção social mais efetivas (SHORTER, 2007).

No Brasil, experiências pioneiras de construção de sistemas de saúde mental, como as de Santos-SP, Porto Alegre-RS, Barbacena-MG, tiveram seus processos desencadeados a partir de intervenções do poder público que visavam à redução de leitos e/ou fechamento de hospitais psiquiátricos.

Esta pesquisa se propõe a ser um estudo de caso. Seu objetivo foi analisar como a construção de redes de saúde mental local e a desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência institucional no município de Paracambi foram influenciadas pelo processo de fechamento do macro-hospital psiquiátrico Casa de Saúde Dr. Eiras.

O fechamento dessa instituição psiquiátrica, que chegou considerada o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, se configurou como o impulsionador da estruturação de uma rede complexa de cuidado em saúde mental.

Para lograr seu objetivo, esta pesquisa contextualizou o programa de saúde mental do município de Paracambi com ênfase no período da intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras. Foram mapeadas as estratégias técnico-assistenciais e jurídico-políticas desenvolvidas no processo de fechamento dessa instituição, pelas três esferas de governo. Da mesma forma, foram mapeadas as estratégias socioculturais e as transformações no campo teórico conceitual. Por fim, são cotejados os principais impasses do processo de desinstitucionalização no município de Paracambi.

Como será discutido adiante, este processo em curso desde o ano 2000 envolveu ações no campo da macro e da micropolítica. Desta forma, a participação das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) se apresentou como determinante nas ações que envolveram financiamento específico, reconfiguração do papel de regulação estadual, pactuações na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), implantação de redes de saúde mental em municípios circunvizinhos, articulações entre programas municipais e coordenações. Na esfera local, a construção de uma rede de dispositivos de saúde mental, unidade de atenção básica e capacitação de equipes, além de estratégias voltadas para a transformação do imaginário social local relativo à loucura com projetos culturais de cinema, música, rádio comunitária, entre outros.

A concepção da desinstitucionalização como um processo que abarca múltiplas dimensões⁴ que se complementam aponta para um processo complexo. Assim, o autor busca responder a algumas questões voltadas para a compreensão da construção de sistemas de saúde mental. De que forma o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos afeta a construção de sistemas de saúde mental municipais?

A clientela de longa permanência institucional gerada pelo modelo assistencial tradicional (hospitalocêntrico) seria consequência de uma política pública de responsabilidade das três esferas de governo. Deste modo, qual o papel a ser desempenhado por cada instância em processos de desinstitucionalização municipais? Quais os impasses principais na construção de sistemas de saúde mental que são viabilizados pelas intervenções públicas em grandes hospitais psiquiátricos voltadas para sua readequação de porte ou fechamento?

Um olhar aprofundado sobre o processo de desinstitucionalização em Paracambi visa a contribuir para a compreensão da complexidade da construção de sistemas de saúde mental, principalmente no que diz respeito às necessidades da clientela de longa permanência institucional. Este ainda é um impasse para a Reforma Psiquiátrica brasileira quando analisamos o quadro atual, após mais de trinta anos do início deste percurso.

⁴ Amarante (2007) define a Reforma Psiquiátrica como abrangendo as dimensões técnico-assistencial, jurídico-política, teórico-conceitual e sociocultural.

Apesar do porte populacional do município de Paracambi, a repercussão do processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras e a pluralidade das ações em curso são um campo profícuo de reflexão sobre os eixos norteadores da construção de sistemas de saúde mental e sua sustentabilidade no cuidado à clientela institucionalizada.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

Ao privilegiar a análise do processo de construção de políticas públicas, entendendo que estas são reflexos das práticas cotidianas, optamos por uma abordagem que permita observar suas nuances particulares. A análise da experiência de desinstitucionalização no município de Paracambi envolveu não apenas dados quantificáveis. Para compreender a complexidade do processo, se fez necessário caminhar pela macro e micropolítica, reconhecer os atores envolvidos, além de resgatar aspectos da história e da cultura dessa cidade.

Desta forma, esta pesquisa constituiu uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa, um estudo de caso descritivo, por considerá-lo apropriado para maior compreensão de nosso objeto de estudo. A situação investigada, embora constitua um contexto particular, por sua complexidade, possui potencial de produzir generalizações que possibilitem a apropriação interdisciplinar de conteúdos de outros campos, tais como: política, gestão e planejamento, cultura, entre outros.

Chizzotti (1998, p. 102) destaca que o estudo de caso “é considerado como marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a

multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação”.A pesquisa em questão demandou uma análise mais aprofundada em um campo onde a percepção dos atores envolvidos constituía uma parte fundamental da investigação. A narrativa de suas experiências no município foi a base para a apreensão da complexidade dos saberes e práticas envolvidos no processo em estudo.

De acordo com Yin (2005, p.20):

[...] a clara necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Em resumo, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real [...].

Na cidade de Paracambi, a “indústria da loucura” se transformou ao longo das décadas de 1960 e 1970 no principal recurso de sobrevivência de seus munícipes. Durante as últimas décadas, atravessou períodos de turbulências e questionamentos no que se refere ao cuidado oferecido nas instituições psiquiátricas locais. Atualmente, a intervenção do poder público na Casa de Saúde Dr. Eiras reflete uma disputa de modelos de assistência em saúde mental. Devido a uma gama complexa de ações, pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, um novo desenho de cuidado começa a se construir na cidade e região adjacente.

O cenário composto por projetos voltados para a desinstitucionalização de uma clientela de longa permanência se reproduz em várias cidades brasileiras, justificando assim a importância da análise deste processo. A construção da rede de saúde mental municipal e a reinserção social dos ex-

internos da Casa de Saúde Dr. Eiras abrangem uma série de intervenções não restritas ao campo da saúde.

As intervenções na cultura local buscando a transformação do imaginário social relativo à loucura, as ações no campo legislativo, judicial por meio, principalmente, do Ministério Público, fizeram desta uma pesquisa social. Assim, foi necessária uma coleta de dados que captasse percepções subjetivas, experiências que fossem além dos dados quantitativos.

A principal técnica utilizada na coleta de dados de fonte primária foi a entrevista não estruturada com informantes essenciais. Utilizando a concepção de Minayo(1998), podemos afirmar que a entrevista constitui uma fonte de coleta de dados de duas naturezas, quais sejam: os dados objetivos – que também podem ser encontrados em censos, estatísticas, registros civis etc.–e dados subjetivos, dos quais se podem apreender aspectos ligados a um nível mais profundo da realidade, como valores, atitudes e percepções sobre um contexto específico. A escolha da entrevista não estruturada, também chamada entrevista “aberta”, permitiu que os entrevistados pudessem expressar livremente suas concepções sem que houvesse um cerceamento da sua fala por parte do entrevistador.

No caso em estudo, as percepções sobre a construção da rede de saúde mental e os aspectos ligados a desinstitucionalização da clientela incluíram informações referentes ao desenho dos dispositivos da rede assistencial, dados quantitativos referentes ao cenário da assistência em saúde, usuários e profissionais envolvidos nas ações, projetos culturais,

articulações políticas, estratégias jurídicas entre outras. Os primeiros são dados concretos, enquanto os demais envolvem a compreensão individual da abrangência, relevância e impacto de cada item no processo em estudo.

A utilização de uma entrevista não estruturada possibilitou que cada entrevistado abordasse o tema proposto pelo roteiro priorizando o que considerou mais significativo e escolhendo de forma particular o enfoque a ser dado. Desta forma encontramos, por exemplo, a questão política assumindo maior relevância na fala de um gestor; aspectos legais e ações judiciais sendo mais destacados pelo informante ligado a esta área ou mesmo o cotidiano do trabalho na instituição, sendo descrito apaixonadamente pelo profissional de um dispositivo de saúde mental.

Esta estratégia possibilitou a coleta de uma diversidade de informações que, se por um lado, enriqueceu a reconstituição do processo vivenciado, por outro, também obrigou pesquisador ao exercício de um rigoroso procedimento de distanciamento do objeto. O envolvimento dos atores entrevistados com as ações desenvolvidas teve como consequência, em geral, a transmissão de percepções permeadas pelas emoções suscitadas por suas experiências pessoais.

Este procedimento apresentou-se como o mais árduo no tratamento e análise do material, visto que o pesquisador também esteve inserido na construção desta experiência por vários anos no campo da assistência, bem como no da gestão pública. Deste modo, o pesquisador-entrevistador não

poucas vezes foi convocado pelo conteúdo das entrevistas a compartilhar o envolvimento dos entrevistados, o que geraria distorções na análise dos dados.

Não consideramos esta constatação como uma defesa da neutralidade do pesquisador. O que se busca destacar é que o reconhecimento desta "não neutralidade" resulta em um processo de análise que possibilita identificar vieses decorrentes deste envolvimento pessoal, para tentar evitá-los ou, ao menos, minimizá-los.

Com relação às fontes secundárias de dados, foram consultados na análise documental documentos de acesso público como relatórios de gestão, projetos institucionais, artigos e livros publicados, documentários, reportagens de jornais, revistas e TV, diagnósticos de saúde municipal, materiais produzidos em eventos locais específicos, base de dados nacionais como as do Portal da Saúde/Sage, Datasus e IBGE. Graças à relação do pesquisador com o campo, foi possível obter materiais pertencentes ao arquivo pessoal de alguns atores participantes da experiência, como fotos e relatórios.

2.1. Sobre o campo

O município de Paracambi com 47.124 habitantes,⁵segundos os critérios do IBGE, é considerado um município de pequeno porte 2.⁶A experiência dessa cidade foi escolhida para este estudo de caso devido à sua história de

⁵ Dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

⁶ De acordo com o IBGE os municípios de pequeno porte são divididos em Pequeno Porte 1 – até 20.000 habitantes e Pequeno Porte 2 entre 20.001 e 50.000 habitantes.

assistência em saúde mental. Paracambi atualmente desenvolve um processo de fechamento de uma instituição psiquiátrica – Casa de Saúde Dr. Eiras, filial Paracambi – cuja fundação data da década de 1960, já tendo sido considerado o maior manicômio privado da América Latina.

As características do processo de desinstitucionalização, que se desdobra a partir do fechamento da CSDE-Pbi, tiveram como meta a reinserção psicossocial de 1.433 pessoas, segundo dados do Censo Psicossocial elaborado pela Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (GOMES et al., 2002).

A cidade de Paracambi possui uma história de desenvolvimento econômico e societário baseado no modelo das vilas operárias inglesas do século XIX. Nessas vilas, as redes de convívio social e de subsistência giravam em torno de fábricas que proviam o emprego, o lazer, a moradia e as regras de conduta dos habitantes. O desenvolvimento industrial da cidade atinge seu apogeu na década de 1950. Na década de 1960, é fundada a filial da Casa de Saúde Dr. Eiras, cuja sede localizava-se em Botafogo.

Esta instituição surge com o aval do governo militar, visto que seu proprietário era o ministro da saúde e previdência social da época. Chega a abrigar 2.550 pessoas, em sua maioria de longa permanência institucional. A decadência econômica da cidade com o fechamento das indústrias têxtil e siderúrgica desencadeia um processo de psiquiatrização da população desempregada e o desenvolvimento do que Cerqueira (1984) denomina como "indústria da loucura". Um número significativo destes trabalhadores, com a

demissão, é inserido na carreira psiquiátrica, com vistas a obter auxílio-doença e garantir os provimentos financeiros. No início da década de 1970, outra instituição psiquiátrica é inaugurada. O parque psiquiátrico assume uma dimensão significativa, considerando-se o porte do município, e a CSDE-Pbi torna-se o maior empregador local. Poder-se-ia dizer que a instituição assume as mesmas características das vilas operárias observadas nas fábricas da época (GULJOR & VIDAL, 2006). Paracambi passa a ser chamada de "a cidade dos loucos", mesma alcunha dada a cidade de Barbacena – MG (FASSHEBER, 2009).

Durante as décadas seguintes, a orientação da assistência em saúde mental configura um modelo asilar com forte influência política de seus proprietários no cenário local e nacional. Até o início da década de 2000, algumas iniciativas de transformação deste quadro foram desencadeadas por denúncias de maus tratos e ineficiência, sem, entretanto, avançarem no sentido de uma efetiva reorientação do modelo (VAZ, 1994; GULJOR et al., 1996).

Em 2000, a partir de graves denúncias de maus tratos aos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras – Pbi feitas pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e do resultado de uma auditoria especializada do Ministério da Saúde, naquele mesmo ano, a cidade perde a habilitação de gestão plena do sistema de saúde. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro inicia uma série de ações voltadas para a garantia da qualidade do atendimento à clientela internada (GUITTON, 2010). Paralelamente a este processo, também se desenvolve uma ação civil pública cujo andamento envolve a manutenção do encerramento das internações na CSDE-Pbi, o

cumprimento de um plano de reinserção dos pacientes internos e a constituição de uma comissão paritária de avaliação de óbito e revisão de altas (GOMES, COUTO, PEPE & cols., 2002).

Como desdobramento deste processo, os três níveis de governo firmam pactos que, no decorrer da década de 2000, levam ao desenvolvimento de estratégias de reorientação do modelo assistencial em saúde mental na cidade e uma reorganização do cenário da assistência em saúde mental nas regiões circunvizinhas. Dentre estas ações é decretada, em 2005, a intervenção oficial na CSDE-Pbi, objetivando o seu total fechamento e a desinstitucionalização dos moradores internados.

A complexidade do processo em curso exigiu intervenções para além do campo da saúde. Deste modo, considerando a desinstitucionalização como um processo social complexo (ROTELLI, 2001), o quadro observado em Paracambi determinou a escolha desta experiência como objeto da análise desta pesquisa.

2.2. Coleta de dados

2.2.1 Análise documental

Foram utilizados documentos de acesso público como artigos, dissertações e teses, relatórios de pesquisa e de gestão, jornais, revistas e livros. A história de Paracambi suscita a curiosidade de pesquisadores há várias décadas, seja pela relação com a loucura seja pelo operariado fortemente

constituído até a década de 1970. Não apenas na área acadêmica; também a mídia nacional e escritores se propuseram em períodos distintos a se debruçar sobre as especificidades da dinâmica social dessa cidade. Portanto, a análise documental está centrada nestas produções.

2.2.2. Entrevistas não estruturadas

Os informantes essenciais foram escolhidos a partir da participação de cada um deles no processo de desinstitucionalização do município de Paracambi em dimensões distintas. Possuem formações diversas, sendo que não todos com graduação. Todos possuem em comum o longo processo de inserção na área de saúde mental municipal.

Minayo (1998, p.111) nos remete à discussão sobre o quanto a fala de um seria representativa da fala de muitos, citando Bourdieu, que ressalta:

“Todos os membros do mesmo grupo e da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito da universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros.”

A escolha desses informantes essenciais se justifica pelo engajamento de cada um dos entrevistados na saúde mental e, particularmente, em determinadas áreas como gestão estadual, federal e municipal, movimento social, cultura, justiça, permitindo que reflitam as suas percepções ao mesmo tempo em que reproduzem uma representação do cenário em estudo a partir do grupo ao qual pertencem. Assim, nove pessoas constituíram o elenco de entrevistados.

Estava prevista entrevista com o representante de um sindicato de trabalhadores de grande participação na história da assistência em saúde mental da cidade; entretanto, problemas graves de saúde impediram que esta entrevista fosse realizada em tempo adequado ao cronograma de elaboração da tese.

Outro aspecto a ser destacado foi a necessidade de circunscrever a amostragem de forma a garantir consistência nas informações necessárias em um número de entrevistas condizente com as possibilidades de análise do pesquisador. Deste modo, a seleção excluiu alguns atores, apesar do seu engajamento e do reconhecimento da relevância da sua participação no cenário do processo em estudo aqui. Foi considerado que sua contribuição poderia ser representada nos relatos de atores com inserção em uma dimensão semelhante, a partir da assertiva de Minayo já transcrita acima.

Os atores entrevistados são identificados de forma geral e não nominal, na descrição deste percurso metodológico, como forma de garantia da confidencialidade da identidade dos entrevistados.

2.3. Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista com temas comuns a todos os entrevistados. Os pontos referentes à realidade específica vivenciada pelo entrevistado no contexto da dimensão na qual se insere – técnico-assistencial, jurídico-política, sociocultural, teórico-conceitual – em geral foram a tônica deste ator. Observou-se, no entanto, que

no decorrer da entrevista, nos casos de um aprofundamento maior de certos aspectos do tema abordado, coube ao entrevistador fazer referência a estes.

O diário de campo foi utilizado como instrumento auxiliar, voltado para as anotações do contexto da coleta de dados e comentários. As anotações no diário de campo foram realizadas de forma livre, de acordo com as impressões do pesquisador. Este instrumento, que teria uma função auxiliar, por vezes serviu como instrumento essencial na coleta de informações que são referidas após o encerramento da "entrevista oficial". Em geral, informações referentes aos bastidores do processo não são percebidas pelo entrevistado como aceitáveis para registro. O diário de campo possibilitou o registro das impressões do pesquisador em relação ao contexto subjetivo das entrevistas.

2.4. As etapas da pesquisa

Esta pesquisa desenvolveu-se pelas seguintes etapas:

- 1) A revisão bibliográfica do tema desinstitucionalização foi realizada nas bases de dados correntes. Utilizando os descritores "Reforma Psiquiátrica", "Desinstitucionalização saúde mental", "desospitalização saúde mental" foram selecionados textos da literatura nacional e internacional que possibilitaram um levantamento do processo de Reforma Psiquiátrica com suas vertentes no que diz respeito à desinstitucionalização, os sistemas de saúde mental, estratégias de reorientação do modelo psiquiátrico tradicional entre outras.

- 2) A pesquisa documental foi iniciada em paralelo a revisão bibliográfica. Nesta fase foram mapeados os autores, periódicos, livros, relatórios de pesquisa, relatórios de gestão e planos de metas da SES RJ e SMS- Pbi. O objeto desta etapa era o levantamento do maior número de registros sobre o modelo assistencial em saúde mental na cidade de Paracambi. O enfoque estava no processo de desinstitucionalização dos ex-internos da Casa de Saúde Dr. Eiras.

Foram considerados como parte relevante da pesquisa os registros da história da construção da cultura manicomial na cidade, ações voltadas à implantação e consolidação do programa municipal de saúde mental, além das intervenções culturais voltadas para a transformação do imaginário social.

Este levantamento foi complementado com a ida ao município de Paracambi para coleta de materiais publicitados pelo programa de saúde mental municipal, câmara de vereadores, ministério público, sindicato dos trabalhadores de saúde local e Secretaria Municipal de Saúde. Esta busca teve limitações quanto aos documentos disponíveis nos órgãos governamentais municipais com registros públicos do tema. Uma parte importante deste material foi cedida por atores do processo que armazenaram em arquivos pessoais alguns registros.

Com esta técnica buscou-se um reconhecimento inicial da realidade local anterior ao ano 2000 (início da reestruturação das ações em saúde

mental), das questões discutidas no programa de saúde mental além do mapeamento da estrutura assistencial e dos atores.

- 3) A terceira etapa envolveu as entrevistas abertas. Nestas buscou-se, por meio dos relatos dos atores escolhidos, realizar um levantamento ordenado no tempo da história do modelo assistencial em saúde mental da cidade de Paracambi. Além disto, os processos de pactuações políticas e ações desenvolvidas pela gestão estadual, federal e municipal, o papel do Ministério Público e demais ações foram temas abordados, que permitiram a apreensão das estratégias que viabilizaram a criação de políticas específicas para a reinserção da clientela moradora na CSDE-PBI.

Esta etapa revelou-se o momento de maior aproximação com o campo de estudo, quando a relação pesquisador-entrevistado teve repercussão no conteúdo expresso nas entrevistas. A busca por uma maior 'intimidade' com as vivências do entrevistado deu-se por meio de questões iniciais sobre seu percurso na saúde mental. O resgate de experiências afetivas do período de formação e as motivações que definiram suas escolhas de trabalho enriqueceram o escopo de informações fornecidas. Assim, permitiram inferências sobre a repercussão destas na forma de inserção neste processo em Paracambi.

- 4) Quarta etapa – Transcrição das entrevistas, sistematização e análise dos dados.

2.5. Análise dos dados

A experiência investigada neste estudo de caso apresenta nuances complexas devidas à variedade de intervenções. Subdividimos estas em dimensões, realizadas em níveis distintos que pautados no referencial da Reforma Psiquiátrica, em conformidade com a conceituação de Amarante (2003).

Como estratégia geral de análise, optamos por uma abordagem descritiva inicial. Segundo Yin (2005, p. 143): “O objetivo primeiro do estudo de caso pode não ser uma descrição, mas uma abordagem descritiva pode ajudar a identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas[...]”.

Neste sentido, a abordagem descritiva permitiu organizar os dados. Esta estratégia não é a mais frequentemente utilizada nos estudos de caso. Entretanto, algumas análises de estruturas complexas, como o estudo de Middletown de Lynd & Lynd citado por Yin (2005), ratificam esta abordagem. É uma estratégia analítica útil quando são necessárias análises de múltiplas áreas e decisões implantadas como nos casos de políticas e programas sociais.

Na análise dos dados deste estudo de caso, optamos por uma abordagem descritiva na primeira etapa de tratamento. Esta permitiu organizar os conteúdos de forma cronológica e agrupar um conjunto as informações disponíveis em cada período. O produto foi uma reconstrução da história da assistência em saúde mental na cidade, que agregava, além da organização de dispositivos, uma percepção das disputas em jogo ao longo do tempo.

Em uma segunda fase, as informações foram agrupadas em macro-categorias. Utilizando-se dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a categoria considerada de maior relevância no contexto, a desinstitucionalização, foi a norteadora da organização dos dados. Estes foram subdivididos de acordo com a sua proximidade das dimensões teórico-assistencial, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural (AMARANTE, 2003, op. cit.). Esta categorização, além dos eixos norteadores do processo de desinstitucionalização descritos acima (categorias analíticas) considerou categorias empíricas, que são aquelas encontradas durante o procedimento da pesquisa (MINAYO, 1998).

A partir da sistematização descrita, o tratamento foi realizado por meio da análise de conteúdo. Minayo (1998, p.203) afirma que:

“ [...] a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.”

Neste estudo, partimos do pressuposto de que a mensagem transmitida pelo entrevistado não se resume ao significado literal das palavras expressas. Estas representam o olhar do interlocutor sobre a realidade vivenciada e desta forma é fundamental considerar o contexto e a escolha de determinados caminhos de discussão.

A análise dos dados coletados, seja por meio das entrevistas, seja da pesquisa documental, demanda um rigor que supere a “ilusão da

transparência” dos fatos sociais, recusando ou tentando afastar os perigos da compreensão espontânea (BARDIN, 2008, p.30).

Bardin destaca a utilidade da análise de conteúdo quando se busca compreender além dos significados imediatos da comunicação. Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi desenvolvida pela técnica de análise temática, que objetiva descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Segundo Bardin (idem, p. 220), esta “é transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos”.

Esta análise dos dados desenvolveu-se por etapas durante a investigação, no campo. Os dados documentais foram sistematizados por temas e separados em dados quantitativos e qualitativos. Os dados da pesquisa documental foram tratados em uma fase anterior à realização das entrevistas e subsidiaram o pesquisador no aprofundamento dos temas levantados pelo roteiro de entrevistas.

Os dados quantitativos foram sistematizados e inseridos na discussão ao longo de todo o texto descritivo. O objetivo desta formatação foi o de ampliar a compreensão do contexto das ações desenvolvidas e caracterização do estado da arte do processo de desinstitucionalização.

Os principais entraves ao processo de desinstitucionalização foram sistematizados a partir das informações obtidas nas entrevistas e complementadas com as informações encontradas nos documentos de acesso público.

2.6. Aspectos éticos

Esta pesquisa envolveu seres humanos de forma direta por meio do uso de informações obtidas em entrevistas. Tomando como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP-ENSP, protocolo nº 331/11, CAAE 0349.0.031.000-11, sendo aprovada em 08/02/2012, garantindo assim o respeito aos aspectos éticos e sociais.

Cada entrevistado foi esclarecido de forma detalhada sobre os objetivos da pesquisa, sua justificativa, os métodos de coleta de dados e análise, bem como quanto ao uso das informações fornecidas. Sendo assim, o entrevistado teve a liberdade de autorizar ou não o uso de seus dados pela assinatura de consentimento livre e esclarecido – conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aos sujeitos da entrevista foi garantido o sigilo de sua participação e identidade. As entrevistas foram gravadas em áudio em formato MP4 e os arquivos estão sob a guarda exclusiva do pesquisador responsável.

Não será autorizado o uso das entrevistas na forma de áudio ou permitido o acesso às transcrições de outros pesquisadores que não sejam o autor do estudo. Todas serão armazenadas por um período de cinco anos. Os entrevistados foram devidamente informados que poderiam ter acesso ao áudio de sua entrevista e, a qualquer tempo, solicitar a retirada de sua participação e fala.

As entrevistas foram identificadas por letras aleatórias e da mesma forma foram feitas as referências no texto da tese, como forma de resguardar a identidade dos participantes.

Ainda que os resultados da pesquisa sejam posteriormente divulgados na forma de artigos científicos, as informações serão publicadas de forma a impossibilitar a sua identificação.

No entanto, apesar de não terem sido identificados pela pesquisadora riscos diretos aos sujeitos da pesquisa e ter sido assegurado o sigilo da identidade dos participantes em publicações e relatórios de pesquisa e garantida a confidencialidade do material arquivado, existe um risco indireto da identificação dos sujeitos por meio de fragmentos relatados de suas práticas e falas.

Foi esclarecido aos participantes que será assegurado o direito de não autorizar, a qualquer tempo, a divulgação de sua fala ou parte de sua entrevista. Da mesma forma, caso acredite poder sofrer algum prejuízo, será garantido o direito de ter retirada sua participação da pesquisa sem prejuízo para si.

Também, foi firmado o compromisso do retorno dos resultados para o programa de saúde mental local na forma de seminário devolutivo após a defesa da tese.

Esta pesquisa visa a contribuir para que, a partir da experiência em curso, sejam apreendidas as estratégias utilizadas no processo de fechamento do macro-hospital psiquiátrico local e de que forma isto influenciou a rede de

saúde mental do município de Paracambi. A percepção dos atores do processo será a fonte da reconstrução da história da desinstitucionalização dos ex-internos da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, bem como de seus principais impasses e avanços. Desta forma, este estudo de caso permitirá a ampliação do conhecimento sobre os instrumentos, estratégias e principais dificuldades na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional por meio da construção de redes de cuidado.

CAPÍTULO III

ALGUNS PONTOS REFERENCIAIS SOBRE O MARCO TEÓRICO

O objeto de pesquisa desta tese insere-se em uma teia complexa de inter-relações que explicitam o elo entre a saúde mental e a saúde coletiva. Na tentativa de demarcar o lugar onde se insere o autor, inicio este capítulo sobre os conceitos utilizados como referenciais com esta afirmativa. Ao propormos uma discussão sobre uma experiência de desinstitucionalização, marco referencial da Reforma Psiquiátrica, à luz de eixos norteadores da Reforma Sanitária, buscamos reafirmar que a primeira está contida nesta última, apesar de seus movimentos coexistirem em paralelo nas últimas décadas.

Nesta perspectiva, para garantir a sustentabilidade da reorientação de um modelo de assistência em saúde mental, cujo objeto é a doença mental, para outro no qual o objeto do cuidado é o sujeito em sua existência e sofrimento, se faz necessário o compromisso com um processo de transformação dos valores de uma sociedade. Com a construção de uma sociedade solidária e democrática.

Segundo Paim (2008), a Reforma Sanitária poderia ser definida como uma “reforma social” tendo como elementos constituintes a democratização da

saúde; a democratização do Estado e, por fim, a democratização da sociedade. Defende que esta é admitida por alguns setores do movimento sanitário como um projeto civilizatório.

Por sua vez, Yasui (2010) refere-se aos princípios da Reforma Sanitária compartilhados pela Reforma Psiquiátrica como sendo a universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersetorialidade e controle social. Deste modo, partiremos da concepção de que o fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras – Pbi desencadeou um processo de transformação da sociedade local não apenas ao ampliar seus recursos em saúde, mas trilhando um caminho voltado para a inclusão do diferente, aceitação de sua diversidade e construção de novos valores sociais. Retomamos assim o discurso de Yasui (2010, p.179) no qual afirma, referindo-se ao cotidiano do trabalho na Reforma Psiquiátrica, que “Essa arte do cuidar, que se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, produz relações sociais norteadas pelos valores da solidariedade, da coletivização, criando resistência à conformidade, à mesmice”.

A atual discussão em curso sobre as práticas em saúde mental exige cautela na definição de seus referenciais teóricos. Referimo-nos a importância de analisar o processo de desinstitucionalização neste estudo de caso. Utilizamos como embasamento o conceito descrito por Rotelli (2001, p. 29-30):

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema.[...]O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do

paciente”.[...]O problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.

A implantação da rede de atenção psicossocial no processo de desinstitucionalização da CSDE-PBI será observada a partir de um olhar multifacetado que envolve vários campos de saberes e práticas. Utilizamos as dimensões da Reforma Psiquiátrica caracterizadas por AMARANTE (2003) como categorias referenciais para a análise desenvolvida, pois o autor discute os conceitos e as práticas em saúde mental a partir da noção de complexidade que as abarca.

A compreensão da Desinstitucionalização, na definição de Rotelli (2001, p.18), como um processo social complexo, nos reporta a percepção de movimento, em contraposição ao definitivo, não mutável. Assim as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-políticas e sociocultural permite-nos refletir sobre o caso de Paracambi, considerando a psiquiatria em suas relações de poder, suas relações com o mundo social no qual se insere, sem o qual não é possível uma análise consistente (BASAGLIA, 2005).

3.1 A dimensão teórico-conceitual

Compreendemos o campo da saúde mental como um entrecruzamento de saberes e práticas. A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, se opera uma transformação não apenas das concepções de saúde-doença, mas uma ruptura com o paradigma hegemônico na psiquiatria tradicional. De acordo com Costa-Rosa & cols. (2003, p.28): “Ao se buscar a superação do saber

psiquiátrico, sobretudo do paradigma doença-cura, procurou-se romper com práticas identificadas com o modelo clínico,⁷ por considerá-las ineficazes e segregadoras”. Deste modo, opera-se uma mudança do objeto de intervenção, não é mais reconhecido como a doença, passando a ser considerado o sujeito em seu sofrimento (Rotelli, 2001).⁸

Na perspectiva da identificação das necessidades de cuidado pautada nesse referencial, podemos destacar que para além do adoecimento físico, o “sofrimento” passa a ser compreendido como uma teia complexa de questões subjetivas e também objetivadas por aspectos que dizem respeito à história de vida do sujeito e às suas condições de existência. Concordamos com Basaglia (2005) em sua proposição de que para o enfrentamento científico desta questão é preciso colocar “a doença entre parênteses” de forma a ser possível ocupar-se das pessoas concretas e não do “duplo” da doença mental que se configura em um reflexo da construção histórica e socialmente determinada do lugar do louco na sociedade (AMARANTE & GULJOR, 2005).

Dentre os princípios norteadores de tal processo, consideramos o conceito de integralidade em seu sentido polissêmico. A integralidade como diretriz constitui um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e concordamos com Mattos (2001) ao classificá-la como uma “imagem-objeto”. Refere-se a este conceito como um conjunto de valores relacionados

⁷ Chamamos de modelo clínico o que envolve práticas cujo objetivo se restringe à adaptação do sujeito à sua condição de objeto sob respaldo de uma cientificidade positivista.

⁸ Optamos por enfatizar que esta afirmativa não se refere a uma negação da existência dos transtornos mentais. No entanto, a visão aqui destacada é que as ações de cuidado passam a considerar o sujeito com todas as questões que permeiam o seu modo de andar a vida.

a uma sociedade mais justa e igualitária. No seu aspecto técnico, constitui o conjunto de práticas que reflete características do sistema de saúde e suas instituições. De acordo com Silva & Guljor (2009, p.32), “do ponto de vista jurídico-institucional, a integralidade é definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema”.

Ao pensarmos na desinstitucionalização, a integralidade se contrapõe a dois elementos ordenadores do modelo psiquiátrico tradicional. Primeiro, no que se refere à segregação, ao estabelecer conceitualmente uma possibilidade de livre arbítrio do usuário e o direito à convivência. Depois, ao impedir que o isolamento seja utilizado como instrumento terapêutico (ALVES, 2001). A integralidade na saúde mental amplia a noção textualmente descrita na Constituição Federal e se apresenta em seu aspecto polissêmico de modo marcado. Ou seja, não se constitui apenas no direito ao acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, mas inclui uma dimensão conceitual, sociocultural e política que se associa aos aspectos técnicos.

A reinserção psicossocial dos usuários, principalmente daqueles com longo tempo de permanência institucional (ainda uma realidade na assistência psiquiátrica brasileira) perpassa interseções de vários campos, pois a necessidade do ser integral no cuidado implica casa, emprego, lazer e construção de rede social, para além da atenção possível por meio de uma reorientação do modelo de assistência. Não basta repensar a organização de serviços, as suas diretrizes devem ultrapassar os espaços institucionais. Neste sentido, integralidade constitui intersetorialidade e participação social.

A intersetorialidade também se apresenta como contraposição à lógica da exclusão e do isolamento ao romper com a ideia de respostas únicas e padronizadas. As intervenções primam pela diversidade dos campos do conhecimento e suas instituições ampliando a contratualidade dos sujeitos em sofrimento. Para maior clareza, utilizamos o conceito de intersetorialidade como “socialização ativa” que pressupõe como função dos dispositivos uma ativação da integração das redes sociais com as instituições (VENTURINI, 2010). Assim, busca-se criar um universo de trocas e encontros que proporcionem a retomada da condição de “sujeito de direitos” aos portadores de transtornos mentais.

O status de cidadão apenas poderá ser alcançado pela garantia de acesso aos meios de subsistência e de acumulação de capital social⁹ que legitime o sentimento de pertencimento ao território onde se insere o louco. Em última instância, a legitimação de seu lugar social se dá pelo reconhecimento que lhe é endereçado pelas instituições e pelas pessoas.

As transformações “desinstitucionalizantes” pautadas na intersetorialidade, para serem operacionalizadas passam pela articulação entre pessoas e instituições, ou seja, pelo tear de uma rede societária que contemple

⁹ Bourdieu (1998, p.67) define como capital social “o conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis”.

em vários níveis as necessidades do sujeito em sofrimento. Neste aspecto, consideramos as necessidades referidas por Venturini (2010) como inerentes ao sofrimento mental, quais sejam: as necessidades de tratamento que abrangem respostas no campo da saúde; as necessidades de assistência nas quais políticas de habitação, benefícios sociais e oportunidades de geração de renda se impõem como determinantes e, por fim, as necessidades existenciais que falam dos aspectos afetivos e solidários oferecidos pelas redes primárias. Para a ativação de todas estas “respostas”, o trabalho se faz com pessoas e os profissionais de saúde mental e encontram no protagonismo destas ações como mediadores.

Ao mesmo tempo em que os profissionais medeiam as articulações institucionais e a vida cotidiana no território, este processo apenas tem sentido se pensado como uma transição de poder, ou melhor, dizendo, um “empréstimo de poder contratual” (KINOSHITA, 1996) ao usuário para que progressivamente se instrumentalize e assuma o protagonismo de sua vida em sociedade.

Por sua vez, estas conquistas se traduzem em uma gradual participação do sujeito louco no corpo social. A emancipação destes de uma existência mortificada¹⁰ pela institucionalização (GOFFMAN, 2001) ou pelo estigma da periculosidade e incapacidade. Sendo assim, o conceito de participação inclui

¹⁰ A mortificação do eu corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a homogeneização subjacente aos mecanismos disciplinares, seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais; seja pela transformação do interno em objeto. (GOFFMAN, 2001; VIZEU, 2005)

não apenas a participação popular, mas também as relações com o território e seus personagens. Estar na vida cotidiana significa fazer parte das pactuações de uma comunidade. Participar dos eventos sociais, organizar comemorações coletivas, levar suas demandas ao vereador, discutir política e eleger seus representantes, reivindicar melhorias para seu bairro, inserir-se na escola integrando-se a suas atividades comunitárias, etc. Deste modo, estamos utilizando o conceito de participação para além da inserção nos espaços decisórios da política (conselhos de saúde, movimentos sociais específicos).

Acioli(2005, p.296) conceitua este tipo de participação como “participação popular”, que é cunhada de forma a se contrapor a outros tipos de participação social. Diz sobre esta: “[...] é uma forma de participação que enfatiza a expressão política de grupos representativos da sociedade civil, junto a espaços de definição de políticas públicas de cunho social.” De acordo com Riosapud Stotz (2008), a participação no sentido sociológico pode ser compreendida em dois sentidos. Em um sentido amplo, se reporta a integração e a forma de incorporação do indivíduo ao grupo. Assim se refere Stotz(2008):

[...] participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. A participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não. Na medida em que a ação mobiliza o sujeito do ponto de vista emocional, intuitivo e racional, a participação pode ser entendida como um princípio diretor do conhecimento, variável segundo os tipos de sociedade em cada época histórica.

A atual política do Ministério da Saúde no campo da saúde mental está voltada prioritariamente para a questão do acesso e da equidade, que também são diretrizes do SUS. Cecílio (2001) destaca que não é possível a

integralidade e a equidade sem a universalidade do acesso, referindo-se às necessidades de saúde da população. Deste modo, entendemos que é mister os recursos técnicos, políticos e financeiros para o desdobramento das ações no âmbito de uma clientela longamente institucionalizada. Esta constitui uma massa de moradores de instituições psiquiátricas públicas e privadas marcada pela miséria e destituída, em sua maioria, de seu poder contratual.¹¹ O cuidado a ser oferecido está arraigadamente envolvido com a equidade. Ressaltamos a definição de Malta:

A equidade é entendida como a superação das desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. [...] Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA, 2001, p.135-136).

No que diz respeito às ações em curso, a prioridade dada à extinção dos macro-hospitais tem como consequência a necessidade de construção de políticas específicas para esta clientela de longa permanência institucional. Em processos como a intervenção na Clínica Dr. Eiras de Paracambi, que têm como objetivo a reinserção comunitária de mais de mil internos, a equidade é um norteador determinante para o êxito desta intervenção. A vulnerabilidade desta clientela a coloca em posição de desvantagem na dinâmica das trocas sociais. Justifica-se, por exemplo, a destinação de casas mantidas pelo poder público, a garantia de transporte público gratuito por meio de passes-livre, entre

¹¹ De acordo com Kinoshita (1996), o poder contratual é o valor atribuído a cada indivíduo dentro do universo social, sendo este o pressuposto para o processo de trocas sociais.

outros benefícios, sem os quais não seria possível sua subsistência na comunidade.

Ao mesmo tempo, ainda é premente a resolução de questões que envolvem a política de bem-estar social na garantia dos direitos básicos de cidadania, que muitas vezes demandam a inclusão do Ministério Público no processo. Revisão de curatelas e busca de documentação, entre outras questões, são necessárias como primeiros passos no que se refere a estratégias singulares sobre o coletivo institucionalizado que atravessa o conceito de integralidade.

Ainda no que diz respeito aos sentidos da integralidade, nos debruçamos sobre a mobilização dos gestores dos diversos municípios envolvidos, nos recursos da cidade ou cidades e mesmo a necessidade de estruturar um “como fazer” a partir de realidades peculiares a cada território. A integralidade neste aspecto engloba a gestão como uma de suas estratégias. A gestão encarada em sua dimensão de macro e micropolítica. No que diz respeito à primeira, podemos considerar as questões ligadas aos investimentos e às prioridades da política de saúde. O compromisso do gestor, a vontade política, e a governabilidade em seu âmbito de atuação são determinantes na construção das estratégias e na destinação de recursos.

Na micropolítica, a conformação de equipes nas quais a resolução do sofrimento seja orientadora das intervenções é também um desafio de uma gestão norteada pela integralidade. Assim, pressupõe um olhar que se permite afetar pela intersubjetividade e não cristalizado pelos fluxos e dados planejados

a priori em função de economia orçamentária e em detrimento das necessidades da população. As necessidades de cuidado se configuram como eixo orientador, como subsídio para o planejamento das intervenções.

Para finalizar a discussão sobre os sentidos da integralidade, introduzimos o cuidado como primeiro objetivo. O conceito de cuidado, deste modo, é definido como uma atitude (BOFF, 2008). Corroboramos com Yasui, ao afirmar que “Mais do que uma essência do trabalho na saúde, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro.” (2010, p.118).

Neste sentido, como elementos constituintes do cuidado, apontamos a responsabilização, o acolhimento, o acompanhamento contínuo e o trabalho em equipe que se processa em um determinado território. Ao falar sobre o lócus de intervenção, Pitta destaca:

Território é, sem dúvida, um espaço humano socialmente selecionado para a vida e a sobrevivência de um sistema no interior do qual uma prática social se faz, e, é a noção de territorialidade no sentido mais subjetivo, mais fenomenológico, com todos os que nele habitam e/ou transitam, seus signos e significados, a melhor nomeação para um terreno sobre o qual uma rede de iniciativas múltiplas agencia cuidados de saúde e inclusão social. (2001,p.23).

A integralidade neste estudo será considerada como uma macro-categoria orientadora das análises, e a noção de “estratégia”, como uma categoria analítica do processo de desinstitucionalização. Esta última, no campo do planejamento em saúde mental, “radicaliza o caráter de transitoriedade, isto é de constante não equilíbrio, e assume uma oposição explícita ao conceito de modelos, tão ao gosto das ciências positivas.” (GIOVANELLA & AMARANTE, 1994, p. 137).

A diversidade de ações em curso demanda a construção de uma investigação não voltada para o estabelecimento de juízos de valor, mas sim para a captação dos movimentos da macro e da micropolítica que são construídos ao longo do processo de trabalho à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Em última instância, analisando o processo de produção de novas tecnologias de cuidado.

3.2. A dimensão técnico-assistencial

A mudança do locus de intervenção da doença para o sujeito em sofrimento envolve uma reorientação das ações para além da reorganização de serviços. Como já discutido anteriormente, o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras teve como orientador a desinstitucionalização e desta forma entendemos a construção de um sistema complexo, em rede. Como objeto da análise, consideramos inicialmente como dispositivos da rede de cuidado as estratégias definidas por Alves e Guljor (2004): Centros de atenção psicossocial, atenção básica/Programa de Saúde da Família (PSF), ambulatórios, hospital geral, moradia, trabalho, lazer/cultura.

No decorrer da pesquisa foram incluídos outros dispositivos que compuseram a rede assistencial, como a enfermaria de transição no Instituto Municipal Nise da Silveira da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro, os leitos clínicos no Hospital Universitário Clementino Fraga da UFRJ. Também consideramos dispositivos com um caráter clínico-institucional sem necessariamente se configurarem em uma unidade de saúde,

tais como: o colegiado de gestores da rede de saúde mental de Paracambi, o fórum de coordenadores de saúde mental e as equipes de desinstitucionalização da Assessoria de Saúde Mental da SES-RJ (comissão de acompanhamento técnico/CAT e o Grupo de profissionais supervisores de programas/G8).

Os Centros de Atenção Psicossocial estabelecem uma ruptura com a lógica do isolamento preconizado no modelo da psiquiatria tradicional. Constituem serviços de base territorial, cuja relação com a comunidade busca um cuidado voltado para a restituição do poder contratual dos sujeitos envolvidos. Se pensarmos a questão do território, conforme Milton Santos (2005)teremos algo da ordem do simbólico, das relações/redes, do lugar afetivo e, portanto, para além do geográfico.

As atividades coletivas e singulares permitem a troca a partir de uma clínica ampliada que, segundo Campos (2001, p. 101):

[...] seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbência a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão. Responsabilizando-se não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários.

Os CAPS se constituíram nos primeiros dispositivos de cuidado, norteados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a serem implantados no país. As primeiras experiências datam do final da década de 1980 nas cidades

de Santos e de São Paulo,¹² Os dispositivos territoriais têm as portas abertas e funcionam em duas modalidades: nos dias úteis, de segunda a sexta feira, em período diurno – CAPS I e II, ou em regime de 24 horas durante todos os dias da semana – CAPS III. Este último com leitos de acolhimento noturno para até 10 usuários. Em sua regulamentação preveem uma setorização por faixa de idade como CAPS infantil ou por agravo, como os voltados para os usuários abusivos de substâncias psicoativas – CAPS Álcool e Drogas. São considerados pelo Ministério da Saúde como estratégicos na organização da rede de saúde mental no território.

Desde então o número destes “novos” serviços cresceu exponencialmente por todo o país e já se contabilizam muito mais de milcentros de atenção psicossocial. Em seu percurso de mais de 20 anos, novas questões se apresentaram, representando avanços e, em alguns casos, retrocessos. No entanto, a lógica do cuidar com liberdade se mantém como orientadora das práticas, mas não há garantias de que na totalidade destas instituições a ruptura com o modelo manicomial tenha sido alcançada.

Como já citado, em nota, a literatura produzida sobre este tema é ampla. Destacamos a compreensão do CAPS como um conceito operacional (ALVES & GULJOR, 2004). Deste modo, estamos nos referindo a um *modus operandi* no qualo trabalho no território, em equipe interdisciplinar e voltado para a

¹² Ver mais sobre o tema em YASUI,1989; NICÁCIO, 1994; GOLDBERG,1998; SARACENO, 1999; KODA, 2002; GULJOR,2003.

produção de um cuidado focado no sujeito e para suas necessidades é o norteador das análises realizadas nesta pesquisa.

Os serviços residenciais terapêuticos também constituem espaços de liberdade, lugares de pertencimento de cada usuário. A moradia se apresenta não como um "serviço de saúde", mas como espaço de produção de subjetividade, de referências, de acolhimento. De acordo com Vasconcelos (2006, p. 53):

[...] os dispositivos residenciais de boa qualidade acoplados a serviços e dispositivos de atenção psicossocial adequados constituem os elementos-chave na substituição dos leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas tradicionais [...].

Estes recursos de moradia atualmente são chamados de Serviços Residenciais Terapêuticos e Serviços Residenciais Terapêuticos de cuidados intensivos na denominação oficial do Ministério da Saúde. Entretanto, no percurso da Reforma Psiquiátrica foram incluídas "invenções" nesta categoria, muitas reproduzindo experiências de países da Europa ou dos Estados Unidos.¹³

Tal qual antes da regulamentação pelo poder público, as chamadas naquela época de moradias assistidas, hoje são casas adquiridas ou alugadas pelos usuários que são acompanhadas pelas equipes de saúde mental dos dispositivos territoriais. Outra configuração são as casas de passagem ou casas de transição utilizadas como recurso temporário, próximo ou anexo à

¹³ Para maiores detalhes VASCONCELOS, 2006; FURTADO, 2006a; MILAGRES, 2003.

instituição asilar, que funcionariam como uma experiência inicial antes da inserção definitiva em seu município de origem. Estas experiências são mais frequentes em hospitais de custódia e tratamento e em ações de fechamento de grandes instituições asilares. Ramon apud Vasconcelos (2006) descreve uma classificação utilizada para definir os subtipos encontrados nos países europeus, que muito se assemelham aos subtipos encontrados no Brasil.

Em comum, todas são acompanhadas pelos profissionais de saúde mental e referenciadas aos serviços territoriais. A clientela moradora possui graus distintos de autonomia e isto determina a intensidade do suporte oferecido. Deste modo, existem residências com cuidadores 24 horas e adaptadas para moradores com necessidades especiais – na locomoção, nos cuidados de higiene pessoal e alimentação, na autonomia de circulação no território. Outras possuem apenas uma diarista, cuja função é cuidar da limpeza e da alimentação. Enfim, os arranjos são organizados de forma singular a partir do coletivo envolvido.

O desafio destes dispositivos é a construção de uma ambiência de lar, de um sentimento de pertencimento. Mas, como problematiza Cavalcanti et al (2006), a garantia de que se opera uma diferença entre os SRTs e um espaço institucional asilar baseia-se em dois aspectos assim descritos:

[...] o primeiro diz respeito à qualidade da relação que se estabelece neste espaço, ao passo que o segundo se refere ao grau de poder que é dado ao sujeito para gerir e tomar decisões sobre este mesmo espaço – o que não se faz sem enormes dificuldades [...] (idem, idem, p.85).

Sendo assim, se mantém como objetivo esta construção. Permanece um tensionamento no trabalho nestas casas. A função de reconstruir uma cotidianidade, o dia a dia das coisas simples da vida, com uma população destituída por vezes da própria identidade implica um trabalho que mantém o operador na contradição entre uma casa e um serviço. Esta contradição, necessariamente, precisa ser identificada já que este espaço não se propõe a ser uma instituição de saúde, mas possui recursos concernentes a mesma. Concordamos com Cavalcanti et al (2006) em que talvez não haja uma resposta, apenas pela coletadiária de novas conquistas até que seja possível que estes sujeitos prescindam destes recursos.

Ao mesmo tempo, as articulações no território também se inserem nesta questão do morar. A vizinhança, as redes solidárias e a participação destes sujeitos na vida em uma comunidade, juntamente com os aspectos anteriores, fazem a diferença entre uma simples mudança de endereço e uma efetiva reinserção psicossocial.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde em seus relatórios de gestão (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011) consideram a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica como um objetivo a ser atingido. A ampliação da rede de cuidados por meio da atuação compartilhada entre a atenção básica e a saúde mental possibilita que a maior proximidade com o território e suas nuances potencialize a oferta de cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

Desde o início da década de 2000, as discussões sobre as estratégias utilizadas para lograr esta aproximação tem gerado seminários e pactuações. Como primeiro desdobramento, foi publicada a Circular Conjuntan.º 01/2003 pela Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica e mais recentemente as Portarias 154/2008 e 2843/2010 que estabelecem respectivamente a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o NASF III. Ambos constituindo estruturas de suporte às equipes de atenção básica que possuem profissionais especializados em várias áreas, entre estas a saúde mental.

Seu objetivo é potencializar as ações no território, além de instrumentalizar estas equipes com ferramentas referentes aos cuidados específicos em sua área de atuação. Os NASFs III são estruturas semelhantes, mas destinadas ao suporte a situações envolvendo o uso prejudicial de substâncias, principalmente o crack. Desta forma, as unidades básicas de saúde, a estratégia de saúde da família com os NASFs, são os dispositivos considerados como referência das ações de inclusão.

Como afirma Souza (2012, p. 31):

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica caracteriza-se como uma nova maneira de buscar formas coletivas de lidar com questões do sofrimento psíquico, buscando a criação e consolidação das redes existentes no território. [...] a corresponsabilização pela saúde do outro, a realização de grupos e oficinas terapêuticas para as pessoas que frequentam as unidades de saúde independente de seu diagnóstico, a maior aproximação com a comunidade, possibilitando trocas de experiências, e, principalmente, a criação e potencialização dos recursos locais.

Dentre as justificativas para a relevância desta articulação está a identificação de que 56% das equipes de saúde da família mencionam que realizam algum procedimento em saúde mental (BRASIL, 2003). Outro aspecto refere-se aos municípios de pequeno porte em relação aos dispositivos de cuidado em saúde mental. O Ministério da Saúde preconiza que naqueles com população inferior a 20 mil habitantes a estratégia de cuidado em saúde mental seja executada por meio da atenção básica. Se considerarmos que 73% dos municípios brasileiros se encontram nesta faixa populacional (IBGE, 2012), a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica adquire uma proporção significativa.

Os princípios fundamentais que norteiam as articulações entre a saúde mental e a atenção básica contemplam (BRASIL, 2003a, p. 03):

[...] noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

As formas como estes preceitos são construídos a partir do contexto de cada local. Estas ações incluem a utilização do matriciamento, de oficinas abertas à população, mas fundamentalmente acontecem a partir da capilarização das ações no território e da responsabilização compartilhada sobre toda a demanda. Várias interrogações ainda se colocam como, por

exemplo, a seleção da clientela para atendimento na atenção básica, os limites destas articulações, entre outras.¹⁴

Ainda quanto aos dispositivos contemplados nesta dimensão, o hospital adquire características diferenciadas, pois não se preconiza o hospital psiquiátrico, mas leitos em hospitais gerais. Este aspecto ainda é alvo de polêmicas, já que enfermarias em hospitais gerais não garantiriam por si só uma ruptura com a lógica do isolamento. Entretanto, as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais têm sido utilizadas como alternativa a internação psiquiátrica asilar. As internações mais curtas, segundo Dalgarrondo (1997), evitariam o hospitalismo, a cronificação, a perda da identidade, dos vínculos sociais e da cidadania.

A primeira unidade psiquiátrica em hospital geral na concepção moderna surgiu em 1902 no Albany Medical Center em Nova York. Sua grande expansão ocorreu após a II Guerra Mundial, no bojo das críticas que se iniciam ao modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos. Em alguns países europeus, como Itália e Inglaterra, além dos EUA, este dispositivo teve ampla divulgação. (DALGALARRONDO, 1997), Na experiência da psiquiatria democrática italiana, a mais radical em termos de Reforma Psiquiátrica, na Lei 180 é abolida a construção de novos hospitais psiquiátricos e definido que devem ser instituídas nos hospitais gerais enfermarias psiquiátricas ou prontossocorros especializados (BARROS, 1994).

¹⁴ Ver mais sobre o tema em LANCETTI, 2001, SOUZA, 2006; NUNES et al., 2007;

Na experiência brasileira, a primeira Unidade de Internação Psiquiátrica em hospital geral surge em 1954, na Bahia, seguida de outra em São Paulo, no mesmo ano (MACHADO & COLVERO, 2003). No entanto, a sua regulamentação nos termos da Reforma Psiquiátrica dá-se em 1992 com a publicação da Portaria Ministerial n.º 224/92 que dispõe sobre os diversos dispositivos de atenção em saúde mental, entre estes o serviço de urgência em hospital geral e os leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral. Nesta portaria se explicita que

[...] o estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação seja necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. (BRASIL,2004, p.248)

Mais recentemente, foi publicada a Portaria n.º 148/2012 que estabelece o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a Pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde recorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Esta portaria define este dispositivo como um ponto de atenção no componente de Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012c). É importante destacar dois pontos nesta regulamentação que a diferenciam da anterior. O primeiro é a supressão do referente a ser utilizada como recurso último, depois de esgotadas as possibilidades de cuidado extra-hospitalares e, segundo, é uma ênfase no componente uso prejudicial de substâncias.

Por outro lado, estabelece como condição para a implantação a existência de Centros de Atenção Psicossocial ou ações de saúde mental na

atenção básica e determina a curta permanência da internação (sem especificar o número de dias). O número máximo estabelecido é de 30 leitos sendo que, em unidades que possuam até dez leitos, estes podem estar incluídos nas enfermarias de clínica médica ou pediátrica. Os leitos em hospitais gerais, apesar de há décadas estarem pautados na agenda da Reforma Psiquiátrica, apresentam uma expansão lenta. Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas apontam para a existência de um número inferior a 10% de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, se comparados ao número geral de leitos (BRASIL, 2007). As questões suscitadas por este dispositivo são inúmeras e uma vasta literatura pode ser encontrada a respeito do tema.¹⁵

Para finalizar esta dimensão, agrupamos algumas estratégias utilizadas nas práticas de cuidado, que se incluem como dispositivos de atenção, mas não constituem estruturas físicas. Algumas configurações de equipes de trabalho possuem especificidades tais que as consideramos como “unidades de intervenção”. Estas possuem como função ações específicas voltadas ao trabalho de desinstitucionalização, em geral, pela mediação na política e/ou no cotidiano da clínica. Estas equipes são formadas por profissionais de várias categorias, em sua maioria psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais com formação em saúde mental. Algumas incluem enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Desenvolvem trabalhos clínico-institucionais, sendo muitas vezes voltados para a supervisão de programas ou instituições.

¹⁵ Ver mais em LUCCHESI & MALIK, 2009; MACHADO & COLVERO, 2003; DALGALARRONDO, 1997; DELGADO, 1997.

Este tipo de desenho de equipe se reporta aos Programas de Acompanhamento Intensivo de Pacientes na Comunidade, com as primeiras iniciativas sendo identificadas já na década de 1970 (BANDEIRA, 2008). Os programas de acompanhamento intensivo foram criados na tentativa de garantir um suporte mais efetivo aos pacientes inseridos na comunidade após longos anos de internação psiquiátrica. Na sua maioria, quadros graves e persistentes com graus de autonomia reduzidos, principalmente no que se refere à capacidade de ter acesso aos recursos de saúde, sociais e comunitários.

De acordo com Bandeira (idem), esta estratégia, adotada pelas reformas psiquiátricas americana e italiana, destacou-se no cenário internacional pela eficácia. Na literatura, encontramos modalidades diversificadas de acompanhamento intensivo. Os Estados Unidos, para lidarem com as dificuldades do processo de "desinstitucionalização" iniciado na década de 1950 com a lei Kennedy, criaram duas modalidades de acompanhamento, o Case Management e o Program for Assertive Community Treatment (PACT).

Segundo Machado et al. (2007), em revisão de 20 anos de literatura sobre o tema, a modalidade de intervenção mais estudada é a tipologia americana. A autora descreve que o Case Management subdivide-se em *Case Management* de agenciamento (*brokering case management*) e *Case Management* clínico (*clinical case management*). A diferença entre estes reside no fato de no primeiro a equipe ser responsável pela inserção dos pacientes no território por meio de ações de abordagem e monitoramento da evolução destes, articulação entre os serviços da rede de saúde e na representação dos

pacientes na comunidade. Estas equipes possuem um grau de qualificação técnica menos especializada que as equipes do *Case Management* clínico. Este último realiza intervenções clínicas terapêuticas, além dos agenciamentos na comunidade.

A autora (*idem*) refere-se ao PACT como tendo sido elaborado inicialmente com o nome de grupo terapêutico comunitário (*communitytreatmentgroup*). Sua criação foi uma tentativa de resolver situações como o grande número de reinternações dos pacientes desospitalizados e para potencializar a relação destes na comunidade pelo treinamento de habilidades da vida diária. O PACT objetivava favorecer a retomada de uma vida normal na comunidade e evitar as internações. A equipe era multiprofissional e composta por profissionais com alto grau de especialização na área. Entre as ações estava a assunção de total responsabilidade pelo paciente, disponibilidade 24 horas, oferecimento de uma ampla gama de cuidados individualizados e com flexibilidade de estratégias, não ter tempo de duração definido para o término (acompanhamento contínuo) e atuação próxima ao paciente.

Estas estratégias de acompanhamento intensivo têm desenhos distintos em cada país de acordo com o contexto da Reforma Psiquiátrica local. Ou seja, os objetivos deste acompanhamento diferem não apenas pela configuração das equipes, mas de acordo com o arcabouço conceitual que justificam sua existência. No Brasil, podemos contabilizar várias experiências com estas equipes. Algumas vinculadas aos serviços territoriais outras às coordenações

municipais ou estaduais de saúde mental, com tempo determinado de funcionamento ou permanentes, como parte dos programas de saúde mental. Além disto, as responsabilidades, cobertura, número de técnicos, número de usuários e qualificação profissional são singulares em cada contexto.¹⁶

A dimensão técnico-assistencial inclui ações que permeiam todo o processo de desinstitucionalização. Deste modo, optamos por trazer para a discussão neste item um procedimento de transferência de usuários entre instituições fechadas. Por acreditar que na desativação de hospitais psiquiátricos este é um procedimento comum adotado por gestores como "solução" para dar conta das exigências de responsabilização sobre os usuários internados originários de seu município sem aumentar os investimentos na área de saúde mental. Outra situação são as transferências justificadas como uma transição para o trabalho específico de desinstitucionalização. Todas estas experiências, por fim, se desdobram na manutenção do isolamento em instituições psiquiátricas.

Vasconcelos (2006) define este procedimento como transinstitucionalização. Caracteriza-se como um deslocamento da clientela internada em hospitais psiquiátricos para outras instituições de mesmo caráter ou similares em sua lógica como asilos de idosos, penitenciárias, abrigos públicos, etc. Este fator é determinante na avaliação da efetividade do processo de desinstitucionalização de moradores dos macro-asilos, visto que a

¹⁶ Ver mais sobre o tema: BACHRACH (1989); BANDEIRA (1998); BANDEIRA (1994); SANZANA (2006); ALBUQUERQUE (2006).

reprodução dos mesmos é uma constante na história da psiquiatria sob justificativas diversas. O monitoramento dos usuários submetidos a tal intervenção é uma questão a ser discutida com vistas a exigir dos gestores as responsabilidades assumidas ou impostas quando da iminência do fechamento destas instituições.

3.3. A dimensão jurídico-política

No que diz respeito a esta dimensão, apontamos para as pactuações necessárias no âmbito da política para a criação das condições de possibilidade de uma rede de suporte social que dê sustentabilidade ao processo de desinstitucionalização. A análise das estratégias utilizadas no planejamento da estrutura de serviços construída no município de Paracambi e na Baixada Fluminense – por meio das parcerias entre as esferas de poder municipal, estadual e federal, além do Ministério Público – coloca em foco os diferentes graus de governabilidade que em cada etapa podem constituir impasses ou avanços.

Sendo assim, o levantamento das medidas jurídicas e da legislação específica para tal processo (como observamos nas portarias estaduais, no decreto municipal de intervenção, destinação de financiamento federal aprovado para tal finalidade, nas estratégias regionalizadas pactuadas nas

Comissões Intergestoras Bipartite entre outras¹⁷) é parte determinante para a compreensão da velocidade e efetividade do processo em cada localidade.

A dimensão jurídico-política, no estudo de caso proposto, assume uma configuração ampliada com a complexidade das ações realizadas mesmo no período anterior à intervenção oficial. No que se refere à política pública de saúde, a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a construção de um arcabouço consistente para a estruturação de uma rede de cuidados potente e a execução de medidas de controle do poder público sobre os serviços oferecidos à população.

Estamos nos referindo à Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1996) cuja vigência se estendeu ao primeiro período do processo de desinstitucionalização. Como diretriz, estabelece um radical avanço na responsabilização do município pela gestão das políticas de saúde e redefine o papel do estado e da União, considerando-os corresponsáveis pela gestão do sistema (BARRETO JR. & SILVA, 2004). Isto forneceu o respaldo técnico-político para qualificar o gestor estadual para o fechamento das internações e para instituir uma comissão de acompanhamento técnico para monitoramento das ações realizadas na instituição.

¹⁷Para maior detalhamento da legislação e financiamento ver GUITTON (2010), Projeto de desinstitucionalização e Acompanhamento técnico dos Internos da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi (SMS-PBI, 2003b); Plano de Reorientação da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi (BRASIL, 2000); Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro 1999-2003 (SES-RJ.ASM-RJ, 2003c); Análise de Impacto da Política de Saúde mental do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ, 2003b); GOMES et al. (2006).

No primeiro momento, sob a justificativa da incapacidade municipal paragarir o subsistema hospitalar em Paracambi,¹⁸ possibilita o gestor federal a desabilitar o município da gestão plena de seu sistema de saúde. Assim, o monitoramento do cuidado, bem como o repasse dos valores de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) da Casa de Saúde Dr. Eiras passam a ser de responsabilidade do estado. Da mesma forma, ratificava a atuação da equipe de supervisão hospitalar nas medidas de altas e transferências, quando necessário, principalmente nas altas para reinserção nas residências terapêuticas. Estas ações ocorreram após o reestabelecimento da gestão plena do sistema em 2002, por meio da assinatura de um compromisso entre as três esferas de governo, para o fechamento da instituição e a criação de uma rede de cuidados extra-hospitalar em saúde mental.

Em 2002, a NOAS 2002 fortalece a atuação do componente estadual em sua responsabilidade de regionalização. Considera o processo de regionalização como uma estratégia de hierarquização do sistema na potencialização da diretriz da equidade. A partir desta concepção, orienta a construção de um plano diretor estadual que contemple como exigências mínimas, entre outras, o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas de alta prevalência e o tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes (BRASIL, 2002).

¹⁸ Este quadro foi diagnosticado a partir das denúncias feitas pela Caravana da Cidadania realizada pela comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados em 1999, na Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi. Esta se desdobrou em uma auditoria feita pelo Departamento Nacional de Auditorias do SUS/ DENASUS, no mesmo ano. Em seu relatório, o DENASUS detalha as condições precárias de atenção aos internos da instituição sob responsabilidade municipal.

Neste sentido, orienta a criação de regiões de saúde que tenham como unidades mínimas territoriais os módulos assistenciais. A regionalização preconizada na NOAS 02 redefine o papel do Estado reforçando seu componente regulatório. De acordo com Hilhorist apud Lima et al (2006) os componentes estruturantes de uma regionalização que se utiliza das regiões de planejamento deriva de critérios técnico-administrativos a partir da atividade de planejamento.

A regionalização definida a partir deste marco representa uma intencionalidade da autoridade pública, que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do Estado ou, por exemplo, da focalização das políticas públicas setoriais em determinada parte do território. (idem, p.103).

A regionalização que teve curso durante o processo desinstitucionalização dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras – Pbi obedeceu ao planejamento definido no Plano de Reinserção dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras Pbi (BRASIL, 2000); e no Plano Estadual de Saúde Mental (SES-RJ.ASM-RJ, 2003a). Para que fosse possível a reinserção de mais de 1000 internos da instituição foi criado uma rede psicossocial envolvendo diversos municípios do estado, principalmente Baixada Fluminense e Rio de Janeiro.

A divisão por regiões de saúde realizada pela Assessoria Estadual de Saúde Mental possibilitou um diagnóstico das redes locais e a partir de seus recursos e fragilidades foram traçadas estratégias para a construção de dispositivos que atendessem a demanda em saúde mental. Estes incluíam estruturas destinadas ao acolhimento de portadores de transtornos mentais regionalizados através de parcerias intermunicipais. O papel de regulação do estado teve forte influência na implantação destas ações.

As pactuações foram realizadas na Comissão Intergestora Bipartite com a mediação do gestor estadual. Este processo considerava a descentralização das responsabilidades na atenção à saúde mental para os municípios, tendo o estado assumido sua corresponsabilidade no que se refere à indução das políticas e monitoramento de seu impacto.

Costa et al. (2011), ao discutir o processo de descentralização da provisão de assistência em saúde mental, interroga se a autonomia dos municípios sobre a gestão na saúde mental teve repercussão favorável no que se refere às iniciativas de construção das redes de atenção. Ao mesmo tempo, refere-se aos espaços de negociação necessários para uma efetiva implantação das ações. Destaca: “O espaço de decisão é uma área de negociação ou cooperação entre os níveis de governo com as autoridades locais, sempre buscando ampliar o poder de decisão extraído do governo central”. (idem, p.4.603).

A descentralização cumpre um papel fundamental na construção dos sistemas de saúde locais, considerando que potencializa a implantação das

diretrizes nacionais do SUS pela capilarização das ações. Aquelas são singularizadas de acordo com as realidades municipais, evitando o risco dos programas verticalizados que levam a um engessamento das estratégias. As particularidades são definidas pelo poder local e os planos implantados a partir das pactuações regionais e regulação estadual. Deste modo, Costa et al (idem, idem) refere-se à descentralização:

O termo descentralização, neste contexto, descreve: a) a transferência de capacidade fiscal para autoridades subnacionais; b) a transferência de responsabilidades pela implantação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal para outras esferas de governo.

A descentralização e regionalização tiveram papel determinante no caso de Paracambi. Além disto, a complexidade das ações teve no diálogo entre as esferas de gestão um locus frutífero de pactuações consistentes.¹⁹

Outro ator importante no campo jurídico tem sido o Ministério Público. Este órgão compõe uma instituição da sociedade civil não submetida aos três poderes da União e que tem como objetivo a representação dos interesses da sociedade. De acordo com sua definição institucional: “É uma instituição pública autônoma, cuja Constituição Federal atribuiu a incumbência de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis.” (MPSP- acessado em 12/10/2012).

Desta forma, cabe ao Ministério público a investigação e as políticas de saúde mental são acompanhadas pelas promotorias de Justiça e Saúde ou, em

¹⁹ Ver mais sobre o tema descentralização e regionalização em: VIANA et. al, 2002; LIMA et al, 2006; RIBEIRO, 2007; PESTANA& MENDES, 2004.

sua ausência, pelas promotorias de Tutela Coletiva, já existindo atualmente promotorias de Tutela Coletiva especializadas na área de Saúde. As ações do Ministério Público contemplam uma gama de intervenções voltadas para a garantia dos direitos da pessoa, mas sempre em questões de caráter coletivo.²⁰

Este órgão tem tido um papel importante nos processos de desinstitucionalização e na garantia da estruturação das redes de cuidado em saúde mental. Algumas iniciativas dizem respeito ao monitoramento das ações e outras ao papel de fazer cumprir sentenças já arbitradas pela justiça e não executadas. Diversas ações civis públicas têm sido determinantes no curso da Reforma Psiquiátrica.

Para finalizar, destacamos os movimentos sociais como um ente da Reforma Psiquiátrica que cumpre um papel de luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais a partir da pressão social. Os movimentos sociais têm sua origem na luta contra a opressão, na indignação dos sujeitos com as condições estabelecidas. Ao mesmo tempo, são a expressão dos anseios de determinados grupos e representam sua capacidade de mobilização para a garantia de seus direitos.

Yasui (2010), ao referir-se à Reforma Psiquiátrica em um paralelo com a Reforma Sanitária, caracteriza aquela como um processo político de transformação social. Desta forma, os atores desse processo não se restringem ao papel de “profissional” de determinada categoria. Caracterizam-

²⁰ Ver mais sobre Ministério Público e Saúde Mental em MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2011.

se pela militância demandada pela abrangência de seus objetivos. Prossegue afirmando que “a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.” (idem,p.32).

Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica tem se apresentado não apenas por meio da mudança no subsistema saúde, mas na mobilização de grupos específicos pela ampliação sistemática dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Desde o início do processo no Brasil²¹ este aspecto se configura como impulsionador de conquistas. Podemos citar o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental como personagem de destaque, segundo Amarante (1995), sujeito político fundamental no projeto de Reforma Psiquiátrica no país. Este movimento, formado na luta, foi responsável pela publicitação dos questionamentos da realidade da assistência psiquiátrica em fins da década de 1970.

Na década de 1980, se transfigura no Movimento da Luta Antimanicomial, ampliando a sua abrangência ao romper com o corporativismo profissional e incorporar usuários, familiares e a sociedade civil como membros. Desta forma, o antes MTSM se propõe a efetivar uma ruptura ao criar um movimento independente que leve esta discussão para a sociedade sem

²¹ O início do processo de Reforma Psiquiátrica é localizado por Amarante (1995) entre 1978 e 1980 a partir da crise que se instalou na Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM.

amarras com as instituições.²² O movimento da luta antimanicomial se caracteriza, deste modo, como um movimento social.

Um aspecto a ser destacado é o surgimento neste período das associações de familiares como a Sosintra no Rio de Janeiro. Estas associações se ampliaram nas décadas seguintes e assumem o protagonismo do movimento da luta antimanicomial. Ao cunhar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, segundo Amarante (2004, p.25),

[...] expressava tanto uma ruptura epistemológica, quanto uma estratégia que marcaria os anos subsequentes, onde o eixo dos debates abandonará os limites meramente assistenciais e, mais ainda, a simples oposição entre serviços extra-hospitalares versus serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto na estrutura manicomial quanto no saber médico sobre a loucura.

Estas questões possibilitam a reflexão sobre o papel dos movimentos sociais²³ na reforma psiquiátrica hoje e principalmente sua relação com os processos de desinstitucionalização em curso. A garantia da sustentabilidade das redes de cuidado, a ampliação dos benefícios sociais, a capilarização dos preceitos da Reforma Psiquiátrica na sociedade tem nestes atores uma ferramenta de luta contra hegemônica. Desta forma, os movimentos sociais são objetos de análise neste caso em estudo.

²² Ver mais sobre o tema em AMARANTE, 1995.

²³ Ver mais sobre o tema movimentos sociais em: STOTZ, 1994; YASUI, 2010; FERREIRA et al (Orgs.), 2004.

3.4. A dimensão sociocultural

Nesta dimensão, o objeto de análise são as ações implantadas visando à transformação do olhar da cidade sobre a loucura. Partindo da afirmativa de Venturini (2003, p.172-173):

A experiência de viver em uma casa, de participar da vida de um bairro e de uma cidade, abre a possibilidade de ser autor da própria história; integra o papel de doente, tão profundamente radicado na consciência, com outros papéis – o de cidadão, de portador de direitos, de consumido, de produtor. Estes novos papéis misturam novos sujeitos; todos se tornam protagonistas de um grande afresco de transformação social; todos podem trazer sua própria voz para a cena da vida.

Sendo assim, pressupomos que não é suficiente a desospitalização e inserção em uma residência, mas que este movimento seja acompanhado pela construção de laços sociais que dizem respeito ao trabalho, ao lazer e, principalmente, a uma ruptura radical com a noção de incapacidade e periculosidade. A inserção da loucura na cidade demanda trabalho cotidiano no território e investimentos na transformação da cultura da sociedade. De acordo com Amarante (2007, p.73):

A dimensão cultural é uma dimensão estratégica.

[...]um dos princípios fundamentais adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

As estratégias culturais são instrumentos das transformações da cultura psiquiátrica tradicional quando permitem uma aproximação da sociedade com a loucura pelo lúdico, a brincadeira e a diversão. Nos processos de

desinstitucionalização, a reinserção dos moradores do hospital no cotidiano da comunidade necessita do acolhimento e do sentimento de pertencimento ao grupo. Neste sentido, as intervenções na música, na pintura e no teatro fazem emergir o louco da invisibilidade ao mesmo tempo em que o aproxima sem esquiva, permite um (re)conhecer entre sujeitos.

CAPÍTULO IV

OS LOUCOS, OS HOSPÍCIOS E O MOEDOR DE CARNE

O curto encontro com esse rapazola criminoso, ali, naquele pátio, mergulhados entre malucos a delirar, a fazer esgares, uns; outros semimortos, aniquilados, anulados, encheram-me de um grande pavor pela vida e de um sentimento profundo da nossa incapacidade para compreender a vida e o universo. (Lima Barreto, *O Cemitério dos Vivos*, p.188, 2010).

A trajetória desta pesquisa se inicia com a imersão na história do município de Paracambi e sua relação com a loucura. O hospital psiquiátrico local – Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi – possui a representação simbólica do poder de um modelo assistencial pautado no isolamento e consequente exclusão do diferente. Deste modo, para além de uma função “médica”, podemos dizer que cumpre um mandato. Neste caso, a instituição é mandatária de uma sociedade que buscava colocar aqueles que não se adaptavam ao pacto social vigente, longe de seus olhares.

No interior destas instituições, foram desenvolvidas ferramentas que buscam reproduzir este ideal de padronização. O poder disciplinar²⁴ e o isolamento do mundo externo forjando²⁵ sujeitos normalizados. Durante uma

²⁴ Sobre este tema, ver Foucault (1999b) em *Vigiar e Punir: Histórias da violência nas prisões*.

²⁵ O verbo forjar opera uma conotação peculiar no sentido da frase: 1. Dar, por meio do fogo e do martelo, a um metal quente e ainda maleável, uma forma aproximativa ou definitiva; 2. Fabricar, 3. inventar, imaginar 4. falsificar.

das entrevistas desta pesquisa realizada com um profissional de saúde que participou da história da saúde mental em Paracambi, em vários momentos e de variadas formas me permiti ser afetado por alguma de suas assertivas. Sobre a proposta da instituição diz: “Eu acho que esse propósito é o mesmo que um moedor de carne. É uma linha contínua, um moedor de carne não vai fazer coisa muito diferente, então qualquer tipo de carne, vai sair o mesmo, o mesmo produto.” (Entrevistado X).

Goffman (2001) em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos* incluiu os manicômios entre as instituições totais;²⁶ Sobre os processos que se desenvolvem no interior dos manicômios, refere-se a uma sistemática mortificação do eu que implica um despojamento do papel dos sujeitos internados. Por meio do rebaixamento, de humilhações e da destituição de suas convicções de si, o louco é reduzido a um executor automático de rotinas e regras, incapaz de operar sua própria vontade. No contexto da fala de nosso entrevistado, um produto do moedor de carne. Nos tempos atuais de Reforma Psiquiátrica, esta assertiva causa estranhamento a poucos. Apesar de ser possível identificar lugares onde esta dinâmica ainda se faz presente, esta não se dá sem questionamentos. Podemos afirmar que já existem experiências que utilizam ferramentas efetivas na ruptura com este modelo manicomial.

No entanto, por mais de duzentos anos, este foi o paradigma que imperou no cuidado em saúde mental. Uma vasta literatura sobre este tema

²⁶ Goffman (2001, p.16) define que o caráter total, ou o seu “fechamento” é simbolizado pela barreira à relação com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no sistema físico.

pode ser encontrada para ilustrar esta discussão.²⁷ Ao longo da história, o louco ocupou lugares distintos no imaginário social. A cada período, podiam-se encontrar modos variados de lidar com a loucura em consequência destes. Segundo Foucault (1994, p.71): “[...] a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”.

Foucault em sua *História da Loucura na Idade Clássica* (1999a) realiza um percurso arqueológico sobre estas transformações. Descreve como nos idos da Idade Média o louco era identificado como enunciador da tragédia. Na Europa, era levado a peregrinações pelos mares, pelos governos provinciais, como forma de excluí-los da circulação das cidades, ao mesmo tempo em que agregava o valor simbólico da purificação (FOUCAULT, 1999a). Segundo este autor, até a sua dominação no século XVI a loucura tinha sua representação em uma existência nômade, como refletido na ‘A Nau dos Loucos’ pintura de Bosch.

Até a renascença, a loucura ainda não havia sido incorporada ao campo médico. No período medieval, segundo Amarante (1995) “[...] a loucura inscrita no universo de diferença simbólica, se permitia um lugar social reconhecido no universo da verdade [...]”. Da mesma forma, afirma Foucault (1994), em *Doença Mental e Psicologia*, que a loucura naquele período fazia parte do cenário e da linguagem comuns. É exaltada por pintores e escritores e deste modo fala sobre si mesma.

²⁷CASTEL, 1991; FOUCAULT, 1999a; BIRMAN, 1978;

No percurso para a modernidade, a loucura perde seu registro de tragédia, sendo destituída do seu componente mítico e inserida no registro da crítica que inclui o louco no lugar do encarceramento e da morte (idem, idem). Durante a primeira parte deste período histórico, a referência iluminista da centralidade da razão assimila o louco aos desviantes da sociedade. Aqueles acometidos pela desrazão, os incapazes de cumprir os pactos sociais.

Foucault descreve o grande internamento como a resposta oficial do governo absolutista, no século XVII, a esta nova condição. Diz o autor:

[...] o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura.[...]Essa tarefa é confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição (Foucault, 1999a, p.48-49).

Estes locais denominados Hospitais Gerais tiveram seu início na cidade de Paris, em 1656, sendo considerados, por este autor, a terceira ordem da repressão, caracterizada por um poder entre a polícia e a justiça. Ainda em um período monárquico pré-revolução francesa.

Na França revolucionária a Assembleia Constituinte, em virtude do quadro retratado nos Hospitais Gerais, e da contradição da medida com os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade postulados pela Revolução Francesa, aprova a abolição das *lettres de cachet*.²⁸ Este ato, por sua vez,

²⁸ Castel descreve as *Lettres de Cachet*, ou “ordens do rei”; esta ordem era “outorgada por intermédio do Ministro da Casa real, por iniciativa da autoridade pública ou por iniciativa das famílias.” (CASTEL, 1991,p.23)

segundo Castel (1991, p. 9) “circunscreve toda a problemática moderna da loucura”.

A lei instituída propõe um novo status para o louco que não mais poderia sofrer “abusos físicos” ou ser internado de forma involuntária sem um parecer que ratificasse tal necessidade. A abolição do decreto real estabelece a necessidade de criação de estratégias para dar suporte aos ex-internos, mas os novos dispositivos ainda não se encontravam definidos. Políticas de desinstitucionalização são instituídas para a população dos hospitais gerais, mas não incluem a loucura.²⁹

O estatuto da irracionalidade e periculosidade mantém o louco sob a tutela do estado. Neste período a loucura se diferencia da criminalidade, da vagabundagem e da mendicância. A alienação mental cria uma nova percepção, mas esta diferença não garante a liberdade à massa de transtornados mentais destas instituições. No decorrer de quase dois séculos, sua existência no interior dos Hospitais Gerais contribuiu para que uma ligação da loucura com a periculosidade se perpetuasse até os dias atuais. Crimes de todos os tipos foram atribuídos aos acessos da loucura impingindo-lhe mais um estigma (FOUCAULT, 1994).

Assim, a loucura passa a ser vista como alvo de intervenções terapêuticas. Entretanto, o estigma que lhe é atribuído redundando na manutenção de um encarceramento resignificado como necessidade de tratamento.

²⁹ Ler mais sobre o tema em CASTEL, 1991 e FOUCAULT, 1994.

A sociedade burguesa emergente também opera a dessacralização de seus valores. A concepção do pecado que, antes tinha no orgulho e aidez seu maior vício, passa a ser permeado pelo ideário do capitalismo em formação, onde o ócio, ou melhor, a incapacidade produtiva assume esta primazia (FOUCAULT, 1994). Neste bojo, o louco com seu estigma é a representação daqueles inaptos ao mundo produtivo e, deste modo, dissonante na sociedade da qual faz parte.

As práticas inauguradas, na segunda metade do século XVIII, por este estatuto insere na ordem médica a loucura, agora sob o conceito de alienismo e tendo o asilo como lócus de intervenção. Esta denominação foi formulada por Esquirol para estabelecer uma diferença dos lugares de exclusão reconhecidos como Hospitais Gerais (CASTEL, 1991). Segundo Amarante (1995, p.26) “estruturando a relação entre medicina e hospitalização, fundada na tecnologia hospitalar e em um poder institucional com novo mandato social: o de assistência e tutela”. No século XVIII, a loucura é destituída de sua linguagem sendo progressivamente reduzida a um status de indigência social.

Fundado por Philippe Pinel, o tratamento moral, segundo Castel (1991) reúne três domínios que até então tinham percursos paralelos, em uma síntese que denomina “síntese alienista”: classificação do espaço institucional; arranjo nosográfico das doenças mentais; imposição de uma relação específica entre o médico e o doente exercido no espaço asilar, isolado do mundo externo. O papel do médico nestes espaços, segundo Foucault (1994) não é um papel terapêutico, mas um controle ético. Denomina-os como “agentes das sínteses

morais” (FOUCAULT, 1994, p. 82). O asilo de Pinel não seria um espaço de medicalização.

Desviat (1999) sistematiza como funções do asilo pineliano: a) uma função médica (com eficácia sempre questionada ao longo do tempo); b) uma função social (refúgio de loucos pobres); e c) função de proteção da sociedade.

A inclusão do louco no estatuto de doente mental inicia uma nova fase que lhe garante um cuidado médico e vislumbra a existência de uma parcela de razão. Desta forma, lhe é concebida a categoria de humano. No entanto, se mantém o estigma da periculosidade, irresponsabilidade e incapacidade. A suposta irresponsabilidade mantém o louco como um sujeito desprovido de direitos e não inserido nas normas estabelecidas pela nova sociedade burguesa em construção (DESVIAT, 1999). A lei de 1838 sobre os alienados na França se pauta pela proteção em um duplo sentido. Tanto a proteção do louco dos espaços de terror antes atribuídos aos hospitais gerais, quanto da sociedade incapaz de aceitar os desviantes da norma.

A constituição da ciência psiquiátrica nos primórdios da contemporaneidade traz no seu bojo uma relação com o direito que se mantém ao longo dos séculos posteriores até a atualidade. Esta relação se caracteriza pela retroalimentação, na qual um status científico garante a manutenção do isolamento social do diferente no campo da legalidade. No encarceramento ou na interdição, mudam-se as formas de um mesmo conteúdo moral. No primeiro período pineliano a loucura é denominada alienismo. Transforma-se em doença mental a partir da segunda metade do século XIX.

Desviat (1999) discorre em seu livro *A Reforma Psiquiátrica* sobre a multiplicação dos asilos e a superpopulação que nestes se encontra. Estes passam a ser alvo novamente de críticas quanto à sua eficácia na "cura" dos alienados da razão. Este quadro de questionamentos se mantém nos séculos seguintes e exceto por algumas mudanças de forma, a sua lógica permanece inalterada até o século XX (DESVIAT, idem).

Um aspecto sempre atual nas sociedades contemporâneas é abordado por Desviat:

Sem dúvida, a indigência, a cronicidade e a doença mental, sobretudo quando adotam formas de conduta não aceitas pela maioria, despertam tentações totalitárias arraigadas em importantes setores da sociedade, que se expressam por convocações à marginalização e ao castigo, por mais que se saiba de sua inutilidade técnica e de seu custo social, em vez de solicitarem das administrações públicas que adotem medidas mais preventivas e curativas do que cautelares (DESVIAT, 1999, p. 20).

4.1. As reformas do hospício: metamorfoses e rupturas

Como já destacado anteriormente, os espaços asilares se mantiveram como solução dos problemas sociais e em paralelo como alvo de críticas desde sua constituição. Em fins do século XIX, estas críticas deram lugar a uma primeira "reforma" da instituição, quando foram criadas as colônias de alienados. Esta reforma buscava responder às críticas ao autoritarismo institucional e ao caráter fechado dos asilos, propondo uma "ilusão de liberdade" (AMARANTE, 1995). As colônias, construídas em lugares bucólicos longínquos, permitiam a circulação dos internos e sua ação terapêutica tinha

como pilar o trabalho. No Brasil a colônia Juliano Moreira em Jacarepaguá foi seu primeiro exemplo.

Entretanto, um processo mais consistente de reformas foi desencadeado a partir do período posterior à Segunda Guerra Mundial. A crueza da experiência dos campos de concentração, a situação de penúria na Europa recém-saída da guerra, a mão de obra dizimada, masculina principalmente, a política de reestruturação dos países aliados pela implantação do WelfareState³⁰ criaram condições para que a necessidade de transformação da assistência psiquiátrica entrasse na Agenda. Desviat (1999) também inclui neste contexto o grande desenvolvimento dos movimentos civis e uma maior tolerância e sensibilidade com as diferenças e as minorias, provavelmente reflexo das perseguições sofridas por estas durante a ocupação nazista.

Sobre estas reformas uma vasta literatura foi produzida. Amarante (1994), em *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*, reúne uma coletânea de textos de vários autores que descrevem as experiências europeia e brasileira com destaque para os textos sobre a psiquiatria democrática italiana.³¹ É também deste autor, *O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (1996), sobre a experiência italiana e a relação com o pensamento

³⁰ O 'Estado de bem-estar social' (em inglês Welfare State), também conhecido como "Estado-providência", é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção social (protetor e defensor) e organizador da economia. Nesta orientação o Estado é o agente regulamentador de toda a vida e saúde social, política e econômica do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, em níveis diferentes, de acordo com a nação em questão. Cabe ao Estado do bem-estar social garantir serviços públicos e proteção à população.

³¹ Basaglia, F. et. al. *Considerações sobre uma experiência comunitária* (1994); Rotelli, F. *Superando o manicômio – o circuito de Trieste* (1994).

de Franco Basaglia. Nesse livro, os conceitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica e suas origens são discutidos à luz do processo em foco. Em *A Reforma Psiquiátrica* (1999), Manuel Desviat descreve os processos de Reforma na França, Inglaterra, Itália, Estados Unidos, Canadá e Espanha, além de iniciar uma discussão sobre os impasses com os quais esta se defronta na atualidade. Finaliza apresentando alguns pontos de discussão sobre as reformas na América Latina e Caribe.

Um livro já clássico sobre o tema, *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (1995) de Paulo Amarante é leitura obrigatória para a compreensão do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. O autor faz uma revisão do paradigma psiquiátrico e dos processos de institucionalização da loucura, seguindo pela discussão das reformas da assistência na Europa e Estados Unidos. Importante destacar que esses processos são discutidos à luz de uma subdivisão entre aqueles norteados pela noção de reforma do hospital e os processos que visavam a uma ruptura com o paradigma psiquiátrico hegemônico. A segunda parte do livro é dedicada a uma cuidadosa descrição das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira. Contextualiza a estrutura da assistência psiquiátrica no país e apresenta seus atores essenciais.

Denise Dias Barros (1994) em *Jardins de Abel: desconstrução do Manicômio de Trieste* narra histórias da desinstitucionalização na Itália a partir das experiências de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste. O livro discute detalhadamente a construção da assistência em saúde mental naquele país e

em sua segunda parte passa a discutir a trajetória da psiquiatria democrática italiana.

Psiquiatria e Antipsiquiatria (1989) de David Cooper oferece um panorama detalhado do movimento da antipsiquiatria e da experiência da comunidade terapêutica Vila 21, na Inglaterra. *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*(2009) de Isabel C. Friche Passos descreve a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional francesa resgatando suas bases teóricas e organização das práticas, apresentando seus fundadores e os contextos históricos que a possibilitaram. Da mesma forma o faz com a experiência italiana.

Por fim, Maurício Lougon em *Psiquiatria Institucional: do hospício à Reforma Psiquiátrica*(2006) apresenta dois ensaios. O primeiro discute de forma aprofundada o Hospital Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro e traz na sequência um detalhamento do processo de desinstitucionalização norte-americano pautado na psiquiatria preventiva de Caplan. O autor não apenas descreve a experiência, mas enriquece o estudo com uma análise de suas consequências.

Estes processos de reforma não são o foco desta pesquisa. No entanto, é necessário apresentar alguns elementos das experiências francesa, inglesa, italiana e norte-americana, visto que a Reforma Psiquiátrica brasileira teve nestas suas referências.

No período posterior à Segunda Guerra Mundial, como já discutido acima, ocorreu um marcado desequilíbrio das forças produtivas e a

reconstrução dos países afetados exigiu uma presença forte do Estado na garantia da proteção social à sua população. O rearranjo geopolítico configurou um mundo dividido em dois blocos de poder com uma hegemonia dos Estados Unidos da América (EUA) em contraposição ao poder da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) no bloco oposto.

As ideologias defendidas em cada um destes blocos definem um mundo dividido entre um sistema capitalista e um sistema comunista com grande vantagem para o primeiro no imaginário social e reflexos nas estratégias produtivas ocidentais.

Ao mesmo tempo, os horrores da guerra, embora findos em relação às intervenções bélicas, deixaram um legado trágico. Começa a ser explicitada a decadência da estrutura produtiva devido à reduzida mão de obra existente. A nova ordem de proteção social amplia os direitos dos cidadãos e, como exemplo, citamos Birman e Costa (1994) que apontam para uma mudança radical na qual os cidadãos, que antes tinham assegurado seu direito à vida, passam também a ter direito à saúde.

Este aspecto tem entre seus desdobramentos a problematização das condições dos hospitais psiquiátricos com sua superpopulação de indigentes submetida às mais precárias condições de existência. Além disto, confinado nesses locais se encontrava um significativo número de pessoas retiradas do sistema de produção. As instituições geram pesados gastos e sua efetividade terapêutica volta a ser questionada. As altas taxas de cronicidade e a pouca

eficácia na "cura" dos enfermos colocam os asilos novamente na berlinda do cuidado, agora cuidado em saúde mental.

Estes questionamentos são o mote para a estruturação de novas formas de organização do cuidado. Sejam estas pautadas na garantia de direitos e na liberdade ou apenas "humanizando" a assistência no interior dos muros do hospital. As reformas das estruturas existentes na época subdividem-se em reformas voltadas para o espaço institucional asilar e aquelas que reorientam a assistência para uma intervenção na comunidade (BIRMAN e COSTA, 1994).

4.2. As Comunidades Terapêuticas

A experiência Inglesa foi pioneira dentre as estratégias de reforma do hospital através da inauguração das comunidades terapêuticas. A criação do National Health Service e o Disabled Persons Act possibilitam a adoção de um novo perfil assistencial para os portadores de transtornos mentais no país (BIRMAN e COSTA, *idem*).

A expressão *comunidades terapêuticas* é consagrada apenas em 1959 por Maxwell Jones, apesar de já existirem experiências em curso desde 1949 em Birmingham. Esta experiência surge em resposta à opressão do ambiente asilar. Não questiona a legitimidade do asilo como local ótimo de tratamento da loucura, mas reconhece neste a responsabilidade pela deterioração dos internados (AMARANTE, 1995). Deste modo, propõe uma reorientação do espaço asilar direcionando suas práticas para atividades coletivas. As

intervenções são voltadas para a implantação de um gerenciamento coletivo da instituição e da "doença" em um sistema igualitário com vistas à ruptura com o poder hierárquico e democratização das relações institucionais.

A horizontalização das relações parte do pressuposto de que pacientes, técnicos, administrativos e família estão envolvidos em diferentes graus no tratamento e na administração institucional. As práticas adotadas incluíam grupos operativos e assembleias diárias, entre outras estratégias, para envolver os sujeitos em sua própria terapia e nas dos demais (idem, 1995). Segundo Amarante (1995, p.31): "uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo em si mesma princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição".

Mais adiante o autor sintetiza as atitudes que contribuem para uma cultura terapêutica:

[...] ênfase na reabilitação ativa, contra a 'custódia' e a 'segregação'; a 'democratização', em contraste com as velhas hierarquias e formalidades na diferenciação de status; a 'permissividade', como preferência as costumeiras ideias limitadas do que deve fazer ou dizer; e o "comunalismo" em oposição à ênfase no papel terapêutico especializado e original do médico. (Idem, p.32).

As comunidades terapêuticas configuraram uma reforma do hospital visto que suas intervenções estavam focadas prioritariamente na reestruturação das práticas asilares. As ações no território possuíam um caráter complementar. De acordo com Rotelli apud Amarante (1995), apesar da importância dessa experiência, ela não logrou problematizar a exclusão que, segundo o autor, seria o fundamento do hospital psiquiátrico.

4.3. A Psicoterapia Institucional

Dentre as experiências de reforma do hospital, desenvolveu-se na França a psicoterapia institucional, expressão criada por Daumezon e Koechlin em 1952, segundo Amarante (1995). Sua origem data da entrada da psicanálise na instituição em 1940, ainda durante a ocupação alemã. Naquele período, foi criado um asilo rural chamado Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, onde a psicanálise foi utilizada como forma de análise da instituição. Esta estratégia partia do pressuposto de que na instituição total todos estão doentes e não apenas os internados.

Este processo iniciou-se sob o jugo nazista na França e transformou-se em um espaço de resistência à opressão da época. Aglutinou marxistas, exilados, freudianos, surrealistas e personalidades culturais que residiam naquele hospital. Como principal pensador deste novo modelo estava o catalão exilado François Tosquelles ao lado de Bonaffé e Jean Oury, entre outros. Durante o período da guerra, 40% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos franceses foram a óbito por fome e frio em sua maioria. Também é importante considerar que antes da perseguição aos judeus outras minorias foram exterminadas como os idosos em asilos, doentes incuráveis, ciganos, comunistas e loucos (DESVIAT, 1999).

O contexto opressor da guerra funcionou como impulsionador do questionamento e de denúncias não apenas das práticas asilares, mas, principalmente, questionava a psiquiatria instituída e o seu caráter segregador. Segundo Amarante (1995, p. 34), os primeiros anos da reforma foram

permeados por uma sólida orientação marxista e pelo apoio da *Intelligenza* e da Resistência Francesa. Após o término da Segunda Guerra, “a psicoterapia institucional surgiu como um fundamento teórico que consolidou a presença da psicanálise na psiquiatria francesa” (DESVIAT, 1999, p.26).

Tosquelles, segundo Amarante (1995), definia como objetivo deste movimento o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico. Acreditava que o mau uso das terapêuticas e da administração, associado ao contexto político social, tinham transformado o hospital em um lugar de violência e repressão. No entanto, “se reformado e eficiente, a cura da doença mental poderia ser alcançada” (idem, p.34).

Este autor destaca como inovação da psicoterapia institucional o fato de se considerar que as instituições possuem características doentias e devem ser tratadas. Desviat (1999) destaca que a instituição transforma-se em analisador. “O que se procurava era uma ‘escuta analítica coletiva’ diria Tosquelles” (idem, p.26). De acordo com Amarante (1995, p.35), o objeto da psicoterapia institucional refere-se ao coletivo dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional, da hierarquia e da verticalidade.

O setor foi um movimento de contestação da psiquiatria asilar e tem seu início em período anterior à psicoterapia institucional, tendo como teórico expoente Bonaffé (AMARANTE, 1995). A psiquiatria de setor surge após a guerra e configura uma política pública oficial de organização de serviços de saúde mental na França nos anos 1960. Segundo Desviat (1999), a psiquiatria de setor buscava a implantação de uma estratégia de cuidado em saúde

mental universal e centrada na construção de projetos terapêuticos individuais. Defendia uma revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e a criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território (idem, p. 28). A proteção social existente na França permitia a garantia de subsídios sociais para a clientela assistida dentro e fora do hospital.

Amarante (1995) descreve como princípio desta experiência o esquadrinhamento do hospital psiquiátrico referido a mesma subdivisão por áreas da comunidade local. Esta teria como referência um serviço extra-hospitalar. A clientela ao ser internada teria um setor de referência no hospital, que ficaria sob a responsabilidade da equipe comunitária. A internação na psiquiatria de setor era, segundo o mesmo autor, restrita a uma etapa auxiliar do tratamento, sendo o foco de intervenção principal realizado nos serviços extra-hospitalares (AMARANTE, 1995, p. 36).

Entre os princípios norteadores, Desviat (1999) descreve a territorialização, buscando um melhor conhecimento da população coberta. A internação seria realizada em hospital especializado no atendimento a doenças mentais como uma etapa do tratamento.

Amarante (idem) descreve que, com a oficialização em 1960, os territórios foram divididos em setores com no máximo 70 mil habitantes. Em cada setor havia psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que tinha a função de assegurar o tratamento, a prevenção e o pós-cura das doenças mentais (idem, idem, p.37).

A experiência francesa do setor sofreu resistência de tanto dos setores progressistas quanto dos conservadores. Os primeiros entendiam-na como uma extensão do controle social representado pela abrangência política e ideológica da psiquiatria que se capilarizava. Já os últimos, temiam a "invasão" das ruas pelos loucos. Desta forma, não atinge os resultados esperados em sua elaboração inicial. A tentativa de conciliar os hospitais psiquiátricos com os serviços comunitários não foi acompanhada por uma superação da lógica manicomial. Não houve uma intervenção na cultura psiquiátrica suficientemente potente para garantir uma efetiva transformação.

Berbier apud Desviat (1999, p.34) descreve o resultado do Relatório Massé, elaborado por demanda das autoridades sanitárias francesas e publicado em junho de 1992. Neste constatou-se que 70% dos 800 setores de psiquiatria e 60% dos setores de psiquiatria infanto-juvenil permaneciam ligados a centros hospitalares. Finaliza analisando que naquele contexto se identificava a tendência a uma psiquiatria "de ponta" com bases biologicistas e hipermedicalizada no hospital geral e outra encarregada de gerir a cronicidade nos hospitais psiquiátricos.

4.4. A psiquiatria preventiva e a desinstitucionalização nos EUA

As experiências da psiquiatria preventiva norte-americana e da psiquiatria democrática italiana tiveram sua origem na segunda metade do século XX como política oficial de assistência psiquiátrica. Ambas inseridas no contexto das reformas desencadeadas com o objetivo de transformar a

hegemonia do manicômio como principal estratégia de cuidado em saúde mental.

Nestas experiências, a desinstitucionalização é um princípio norteador e a intervenção na comunidade a estratégia de eleição. Em uma primeira leitura poderíamos pensar que se referiam a uma mesma direção de trabalho. No entanto, uma breve referência a suas histórias e especificidades são fundamentais para a compreensão de muitos impasses hoje vivenciados nos processos de reorientação do modelo hospitalocêntrico.

A psiquiatria preventiva norte-americana surge na década de 1950 nos Estados Unidos embasada nas ideias defendidas por Gerald Caplan em seu livro *Princípios da Psiquiatria Preventiva*. Amarante (1995) destaca que a psiquiatria preventiva se propunha a realizar uma terceira revolução por acreditar haver descoberto a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais. Deste modo, propunha-se a promoção da saúde mental por meio de intervenções na comunidade. Deste modo, poderia identificar possíveis fatores desencadeantes das doenças mentais e indivíduos em risco de desenvolvê-la.

O autor aponta (idem, idem) que esta experiência representa um novo território para a psiquiatria onde a terapêutica da doença mental dá lugar a um novo objeto, qual seja a saúde mental. O censo realizado nos EUA em 1955 aponta as condições precárias das instituições psiquiátricas. Com um quantitativo de leitos que segundo Desviat (1999) chegava a 600 mil, sua eficácia foi questionada, assim como os valores exorbitantes destinados a sua

manutenção. A cronificação mantinha-se entre os internados e o número de novos casos de transtornos mentais se multiplicava.

O contexto norte-americano à época incluía o desgaste com a guerra do Vietnã, altos índices de uso de drogas pelos jovens, o movimento Beatnik,³² gangues e desviantes em número crescente (AMARANTE, 1995). Este quadro de desestabilização social, além do fator econômico que envolvia o financiamento dos hospitais psiquiátricos, fazia do preventivismo uma resposta ideal do Estado ao caos instalado.

O presidente Kennedy apresenta ao congresso americano o projeto de psiquiatria preventiva, Community Mental Health Centers Act, em 1963. Este projeto propunha “a criação, em escala nacional, de serviços para prevenção ou o diagnóstico da doença mental, para assistência e tratamento dos doentes mentais e para a reabilitação destas pessoas” (KENNEDY apud DESVIAT, 1999, p.58). Estalei, segundo Amarante (idem), marca a adoção do preventivismo pelos EUA e também pelas organizações sanitárias mundiais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). “O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação não apenas para os problemas e precariedades da assistência

³²O movimento beat ou a geração beat surge em meados da década de 1950 como um dos primeiros movimentos representativos da contracultura. Contestavam o consumismo e o otimismo do pós-guerra americano, o anticomunismo generalizado e a falta de pensamento crítico. Era composto por jovens intelectuais, principalmente escritores e poetas. Levavam uma vida nômade pautada em preceitos de liberdade, defendendo a não conformidade e a criatividade espontânea. Foi um embrião do movimento hippie e até hoje é confundido com este. Tem como um dos principais pensadores Jack Kerouac autor de *On the Road* (1957). Este movimento foi a única voz nos EUA a contestar o macartismo na década de 1950.

psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos” (idem, idem, p.38).

O preventivismo postulava que as doenças mentais poderiam ser prevenidas ou identificadas precocemente. Partia do pressuposto de uma equivalência de distúrbios mentais aos desvios e à marginalidade e, portanto, seria possível sua erradicação. No entanto, esta identificação pressupunha uma busca ativa na sociedade visto que ao chegar aos serviços de saúde a “doença” já se encontra instalada. Esta busca se daria nas ruas, escolas, casas e na globalidade dos espaços de circulação social.

As intervenções eram subdivididas em níveis primários, secundários e terciários. Os primeiros dizem respeito à prevenção da crise com a “busca de suspeitos” realizada por meio de uma triagem(*screening*) da população. As características de suspeição referiam-se às histórias familiares, vida desregrada, constitucionalidade, enfim, sujeitos situados no desvio da norma-padrão estabelecida pelo *status quo*.

A consequência para aqueles que eram confirmados como suspeitos seria uma intervenção precoce, de forma profilática. Ou seja, ações no meio social, nas escolas nos espaços sociais voltadas para uma normatização de condutas e resgate de valores. As intervenções de nível secundário seriam as diagnósticas e tratamento precoce. No último nível, o terciário, as intervenções seriam direcionadas à adaptação social após a melhora do quadro. O conceito de crise no preventivismo tem uma centralidade e articula-se com outros como adaptação e desadaptação social (AMARANTE, 1995). Ao referir-

se aos princípios da psiquiatria preventiva, Desviat (1999) destaca que as ideias de prevenção, risco e população de risco juntamente com a teoria da crise constituem seu arcabouço.

Ainda segundo Amarante (1995), na experiência norte-americana o termo desinstitucionalização é utilizado pela primeira vez. No entanto, de forma distinta de seu uso na psiquiatria democrática italiana, desinstitucionalização neste caso é sinônimo de desospitalização. Esta estratégia se configura como central na reorganização de serviços proposta pela Lei Kennedy. Na Lei, os leitos psiquiátricos seriam drasticamente reduzidos e a assistência em Saúde Mental passaria a ser realizada nos Centros de Saúde Mental Comunitários.

As consequências desta experiência são compreendidas ao contextualizar sua implantação com o contexto do sistema de proteção social americano. Nos EUA, o sistema de seguro social é meritocrático, no qual apenas as pessoas inseridas formalmente no mercado de trabalho têm direito a um plano de saúde. Mesmo este plano tem sua cobertura estabelecida de modo variado, podendo oferecer direitos a procedimentos de saúde com maior ou menor amplitude.

O sistema de saúde americano era exclusivamente privado e alguns poucos hospitais públicos ofereciam atendimento de emergência para os excluídos do mundo do trabalho formal. A previdência social também não garantia subsídios para subsistência desta parcela da população. A assistência social oferecia apenas abrigos públicos. Em 1965, foram criados dois seguros públicos: MEDICAID – para a população pobre, mas com reduzido acesso da

clientela à qual era destinado, e o MEDICARE destinado aos idosos e inválidos, mas que não possuía estrutura pública própria (DESVIAT, 1999, p.52). Na área da Saúde Mental, os centros comunitários, que na proposta da Lei Kennedy seriam dois mil, não chegaram a 600 em todo o país.

Considerando o exposto acima, não é difícil supor que, as consequências do processo de desospitalização em massa, –foram eliminados mais de 400 mil leitos, –tenham gerado desassistência e aumentado a população indigente. A inexistência de uma política de suporte social consistente, um sistema de saúde com graves distorções no acesso e uma clientela desprovida de poder de trocas sociais foram obstáculos intransponíveis para a reinserção social dos ex-internos.

4.5. A antipsiquiatria: doença mental como construção social

A antipsiquiatria é um movimento de questionamento radical do saber psiquiátrico que se desenvolve a partir da década de 1960 na Inglaterra (AMARANTE, 1995). O contexto de seu surgimento acompanha os diversos movimentos *undergrounds* da contracultura que durante quase duas décadas levaram a uma importante transformação do comportamento social, principalmente dos jovens.

Teve como principais teóricos Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. Suas referências culturais eram diversificadas e permeadas pela fenomenologia, existencialismo, obras de Foucault, correntes sociológicas e psiquiátricas norte-americanas, além de contribuições da psicanálise e do

marxismo (AMARANTE, 1995,p. 45). Consistiu-se em um movimento contracultural que questionava a doença mental e a psiquiatria.

De acordo com Amarante (1995), o objetivo seria uma ruptura no campo da teoria com o modelo assistencial vigente pela destituição do valor do saber médico sobre as doenças mentais. Desta forma, também construiu uma concepção própria na qual a doença mental era uma construção social. Suas teorias centravam-se especificamente no conceito da esquizofrenia.

Cooper (1989, p.17) define a esquizofrenia como:

[...] uma situação de crise microsocial, na qual os atos e a experiência de determinada pessoa são invalidados por outras, em virtude de certas razões inteligíveis, culturais e micro culturais (geralmente familiares), a tal ponto que essa pessoa é eleita e identificada como sendo 'mentalmente doente' de certa maneira e, a seguir, é confirmada[...] na identidade de "paciente esquizofrênico" pelos agentes médicos ou quase médicos.

Para Amarante (1995), a loucura era compreendida pelo movimento da antipsiquiatria como um fato social e de caráter político. Podia ser encarada como um processo de libertação e uma resposta a um desequilíbrio familiar. Deste modo, não estava inserido no campo do patológico e, sendo assim, não seria passível de tratamento. O objetivo seria a transformação da realidade social e, em sua radicalidade, a eliminação de grupos considerados básicos como a estrutura familiar, grupos comunitários, centros e locais de acolhimento aos pacientes.

A expressão "comunidade terapêutica" na antipsiquiatria é descrita por Cooper (1989, p.13):

Conquanto compartilhasse muitas das ideias da "comunidade terapêutica" desenvolvidas por Maxwell Jones, Wilmer, Artiss e outros, esta unidade foi, segundo acredito, única, na medida em que lidou com pacientes esquizofrênicos de acordo com uma ideologia terapêutica de "orientação familiar".

O método terapêutico dá-se pela análise do discurso, por meio da metanoia, viagem ou delírio do louco que não deve ser podada (AMARANTE, 1995). As relações horizontalizadas também buscavam a democratização das práticas institucionais.

A experiência prática desse movimento dá-se inicialmente entre 1962 e 1966 a partir do Hospital Psiquiátrico Público de Shenley. Um setor deste hospital é transformado em pavilhão independente onde funcionava uma comunidade terapêutica denominada "Vila 21". Este pavilhão reunia uma clientela não cronificada composta por jovens entre 15 e 30 anos que nunca haviam sido submetidos a qualquer tipo de tratamento. Esta primeira experiência reuniu um corpo de profissionais de várias categorias – médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. As práticas adotadas não incluíam elementos químicos ou físicos. A maioria das atividades era coletiva, os grupos "programados" e "espontâneos".

Cooper (1989) descreve o trabalho na Vila 21 e elenca uma série de intervenções. As reuniões de todo o corpo de funcionários e pacientes realizavam-se diariamente (reunião comunitária diária) e tinham como função discutir as questões ligadas ao cotidiano do pavilhão. Antes e após esta reunião acontecia uma reunião informal do corpo funcional. Os grupos terapêuticos e de trabalho também aconteciam diariamente. Sobre o processo desenvolvido nesta primeira experiência, o autor (idem, p. 110-111) descreve

três necessidades identificadas: as necessidades ligadas aos problemas organizacionais; as necessidades de pesquisa e a necessidade de construir um protótipo viável de uma pequena unidade autônoma, capaz de funcionar numa casa grande na comunidade, fora do contexto psiquiátrico institucional.

Para Desviat (1999), a antipsiquiatria inglesa situava-se fora das reformas da psiquiatria, visto que seu âmbito de atuação era marginal no sistema de saúde e fora de consentimento dos cidadãos. Aqui a descrevemos, inserida entre os movimentos de ruptura com a lógica manicomial e negação da estrutura hospitalar como local de tratamento em oposição aos movimentos de reforma do hospital.

4.6. Tradição Basagliana e a Psiquiatria Democrática Italiana

A tradição basagliana que posteriormente se desdobra no movimento da Psiquiatria Democrática Italiana tem seu início na década de 1960, a partir da experiência desenvolvida por Franco Basaglia no manicômio de Gorizia.³³ Consolida-se alguns anos depois, no início da década de 1970, com a desconstrução do hospital de San Giovanni em Trieste. Configura-se como a experiência mais radical de ruptura com o modelo manicomial. Propunha-se não apenas ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas à transformação do imaginário social sobre a loucura. Segundo Amarante (1995, p.51):

³³ Após anos de trabalho na universidade, Basaglia assume o cargo de diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia em final de 1961 (DESVIAT, 1999).

A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas: traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como ela se relaciona com o sofrimento e a diferença. É antes de tudo, um movimento político: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, enquanto atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.

Esta experiência teve uma grande influência no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ressalvando as especificidades dos contextos europeu e brasileiro, os processos assemelham-se em muitos momentos. Seus formuladores, durante o início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro, tiveram importante participação nos espaços de discussão no Brasil e muitas experiências brasileiras tiveram seu desenho baseado na experiência italiana.

O início do processo italiano teve no hospital de Gorizia uma experiência piloto com uma intervenção voltada para a humanização do hospital. O modelo utilizado foi o das Comunidades Terapêuticas. O trabalho, que se restringiu ao hospital psiquiátrico, desenvolveu-se por 10 anos. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de uma crítica às ações realizadas, que posteriormente configuraram um arcabouço teórico-prático do que seria a efetivação da reforma psiquiátrica italiana na sua radicalidade.³⁴ A análise desenvolvida sobre experiência de Gorizia possibilitou a compreensão do papel do

³⁴ Ler mais sobre esta experiência em BASAGLIA, F. *A Instituição Negada* (1985)

manicômio como uma instituição de controle social a partir da explicitação dos fatores políticos que envolviam sua constituição (BARROS, 1994,p. 51). O processo de desconstrução daquele hospital não chegou a ser concluído já que, em face do cerceamento da liberdade da equipe de aprofundar as transformações em curso, os trabalhadores envolvidos na desconstrução pediram demissão coletiva em 1968.

As transformações do modelo tiveram curso durante as décadas de 1960 e 1970. Desviat (1999) aponta que o contexto político-social europeu e especificamente da Itália naquele período criaram condições estratégicas para a efetivação das ações. Cabe destacar que em 1962 assume o governo italiano um presidente de centro-esquerda, rompendo com a hegemonia conservadora presente há décadas no país. As propostas de implantação de reformas sociais com investimentos em saúde, educação e descentralização administrativa sinalizavam para possíveis mudanças na assistência psiquiátrica. Também no contexto internacional uma configuração mais favorável com lutas de movimentos específicos como os Panteras Negras, Kennedy na presidência americana e a Guerra do Vietnã, entre outros, levou a um período de questionamentos sociais. Na Itália, as cidades de Gorizia, Nocera Superiore e Perugia iniciam um movimento de denúncia das condições dos hospitais psiquiátricos. Naquele país existiam em 1965 170 mil leitos psiquiátricos (BARROS, 1994, p.51).

Se inicialmente a experiência de Gorizia tinha caráter de humanização, o processo que dele se originou foi resultado de uma politização progressiva e da ampliação de atores da sociedade civil, como os

movimentos estudantil e sindical. Naquele momento, a efervescência política social europeia tinha no movimento social a sua grande força. A construção do lema *Não ao manicômio* marcava a direção de ruptura com o modelo hegemônico. Este protesto contra o manicômio se amplia para uma crítica a todas as instituições de marginalização e àquelas destinadas a preservação da ideologia e moral do sistema social vigente: família, escola e fábricas (Desviat, idem, p.43). Em 1973 é fundado em Bolonha o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana.

O modelo implantado em Gorizia refletia a problemática das Comunidades Terapêuticas que não colocavam em questão os elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, o lugar instituinte das relações de objeto e saber/prática (AMARANTE, 1995, p.51).

Franco Basaglia assume a direção do manicômio de Trieste em 1971, após um período nos EUA e o retorno à Itália, onde assume por um curto período o manicômio de Parma. Neste segundo momento, se estabelece como direção do trabalho institucional não mais a reforma do hospital. Busca-se:

[...] superar o modelo de humanização institucional a fim de inventar uma prática que tem, na comunidade e nas relações que ela estabelece com o louco – por meio de trabalho, amizade e vizinhança – matéria prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzido e consumido pelo imaginário social (AMARANTE, 1995, p.52).

Pautado na perspectiva de ruptura com a lógica da psiquiatria tradicional o projeto em disputa é o da desinstitucionalização em contraposição aos

saberes e práticas fundamentados na redução da loucura à doença. Rotelli (2001, p.30), sobre o processo de desinstitucionalização, destaca:

O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de 'cura' mas no projeto de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'.

Baseados neste pressuposto, a partir de 1971, Basaglia e seu coletivo de profissionais deram início à desmontagem do manicômio de Trieste. Em cada área da cidade foi construído um centro de saúde mental, no total de sete dispositivos. A abrangência de cada centro girava em torno de 20 e 40 mil habitantes e deste funcionava 24 horas por dia durante todos os dias da semana. Outra estratégia para os ex-internos eram os grupos – apartamentos que consistiam em residências onde moravam em grupo ou sozinhos. Estes eram acompanhados por técnicos ou operadores voluntários e estavam localizados em mais de 30 locais distintos. Uma emergência psiquiátrica, "serviço de diagnose e cura", tinha oito leitos e era utilizada como retaguarda para os dispositivos do programa de saúde mental, funcionando em regime diuturno (AMARANTE, 1995).

Além dos lugares de moradia e tratamento, também foram criadas cooperativas de trabalho nas quais eram membros não apenas os usuários de saúde mental. Estas eram abertas à participação das minorias e também aos técnicos. Inicialmente, tinham por objetivo a inserção dos usuários em postos de trabalho. Gradualmente foram sendo ampliadas e assumiram importante papel na dinâmica e economia da cidade (AMARANTE, 1995).

Durante este processo também foi elaborado um projeto de lei que culminou com a aprovação da Lei 180 em 1978 que rege a assistência em saúde mental na Itália. Esta lei, conhecida como "Lei Basaglia", impede a criação de novos hospitais psiquiátricos e determina a criação nos hospitais gerais de enfermagem psiquiátrica e pronto-socorro especializado. Reafirma a centralidade do território como lugar onde deve ocorrer o tratamento, deslocando o locus da cura das estruturas hospitalares para as estruturas intermediárias (BARROS, 1994).

Um aspecto inovador da Lei é citado pela autora (idem, idem) como sendo a determinação da criação de serviços capazes de atender a "crise" mantendo o sujeito em seu meio social. Este fator, relacionado à indução da ruptura com a noção que pressupõe a existência de uma ligação direta da loucura com a periculosidade. Também era prevista a eventual necessidade de uma internação involuntária realizada sob a denominação de Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO). Este implicava a salvaguarda dos direitos dos cidadãos internados e é realizado apenas com a atuação conjunta de um médico, um juiz e do prefeito municipal.

O resgate das experiências de Reforma desenvolvidas durante a segunda metade do século XX possibilita uma melhor compreensão das influências das transformações dos sistemas de saúde mental destes países no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta, apesar de seu início tardio se comparado às experiências do pós-guerra, reúne em seu arcabouço uma multiplicidade de práticas e teorias desenvolvidas neste período.

CAPÍTULO V

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: OS VÁRIOS TEMPOS DE UM PROCESSO

Discutir a Reforma Psiquiátrica no Brasil demanda um olhar ampliado sob a perspectiva da complexidade do processo que se desenvolve por mais de três décadas. A realidade brasileira no que se refere ao sistema de proteção social, à constituição vigente, às transformações do regime político e à organização dos movimentos sociais sofreu grandes transformações neste período. Deste modo, nos autorizamos afirmar que as rupturas, avanços e retrocessos no quadro nacional fazem da Reforma Brasileira um desafio aos pesquisadores desejosos de analisar suas particularidades.

Diversos autores, objetivando descrever a trajetória da reforma brasileira optaram por subdividi-las em períodos. Amarante (1995) circunscreve seu estudo entre as décadas de 1970 e 1980, utilizando com fins metodológicos uma subdivisão em “trajetória alternativa; trajetória sanitarista e trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Com vistas à organização didática de sua evolução, optamos por adotar uma subdivisão deste processo em três momentos:

- 1) Um primeiro período de questionamentos, lutas sociais e experiências inovadoras que denominaremos período de radicalização;

- 2) Um segundo período institucionalizante das políticas públicas com o início da construção de um arcabouço legislativo específico e;
- 3) O terceiro período voltado para estratégias de desinstitucionalização ao mesmo tempo em que permeado pelos impasses consequentes à reorientação do modelo assistencial;

Os três períodos elencados permitem um desenho mais claro desta trajetória. No entanto, exige uma compreensão dialética já que um período não se esgota ao início do outro. Um movimento contínuo, não linear pode ser observado, no qual a radicalidade se faz presente ao mesmo tempo em que uma nova institucionalidade se estabelece. A reorientação do modelo assistencial em saúde mental se apresenta hoje como a política oficial. Entretanto, podemos recorrer ao dito popular ao afirmar que domina, mas não predomina na totalidade dos estados da federação.

5.1. O primeiro momento: A radicalização

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, em seu marco inicial (décadas de 1970-80) concentrava-se na organização dos trabalhadores de saúde mental e da sociedade civil contra os abusos cometidos nas instituições psiquiátricas asilares e na luta pela desconstrução do modelo assistencial hospitalocêntrico até então hegemônico.³⁵ Durante a década de 1970, por meio de relatórios e projetos sobre a assistência psiquiátrica no país, o diagnóstico de ineficiência e

³⁵ Ver mais sobre o tema em AMARANTE (1995) e YASUÍ, (2010)

precariedade estrutural dos hospitais psiquiátricos já era um velho conhecido do governo central.³⁶

Em fins da década de 1970, mais precisamente em 1978, surge um movimento de intensos protestos contra as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos federais. Este movimento era inicialmente composto por jovens profissionais médicos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)³⁷ que deflagram uma greve nos quatro hospitais psiquiátricos federais do Rio de Janeiro³⁸. Inicia-se com a bandeira da humanização dos hospitais e têm no Rio de Janeiro a maior efervescência, tendo posteriormente se disseminado para São Paulo, Bahia e Minas Gerais, estados com os maiores hospitais psiquiátricos do país.

Progressivamente, o movimento adquire uma maior politização, atinge a mídia nacional e passa a questionar de forma mais ampla o modelo assistencial estabelecido. As ideias defendidas por Franco Basaglia, Michel Foucault, Robert Castel, Erving Goffman, Félix Guattari, entre outros, são amplamente disseminadas no país e contribuem para uma maior consciência crítica em relação ao papel destas instituições psiquiátricas e conseqüentemente da psiquiatria tradicional. Estes teóricos, em diversos

³⁶ O livro de Luiz Cerqueira (1984), *Psiquiatria social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental* retrata de forma minuciosa esta realidade. Nele o autor apresenta dados da assistência psiquiátrica pública e privada, além de uma análise crítica sobre os motivos do insucesso das políticas propostas no período.

³⁷ Órgão federal responsável pelos hospitais psiquiátricos.

³⁸ Amarante (1995) descreve este como o primeiro ato grevista do setor público após o regime militar.

momentos, estiveram presentes em congressos e seminários no Brasil (YASUÍ, 2010).

Este Movimento, considerado por Amarante (1995) como o marco inicial da Reforma Psiquiátrica brasileira, deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que por vários anos se configura como o principal ator, formulador e organizador das práticas defendidas pela Reforma. O MTSM tinha como objetivo constituir-se em um espaço de luta não institucional e lugar de debate e formulação. Era constituído por trabalhadores e entidades representativa do pensamento crítico nacional como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Movimento de Renovação Médica (Reme), além de entidades de classe e outros setores da sociedade.

Em 1987, a partir do II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, se estabelece uma inflexão no processo em curso. Sob o lema "Por uma sociedade sem manicômios" o MTSM dá espaço ao movimento da Luta Antimanicomial. Este é caracterizado pela ampla participação, não mais restrita aos trabalhadores em saúde mental, mas também de usuários, sindicatos e entidades representativas, ou seja, amplia-se para a sociedade civil organizada.

Como foi já descrito acima, vários autores detalham este processo sendo uma leitura enriquecedora para os que desejam compreender o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao descrever este processo, é fundamental contextualizar o Brasil daquele período. Os anos finais da década de 1970 marcam a derrocada da

ditadura militar. O retorno dos exilados políticos dá-se em 1979 com a anistia e inicia-se o período da "abertura democrática". Em paralelo, são deflagradas as greves dos operários do ABC, em São Paulo, em um momento de grande ascensão dos movimentos sociais. A década de 1980, apesar de esta ter sido considerada no plano econômico como a década perdida, no campo da organização da sociedade no Brasil foi um período de conquistas fundamentais.

A mobilização por eleições livre, Diretas Já, reúne milhares de cidadãos nas praças do país afora em 1984. O movimento da Reforma Sanitária³⁹ mobiliza diversos segmentos sociais na luta pelo direito à saúde como um processo civilizatório (AROUCA apud PAIM, 2008). A VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira com a participação de usuários, em 1986, constrói as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). A Assembleia Constituinte culmina com a promulgação da constituição federal em 1988, a Constituição Cidadã, com a garantia de direitos básicos como a "Saúde como Direito de todos e Dever do Estado", além de sua inclusão no capítulo da seguridade social.

Por fim, em 1989, foi realizada a primeira eleição direta para presidência da república. Apesar da vitória de um representante conservador, a mobilização social em torno da candidatura de esquerda permitiu a conquista de várias prefeituras por representantes de uma ideologia comprometida com as reformas sociais. Assim, foram dadas as bases para a implantação de iniciativas pioneiras de reorientação do modelo assistencial em saúde

³⁹Para um detalhamento sobre o tema consultar PAIM (2008), ESCOREL e al (2005).

mental, como o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira na cidade de São Paulo (1987) e o Programa de Saúde Mental de Santos (1989).

Os dois constituíram-se como experiências que buscavam romper com a lógica tradicional do tratamento psiquiátrico e reconfigurar um lugar de cuidado onde o foco estivesse pautado no sujeito em sofrimento e não na doença mental (GULJOR, 2003; AMARANTE & TORRE, 2001). A experiência santista, desenvolvida por uma prefeitura que tinha como secretário de saúde um dos expoentes da Reforma Sanitária, realizou a primeira intervenção de um gestor público em um hospital psiquiátrico privado em 1989.⁴⁰ Ainda antes da regulamentação do SUS, assumindo os desdobramentos do confronto direto com o poder dos representantes da psiquiatria asilar no país.

A partir desta intervenção foi organizada uma rede de dispositivos de cuidado definidos como serviços substitutivos de saúde (Núcleos de Atenção Psicossocial/ NAPS), moradias assistidas e cooperativas de trabalho. Havia uma clara referência na Psiquiatria Democrática Italiana, seja em sua formulação teórica, seja no planejamento e gestão dos serviços.

A experiência do CAPS Luiz Cerqueira não obteve um impacto na reorientação do modelo assistencial em saúde mental da cidade de São Paulo. No entanto, seu pioneirismo diz respeito à criação de um dispositivo de portas abertas, inserido na comunidade e destinado ao atendimento de uma clientela portadora de grave sofrimento psíquico. Suas estratégias de cuidado eram

⁴⁰ Sobre esta experiência NICÁCIO (1994), KODA (2002), GULJOR (2003).

pautadas no coletivo e também buscava desconstruir a noção de incapacidade e periculosidade do louco. O seu projeto de implantação configurava uma unidade de tratamento intermediária entre o hospital e a comunidade. Tinha uma referência na psicoterapia institucional francesa, como representada por Jean Oury na Clínica de La Borde.⁴¹

No campo jurídico-político ainda estavam em disputa projetos legislativos que assegurassem os direitos de portadores de transtornos mentais como o projeto de lei Paulo Delgado que versava sobre os mesmos e também sobre a extinção progressiva dos manicômios. Este foi apresentado na câmara dos deputados em 1989 e aprovado como lei apenas em 2001, após diversas reformulações em seu corpo. A tramitação deste projeto se caracterizou por uma grande mobilização, incluindo a sociedade na discussão da loucura e da exclusão. Apesar de sua aprovação tardia com muitas supressões do projeto inicial, teve por mérito a capacidade de aglutinar grandes setores sociais. Além disto, possibilitou a coesão do movimento, impulsionando o surgimento de diversas outras experiências.

5.2. O período institucionalizante

Na década de 1990 iniciou-se um momento de implantação de políticas públicas oficiais com publicações de sucessivas portarias ministeriais que caracterizavam e regulamentavam os novos dispositivos de cuidado. As

⁴¹ Sobre o CAPS LUIZ CERQUEIRA, GOLDBERG (1992 e 1998), YASUÍ, (1989).

portarias 189/91, 224/92 permitiram a destinação financeira e regulamentaram os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), Hospitais–Dia e definiu exigências básicas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Durante este período, se observou a progressiva expansão de serviços pautados na atenção psicossocial e a assunção por parte de diversos programas de saúde mental municipais de uma responsabilização sobre os hospitais psiquiátricos e a assistência por eles destinada aos usuários do SUS.

O terço inicial da década de 1990 foi marcado por grandes mobilizações sociais. As ações decretadas pelo governo central, no que se refere ao setor saúde, ameaçavam gravemente as conquistas constitucionais (BARRETO JR. E SILVA, 2004). As denúncias de corrupção no governo desencadearam um forte movimento popular que culminou com a votação no Congresso Nacional do impeachment do presidente Fernando Collor de Mello em 1992 levando ao poder seu vice, Itamar Franco.

Em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde se configura um marco da reforma da assistência psiquiátrica nas Américas. O Brasil é um dos signatários. O documento final propõe uma série de compromissos de reestruturação da assistência centrado no cuidado extra-hospitalar e na crítica ao modelo hospitalocêntrico. Além disto, estabeleceu a carta de direitos dos usuários em saúde mental.

Apesar de uma conjuntura nacional desfavorável em relação às políticas econômicas e a frequente ameaça às conquistas sociais, o subsetor saúde mental obteve um significativo crescimento dos dispositivos assistenciais extra-hospitalares apesar de não lograr sucesso em aprovar uma lei que regulamentasse os direitos dos portadores de transtornos mentais.

5.3. O período da desinstitucionalização

A entrada do século XXI marcou um salto nas políticas públicas direcionadas ao setor. A partir de 2001, a promulgação da chamada “Lei Paulo Delgado”⁴² (n.º 10.216) e a publicação das portarias GM 336/01 e GM 251/02 subsidiaram gestores e profissionais no sentido da reorientação do modelo de modo mais radical (GULJOR, 2003).

Definiam a reorientação do modelo assistencial para uma estrutura de base comunitária no que diz respeito aos serviços substitutivos além de preconizarem a readequação dos hospitais psiquiátricos com a instituição do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar mediante as Portarias GM 52 e 53/2004. (BRASIL, 2004).

A agenda da Reforma Psiquiátrica já contabilizava um incremento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, após a publicação da Portaria n.º 224/92. Com a publicação da nova portaria n.º 336/01

⁴² A lei 10216, apesar de ser conhecida como Lei Paulo Delgado, não consistia no projeto original apresentado por este deputado em 1989 à Câmara dos Deputados. Ao longo dos 12 anos de sua tramitação foram apresentados substitutivos com reformulações da proposta inicial como forma de viabilizar sua aprovação.

que destinava um subsídio extra-teto⁴³ para o financiamento dos novos dispositivos, um crescimento exponencial foi observado. Se por um lado havia um aumento de cobertura assistencial aos portadores de transtornos mentais inseridos na comunidade, a missão inicial de transformação dos novos dispositivos em estruturas para o acompanhamento de pacientes com longos períodos de internação até então não acompanhava este avanço. Um novo desafio se apresentava – a desinstitucionalização.

É importante destacar que nesta década, a clientela de longa permanência institucional, ou seja, com período de internação superior a um ano,⁴⁴ passa a ser considerada como uma das prioridades nas políticas públicas de saúde mental. Esta questão se reflete na publicação das portarias GM 106/2000, que criava os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), e GM 1.220/2000, que regulamentava seu funcionamento. A criação do Decreto Lei 10.708/2003 estabeleceu o auxílio desinstitucionalização – Programa “De Volta Pra Casa” – que destinava uma quantia financeira para pacientes internados há mais de dois anos que sejam reinseridos na comunidade (BRASIL, 2003b).

⁴³ Os procedimentos de CAPS são remunerados por APACs. Cada município possui uma cota definida para o pagamento destes procedimentos de alta complexidade que não estão restritos ao pagamento dos procedimentos dos CAPS. As APACs são distribuídas entre os procedimentos de diálise, exames de imagem entre outros considerados de alta complexidade. Para o pagamento destes procedimentos, até 2008, era utilizado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) com verbas não incluídas no teto financeiro municipal. A partir da Portaria GM 2867/08, em acordos coletivos do Pacto de Gestão passaram a ser financiados pelos recursos realocados no teto financeiro dos municípios, calculados em uma série histórica.

⁴⁴ Adotamos como marco para classificar a longa permanência hospitalar o período de um ano ininterrupto de internação em hospital psiquiátrico já que esta tem sido adotada em estudos internacionais e também pelo Ministério da Saúde em seus relatórios sobre o tema (BRASIL, 2007).

A estas iniciativas no nível federal são associadas outras de âmbito estadual e municipal como a realocação de recursos das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para a atenção básica os quais foram inicialmente regulamentados pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) em alguns estados (SES-RJ, 2002) e posteriormente aprovados na Comissão Intergestora Tripartite. Os recursos antes gastos com pagamentos para a rede hospitalar, por meio desta realocação passam a ser utilizados na rede de atenção psicossocial a partir das metas da gestão local. Desta forma, foi possível a criação de bolsas auxílios municipais destinadas à clientela de longa permanência ou investimentos na rede de atenção como as SRTs e os Centros de Atenção Psicossocial.

No entanto, o processo de desinstitucionalização em curso ainda se desenvolve de forma lenta se comparado aos dados existentes sobre o quantitativo de internos de longa permanência nos hospitais psiquiátricos do país.⁴⁵ Dados do relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) apontam para um crescimento reduzido dos dispositivos residenciais nos anos de 2011 e 2012 se comparados em uma análise em números absolutos. De acordo com Delgado (2006) em torno de 30% dos leitos psiquiátricos no país são ocupados pela clientela de longa permanência. O informativo da saúde mental divulgado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2012b) referente a junho de 2012 contabiliza a existência de 29.958 leitos psiquiátricos e 185 hospitais especializados em funcionamento.

⁴⁵ FURTADO, J. (2006a) realiza uma avaliação atual dos dispositivos residenciais terapêuticos no Brasil.

Nos últimos relatórios publicitados não há referência ao quantitativo de usuários com internações de longa permanência. A última informação encontrada sobre este tema refere-se a um percentual de 35% de usuários com tempo de internação acima de um ano definidos como média nacional a partir dos dados do PNASH (BRASIL, 2007). Assim, hoje podemos contabilizar com os dados de leitos existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) que teríamos aproximadamente 10.485 usuários de longa permanência, variando esta média de acordo com o estado da federação.

Os dados obtidos por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde,⁴⁶ referente a agosto de 2012, apontam a existência de 2.131 Centros de Atenção Psicossocial no país, sendo 157 no estado do Rio de Janeiro. A cobertura de CAPS nacional é de 0,70 por 100 mil habitantes e, no Rio de Janeiro, de 0,58. Estes dados são distintos dos apresentados pelo boletim informativo da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) que apontam para 1.803 Centros de Atenção Psicossocial no país, sendo 114 concentrados no estado do Rio de Janeiro. A cobertura por 100 mil habitantes seria de 0,74 e 0,61, respectivamente.

Em relação aos dados de CAPS, observamos um crescimento pequeno do número de CAPS III se comparado à cobertura ideal para uma função substitutiva à internação psiquiátrica. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) existiam, até julho de 2012, 66 dispositivos deste tipo entre os 1.803 CAPS de outras modalidades. Da mesma forma, o quantitativo de leitos em

⁴⁶ www.portalsaude.gov.br/sage acesso em 05/12/2012.

hospitais gerais⁴⁷ ainda permanece aquém da demanda exigida para uma estratégia de substituição de internações em hospitais psiquiátricos.

Partimos do pressuposto de que a criação de novos dispositivos de cuidado por si só não garante a eficácia do processo apesar de ser imprescindível a existência de uma rede de serviços potentes. As dimensões envolvidas sinalizam para a complexidade das intervenções necessárias. Conforme nos aponta Amarante (2007), o cuidado em saúde mental envolve uma teia complexa que podemos subdividir em quatro dimensões a serem contempladas, quais sejam: a dimensão teórico-conceitual, jurídico-política, a técnico-assistencial e a dimensão sociocultural. Cada qual abarca um entrecruzamento de saberes e práticas que dão sustentação ao processo de desinstitucionalização. Segundo este autor:

Ao elaborar uma intervenção, um programa de saúde para uma comunidade, uma ação social ou política qualquer, os atores responsáveis pela implantação destas ações e/ou programas sabem que deve contemplar um conjunto de aspectos que, embora alheios à ciência, interferem na formulação de suas estratégias. São aspectos de ordem ideológica, de ordem política, de ordem ética...[...]"(AMARANTE, 2007, p.65)

5.4. Os desafios da desinstitucionalização

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou um plano de reorientação da assistência hospitalar que em 2002 alavancou os primeiros passos no sentido da avaliação da clientela internada em hospitais

⁴⁷ Em junho de 2012, existiam 3910 leitos em Hospitais Gerais sendo que 75% concentrados nas regiões Sul e Sudeste.

psiquiátricos e a condição da assistência prestada. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) teve como desdobramento em 2004 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) que estabelecia uma estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Estes se constituíram como os mecanismos principais de avaliação e redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2007).

O levantamento das condições dos hospitais psiquiátricos no país permitiu estabelecer dados mais concretos acerca da qualidade da assistência oferecida além de uma noção mais fidedigna do quantitativo de pacientes de longa permanência institucional. Os dados do Ministério da Saúde no relatório de gestão 2003-2006 apontam que 65% dos hospitais psiquiátricos apresentam 20% ou mais de pacientes de longa permanência no país. Considera também que esta porcentagem possui variações por regiões destacando que há censos no Rio de Janeiro que indicam entre 40 e 50% de moradores e São Paulo indicando até 60%. Acreditamos que o processo de fechamento de várias instituições asilares nos últimos anos tenha tido algum impacto neste quadro. Estudos específicos são necessários para que seja avaliada a eficácia das ações implantadas.

É preciso destacar a importante redução de leitos ocorrida nos últimos 10 anos. A partir de dados referidos por Furtado (2006b), Brasil (2007) e Brasil (2012b), observamos a evolução a seguir:

Tabela 1

ANO	2000	2003	2006	2009	2012*
Leitos psiquiátricos SUS	60.868	51.393	39.567	34.601	29.958

Tabela 2

ANO	2000	2003	2006	2009	2012¹
CAPS	208	500	1010	1467	1803
SRT	*	85	393	514	625 ²
PVC	*	206	2519	3486	4085

1 – Dados referentes ao mês de junho de 2012.

2 – O quantitativo de serviços residenciais terapêuticos reproduz o mesmo número de serviços de dezembro de 2011, visto que um processo de regulamentação da nova portaria ainda se encontrava em curso na época da sistematização dos dados.

O quantitativo de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) aponta alguns dados importantes. É notória a ampliação de serviços extra-hospitalares de cuidado em saúde mental. No entanto, ao observamos a progressão geométrica dos CAPS não podemos deixar de constatar que a velocidade da implantação de dispositivos de moradia para a clientela de longa permanência institucional, quais sejam, os

serviços residenciais terapêuticos, ainda se apresenta numericamente insuficiente para abarcar a dimensão atual do problema.

Furtado (2006a) destaca que de 572 CAPS⁴⁸ existentes no ano de 2004, apenas 41 acompanhavam egressos de longa internação em SRTs, ou seja, 6,7% dos mesmos. Dados do Ministério da Saúde 2011 referem que nos 625 módulos residenciais existentes no país residem 3.470 moradores egressos de instituições psiquiátricas. Ao compararmos com a previsão de 30% de internos de longa permanência nos 29.958 leitos psiquiátricos SUS existentes, atualmente há uma demanda ainda significativa, mesmo se considerarmos que a SRT não é a única estratégia possível para inserção dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Seria necessário, em uma projeção livre, aproximadamente mais 1.300 SRTs⁴⁹ para absorver a clientela de longa permanência, adotando o percentual preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Nos últimos nove anos foram criadas 625 moradias, pelos dados oficiais.

As estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde até o momento, conforme descritas anteriormente têm viabilizado um arcabouço jurídico e financeiro para tal empreitada. No que diz respeito à rede hospitalar, o plano de readequação do porte dos grandes hospitais psiquiátricos e as avaliações do PNASH/Psiquiatria tem tido como consequência o descredenciamento e posterior fechamento de um número significativo de hospitais da rede

⁴⁸ Apesar do texto de Furtado apontar a existência de 572 CAPS em 2006, dados do Ministério da Saúde/Saúde Mental em Dados nº 7 contabilizam 605 CAPS neste período (BRASIL, 2010).

⁴⁹ Contabilizando que em cada dispositivo poderiam ser inseridos até oito moradores.

conveniada e própria do SUS. Também neste bojo, intervenções do Ministério Público têm gerado ações civis públicas envolvendo como réus as três esferas de governo (municipal, estadual e municipal) e os hospitais psiquiátricos, intimando os poderes a elaborar estratégias de reinserção da clientela internada nestas instituições, sob pena de pesadas multas.

Em âmbito nacional, desde o início das vistorias nos hospitais psiquiátricos brasileiros, 29 instituições foram avaliadas como de qualidade insuficiente e indicadas ao descredenciamento. Nas próximas páginas relacionamos estas instituições com seu status no ano de 2010, de acordo com os dados fornecidos pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool, Crack e outras Drogas (BRASIL, 2011):

QUADRO 1

PNASH – Psiquiatria 2002 – Hospitais indicados para descredenciamento em 2002

UF	Município	Hospital	Leitos 2002	Leitos dez 2010
SP	Ribeirão Preto	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	54	Fechado
GO	Goiânia	Clínica Espírita de Repouso	51	Fechado
MG	Barbacena	Sanatório Barbacena Ltda.	121	Fechado
PB	Campina Grande	Inst. De Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional.	145	Fechado
RJ	Carmo	Hospital Estadual Teixeira Brandão	262	Fechado
RN	Caicó	Casa de Saúde Milton Marinho / Hospital do Seridó	107	Fechado
MG	Montes Claros	Hospital Prontamente	124	55
RJ	Paracambi	Casa de Saúde Dr. Eiras / Filial Paracambi	1.130	166
TOTAL			1994	221

Fonte: Brasil (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 2

PNASH – Psiquiatria 2003 – 2004 – Hospitais indicados para descredenciamento em 2004

UF	Município	Hospital	Leitos 2002	Leitos dez 2010
RJ	Nova Iguaçu	Hospital Santa Cecília	200	Fechado
PE	Camaragibe	Hospital José Alberto Maia	870	Fechado
BA	Feira de Santana	Hospital Colônia Lopes Rodrigues	500	299
BA	Salvador	Sanatório São Paulo	220	76
BA	Juazeiro	Sanatório Nª Senhora de Fátima	80	75
TOTAL			1870	450

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro3

PNASH – Psiquiatria 2003-2004– Hospitais indicados para descredenciamento em 2007

UF	Município	Hospital	Leitos 2002	Leitos dez 2010
MG	Alfenas	Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas	54	Fechado
MG	Juiz de Fora	Hospital São Marcos	51	Fechado
MG	Juiz de Fora	Clínica Psiquiátrica Pinho Masini	121	Fechado
RJ	Engº Paulo de Frontin	Clínica Engenheiro Paulo de Frontin	145	Fechado
RJ	Rio de Janeiro	Clínica de Repouso Valência	262	Fechado
RJ	Rio Bonito	Hospital Colônia Rio Bonito	107	345
RJ	Bom Jesus de Itabapoana	Clínica de Repouso Itabapoana	124	320
TOTAL			1.605	665

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 4

PNASH - Psiquiatria 2005-2006 - Hospitais indicados para descredenciamento em São Paulo

UF	Município	Hospital	Leitos 2002	Leitos Dez 2010
SP	São José dos Campos	Sanatório Espírita Vicente de Paulo	139	139
SP	São Paulo	Clínica Espírita de Repouso	192	Fechado
SP	Nova Granada	Sanatório Barbacena Ltda.	148	Fechado
TOTAL			479	139

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Quadro 5

PNASH - Psiquiatria 2007-2009- Hospitais indicados para descredenciamento em 2010

UF	Município	Hospital	Leitos dez 2010
BA	Itabuna	CLUPI - Clínica Psiquiátrica de Itabuna Ltda.	154
CE	Fortaleza	Irmandade Ben da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	120
PB	João Pessoa	Instituto de Psiquiatria da Paraíba Ltda.	160
RN	Natal	Clínica Santa Maria Ltda.	100
SE	Aracaju	Casa de Saúde Santa Maria Ltda.	160
PE	Recife	Instituto de Psiquiatria do Recife	Fechado
PE	Recife	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco	352
TOTAL			1.046

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011) Relatório de Gestão 2007-2010.

Os processos de descredenciamentos sofreram variações de acordo com o tipo de intervenção e a governabilidade possível nas pactuações com os gestores locais. Foram fechadas, até o ano de 2010, 16 instituições. Até junho de 2012 ainda estavam em processo de descredenciamento 14 hospitais

psiquiátricos. Estes somavam aproximadamente 2.200 leitos (BRASIL, 2012b). Os processos em curso têm em comum a indicação de descredenciamento.

No entanto, o desenho destes varia entre intervenções na forma de requisição de serviços, termo de ajustamento de conduta por ações civis públicas, gestão compartilhada etc. Deste modo, o tempo de cada processo obedece às singularidades locais em relação aos procedimentos jurídicos, mas principalmente dizem respeito à construção de estratégias comunitárias que viabilizem uma desinstitucionalização responsável, não restrita a desospitalização.

É determinante destacar que em grande parte dos processos em curso e naqueles já concluídos, se observa como estratégia as pactuações entre os gestores locais e federais. Além disto, pela característica de grande porte de uma parcela significativa destes hospitais, o que se encontrou foi uma clientela diversificada em relação a seus municípios de origem. Em geral, eram instituições que absorviam demandas regionais. Deste modo, a desinstitucionalização apontou para a necessidade de estruturação de uma rede de suporte social não restrita ao município sede. Trouxe como pressuposto a potencialização da rede de atenção psicossocial nas regiões envolvidas e, deste modo, reforçando o princípio da regionalização.

No período de 2002-2012 foram fechados 22.135 leitos, sem contabilizar que estas intervenções continuam em curso gerando um número provavelmente superior ao que temos registro. Isto nos permite dimensionar a velocidade deste processo de fechamento de leitos, ou readequação do porte

hospitalar como é mais frequentemente denominado. Demonstra a urgência da implantação de estratégias que ofereçam suporte a clientela desinstitucionalizada com vistas a sua reinserção psicossocial.

Ao mesmo tempo, as ações locais e suas repercussões são de grande relevância na construção de políticas nacionais. O planejamento para a desinstitucionalização da clientela de longa permanência no país apenas pode ser efetivo ao considerar as singularidades de cada experiência, seus impasses e suas inovações. O impacto quantitativo de pacientes reinseridos na comunidade já é possível de ser avaliado nos relatórios oficiais e em estudos científicos. No entanto, as nuances que envolvem o “como fazer” no cotidiano de cada localidade ainda demanda uma maior aproximação.

Em 2010, o Ministério da Saúde realizou a VII Chamada para Supervisão clínico-institucional considerada uma estratégia para a desinstitucionalização juntamente com as residências terapêuticas, o programa De Volta Pra Casa, a redução de leitos e a mudança do perfil dos hospitais. Este projeto de supervisão iniciado em 2005 para a rede de CAPS, a partir de 2010 se amplia para os programas de saúde mental.

O foco era potencializar a qualificação técnica e reformular a assistência em saúde mental dos municípios com hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento que precisariam intensificar as ações de desinstitucionalização. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b, p.19):

Estachamada teve como objetivo potencializar o processo de trabalho institucional, com a finalidade de

fortalecer a interlocução do serviço com a rede de atenção em saúde mental, instituir trabalho em equipe multidisciplinar; promover censo clínico-psicossocial dos moradores com identificação do município de origem, dos vínculos familiares, das condições para a transferência para residências terapêuticas, da existência de documentação e aspectos jurídicos relacionados aos pacientes, identificar demanda de qualificação técnica dos trabalhadores da instituição e, em parceria com os gestores municipais / estaduais, contribuir para a realização de programas de capacitação.

A estratégia de supervisão institucional voltada para ações programáticas em saúde mental vinha sendo utilizada pelos municípios desde as primeiras experiências de construção dos novos serviços. No entanto, a questão do financiamento destas ações constituía um obstáculo para sua realização principalmente em municípios menores, com menor disponibilidade de recursos.

Na desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras – Pbi, esta função configurou-se uma estratégia chave para a construção da rede de atenção psicossocial em municípios com uma histórica escassez de investimentos na área de saúde mental. Tal estratégia foi inicialmente financiada pelo governo federal e posteriormente pela secretaria estadual de saúde. A supervisão clínico-institucional do programa de saúde mental de Paracambi foi incorporada ao rol de ações do município no período imediatamente anterior a intervenção oficial em 2004.

O estado do Rio de Janeiro apesar da ampliação da rede de atenção psicossocial, ainda mantém na área hospitalar indicadores precários. Constitui-se no segundo maior parque manicomial do país em números absolutos com 28 hospitais psiquiátricos e 4.931 leitos (BRASIL, 2012b). Possui uma

população de quase 16 milhões de habitantes e, ao utilizarmos o indicador de número de leitos por 1.000/hab., encontramos em junho 2012 a taxa de 0,30⁵⁰.

As internações psiquiátricas constituem- 18% dos gastos gerais com internações da saúde (SES-RJ. ASM-RJ, 2003a). De acordo com Gomes e cols. (2006), estima-se que 40% da população internada no estado se encontram na condição de moradora do hospital: “com seus laços sociais rompidos ou fragilizados” (GOMES e cols., 2006, p. 122).

Os dados de pesquisa realizada no Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde- (LAPPIS- UERJ), da qual este autor foi um dos coordenadores, demonstram que no hospital psiquiátrico público municipal em Niterói-RJ esta clientela representava, em 2008, 35% do total de leitos existentes. Em sua maioria, não possuíam suporte social ou rendimentos. Como dado importante que reafirma a discussão anterior, neste estudo, apesar de 74,42% da clientela terem família, um total de 65,63% não podiam “contar” com esta (GULJOR; PINHEIRO & SILVA JR., 2006).

O processo de intervenção técnica iniciado em 2000 pela Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, que culminou com a intervenção do gestor municipal em 2004,⁵¹ desdobrou-se na implantação de uma vasta rede de atenção psicossocial na Baixada Fluminense-RJ. Tal ação incluiu a criação de Serviços

⁵⁰ Ao compararmos com o estado de São Paulo verificamos o quantitativo de 0,24 leitos psiquiátricos por 1000/hab. em uma população de aproximadamente 42 milhões de pessoas. Nesse estado encontramos 54 hospitais psiquiátricos e 10.153 leitos cadastrados. (BRASIL, 2012b)

⁵¹A intervenção ocorreu em parceria com a SES-RJ e apoio do Ministério da Saúde.

Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de estratégias de intervenções culturais e de geração de renda no município de Paracambi. Este recebeu um grande quantitativo de egressos da instituição em suas residências terapêuticas e casas de passagem que eram oriundos da cidade e também de municípios circunvizinhos (VIDAL & GULJOR, 2006).

Ao pensarmos as estratégias para a desinstitucionalização, estamos adotando seu conceito como um processo social complexo (AMARANTE & GULJOR, 2005). Sendo assim, a compreensão deste supera a noção de uma mera desospitalização e inclusão dos sujeitos em uma moradia – custeada ou não pelo poder público. Referimo-nos a um processo que inclui dimensões plurais e que demanda pactuações políticas, construção de saberes e práticas que em última instância viabilizem um novo lugar social da loucura. Estes são os desafios a serem considerados e que a partir de agora abordaremos neste estudo de caso.

CAPÍTULO VI

PARACAMBI– CONSIDERAÇÕES SOBRE A SUA HISTÓRIA

Nesta tese buscamos discutir o processo desinstitucionalização a partir do fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi. Entretanto, para a compreensão deste quadro se faz indispensável caracterizar de forma detalhada a história deste município e sua relação com a psiquiatria. Esta contextualização apresenta subsídios que remontam à constituição de uma cultura manicomial local e particularidades da dinâmica da cidade e suas instituições permitindo um dimensionamento mais fidedigno do problema.

Neste capítulo, além da contribuição de estudos realizados sobre a cidade e relatos de alguns entrevistados, é incorporada também a experiência pessoal da autora que vivenciou o cotidiano da cidade durante quase uma década.

O município de Paracambi, atualmente com 47.124 habitantes⁵² localiza-se há aproximadamente 74 km da capital do estado e margeia uma das principais rodovias do país, a Rodovia Presidente Dutra, que liga o Rio de Janeiro a São Paulo. Pertence à região metropolitana do Rio de Janeiro, sendo sua última cidade e não fazendo parte da Baixada Fluminense. Também considerada pertencente à região centro sul do estado.

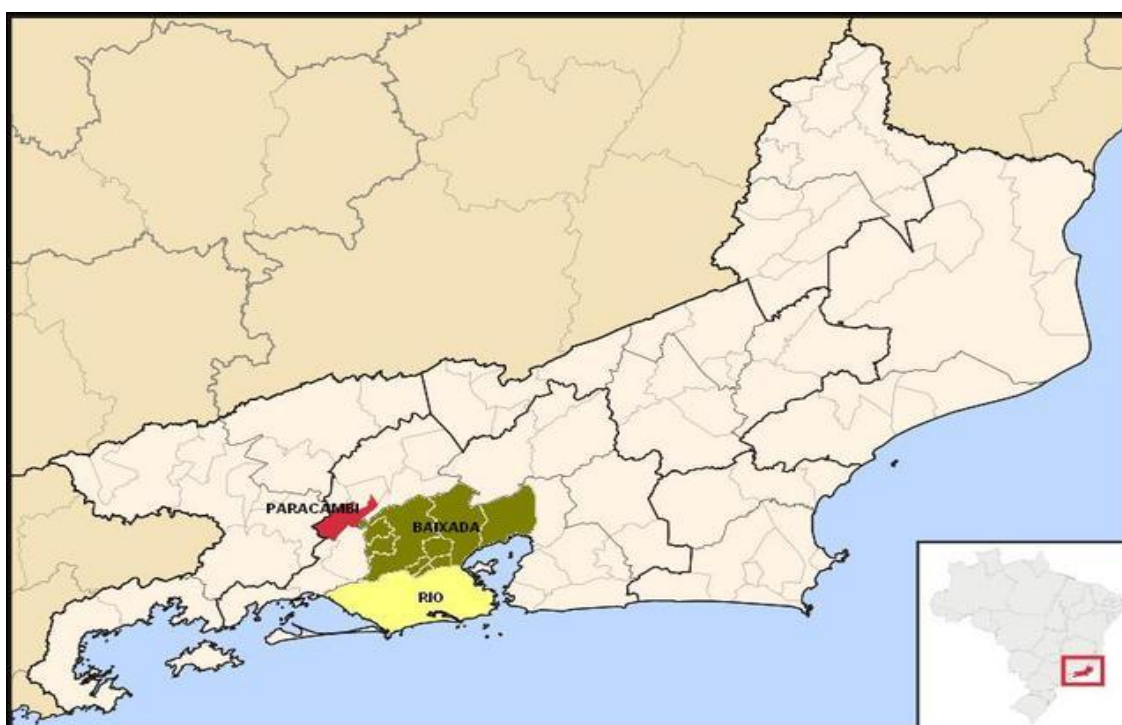


Figura 2: Mapa estado do Rio de Janeiro. No detalhe Paracambi, Baixada Fluminense e cidade do Rio de Janeiro.Fonte: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=836972>

Atualmente, a sua atividade econômica se baseia principalmente no setor de serviços, com uma pequena produção industrial e uma ínfima produção agropecuária. O setor saúde conta com 73% de estabelecimentos públicos

⁵² Dados do Censo 2010 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

municipais e 26% de estabelecimentos privados. O setor saúde na história da cidade se configura como um grande empregador no momento atual, tendo o setor industrial ocupado um lugar de destaque na economia até o início da década de 1970. Ocupa o 39º lugar no IDH-M estadual⁵³ – 0,771.

Paracambi foi fundada como distrito em 1911, após a unificação do distrito de Vassouras, denominado Taireté, com o distrito de Paracambi,⁵⁴ pertencente a Itaguaí. Cresceu como vila operária e teve seu desenvolvimento marcado pela inauguração da estrada de ferro Central do Brasil em 1861 (denominada Pedro II à época) e pelo crescimento da indústria Brasil Industrial fundada em 1895. Esta era responsável pela canalização da água, pela luz elétrica e mais tarde pela construção de escolas, clubes, usina elétrica etc. Desta forma, apresentava-se também como referência cultural da cidade. Outras indústrias têxteis também se instalaram no local e em 1918 havia 1.250 operários empregados.

Em 1954, foi inaugurada a Siderúrgica Lanari S/A responsável por grande desenvolvimento em Paracambi, que se emancipou política, econômica e socialmente em 1960. Esta siderúrgica se manteve como grande empregadora local até seu fechamento na década de 1970 (NATAL, 1987). Nos anos 1970, em decorrência da falência dessa empresa e consequente grande desemprego, passa a ocupar um lugar de destaque na vida da cidade a

⁵³ O IDH-M do Rio de Janeiro PNUD 2000 é 0,807.

⁵⁴ Em tupi guarani Paracambi significa macaco pequeno, nome dado em alusão ao rio dos Macacos, que separava os dois distritos

“indústria da loucura”⁵⁵ que ali se instalara desde junho de 1963, com a fundação da Casa de Saúde Dr. Eiras, filial Paracambi (CSDE-Pbi), possuindo 2.550 leitos psiquiátricos e com o Hospital Paracambi Ltda. (Cascata) com 150 leitos, instalado na década de 1970.

Gradativamente ocorre a decadência das indústrias têxteis e o hospício passa a ocupar o lugar de grande empregador (800 empregos diretos) e de maior contribuinte tributário (35% da receita municipal) na década de 1990. Os trabalhadores que antes mantinham em funcionamento os fornos da siderúrgica passam a alimentar a indústria da internação, do benefício-doença, como solução para seus conflitos sociais e existenciais. Um importante número de trabalhadores locais também passa a integrar o corpo de funcionários da instituição, principalmente aqueles com nível de escolaridade de ensino médio e fundamental. Alguns funcionários da instituição residiam em casas no interior da área física do hospital.

Além destes, residiam na instituição, até a década de 1990, freiras da congregação das Filhas de Santana, que eram também responsáveis pelo gerenciamento do cuidado com os internos. Esta congregação iniciou sua inserção nas atividades da CSDE em 1917 na instituição sede em Botafogo. De acordo com Mattos (2004),desempenhavam funções religiosas e assistenciais.

⁵⁵ Este termo foi cunhado por Luiz Cerqueira (1984), referindo-se a ampliação do número de leitos em hospitais psiquiátricos gerado pela política de credenciamento de leitos privados implantada pelo INAMPS. Estes marcados pela baixa qualidade da assistência, pelo longo tempo de permanência dos internados e pelo grande lucro obtido pelos proprietários destas instituições. Em sua dissertação de mestrado Delgado (1983) utiliza o termo indústria da loucura ao referir-se ao quadro da assistência psiquiátrica em Paracambi no período após o fechamento de uma siderúrgica local na década de 1970.

Natal (1987) refere que além da função de conforto espiritual aos internos, as freiras eram responsáveis pela chefia de enfermagem, pelo almoxarifado e pela rouparia.

Era na área da instituição que aconteciam as festividades da cidade como a comemoração do dia da independência com os desfiles estudantis no Sete de Setembro e a festa junina. Os desfiles cívicos incluíam crianças com transtornos mentais internadas, em geral com quadros neurológicos. Segundo Natal (1987) também eram contratados blocos durante o carnaval para desfilar no baile dentro do hospital.



Figura 23: Alunos de escolas da cidade em desfile do Dia da Independência na CSDE-PBI. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal



Figura 3: Internos da CSDE-PBI que compunham a banda do desfile. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.



Figura 4: Crianças e adultos internados no pavilhão Santa Rosa no desfile do Dia da Independência. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal.

As famílias utilizavam suas dependências para os passeios de domingo com piquenique. Um dos entrevistados relata que desde a sua infância a rotina dos moradores do entorno da instituição era marcada pelo som de uma sirene que era acionada em vários horários fixos do dia, marcando a hora das refeições, de saída e entrada nos pavilhões, do turno de trabalho. Este som estava incorporado à vida dos moradores do bairro que também a partir dele estabeleciam suas rotinas de sair para o trabalho e escola, entre outras. Esta sirene foi desativada apenas com o início da intervenção municipal na instituição.

A CSDE-Pbi passa a respaldar sua influência na cultura local, formalizando o modelo hospitalocêntrico ao reafirmar na comunidade a necessidade da existência do hospício. Natal (1987) descreve de modo romanesco as festas locais, nas quais havia farta distribuição de “cachorro quente e refresco”. O papel desta instituição, apesar de diversas tentativas anteriores de ruptura com sua lógica,⁵⁶ até o final do século XX se mantinha quase inalterado (GULJOR, VIDAL & SCHMID, 1997).

6.1. A cidade dos loucos

Tal qual a cidade de Barbacena (Minas Gerais), Paracambi também recebia a alcunha de cidade dos loucos. Sua semelhança com a primeira não

⁵⁶ Em 1991, é feita uma denúncia à Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro tendo como autores um profissional de saúde da instituição em articulação com o sindicato dos trabalhadores em saúde da cidade, que será detalhada abaixo. Isto gerou uma ação na justiça impetrada por três deputados estaduais e o encaminhamento de medidas entre as quais a tentativa de descredenciamento de leitos da CSDE junto ao INAMPS. (GUITTON, 2010)

se limitava ao amplo parque manicomial, mas também ao fato de a linha de trem Central do Brasil ter como penúltima parada a estação Dr. Eiras, construída pela instituição. Um fato que nos reporta a construção da cultura manicomial na cidade diz respeito ao fechamento de uma das indústrias do município em 1976 deixando desempregados em torno de 770 operários e gerando um retrato mais detalhado do que significava a expressão “indústria da loucura” exposto por Delgado (1983).

O primeiro hospital psiquiátrico fundado na cidade data de 1963, a Casa de Saúde Dr. Eiras, e ocupava no cenário local a característica de macro-instituição devido ao número de leitos e funcionários. Já o hospital Paracambi foi inaugurado anexo a um ambulatório de psiquiatria, sendo cadastrado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em agosto de 1976, com 76 leitos psiquiátricos. Curiosamente, no início de 1979, era o único hospital dia privado já cadastrado na história do sistema de saúde brasileiro, com 60 vagas. O fechamento da siderúrgica criou as condições para um segundo hospital local, visto que até então a Casa de Saúde Dr. Eiras detinha o monopólio da assistência psiquiátrica hospitalar.

O Hospital Paracambi se consolidou na época dadas as características de atenção ambulatorial, hospitalar integral e hospital dia que faziam deste um instrumento intermediário na obtenção do auxílio-doença. Os dispositivos institucionais se retroalimentavam na manutenção de uma clientela institucionalizada na assistência psiquiátrica, mas nem sempre mantida em internação hospitalar. Delgado (1983) destaca que a indústria cerrou suas portas sem pedido de concordata ou falência, não encerrou os contratos de

trabalho de seus operários, o que naquele período significava uma impossibilidade de reinício da vida profissional para muitos, pois não houve a “baixa na carteira profissional”.

Observa-se um incremento da busca por assistência psiquiátrica no ambulatório da referida instituição.⁵⁷ Este autor destaca que 70% da clientela de semi-internação eram operários remanescentes dessa fábrica. Este quadro se manteve até maio de 1979 quando, por determinação do órgão coordenador da perícia médica, o hospital dia foi excluído como critério para concessão de auxílio-doença (INPS-CRPM apud DELGADO, 1983). As taxas de ocupação dos leitos de internação eram sempre elevadas e a remuneração pelo INAMPS com frequência era feita para um número de leitos maior do que o oficialmente cadastrado.

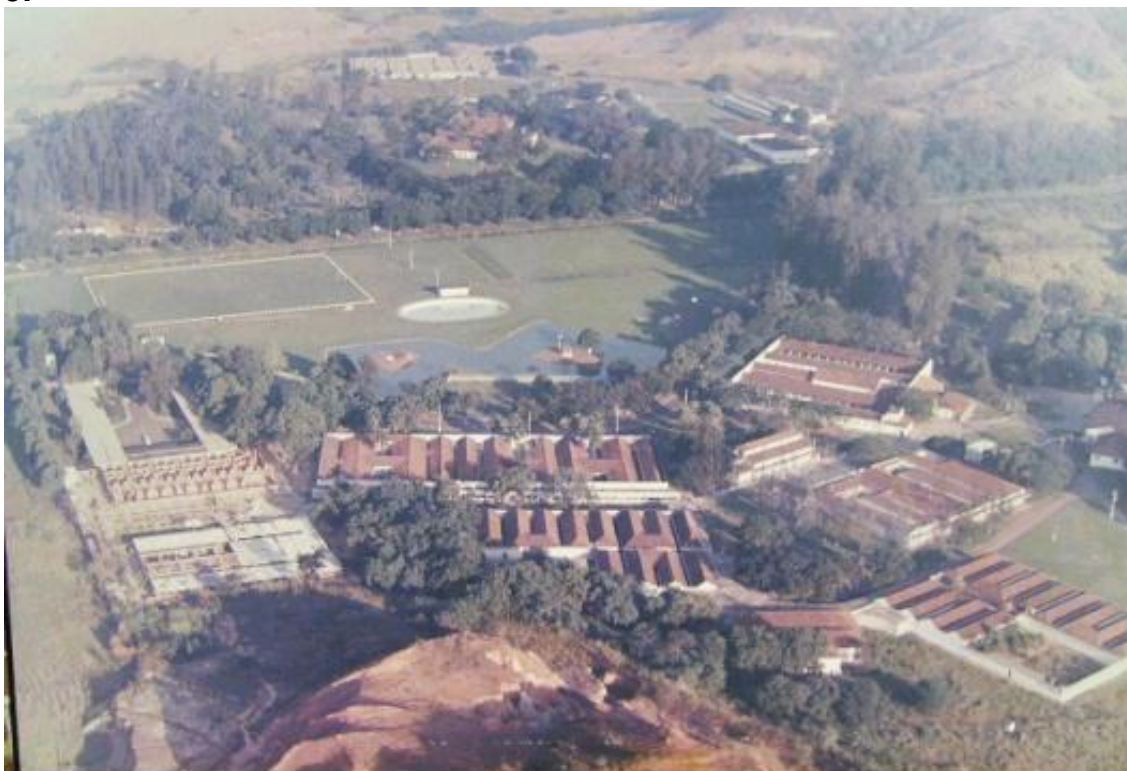
Neste período, era comum ouvir dizer que a Casa de Saúde Dr. Eiras era o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina e já possuía em suas dependências uma clientela de longa permanência institucional. De modo distinto da outra instituição, este hospício recebia uma população de vários municípios, incluindo outros estados brasileiros. Foi utilizada também como local de asilamento para uma clientela que após internações psiquiátricas por períodos de alguns meses não obtinha melhora em seu quadro clínico-psiquiátrico ou não possuía suporte social que garantisse sua reinserção na comunidade.

⁵⁷ De acordo com Delgado (1983), a procura por assistência psiquiátrica no ambulatório da instituição era frequente por parte dos trabalhadores da indústria devido às condições precárias de trabalho na indústria de transformação

Na década de 1990, foi o destino da clientela de duas instituições psiquiátricas públicas, a saber: uma estadual do interior fluminense que cerrou suas portas – Vargem Alegre – e outra dos “portadores de deficiência mental” que estavam institucionalizados na Funabem em Botafogo. Pode-se supor que a função desempenhada pela Dr. Eiras Paracambi no quadro da assistência psiquiátrica se equipararia a um local não apenas de assistência à saúde, mas de recolhimento de uma população destituída de poder contratual, ou seja, à margem da sociedade. Podemos definir esta população a partir do conceito de desfiliação, entendido como espaço de existência social onde há precarização do trabalho, precarização do vínculo familiar e cultural e ruptura da inscrição social (CASTEL, 1995).

A criação da Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi ocorreu inicialmente para a recepção dos internos “crônicos” da Casa de Saúde Dr. Eiras Botafogo, cujo gestor era o Dr. Leonel Miranda, único proprietário e diretor-administrativo, desde 1943, da instituição sede. Ele assume o Ministério da Saúde entre março de 1967 e outubro de 1969. De acordo com Mattos (2004) foram comprados vários sítios que antes constituíam uma grande fazenda chamada Santa Cruz, propriedade dos jesuítas à época do Império, que deu origem ao município. Ocupava em torno de 200 alqueires ou 8.809.600m², sendo urbanizada uma área de 500 mil m² e 60 mil m² de área construída. Foram construídos inicialmente 10 pavilhões, que se dividiam entre enfermarias para até 400 leitos e unidade clínica.

**Figura
5:**



Vista Panorâmica da Casa de Saúde Dr Eiras – Paracambi.

Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal

A instituição, de acordo com Mattos (2004), foi a primeira a estabelecer um convênio para assistência médica psiquiátrica e previdenciária no Brasil com a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) do Distrito Federal em 1944⁵⁸ ampliado para outras CAPs nos anos seguintes. Paulin e Turato (2004) referem-se a um convênio fugaz em 1930 com o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado. Na década de 1950, descrevem um empréstimo realizado pelo IAP dos comerciários para a construção de um pavilhão destinado a seus previdenciários. Ressaltamos que o processo inicial

⁵⁸ Naquela época, a capital do país era a cidade do Rio de Janeiro, que era o Distrito Federal.

de consolidação de uma lógica manicomial na cidade de Paracambi adveio de uma política de saúde brasileira ainda meritocrática.

A forma de seguro social no Brasil, nesse período, dava o direito à assistência médica apenas aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, ou seja, que possuíam um contrato de trabalho ratificado pela assinatura da carteira de trabalho. Ao contrário do modelo atual, no qual o Sistema Único de Saúde é universal, garantindo a assistência à saúde a todos os cidadãos residentes no território nacional. Na década de 1960, o INAMPS era o responsável pela assistência à saúde, tendo efetivado convênios com instituições privadas pautados na remuneração por procedimentos.

Apesar da existência de numerosos estabelecimentos psiquiátricos públicos próprios no estado (que juntamente com o estado de São Paulo constituíam-se como os maiores parques hospitalares do país), diversos leitos psiquiátricos eram contratados a partir da influência de seus gestores junto ao órgão responsável ou ao governo federal. O aumento desordenado de leitos gerou em paralelo um aumento exponencial das internações psiquiátricas.

A CSDE-Pb significou para o meio psiquiátrico tradicional, e assim era veiculado para a população, um oásis da assistência psiquiátrica, sendo com frequência elogiada quanto aos salários pagos e à qualificação dos profissionais contratados. Na década de 1970, em relatos de profissionais que trabalharam na instituição, foi implantada uma "comunidade terapêutica" a qual, no entanto, atendia um número pequeno de internos, na sua maioria com maior preservação do quadro psiquiátrico, e sua lógica se restringia ao setor onde foi

implantada, não se estendendo ao conjunto da dinâmica institucional. Ressalte-se que no período esta forma de intervenção configurava uma estratégia mais “avançada” no cuidado em saúde mental.

Na década de 1990, intervenções como o ateliê de emoções, a oficina de chinelos, entre outras, eram organizadas por profissionais mais comprometidos com a transformação do modelo tradicional do cuidado sem, no entanto, romper com a lógica disciplinar da instituição. Também foi criada uma unidade para reabilitação de dependentes químicos – Unidade Certa – e um horto. Estratégias autorizadas pela direção após o movimento de denúncias em 1991 das condições da instituição. Neste período a CSDE-Pbi era literalmente a responsável, pelo valor dos impostos que pagava ao município, por toda a folha de pagamento do funcionalismo público local.

Um dos entrevistados desta pesquisa relata que o pagamento era realizado no dia seguinte ao depósito dos impostos e que funcionários a mando da prefeitura contatavam a instituição para saber a data deste pagamento para poder fazer a previsão dos salários do funcionalismo público municipal. Em reportagem de 2002, uma revista de repercussão nacional afirma que o orçamento da CSDE-PBI em 2000 era apenas um pouco inferior ao orçamento da prefeitura de Paracambi, sendo os recursos exclusivamente oriundos do repasse do SUS relativo ao pagamento das diárias de internação (REVISTA ÉPOCA, 2000).

O entrevistado X refere que havia quatro mil trabalhadores no município sendo que mil faziam parte diretamente da folha de pagamento da CSDE-Pbi.

Em relação aos usuários, Mattos (2004) menciona que em agosto de 1998 havia 1.597 pacientes internados, sendo que 1.257 deles com período de internação superior a 12 meses (78,7%).

Com a característica de longa permanência da clientela e a imagem construída da assistência psiquiátrica desta instituição, Paracambi se transformou em um polo de atração para muitas famílias que foram residir no local em busca de tratamento. Na década de 2000, apenas no ambulatório do polo de Saúde Mental havia em atendimento aproximadamente 1.100 pacientes, sendo quase 50% residentes no bairro de Lages, local onde se localiza a CSDE-Pbi.

6.2. Era uma vez uma intervenção...

Como já mencionado, a assistência psiquiátrica em Paracambi sempre foi pautada no modelo hospitalocêntrico. A assistência ambulatorial se restringia a um ambulatório conveniado, até a década de 1990. Entretanto, o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro e o questionamento da condição dos internos de hospitais psiquiátricos inserem o macro-hospital localizado no município no cenário nacional.

De acordo com Vaz (1994), a CSDE-Pbi foi alvo de denúncias em relação às condições da assistência prestada aos usuários em 1991. As denúncias foram levantadas por trabalhadores da instituição, que questionavam a lógica de exclusão imposta à clientela. Os trabalhadores de nível médio do corpo de enfermagem que, na época, encontravam-se em

processo de luta por condições salariais e de trabalho, desencadearam o movimento.

Segundo relato do entrevistado X, no período imediatamente anterior a intervenção, as condições salariais estavam decaindo substancialmente e por isso os trabalhadores em enfermagem de nível médio organizaram uma greve. A greve foi inicialmente apoiada pelo sindicato da categoria que se localizava em Nova Iguaçu e não obteve sucesso, pois o sindicato retirou seu apoio no último momento.

A greve se manteve por apenas uma semana e os líderes do processo, em sua maior parte trabalhadores sindicalizados, sofreram cotidianamente constrangimentos por parte da direção do hospital⁵⁹ após seu término. Outro relato versa sobre ameaças de morte aos líderes do movimento grevista e seus familiares. A situação estabelecida possibilitou que alguns poucos profissionais de nível superior e os profissionais de apoio e da enfermagem iniciassem uma articulação com a Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro por meio dos deputados Carlos Minc, Rose de Souza e Lucia Souto.

De acordo com Vaz (1994), conselhos profissionais como os de farmácia, medicina, enfermagem, assistência social e terapia ocupacional, além da vigilância sanitária e movimentos sociais (Sosintra, Instituto Franco

⁵⁹ No relato, o entrevistado descreve que ao chegar ao trabalho alguns eram convocados a permanecer sentados no pátio da instituição, em frente à porta do gabinete de onde eram observados. Durante todo o dia de trabalho permaneciam sentados em uma cadeira sendo até mesmo as refeições levadas aos trabalhadores neste local.

Basaglia) investiram na investigação e efetivação da denúncia mediante encontros regulares por alguns meses.

Este movimento inicialmente estava circunscrito a funcionários da instituição e não contava com a participação de profissionais de nível superior, exceto um médico e uma enfermeira que pertenciam ao movimento sindical. Este processo transformou-se em uma ação coletiva e desta forma sem um único autor. A sociedade organizada, em um primeiro momento, se manifestou por meio de uma visita de fiscalização que contava com os conselhos profissionais, três deputados estaduais e instituições do movimento social. As condições encontradas eram impactantes e foram divulgadas na mídia nacional por quase duas semanas.

Este processo redundou em uma audiência pública na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) sem que, entretanto, fossem criadas as condições de possibilidade de uma intervenção.

Uma auditoria foi realizada pelos órgãos públicos e entidades sociais, que realizou um censo dos internos e que culminou com um relatório no qual apontava para a impossibilidade de manutenção do funcionamento institucional sem a intervenção do poder público. Cabe destacar que o poder da instituição asilar possibilitou a organização de uma caravana à Brasília com os familiares de pacientes organizados em três ônibus para uma audiência com o governo.

Nesta mesma época foi suscitada, pelos proprietários de clínicas psiquiátricas privadas conveniadas, a criação da Associação de Familiares dos

Doentes Mentais (AFDM) composta por familiares de internos das instituições psiquiátricas e tendo como diretriz a defesa do modelo assistencial em saúde mental vigente à época. Neste contexto efervescente de disputa política, seguiu-se a repetição de muitas situações até hoje vivenciadas pela sociedade brasileira. Não foi estabelecida uma correlação de forças que permitisse uma transformação substancial do cenário institucional.

Os poderes estaduais e municipais não se comprometeram em operar uma ruptura seja pela não prioridade do tema pelos primeiros ou pelas consequências que teria a ruptura com a dimensão política e financeira que a CSDE-Pbi representava na cidade. A complexidade dos entremeios políticos que envolviam o cuidado em saúde mental em Paracambi ultrapassava os limites da cidade. Não se configurava apenas uma questão assistencial, mas, nas entrelinhas, se apresentava marcadamente a dimensão política de tal contexto.

As pressões de federações hospitalares com forte lobby na câmara dos deputados e o envolvimento de políticos que tinham na cidade seu feudo associavam-se a uma comunidade que vislumbrava a CSDE-Pbi como a garantia de seus empregos e a um poder público que deixava transparecer a sua dependência do capital financeiro, cujo monopólio era do hospício.

Segundo Vaz (1994), o desdobramento possível foi a articulação com setores da SES-RJ e a aliança com a Secretaria de Saúde municipal que investiram na implantação de um dispositivo multifacetado de cuidado e gestão da rede. O Polo de Saúde Mental foi fundado em abril de 1992 com a função

de supervisão das clínicas, estruturação de um cuidado em saúde mental qualificado, articulação com a sociedade local. Principalmente, se propunha a efetivar uma redução das internações psiquiátricas pela triagem de emergências e construção de um cuidado em saúde mental que rompesse com a lógica manicomial até então hegemônica na cidade.

A implantação do Polo de Saúde Mental teve como efeito imediato uma redução significativa das internações nas clínicas privadas que neste primeiro momento respondiam pela triagem psiquiátrica de uma subdivisão regional chamada AP 11.⁶⁰ A partir da segunda metade da década de 1990, com o fortalecimento da política de descentralização e municipalização estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, a porta de entrada foi restrita ao município de Paracambi. As internações psiquiátricas de outros locais passaram a ser agenciadas por cada município de forma autônoma. Paracambi manteve apenas a supervisão institucional e de renovação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de alguns municípios da Baixada Fluminense e do Rio de Janeiro.

Esta nova configuração gerou novamente o aumento das internações hospitalares. A supervisão institucional não conseguia respaldo diante das estruturas de controle e avaliação municipais ou estaduais, como a vigilância sanitária, para ações mais efetivas.

⁶⁰ A área programática 11 incluía os municípios de Itaguaí (ainda sem a divisão de Seropédica), Japeri, Engenheiro Pedreira, Paracambi, Paulo de Frontin, Mendes, Nova Iguaçu e Queimados.

A estrutura de saúde mental até o ano 2000 se constituía da assistência ambulatorial, emergência psiquiátrica, 14 leitos de curta permanência e um dispositivo de atenção diária que funcionava no salão do ambulatório como um centro de convivências. Estes ainda mantinham reduzidas as internações nas clínicas privadas, no entanto, sem as condições de uma ação efetiva de transformação do modelo asilar predominante na cidade.

CAPÍTULO VII

7.1 As origens socioculturais e jurídico-políticas do modelo hospitalocêntrico de Paracambi

Como descrito no capítulo sobre a cidade de Paracambi, a forma de assistência em saúde mental era o modelo hospitalocêntrico, no qual o hospital psiquiátrico supria “todas” as necessidades da população e de seus internos – emprego, lazer, moradia para funcionários, abrigo para os internos, alimentação, assistência clínica e fisioterapia etc. Não havia ambulatórios públicos até a década de 1970 quando é credenciado junto ao INPS um serviço anexo a um hospital psiquiátrico local de natureza privada.

No contexto da cidade em questão, podemos fazer um paralelo deste quadro com a sua história de fundação. Uma vila operária com características das vilas operárias inglesas do século XIX⁶¹ onde as fábricas supriam não apenas o labor, mas também a moradia, a luz elétrica, o lazer entre outros. VIANNA (2004) refere-se à estratégia de implantação das vilas operárias como forma de moralização, controle dos trabalhadores e reorganização do trabalho de forma a reproduzir a ordem social burguesa. Esta estratégia foi largamente difundida no Brasil até a década de 1950.

Em alusão a vila operária de Saltaire em Bradford, Inglaterra, no século XIX, diz a autora:

⁶¹ O tema é amplamente discutido em áreas como arquitetura e arqueologia. Para maior aprofundamento sugerimos a leitura de VIANNA,2004;STANCHI, 2008.

[...] ela tornou-se uma unidade econômica e social que oferecia tudo que um empregado poderia querer para sua vida: trabalho, saúde, educação, instruções de moral, provisões para atividades de lazer e boas casas (VIANNA, 2004, p.13).



Figura 6: Fábrica em Bradford com vila operária. Fonte: Vianna, 2004.

Paracambi possuía uma tradição de cidade proletária cuja economia girava em torno da indústria têxtil e siderúrgica. Em sua descrição do cotidiano dos operários, o entrevistado Y relata:

[...] a indústria é o provedor de tudo do seu trabalhador, o armazém, o clube, a escola, o transporte... Então tinha apito pra quem era pego

na rua depois de certa hora. Era pego e levado pra fábrica pra trabalhar, tinha os guardas da empresa, vamos dizer assim, que faziam tipo o guarda noturno, tinha o toque de recolher, entendeu? E quem fosse pego na rua fora do horário do toque de recolher era levado pra fábrica pra trabalhar, porque a fábrica era 24 horas, eram vários turnos, a indústria não parava.

Paracambi desenvolve-se em torno da fábrica têxtil Brasil Industrial, fundada ainda no século XIX, e no decorrer do século XX outras indústrias se instalam no local perpetuando a tradição operária da cidade. Conforme já descrito no capítulo anterior, durante a década de 1960, as indústrias progressivamente são desativadas gerando uma massa de desempregados.



Figura 7: “Edifício da antiga Companhia Brasil Industrial, Paracambi, Estado do Rio de Janeiro”. Fonte:Acervo Paulo Keller, Exposição fotográfica. Memória do Trabalho Fabril, Paracambi, março de 2006. Carlos Madeira e Paulo Keller, 1992.

A partir desta descrição fazemos um paralelo que a Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi passou a ocupar este lugar de provimento. De lugar que ao mesmo tempo em que apresentava solução para questões da “saúde”, retirava da comunidade aqueles que descumpriam o pacto social e

posteriormente passou a prover também o emprego. Ocupava um espaço simbólico na sociedade local que permeava as várias dimensões do viver. Em uma fala do entrevistado Y, que era um psiquiatra que residia na cidade descreve situações do cotidiano que eram “psiquiatrizadas”: “Era, tudo: Briga de bar, briga de marido e mulher”. (sobre os atendimentos na emergência psiquiátrica).

O profissional anterior veio residir em Paracambi devido ao trabalho na instituição psiquiátrica. Mas outro entrevistado (W), nascido na cidade, cuja relação com a saúde mental ocorreu a partir da inserção na política partidária, relata as lembranças de sua infância:

[...]uma coisa também que me marcou como criança era que antigamente os pais, os meus pais, usavam pra forçar a gente a fazer alguma coisa, o castigo era: ‘se você não se comportar bem, eu vou te colocar, te internar na Dr. Eiras’.[...]quem é contemporâneo e que tem 40, 50 anos sabe bem o que eu estou falando. Na cidade de Paracambi para pagar castigo os pais usavam essa expressão: ‘se você não fizer isso, ou não se comportar assim eu vou te internar na Dr. Eiras’. Se você conversar com quem tem mais de 40 anos da cidade, ah é verdade que os pais usavam isso? [...] Uma ameaça, mas isso é bom pra gente só lembrar, né? Porque hoje as pessoas aqui fora são livres.

Em outro momento, o entrevistado Y refere-se ao “status” de trabalhador da Dr. Eiras até a década de 1990:

[...] todo mundo trabalhava na Dr. Eiras, na época ela chegou a gerar 800 empregos diretos.”

Trabalhar na Dr. Eiras era fonte de renda, você entrava no comércio, “você trabalha onde?”- eu era nova aqui (na cidade de Paracambi) – “Ah, você trabalha na Dr. Eiras? Pode levar o que quiser!” Eu estava sem cartão de crédito[...], aí ela(a vendedora) falou assim: “pode levar o que você quiser, depois vou lá na Dr. Eiras cobrar”.Então as pessoas vinham, compravam aqui, gastavam na cidade [...]

O hospital cumpre nesta cidade, o mesmo papel simbólico que ocorreu em outras localidades brasileiras como Barbacena em Minas Gerais. A centralidade deste dispositivo data dos primórdios da psiquiatria.

No entanto, para discutir a reorientação do modelo assistencial em Paracambi, consideramos ser importante nos reportar ao modelo assistencial em saúde mental brasileiro que teve em seu primeiro momento a construção do Hospício de Pedro II na praia vermelha inaugurado em 1952. Este, como resultado da estratégia de institucionalização do setor saúde e regulação da prática médica profissional, adotada no país após a chegada da família real em 1808, estritamente relacionada aos interesses políticos e econômicos do Estado (BAPTISTA, 2005).

De acordo com esta autora, a política vigente estabelecia a construção de hospitais públicos voltados ao controle, pelo Estado, de doenças consideradas nocivas à população como tuberculose, hanseníase e as doenças mentais. O acesso da população a um sistema de saúde no Brasil se constituiu, durante todo o século XX, como resultado das correlações de forças entre o Estado, trabalhadores e forças políticas. Cabe destacar que, até a promulgação da constituição em 1988, não havia um sistema de proteção social e acesso universal ao cuidado em saúde. Até a década de 1980, o Ministério da Saúde era o responsável por ações coletivas/campanhistas e preventivas e o Ministério da Previdência e Assistência Social era o responsável pelas ações que incluíam a assistência médica.

Em 1941, a política macro hospitalar pública se configurava como o principal instrumento de assistência as doenças mentais, sendo o ambulatório quase inexistente.⁶² O papel de orientação da assistência era desempenhado a partir dos grandes asilos como o Hospital Juqueri – SP, o Hospital Nacional de Alienados –RJ e o Hospital São Pedro- RS (PAULIN &TURATO, 2004). Este quadro ampliou-se de forma exponencial até meados da década de 1950, principalmente a partir de convênios firmados entre o governo federal e os estados⁶³ com o objetivo de ampliar a rede própria de hospitais psiquiátricos.

Cabe destacar que esta política de incentivo não se traduziu em melhoria da assistência psiquiátrica. Os hospitais psiquiátricos, em sua grande maioria com características de hospitais-colônias, não garantiam uma cobertura adequada à população mantendo-se a superlotação e as condições precárias de funcionamento.

Em fins dessa década, em decorrência da estratégia desenvolvimentista⁶⁴ da política de Estado com incentivo à industrialização e urbanização, um importante contingente de trabalhadores é incorporado ao mercado formal de trabalho nos centros urbanos. Começa a surgir uma nova classe social urbana com demandas corporativas que exigiam uma maior

⁶² De acordo com Medeiros (1977) apud PAULIN & TURATO (2004) e SAMPAIO (1988) em 1941 existiam quatro ambulatórios de psiquiatria no país.

⁶³ O Decreto-Lei 8.550 de 1946 autorizava o SNDM – gestão Adauto Botelho – a firmar convênios com os estados em regime de contrapartida. O estado oferecia o terreno, manutenção e folha de pessoal e o governo federal entrava com investimentos em projeto, instalações e equipamentos.

⁶⁴ Desenvolvimentismo refere-se a qualquer tipo de política econômica baseada na meta de crescimento da produção industrial e da infraestrutura, com participação ativa do Estado, como base da economia e o conseqüente aumento do consumo. No Brasil, o período de governo de Juscelino Kubitschek explicita este tipo de política.

qualidade nos serviços oferecidos na área de saúde. Neste contexto, surge a figura do hospital privado que até então era restrito a um pequeno contingente de instituições como a Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo (o mais antigo, fundado em 1860) e o Sanatório Recife criado por Ulysses Pernambucano (op. cit.).

Na década de 1950, de acordo com os autores supracitados, o convênio entre os hospitais privados e os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) pode ser considerado o marco inicial da inclusão dos hospitais privados no sistema previdenciário. O primeiro convênio estabelecido data dessa época. Foi firmado entre o IAP dos comerciários e a Casa de Saúde Dr. Eiras em Botafogo, pelo qual o primeiro concedia um empréstimo à instituição para a ampliação e melhoria das instalações existentes com vista a internações de seus segurados (Ibidem).

Observa-se no período anterior ao golpe militar, entre 1941 até 1961, um crescimento dos hospitais privados em paralelo ao crescimento dos hospitais públicos, sendo que os primeiros representavam um quarto dos leitos existentes no país. Até o início da ditadura militar, o modelo desenvolvimentista vigente contava com grande influência dos setores organizados da sociedade nas políticas públicas. A partir de então, dá lugar a um modelo capitalista monopolista com caráter fortemente privatizante e uma exclusão radical da participação dos movimentos sociais. Como estratégia de legitimação diante da sociedade, uma grande parcela de trabalhadores anteriormente excluída da assistência à saúde é incorporada ao sistema previdenciário como, por exemplo, os trabalhadores rurais.

O aumento da cobertura previdenciária gera um aumento proporcional da demanda por serviços de saúde e possibilita uma nova mudança em seu modelo, que se mantém meritocrático. Entretanto, o gerenciamento da assistência bem como de seu financiamento passa a ser executado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este órgão, pertencente ao governo federal, passa a ser o orientador das políticas de assistência à saúde e é o produto da unificação dos IAPs. Para suprir a demanda, a estratégia adotada é a contratação de leitos psiquiátricos privados.

A criação do INPS em 1966 desdobra-se em uma grande transformação da assistência psiquiátrica no país. Sua dinâmica de ampliação de cobertura da assistência médica estabelecia convênios com as instituições privadas que após o credenciamento dos serviços oferecidos, recebiam por procedimentos executados. Resende (1987) analisa o período que se seguiu ao golpe militar como um marco divisório entre a assistência destinada aos doentes mentais indigentes e uma nova fase quando se estendeu cobertura à massa dos trabalhadores e seus dependentes. Houve um crescimento exponencial do número de hospitais psiquiátricos, hegemônicos na assistência em psiquiatria, paralelo à manutenção incipiente de ambulatórios que acabavam por funcionar como triagem para as internações psiquiátricas, além de serem numericamente insignificantes.

A característica privatizante da política vigente se evidencia na evolução do número de leitos psiquiátricos privados e a mudança do percentual de

internações público X privado. Cerqueira (1984) descreve que em 1955 havia internadas em todos os hospitais psiquiátricos do país⁶⁵ 34.550 pessoas; em 1965 eram 61.318 e 73.382 em 1968. Resende (1987) complementa com os dados das instituições particulares que contabilizam 14 mil internados em hospitais privados em 1965 e 30 mil em 1970.

O autor refere-se ao quinquênio após a instalação da ditadura militar como período de priorização da função produtiva da psiquiatria. Considera como um dos elementos que ratificam tal assertiva, a assunção do cargo de Ministro da Saúde do governo Costa e Silva por um dos maiores representantes da indústria hoteleira psiquiátrica, o médico Leonel Miranda. Este era o proprietário da Casa de Saúde Dr. Eiras em Botafogo e da recém-inaugurada filial em Paracambi, na época com 2.550 leitos.

Paulin&Turato (2004) destacam um crescimento também do poder político dos setores privados neste período. Estes tinham um crescente número de representantes no legislativo e no executivo, mas também estavam organizados em entidades como a Federação Brasileira de Hospitais criada em 1966. Esta direção privatizante não se restringe à psiquiatria, mas é implantada em toda a assistência médica. O Plano Nacional de Saúde formulado na gestão de Leonel Miranda previa a privatização da assistência médica pela eliminação dos setores próprios dos serviços médicos previdenciários e suas instituições, repassadas ao setor privado. O Estado se manteria como

⁶⁵⁶⁵ Segundo o autor em 1968 consistiam em 211 hospitais, sendo 57 públicos e 154 particulares.

financiador. Este plano apesar de aprovado nunca foi regulamentado devido à resistência dos movimentos sociais e de setores internos do INPS.

A política vigente gera um grande déficit nas contas da Previdência Social. Seus recursos são utilizados em outras áreas, em estruturas também pertencentes à iniciativa privada, além do gerenciamento das receitas e despesas realizado de forma tendenciosa pelo sistema bancário (CERQUEIRA, 1984). Este quadro agrava ainda mais a situação já precária da rede pública própria.

Durante a década de 1970, o crescimento do componente hospitalar privado continua sua expansão e seus indicadores, como descreve Cerqueira(1989), são alarmantes do ponto de vista da qualidade do cuidado ofertado. O tempo de permanência podendo chegar a mais de sete meses em casos agudos; altos índices de readmissões anuais chegando a 39 em cada 100 internações; mortalidade nas colônias de doentes crônicos atingindo um percentual seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades.

Cerqueira (op. cit.) refere-se em seu estudo a uma “categoria” que denomina leito-chão, a qual atribui ao quantitativo de pacientes internados superior ao número de leitos cadastrados comunicados ao sistema de informação da época que chegaram a ser estimados em sete mil.

Durante a década, iniciativas de estruturas normativas e portarias foram elaboradas sem, no entanto, uma priorização de sua execução por parte dos setores governamentais ainda muito influenciados pelo poder político da

iniciativa privada, representada principalmente pela FBH. Podemos citar que as tentativas de equacionamento assistência X qualidade X déficit financeiro tiveram como produtos das comissões⁶⁶ nomeadas, por exemplo: a) o Manual de serviço para a assistência psiquiátrica (aprovado em 1973) que pressupunha uma psiquiatria comunitária com privilegio dos recursos extra-hospitalares e sempre que possível o tratamento na comunidade (PAULIN & TURATO, 2004) nunca implantado pelo INPS; b) a portaria 32 que foi expedida pelo Ministério da Saúde, por meio da DINSAM⁶⁷ em 1974, e segundo Cerqueira (1984) inspirada no Manual, no qual esta divisão era definida como órgão normatizador e preconizava os princípios da psiquiatria comunitária.

A Portaria 39, em 1974, que definia o Plano de Pronta Ação (PPA) foi uma das poucas resoluções implantadas definindo a desburocratização dos atendimentos de emergência aos previdenciários e seus dependentes. Este permitia ao setor privado o atendimento direto aos usuários sem avaliação prévia do poder público, inclusive aos hospitais psiquiátricos. Este plano teve como consequência a intensificação da produção de serviços assistenciais por vezes desnecessários e sem preocupação com uma racionalidade. É atribuída ao PPA a insolvência da previdência social pelo esgotamento financeiro (PAULIN & TURATO, 2004).

⁶⁶ Durante a década de 1970 algumas estruturas foram implantadas com objetivos que se estendiam da realização de diagnóstico contextual da situação da assistência psiquiátrica – Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos (CPAP) – até a elaboração de diretrizes, normas operacionais e estratégias de intervenção. Em sua maioria, as medidas que orientavam alguma mudança que contemplasse a assistência extra hospitalar ou tivesse como meta a redução de internações não obtinham força política para sua execução.

⁶⁷ Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do MS responsável pela política federal de assistência psiquiátrica pública e que era responsável pelo gerenciamento dos hospitais psiquiátricos públicos federais.

Por fim, é importante destacar que com a constituição do INPS houve uma potencialização da indústria da loucura, sendo a totalidade dos leitos psiquiátricos da previdência social de natureza privada. Os leitos públicos eram pertencentes ao governo federal, com algumas instituições estaduais, e destinados em sua totalidade aos usuários excluídos do sistema produtivo oficial.

Os reflexos do acesso direto as internações psiquiátricas nas instituições privadas pode ser sentido até fins da década de 1980, já que não havia até então uma estratégia consistente de porta de entrada ou mesmo de emergências psiquiátricas difundidas de forma ampla. O entrevistado Y, ao relatar sua experiência de trabalho na Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi, na década de 1980, diz:

“[...] as pessoas chegavam direto com as famílias, batiam no portão, apertavam a campainha e entravam. A ordem era não recusar, era leito chão, era o que fosse, entendeu?”.

A experiência da constituição do modelo assistencial vigente em Paracambi até fins do século passado se insere no contexto apresentado neste breve histórico. É fundamental destacar que a estes elementos podemos agregar outros aspectos, entre estes os referentes à formação dos recursos humanos e a suas práticas durante o mesmo período. As dimensões teórico-conceitual e técnico-assistencial serão discutidas em um capítulo específico.

Para finalizar esta contextualização, se faz necessário destacar que nas entrevistas realizadas, um aspecto surgiu como objeto de discussão. A maior parte dos entrevistados, principalmente os médicos, teve o início de suas trajetórias profissionais na década de 1970 e 1980. Uma afirmação unânime foi

a de que a especialização em psiquiatria sempre se deu nos hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, o mercado de trabalho oferecia como principal possibilidade de inserção laborativa os postos de trabalho nos hospícios. As práticas voltadas para estratégias extra-hospitalares eram restritas a experiências isoladas ou ligadas a consultórios privados de psiquiatria ou psicanálise. Na fala do entrevistado V, ele se refere a uma de suas vivências iniciais ao mudar-se para o Rio de Janeiro:

[...] me formei e vim pra cá fazer musicoterapia, aí dando plantão no hospital psiquiátrico, eu fiquei no plantão mais ou menos uns 9 ou 10 anos e fiz musicoterapia que eram quatro anos. E aí foi essa coisa de estigma do hospital psiquiátrico, não tinha muitas opções naquele momento, eu trabalhei em muitas clínicas, no Sanatório Rio de Janeiro na Tijuca, foi meu primeiro trabalho [...]. Aí fui pra Jacarepaguá. Cheio de clínica né, trabalhei na Clínica do Espínola, trabalhei uns anos lá, na Valença, todas aquelas clínicas eu trabalhei, inclusive na de adolescente e criança, que era Amendoeiras. [...]. Só que é aquela coisa, aquele trabalho morria ali, ele não abria horizontes, ele não abria portas [...].

Da mesma forma, relata o entrevistado X:

[...] eu fiz a residência lá no IPUB, e na época que a gente se formava na residência, ou você tinha muito dinheiro pra ser psicanalista e pagar uma analista didática ou você ia ter que trabalhar em hospício, e só tinha hospício pra trabalhar no Rio, impressionante. Não tinha concurso, há muitos anos que não tinha concurso publico e então ou você tinha que trabalhar em todos os hospícios da cidade do Rio de Janeiro, que não eram poucos, tinha muito em Jacarepaguá[...].

O entrevistado Y relata:

[...] logo depois eu me formei, naquela época ainda não tinha residência no IBRAPS, tinham 8 vagas no estado todo, 4 na UFRJ, que era no IPUB, né? E quatro na UERJ, no Pedro Ernesto e essas vagas eram praticamente absorvidas pelos alunos das federais. Então assim, nenhuma chance [...] aí acabou que eu fui trabalhar no hospício, eu caí no mercado de trabalho no hospício, eu fui trabalhar na Corcovado, que foi um lugar que me trouxe muito sofrimento, uma

clínica privada em Jacarepaguá, tinha muito eletrochoque, era uma clínica hotel, os médicos, a gente só era plantonista, os médicos assistentes eram de fora, eu vi de tudo [...] método de condicionamento, não fumar como castigo, choque na mão... E assim eu chorava... [...].

Estes relatos nos fazem refletir acerca da formação dos profissionais da área de saúde mental e a relação desta com a legitimação das práticas que garantiram a manutenção dos grandes hospitais psiquiátricos. Fazendo-se um parêntese que os profissionais entrevistados tiveram um percurso diferenciado. Após alguns anos inseriram-se no movimento de Reforma Psiquiátrica tendo suas práticas voltadas para a desconstrução do modelo hegemônico.

Em sua maioria, os profissionais vivenciavam uma experiência de formação e de prática profissional exclusivamente nos hospícios e reproduziam a lógica de exclusão. O acesso a formas diferenciadas de cuidado neste período era restrito a determinadas iniciativas isoladas ou aos movimentos questionadores do status quo ligados aos profissionais dos macro-hospitais públicos e a residentes médicos destes. A massa dos profissionais, como podemos pressupor pelo número de leitos privados na década de 1970 e 1980, estava inserido nos hospitais psiquiátricos da previdência social, privados.

Sendo assim, discutir a constituição da CSDE-Pbi com sua ampla penetração na sociedade – no imaginário social ao mesmo tempo em que na concretude dos ‘benefícios’ proporcionados – não pode prescindir de considerar que muitos profissionais reproduziam o único modelo que reconheciam como legítimo e, portanto, o defendiam.

Agregando-se a especificidade da época e as transformações sofridas nos últimos 30 anos, ainda hoje este aspecto configura um desafio na reorientação do modelo assistencial, em que pese a atual política hegemônica de saúde mental.

Apresentadas estas questões consideradas fundamentais para a compreensão do processo de reorientação do modelo assistencial em Paracambi, passamos a discorrer sobre o início das mudanças.

7.2. A reorientação do modelo assistencial e a construção da contra hegemonia

Devemos considerar que o processo de reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico no município de Paracambi foi permeado de diversas iniciativas de ruptura anteriores à atual intervenção em 2004. No final da década de 1970, a situação de penúria dos operários desempregados pelo fechamento da siderúrgica local teve como consequência a exploração do sofrimento destes por um hospital psiquiátrico local – Hospital Paracambi (conhecido como hospital da Cascata).

A utilização do diagnóstico psiquiátrico para a obtenção do auxílio-doença, segundo Delgado (1983) se apresentava como uma das poucas alternativas destes trabalhadores para garantir sua subsistência. A instituição psiquiátrica por meio desta "estratégia" obteve importante ampliação de sua infraestrutura física, conformando-se em uma fábrica de auxílios-doença. Observou-se a ampliação do ambulatório, credenciamento de leitos de

internação integral, internações desnecessárias, credenciamento de um hospital-dia privado pelo INAMPS. A grande maioria dos usuários era de ex-trabalhadores da fábrica em regime de "semi-internações". Além disto, os trabalhadores da própria instituição também eram explorados.

Este quadro foi objeto de denúncias ao INAMPS, além de questionamentos pelo Sindicato dos Médicos, pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e pela Comissão de Justiça e Paz em 1980. O movimento envolvia não apenas a questão da saúde, mas também a situação de insolvência da fábrica com o desamparo de seus ex-trabalhadores. Estas denúncias não envolviam a casa de Saúde Dr. Eiras. Durante o processo foi realizada pelo INAMPS uma auditoria no Hospital Paracambi e o movimento local foi publicitado na mídia. Apesar de o período coincidir com a ascensão dos protestos dos profissionais de saúde mental de todo o país, que gerou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em Paracambi os questionamentos não tiveram força para transformar o modelo constituinte

No início dos anos 1990, novamente Paracambi foi alvo de denúncias na área de saúde mental. O quadro, já discutido no capítulo anterior, envolveu os maus tratos a pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras e foi desencadeado por denúncias dos trabalhadores da instituição. O entrevistado X, que participou ativamente desse movimento, comenta a situação institucional:

"[...] A gente fez um censo em dez dias, eles produziram na Secretaria Estadual de Saúde um documento dessa pala, eu nunca me esqueço disso, 80% dos pacientes dali não sabiam nem a data de aniversário. E era o que a gente fazia né, a gente ia atrás pra preencher as coisas, porque muita gente não sabia nem preencher, tal era o estado daquelas pessoas estavam. Mas tem um documento

muito interessante também, feito e levantado pela Secretaria Estadual de Saúde, um dossiê desse tamanho pra essa época, aí junto com isso a gente foi batalhando pra fazer uma intervenção realmente, uma intervenção pública na Doutor Eiras, porque as condições não tinham, não tinham mais como, o E., nunca me esqueço duma reunião do E. com os médicos, o esporro que ele dava nos médicos, é porque eles viram que se não intervir não tinha como fazer.”

Neste advento, a participação da Secretaria de Estado de Saúde em articulação com o governo municipal implantou o primeiro dispositivo de atenção em saúde mental público da cidade. Foi criado em 1992, o polo de Saúde Mental, que consistia em uma emergência psiquiátrica, uma enfermaria de curta permanência e um ambulatório de seguimento dentro do Hospital Geral da cidade.

As repercussões deste segundo movimento de denúncias chegaram a ocupar a mídia nacional diariamente por algumas semanas, chegando inclusive à imprensa internacional, como a do México e Japão. O envolvimento de deputados estaduais e a inclusão de instituições como Sosintra, Cremerj, entre outras 13 instituições, propiciou a realização de uma audiência pública na Alerj sobre a situação da CSDE-Pbi.

No entanto, apesar da repercussão, uma intervenção oficial nunca se efetivou. De acordo com o entrevistado X, sobre os desdobramentos da audiência pública:

“A gente viu que não ia rolar foi quando o Secretário de estado de Saúde, que era cirurgião plástico, enfim falou alguma coisa sobre que não dava; que o poder público não tinha fôlego pra intervir.”

No discurso deste entrevistado, há referência ao poder político dos proprietários dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, os quais durante o

movimento de denúncias articulam-se com o legislativo federal e chegaram a realizar "lobby" junto ao Ministro da Saúde e ao Congresso Nacional. Dentre as formas utilizadas está a manipulação de familiares dos internos e a constituição de uma associação de familiares (AFDM) que funcionava como braço "dos usuários" na tentativa de impedir que alguma ação pública contra a instituição fosse efetivada.

Apesar da abrangência de instituições envolvidas e da sensibilidade dos setores do governo federal e municipal envolvidos, não havia suficiente governabilidade para que ações mais punitivas se desencadeassem. A entrevistada Y, ao avaliar os desdobramentos das denúncias, refere-se a uma fala do prefeito da cidade:

[...] a denúncia eu acho que ela é um marco por várias questões, primeiro porque nada aconteceu, o que eu acho muito triste, nada aconteceu na cidade, eu me lembro de que o prefeito dizia, na época [...], o prefeito do PMDB, ele dizia assim: 'Como eu posso fechar a Doutor Eiras, se a Doutor Eiras toda é maior que a cidade? Eu vou ter que entregar a cidade pro M.pra indenizar ele, quer dizer, eu me lembro bem dessa fala, quando eu digo que nada aconteceu na cidade, lógico que aconteceu, que se criou polo, antes não tinha nada[...].

A questão da governabilidade das instituições públicas diante do poder exercido pela CSDE Pbi suscita um dos aspectos mais importantes na discussão de um processo de desinstitucionalização. Em todos os movimentos de transformação que tiveram curso até o final do século XX, pudemos identificar que, apesar das inúmeras referências às condições de precariedade, a influência dos empresários da loucura ultrapassava os limites do município e do estado.

Neste período ainda não havia instrumentos constituídos por meio dos quais o sistema único de saúde garantisse um efetivo poder de regulação e implantação de um modelo assistencial que rompesse com a lógica hospitalocêntrica. O papel do estado era pontual e, tal como o município, submetido às oscilações do poder lobista dos donos de hospitais.

Neste contexto, os resultados mais frutíferos alcançados podem ser elencados no que se refere a medidas institucionais como: a) a obrigação de a Casa de Saúde Dr. Eiras Pbi a constituir equipes multiprofissionais; b) Alguns profissionais de reconhecida experiência foram inseridos no corpo clínico com vistas à estruturação de um trabalho mais humanizado e orientado para o cuidado; c) supervisão hospitalar municipal a fim de regular as internações hospitalares em relação ao tempo de permanência e às condições de infraestrutura da instituição.

O Polo de Saúde Mental teve como desdobramento o controle das internações já que as regulava. Este último, durante todo o período de implantação e posteriormente manutenção de sua missão de reorientação do modelo foi permeado por intensa disputa política e pressões para seu desmonte. Algumas passagens relatadas pelo entrevistado X, trazem a dimensão deste processo:

[...] aquilo era um embate muito forte, né. E outra coisa, a Doutor Eiras fazia o seguinte; eles assim por exemplo: 'ah não vai internar mais na Doutor Eiras? Então demite 600 de uma vez, demite 300', demitir assim, vai demite 300 ai e você imagina aonde é que iam parar os 300 funcionários? Lá na rua, no polo de Saúde Mental fazendo passeata, xingando a gente, era muito complicado e outra coisa a gente também pegava tudo daqueles caras lá da Cascata, que nisso a gente também viu lá no ambulatório o que os caras

faziam lá, que eles ficavam dando benzodiazepínicos pros caras e canetando aposentadoria, né?

[...] a gente era ameaçado, falava: 'Olha você está andando muito por aquela bandado mutirão, não vai por ai não', sabe vira e mexe tinha um recadinho que chegava lá, mas enfim. Mas C. (coordenador de saúde mental), teve as coronárias que foram entupindo com aquele monte de tensão que ele vivia ali dentro. E eu nunca me esqueço, ele estava de licença e houve uma convocação na assembleia na Câmara dos Vereadores de Paracambi, que era tanto pra demitir como para fechar o Polo de Saúde Mental, isso foi na surdina da noite, o Werneck que era um prefeito que estava apoiando a gente, ele vai lá no polo de saúde mental conversar comigo e falou: 'Olha a barra tá muito pesada e não tem como segurar esse negócio não, tão fritando o C., vocês tem como ajudar?' Eu disse: 'Vamos lá', e lá fomos nós pra Câmara dos Vereadores que eu não sei como eu sai inteiro daquele negócio, porque era conversar com aqueles caras da Cascata que era o C. L., tinha o F., o D., eram uns caras assim e fora os caras da cidade, um horror, mas foi barra pesada, um bate-boca, até o prefeito pedia pra eu manear.

O Polo de Saúde Mental representou um espaço de transformação do modelo com ações que se ampliavam para a cidade. No que se refere à estrutura do dispositivo institucional era composto por 11 leitos psiquiátricos de curta permanência em hospital geral, um ambulatório com consultas agendadas em horário específico e atendimentos de emergência psiquiátrica que configurava um instrumento de cuidado e triagem das internações.

No âmbito da cidade, o cuidado no território era realizado em assistência domiciliar, parceria com associação de moradores e intervenções na rádio comunitária e imprensa regional. Com algumas mudanças na gestão do serviço e reorganização dos dispositivos de cuidado ofertado, o PSM se manteve como reorientador do modelo assistencial em saúde mental de Paracambi até fins da década de 1990.

Em 1997, assume um prefeito ligado ao PMDB e às forças políticas favoráveis ao modelo hospitalocêntrico.⁶⁸ Este dispositivo até então, se configurava como um norteador das estratégias desinstitucionalizantes na cidade. Era um elemento de resistência às intenações desenfreadas, características da região metropolitana, centro-sul e Baixada Fluminense no Rio de Janeiro.

⁶⁸ Ver mais sobre este período em VAZ (1994) e GULJOR, VIDAL& SCHMID (1996)

CAPÍTULO VIII

8.1. A reorientação do modelo: governabilidade e "intervenção branca"

Apesar do processo de 1992, que permitiu o fechamento das internações psiquiátricas na Casa de Saúde Dr. Eiras por um curto período, da criação do Polo de Saúde Mental e do início de uma organização de serviços que buscava romper com a lógica vigente, a instituição macro-asilar ainda se mantinha como polo aglutinador, podemos dizer simbólico, do poder político dos defensores de um modelo hospitalocêntrico.

Ao final da década de 1990, ainda se encontravam internados em torno de 1.510 pacientes que, em sua maioria, eram de longa permanência – tempo de internação superior a um ano. No cenário político, a configuração da gestão municipal que assumiu nas eleições de 1996, leva à chefia do executivo local um representante do PMDB ligado a um grupo que historicamentefavorecia o setor privado na cidade, a CSDE-Pbi inclusive, e com relações próximas com um representante do legislativo estadual do mesmo partido que tinha em Paracambi seu reduto eleitoral. Como desdobramento, a secretaria de saúde do município foi assumida pelo proprietário do Hospital Paracambi (Clínica da Cascata) que como medidas iniciais demitiu a coordenação de saúde mental e a supervisora hospitalar municipal asduas médicas que assumiam posturas de enfrentamento ao modelo asilar de assistência em saúde mental.

Assim, a baixa governabilidade do governo municipal e sua direção política no subsetor saúde mental perpetuava o quadro de internações no município, principalmente ao considerarmos o número de pacientes de longa permanência. Neste período, a cidade realizava a triagem de suas internações, mas com a reprodução de uma lógica hospitalocêntrica. A CSDE-Pbi possuía mais de 1.500 leitos, mas com uma rotatividade reduzida, menos de 20% de vagas eram oferecidas ao longo do mês. O entrevistado K, que esteve por longo período na gestão estadual e municipal do subsetor saúde mental, pondera:

[...] Esse tipo de estabelecimento ele não oferece vagas, ele não oferece acesso ao tratamento nem para o sistema tradicional de internação, nem para o sistema tradicional de internação de longo tempo. Ela sempre foi uma instituição que oferecia poucas vagas, porque enfim, era uma instituição cujo modelo de funcionamento era o modelo de longa permanência, era uma instituição vocacionada pra longa permanência.

O âmbito estadual apresentava a mesma configuração no que se refere à governabilidade para transformações efetivas do modelo. O quadro assistencial em saúde mental dos municípios do estado do Rio de Janeiro, neste período, reproduzia a mesma precariedade e, em muitos, uma completa ausência de política pública para o setor. Na agenda da saúde nestes locais a saúde mental não estava pautada como prioridade e um significativo quantitativo de municípios utilizava a instituição para suas internações psiquiátricas, reforçando o lugar de referência ocupado pela CSDE-Pbi no quadro de assistência psiquiátrica no estado.

A governabilidade do poder público sobre o modelo assistencial vigente na cidade se configura como um fator determinante das condições de

possibilidade de sua transformação. Esta governabilidade, entendida como as condições não apenas referentes à capacidade técnica e gerencial, mas também incluindo a conjuntura política local, a correlação de forças entre os grupos políticos em disputa, configurações partidárias e cultura local. Recorremos a Fiori (1997) que em vista da variabilidade de conceitos atribuídos ao termo ao longo das últimas décadas, define a governabilidade como uma categoria estratégica, com objetivos que variam no tempo e espaço, mas sempre submetido a um quadro situacional.

Não sendo nosso objetivo discutir este tema de forma aprofundada, destacamos que, no que diz respeito ao estudo de caso proposto, a governabilidade é um conceito que permite a análise de um contexto no qual a tentativa de estabelecer uma ruptura com a lógica do modelo vigente, hospitalocêntrico, de assistência à saúde mental tem uma inter-relação molecular com o potencial gestor do Estado – representado pelos três níveis de governo em questão. Deste modo, ao utilizarmos este recurso, a potência é classificada de acordo com a capacidade de implantação das políticas públicas no campo da saúde mental. As análises descritas consideram a noção de baixa ou alta governabilidade já que uma ou outra definem contextos distintos na disputa contra hegemônica nas décadas de 1990 e 2000 no que se refere às estratégias adotadas pelos atores da desinstitucionalização no município de Paracambi.

A correlação de forças a ser analisada não se circunscreve aos grupos políticos locais, mas sim é um reflexo de um quadro nacional no qual ainda se encontrava em disputa a hegemonia por um projeto de assistência em saúde

mental. Apesar de vários municípios no país já possuírem importantes avanços no que se refere à reorientação do modelo assistencial e já ser possível identificar um quadro normativo no âmbito das portarias federais, estaduais e municipais, havia uma marcada diferença entre as regiões e principalmente entre os estados da federação. No estado do Rio de Janeiro, até 1999, poucos municípios tinham sistemas de saúde mental constituídos e muitos sequer tinham coordenadores responsáveis por este subsetor. Conseqüentemente, a rede extra-hospitalar era incipiente ou pouco resolutiva, sendo o hospital o principal dispositivo de cuidado. Paracambi fazia parte da região centro sul e para a assessoria estadual de saúde mental compunha a região metropolitana II na qual se insere a baixada fluminense.

Até esse período, o quadro geral era de um papel figurativo da gestão estadual em saúde mental que se refletia nos municípios. A regulação era inexistente ou incipiente nos locais onde existia e não havia qualificação técnica ou organização da sociedade civil em grande parte das cidades que garantisse um efetivo investimento na reorientação do modelo assistencial. Do ponto de vista do mesmo entrevistado sobre a influência desta conjuntura no quadro da CSDE-Pbi:

[...] Na minha experiência de gestor, a gestão estadual tinha baixo papel de protagonista de uma forma geral nos estados brasileiros. Isso também tem a sua expressão na participação do ente estadual, no financiamento do sistema, que está sempre abaixo da recomendação legal. Mas também no ponto de vista político era mais comum encontrar a gestão estadual pouco participativa nessas situações de crise relacionada à atenção em saúde mental, psiquiátrica do que o contrário, ou seja, a gestão mais protagonista. Então em todos os casos foi essencial contar com a gestão estadual. Onde não se contou com a gestão estadual foi mais difícil conduzir o processo de intervenção. E a gestão municipal ela costuma ser a parte fraca quando você tem uma grande instituição localizada num

município pequeno, muito importante do ponto de vista econômico daquele município, a Eiras que na época era responsável por 20% de arrecadação do município de Paracambi, é uma grande empregadora, como é o caso lá de Camaragibe, a grande empregadora de pessoas da própria comunidade. Então a gestão municipal ela tinha baixa governabilidade mesmo. (Entrevistado K)

Nesta análise, o entrevistado refere-se a aspectos conjunturais do processo de desinstitucionalização dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras, anteriores à intervenção oficial. Esta nos remete à questão da descentralização e do pacto federativo. O quanto este aspecto influencia o desdobramento do processo de reorientação do modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica? De acordo com Costa (2011), a adesão dos governos subnacionais, ou seja, estados e municípios, foi um aspecto fundamental na disseminação dos novos serviços e desta forma entendemos também o processo de Reforma Psiquiátrica. Este se constitui originalmente em bases territoriais o que determina uma participação ativa dos municípios na implantação de suas ações.

Os programas de caráter vertical, característica do modelo “pré-SUS”, não permitem o desenvolvimento da gama complexa de ações necessárias às estratégias de desinstitucionalização. Entretanto, a complexidade das ações também exige um investimento financeiro e acordos no campo político que muitas vezes se apresentam além da governabilidade do gestor local. Os espaços de negociação deste modo se fazem necessários para o alavancamento das pactuações que o processo exige, principalmente no que se refere à definição de competências entre os níveis de governo. Na perspectiva de Costa (2011, p.4604) o consenso federativo configurava-se

como uma especial exigência para a descentralização na gestão das políticas sociais setoriais nos anos 1990.

Na vigência de um sistema único de saúde descentralizado, a autonomia de estados e municípios implicava uma necessidade de adesão às políticas sociais propostas pelo governo federal. Deste modo, o sucesso de sua implantação exigia do governo central estratégias de indução destas políticas que as tornassem “atraentes” ao gestor local da mesma forma em que o convencimento político destes sobre a importância de efetivá-las. A articulação entre o governo municipal, estadual e federal se apresenta no caso de Paracambi como determinante na reorientação do modelo assistencial e talvez um obstáculo que não pôde ser superado nas tentativas anteriores de intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras. Como consequência, as transformações na assistência, apesar de terem constituído dispositivos inovadores e a priori potentes, não tiveram a sustentabilidade política, ou a governabilidade forte o suficiente para perpetuar as mudanças que inicialmente foram observadas na rede de saúde mental local. A descentralização em curso nos anos 1990 permitiu uma maior autonomia dos municípios e Paracambi estava habilitado para a gestão plena do sistema. Entretanto, como destacou o entrevistado, o papel ocupado simbólica e economicamente pela instituição macro-asilar demandava a retaguarda de atores externos não submetidos ao poder político da instituição ao mesmo tempo em que este poder institucional transpassava as fronteiras do município.

No âmbito nacional, por outro lado, a década de 1990 reflete importantes conquistas no aspecto normativo. Um marco na disputa pela hegemonia do

modelo assistencial pode ser traduzido pela mobilização em torno da aprovação do projeto de lei Paulo Delgado apresentado à Câmara dos deputados em 1989, mas que durante toda a década de 1990 arregimentou uma gama de atores na construção de novos serviços de atenção à saúde mental e principalmente na desconstrução da lógica excludente e hospitalocêntrica do modelo vigente até então. Esta mobilização criou condições de possibilidade para a conquista de instrumentos legislativos os quais garantiam um arcabouço de portarias ministeriais⁶⁹ que regulamentava serviços extra-hospitalares, utilizando como base as experiências pioneiras do município de Santos (NAPS) e de São Paulo (CAPS Luiz Cerqueira). Apesar deste projeto de lei ter sido aprovado com significativas modificações em seu texto básico apenas em 2001, exerceu por toda uma década um papel de impulsionador dos debates e aglutinador da disputa contra hegemônica.

A conjuntura política no campo da saúde mental começa a experimentar uma mudança na correlação de forças entre os preceitos da reforma psiquiátrica e o modelo hospitalocêntrico em fins da década de 1990. Ao analisar a política de saúde geral desenvolvida pelo governo federal à época, se identificava uma redução nos investimentos no Sistema Único de Saúde. Considerando o início da década com uma marcada centralização financeira pelo governo federal com descentralização de atribuições e responsabilidades

⁶⁹Podemos citar a Portaria 189/1991 que definia a remuneração para os procedimentos em serviços extra-hospitares entre outros procedimentos, a Portaria 224/1992 como a primeira portaria que regulamentava os novos serviços e definia regras básicas para o funcionamento dos hospitais além de diversas outras portarias no âmbito dos estados e municípios. Ver mais em *Legislação em Saúde Mental* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

para os estados e municípios, refletindo a política da “Era Collor”; apenas em meados dos anos 1990 algumas políticas foram induzidas de modo exitoso, como exemplo o programa HIV/AIDS.

Entretanto, no subsetor saúde mental se criavam condições jurídico-políticas mínimas para uma reorientação do modelo por meio de intervenções ligadas à publicação de portarias que regulamentavam novos serviços e ações de auditoria realizadas pelo Departamento Nacional de Auditorias do Sistema Único de Saúde (DENASUS). O movimento social constituiu um ator fundamental que por meio do movimento da luta antimanicomial se apresentava como um fator de pressão política tanto em nível central como estadual e municipal.

No estado do Rio de Janeiro, as eleições estaduais majoritárias de 1998 definiram uma nova conjuntura política na saúde, na qual a Secretaria Estadual de Saúde foi assumida pelo psiquiatra Gilson Cantarino com longa trajetória na defesa da saúde pública no Brasil e comprometido com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Apesar de um governo central pertencente a um partido com relações históricas com a Federação Brasileira de Hospitais, esta nova configuração possibilita a entrada na Secretaria Estadual de Saúde de uma assessoria em saúde mental advinda da universidade, mas comprometida com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Outro aspecto determinante na conjuntura da época diz respeito às eleições municipais de 2000, quando a prefeitura de Paracambi é assumida por um candidato do Partido dos Trabalhadores comprometido com a saúde pública e com fortes ligações com a Saúde Mental local.

8.2. O arcabouço político da intervenção

Para uma melhor compreensão do processo que levou à intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras-Pbi é importante detalhar ações de abrangência nacional que levaram a mudanças na configuração da gestão em saúde mental em níveis federal e municipal. Entre 14 e 24 de maio de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou uma caravana por sete estados brasileiros durante a qual 20 hospitais psiquiátricos foram visitados com o objetivo de retratar uma amostra da realidade manicomial brasileira (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000). No estado do Rio de Janeiro foram visitadas a Clínica da Gávea, a Clínica Amendoeiras em Jacarepaguá e a Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi. Esta comissão formada pelos deputados Marcos Rolim-RS (presidente da Comissão de Direitos Humanos da câmara dos deputados), Dr. Rosinha-PR e Paulo Delgado-MG do Partido dos Trabalhadores e Fernando Gabeira-RJ do Partido Verde, produz um relatório denunciando a situação alarmante de diversas instituições com claras descrições de desrespeito aos direitos humanos. Entre outras constatações sobre a Casa de Saúde Dr. Eiras-Pbi, os dados descreviam que 81% dos internos tinham mais de um ano de permanência hospitalar e apenas 13% estavam a menos de cinco meses na instituição.

Além disto, o fato de não haver telefone disponível para a equipe responsável pelos agenciamentos das altas e a visão estarrecedora dos “banhos coletivos” nos pavilhões. Desta forma, incluem sugestões no campo legislativo e no campo jurídico que são apresentadas ao plenário da Câmara e

entregues ao Ministro da Saúde José Serra. Nestas sugestões constavam a necessidade de imediata aprovação da “Lei da Reforma Psiquiátrica” que já estava em seu terceiro substitutivo, a elaboração de uma estratégia de auxílio financeiro às famílias de pacientes longamente institucionalizados para que os acolhessem em casa⁷⁰ e medidas de fiscalização pelo Ministério da Saúde de várias clínicas com a suspensão de novas internações entre outras propostas (op. cit., 2000).

Após a publicação do relatório da Caravana, em junho de 2000, no mês de agosto é deflagrada uma auditoria especializada dos Comitês Coordenadores de Auditoria-Psiquiatria (CCAP) do Ministério da Saúde (GUITTON, 2010). Esta auditoria é realizada em um contexto de reformulação das estratégias de auditorias realizadas pelo Denasus no qual foram formadas comissões de auditores dotados de conhecimento técnico especializado em diversas áreas. Desta forma, o foco da auditoria se desloca de uma avaliação restrita ao desempenho financeiro para uma análise das condições técnicas do objeto auditado como no caso do comitê de auditoria de psiquiatria, dando maior consistência à conclusão dos relatórios. Ou seja, passam a ser elaboradas medidas efetivas para a resolução do problema com vistas à melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS (DENASUS, 2001).

A auditoria desencadeada pelas denúncias da Caravana da Cidadania como ficou conhecida a I visita do Comitê de Direitos Humanos da Câmara dos

⁷⁰ O Conselho Nacional de Saúde em 1995 havia aprovado um plano de apoio a desospitalização já pela I Conferência Nacional de Saúde Mental e que permaneceu por longos anos na consultoria jurídica do Ministério da saúde sem que fosse implantado.

Deputados aos estabelecimentos de psiquiatria desdobrou-se em uma gama de ações que em nível nacional se refletiu na revisão da Portaria 224/92 e na Portaria 799/2000, que instituiu as comissões de acompanhamento dos hospitais psiquiátricos. Esta última, foi fundamental na elaboração do Plano Nacional de reorientação dos hospitais psiquiátricos e do programa de avaliação dos hospitais específico para o setor psiquiatria – PNASH Psiquiatria.

Já no âmbito local, o relatório final da auditoria aponta graves distorções que entre outras ações determinaram a desabilitação do município de Paracambi da condição de gestor pleno do sistema de saúde, habilitando-o como gestor da atenção básica (GOMES, COUTO, PEPE & cols., 2002). Além disto, determina à SES-RJ providências para a garantia da qualidade do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.⁷¹ A Nota técnica 45 do DENASUS determinou a publicação da Portaria GM 1218, que desabilita o município de Paracambi da condição de gestão plena e assim este passa a gerir de forma autônoma toda a rede de atenção básica com a manutenção do repasse dos recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (Fundo-a-Fundo), mas a gestão dos hospitais tem sua regulação e repasse de recursos de financiamento atribuída ao gestor estadual. Em paralelo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) por meio da Resolução n.º 1555 de 8 de novembro de 2000 estabelece o fechamento de novas internações na Casa de Saúde Dr. Eiras.

⁷¹MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Censo clínico e psicossocial dos pacientes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi. Síntese dos Dados – junho 2001.*

Um dado importante diz respeito à intencionalidade desta desabilitação e o papel que o estado do Rio de Janeiro passa a desempenhar na rede de saúde do município de Paracambi. Sobre isto o entrevistado Z destaca:

[...] a gente faz valer item por item a prerrogativa do estado como regulador do sistema, a gente pega todas as normativas do SUS e a NOB 96, que naquela época já tinha sido promulgada. A gente tinha esse detalhamento e vai trabalhar exatamente no conjunto dessas normativas. [...] Isso foi acordado, não foi uma intervenção municipal, porque num primeiro momento a gente acorda também que a perda da gestão do sistema, ela não é uma intervenção na Eiras mas é uma intervenção no município, mas isso também foi acordado e pactuado com o município, e o André⁷² depois num primeiro momento participou ativamente disso porque sabia que a governabilidade em relação à gestão da Casa de Saúde era bastante complicada, né? Tanto que embora o município tenha perdido a gestão plena do seu sistema, o estado ele entra não é na rede hospitalar, vamos pensar, ele poderia ter entrado em toda a rede hospitalar. Ele entra exclusivamente nessa ação na Dr. Eiras de Paracambi.

Assim, podemos observar que o estado, pela Assessoria de Saúde Mental, adquire uma função de regulação, ao mesmo tempo em que pactua com o município e o governo federal as ações a serem implantadas. Deste modo, se apresenta novamente a questão dos espaços de pactuação já discutidos acima como forma de viabilizar as políticas públicas em um Estado federativo. A estratégia montada para que fosse possível uma intervenção oficial na instituição levou em consideração os três poderes envolvidos. Adotou medidas drásticas, mas não impostas de forma arbitrária, apesar da repercussão negativa para o gestor municipal em uma primeira visada. Referimo-nos aqui, a esta estratégia, como uma forma de exercício do lugar de

⁷² André Ceciliano foi eleito prefeito da cidade para um primeiro mandato de 2001 a 2004. Assim, a Caravana e a auditoria ocorreram em um período imediatamente anterior às eleições municipais em outubro de 2000. As ações do Ministério da Saúde e normativas estaduais, incluindo a desabilitação municipal da gestão plena, ocorreram no período após a eleição (novembro/dezembro), mas ainda anterior à assunção do governo pelo novo prefeito.

mediação do estado que se utiliza de ferramentas legais, ratificadas pelo governo federal, na intenção de transformar uma dada realidade. Neste caso, a reorientação de um modelo assistencial local cuja representação simbólica é de caráter nacional.

Por outro lado, em consonância com a NOB 96, é de responsabilidade do município a gestão do sistema de saúde local, definindo esta como “ a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”(BRASIL, 1996). Esta normativa (Portaria 2203/96) diferencia a gestão da gerência de unidades ou órgãos de saúde públicos ou privados, na qual a última tem caráter administrativo e não retira do gestor público a responsabilidade sobre a qualidade e adequação dos serviços prestados. Esta mesma norma operacional determina que cabe ao gestor estadual ofertar a cooperação técnica e financeira aos municípios. Destaca que, enquanto o município não assume esta gestão, cabe ao estado provisoriamente esta responsabilidade buscando garantir a população o acesso integral à saúde.

Estes pontos garantiram a legitimidade da ação implantada, já que até o ano 2000 a situação da CSDE-Pbi era de responsabilidade do gestor pleno no que se refere à garantia do cuidado a ser oferecido, mas este não reunia condições de efetivá-la. Outro aspecto importante a ser lembrado era que nesse período ainda não havia sido promulgada a Lei 10.216/01 que rege os direitos dos pacientes psiquiátricos e se encontrava em vigor a Norma Operacional Básica 96 (NOB/96).

O resultado da auditoria teve repercussões na configuração política da gestão da saúde mental no Ministério da Saúde e nas coordenações estaduais. Como desdobramento inicial, a coordenação nacional de saúde mental foi substituída pelo assessor de saúde mental do estado do Rio de Janeiro na época, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, e um membro de sua equipe, a psicóloga Paula Cerqueira assume a assessoria estadual, refletindo um alinhamento na configuração política dos poderes executivos e ampliando a governabilidade do campo da saúde mental estadual. Neste ponto, destacamos que a medida adotada se constituiu como um movimento articulado entre o estado do Rio de Janeiro e o governo federal que buscava estabelecer governabilidade ao poder público para adoção de ações mais radicais na condução do processo da CSDE-Pbi. Na fala do entrevistado K:

[...] segundo semestre de 2000, o Ministério da Saúde retira a gestão plena do município de Paracambi por causa das denúncias da Eiras. A partir daí, digamos, a articulação que existia de baixa governabilidade entre um estabelecimento que era muito importante do ponto de vista econômico pra aquela cidade, deixa de ser atribuição do gestor local, quer dizer cria-se uma situação de intervenção de fato, de diminuição da autonomia do poder local, pelo fato de que o poder local não estava tendo governabilidade em relação àquela clínica. Então de 2000 eu acho que podemos estabelecer uma data de intervenção, onde o processo muda de natureza. Porque anteriormente todos os esforços regulatórios eram esforços muito, muito limitados, autolimitados, esforços que, porque não, você não tinha governabilidade, não tinha poder de influenciar de fato, enfim o SUS não, a gestão da saúde pública não tinha poder suficiente para mudar o rumo de funcionamento daquela instituição.

Neste sentido, a desabilitação assume um papel não apenas de punição pelo não cumprimento da norma, mas configura um instrumento potente de indução da política pública, qual seja, a criação de condições iniciais para a reorientação do modelo por meio da regulação em nível estadual. No entanto,

esta medida não foi suficiente para a abrangência do processo em curso. Já se tinha no horizonte a clareza que para uma ruptura efetiva, seriam necessárias ações assistenciais diretas na instituição, na rede de saúde mental local e na região do entorno. De acordo com o entrevistado Z:

[...] então o que a gente propôs foi uma estratégia, acho que muita gente não sabe disso, isso foi pensado, não foi uma ação intempestiva, porque a gente pensou já que a gente não tem a governabilidade política, porque o Ministério da Saúde no âmbito da coordenação de saúde mental ele tinha governabilidade, mas ele não tinha governabilidade pra outras agendas fora da coordenação de saúde mental e assim sucessivamente aqui no estado, então, por exemplo, a gente tinha alta governabilidade dentro da Secretaria Estadual de Saúde por conta da figura do Gilson Cantarino, mas a gente vivia num governo estadual que tinha outras agendas políticas inclusive com uma forte ligação com o PMDB na época que tinham várias figuras donas de hospitais psiquiátricos, que eram figuras atuantes no partido, então nessa análise a gente monta essa estratégia, um conjunto de ações, uma resolução de emergência, qual conjunto de ação? Primeiro, foi a tomada de decisão de que o estado assumiria nesse primeiro momento, tomaria pra si essa ação, o protagonismo dessa ação compartilhada com o município de Paracambi, mais diretamente com o município de Paracambi e mais indiretamente com os outros municípios que também tinham pacientes internados lá, esse também fazendo uma análise política de que não havia uma governabilidade local, uma força política das coordenações municipais de saúde mental para tomarem o protagonismo dessa ação, mas para que a gente pudesse fazer isso era necessário que Paracambi, que na época era um município de gestão plena do seu sistema, perdesse essa condição de gestão para que o estado pudesse assumir o protagonismo dessa ação na sua gestão hospitalar.

O protagonismo descrito foi assumido pelo estado durante a primeira fase do processo de desinstitucionalização de 2000 a 2003. As ações descritas abaixo se desenvolveram na dimensão política, na qual o papel de articulação foi determinante na ampliação da rede de saúde mental. Além disto, estas diziam respeito ao suporte às coordenações municipais para que houvesse o convencimento dos secretários municipais de saúde e prefeitos, mas também

na oferta de cursos de capacitação regulares que formavam quadros para a gestão pública em saúde mental.

O colegiado de coordenadores municipais de saúde mental tornou-se um fórum de debates das estratégias políticas e das situações clínicas que permitiam uma ação conjunta entre os municípios que tinham como missão responsabilizar-se pela desinstitucionalização de seus munícipes, além de garantir um cuidado em saúde mental que não reproduzisse novas institucionalizações.

Paralelamente a este processo, também se desenvolve uma ação civil pública instituída pelo Ministério Público Federal, n.º 2002.51.01.003100-0 da 2ª Vara Federal do Estado do Rio de Janeiro, cujo andamento implicou a manutenção do fechamento das internações na CSDE-Pbi, na elaboração de um plano de reorientação da assistência dos pacientes internos e a constituição de uma comissão paritária de avaliação de óbito e revisão de altas. Nesta ação se encontram como réus a CSDE-Pbi, o Município de Paracambi, a Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde. O Ministério Público, inicialmente desenvolvendo ações em nível federal e posteriormente no nível estadual, teve um importante papel na garantia dos direitos dos usuários internados que também exigindo o cumprimento das estratégias definidas no plano de reorientação.

[...] Logo no início, a gente contou com um parceiro fundamental, o Ministério Público, isso foi fundamental, eu sei que o Ministério Público em alguns momentos tensiona bastante com a assistência, com a gestão, mas ele foi um parceiro. O Ministério Público Federal na época a gente teve um procurador chamado Rogério Nascimento, quando eu falo parceiro, não é porque ele era amigo e fazia o que a

gente queria, absolutamente, é porque ele pegava a regra, a lei e mandava cumprir, e a gente pedia isso, era outro ator externo importante dizendo: 'Tem que cumprir', a governabilidade política que uma assessoria técnica minúscula não tinha, a gente conseguiu produzir efeitos a partir desse pedido, então há no primeiro momento, uma tentativa de conversa e negociação, ainda pensando nesse plano de reorientação da assistência, onde todos eram réus, a Casa de Saúde, tecnicamente a gente construiu esse pedido, nós, o estado, a assessoria, construímos o pedido em que todos seríamos réus, não era só a Casa de Saúde, foi pensado estrategicamente, porque a gente entendia que todos tinham responsabilidade pública mesmo e se a Eiras de Paracambi chegou daquele jeito, chegou porque o estado ao longo da sua história não fez nenhuma intervenção, não conseguiu fazer nenhuma intervenção naquele espaço, então foi estrategicamente pensado e solicitado, querendo, entendendo que não existia um réu só, todos somos, então cada qual na sua instância de gestão precisa ser convocado a pautar, a construir as ações que lhes cabe nesse latifúndio. (Entrevistado Z)

O Ministério Público é uma instituição pública autônoma, a quem a Constituição Federal atribuiu a incumbência de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis (MPSP, 2012). Deste modo não está inserido no poder judiciário como a princípio pode-se supor. Seu papel não está restrito a uma atuação judicial, mas está legitimado a atuar na mediação de conflitos.

De acordo com MPRJ(2011;p.8) "As atividades do Ministério Público incluem a fiscalização de gestores e prestadores de serviços, bem como a mediação de conflitos entre todas as instâncias da saúde pública." E nesta perspectiva esta instituição tem se configurado em um ator fundamental em diversos processos de desinstitucionalização em vários estados brasileiros. A presença de um órgão fiscalizador externo, legitimado como instrumento da sociedade civil e com poderes para convocar 'a responsabilidade' gestores públicos, empresários da saúde e até mesmo personagens do legislativo tem transformado, em muitas localidades, a correlação de forças na busca de uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Por estar envolvido na

garantia dos direitos dos usuários do SUS em todas as instâncias, tem sido utilizado pela população em geral da mesma forma que pelos gestores públicos como estratégia de conquista ou sustentabilidade de políticas sociais.

No caso de Paracambi, a presença estreita do Ministério Público convocou as três esferas de governo para assumirem a responsabilidade do quadro de precariedade da CSDE-Pbi envolvendo-os na estruturação de estratégias consistentes para efetivar a desinstitucionalização da clientela de longa permanência internada na instituição.

Estes dois fatores desencadearam uma série de intervenções por parte da Secretaria Estadual de Saúde do RJ que inicialmente publica um decreto com a proibição de novas internações na CSDE-Pbi e inicia o censo clínico e psicossocial, que ocorre nos meses de novembro e dezembro de 2000. O Censo se configurou uma ferramenta clínica e de gestão já que permitiu um mapeamento das condições dos internos ao mesmo tempo em que estabelece um mapa epidemiológico com o quadro psicossocial da clientela. Esta ação foi realizada com investimento financeiro do governo federal e executada por uma equipe de 10 profissionais por dia, dividido em duplas de médicos e não médicos cuja função era o preenchimento de um questionário semiestruturado e realizar um exame clínico-psiquiátrico, além de uma entrevista com os pacientes internados. Esta ação acontecia durante os sete dias da semana e ao final foi recenseado um total de 1.494 pacientes internados (GOMES et al, 2002). O Censo foi o primeiro passo para a estruturação do plano de reorientação da assistência psiquiátrica na Casa de Saúde Dr. Eiras.

No contexto deste processo, apesar da forte presença do estado, não havia mecanismo que garantisse o cuidado da clientela internada ou pudesse coibir atitudes de retaliação por parte da instituição que acarretassem prejuízo a estes. Assim, é criada a Comissão de Acompanhamento Técnico (CAT) que passa a realizar um monitoramento das ações técnico assistenciais da instituição além do preparo da reinserção psicossocial dos internos em parceria com diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro (GULJOR & VIDAL, 2006). Neste período, que pode ser denominado de intervenção branca, as ações da Assessoria Estadual de Saúde Mental fortaleciam a construção de um colegiado de gestores municipais e a capacitação destes, o que culminou com a potencialização de Programas de Saúde Mental na maioria dos municípios do Estado.

A estratégia se constituiu na organização de um grupo de 08 profissionais da área de saúde mental (G8) com a finalidade de realizar supervisão técnica aos programas e serviços municipais. Outra meta era potencializar a articulação política entre os coordenadores municipais de saúde mental, secretários de saúde, prefeitos e a Assessoria de Saúde Mental. Cabe resgatar que esta instituição constituiu por décadas o local para transferência de pacientes “fora de possibilidades terapêuticas” adotado por diversas instituições psiquiátricas do estado do Rio de Janeiro e também como moradia definitiva para portadores de deficiência mental que completavam a maioridade da antiga Funabem. Deste modo, a população internada era oriunda de grande parte dos municípios do estado do Rio de Janeiro, principalmente da capital e

baixada fluminense. De moradores locais havia apenas um número inferior a cinquenta pacientes.

O trabalho do G8 associado à participação estreita do secretário estadual de saúde nas pactuações na comissão intergestora estadual bipartite⁷³ consolidaram articulações políticas para a estruturação de redes de saúde mental na maioria dos municípios que permitiria a desinstitucionalização da clientela da CSDE-Pbi.

Uma série de resoluções e portarias teve curso nesta primeira fase do processo de desinstitucionalização e contemplava sua dimensão técnico-assistencial. A publicação da CIB-RJ n.º 54 em 14 de março de 2000 (BRASIL, 2004), que aprovava o programa de implantação de serviços residenciais terapêuticos para pacientes psiquiátricos de longa permanência primeira etapa, significava a possibilidade de realocação de recursos de financiamento das AIHs tipo 5 do sistema hospitalar para as ações extra-hospitalares em saúde mental. O valor pago pelas internações acompanharia o paciente em sua reinserção no município de origem. Esta medida estava voltada a custear a implantação dos serviços residenciais terapêuticos nos municípios de origem, bem como a construção dos Centros de Atenção Psicossocial.

Outra intervenção foi a criação de uma enfermaria de crise no Instituto Nise da Silveira no município do Rio de Janeiro. Esta unidade seria a referência para internações psiquiátrica da clientela da Baixada Fluminense e também

⁷³ A bipartite é um espaço institucional de pactuações das políticas públicas de saúde que reúne todos os secretários municipais de saúde regularmente e é presidida pelo secretário estadual de saúde.

funcionaria como dispositivo de transição entre a Casa de Saúde Dr. Eiras Pbi e a reinserção territorial desta. Durante o período da intervenção branca, a equipe de acompanhamento técnico (CAT) juntamente com o município de Paracambi mantinha um monitoramento da clientela internada, evitando as altas irresponsáveis por parte da instituição.

A presença da equipe do estado e a supervisão hospitalar municipal não garantiam uma condução da internação voltada para a reinserção no território já que os profissionais assistentes eram submetidos à direção clínica ainda sob gestão privada. No entanto, era possível realizar uma abordagem das famílias e dos próprios pacientes em parceria com os municípios. As normativas estaduais garantiram a presença da equipe da CAT com sede no interior da instituição, infraestrutura de transporte e telefone. Com o mapeamento do censo e o plano de reorientação tinha-se um panorama dos municípios e da clientela internada, bem como um detalhamento do suporte familiar e das necessidades de cuidado. Estes instrumentos permitiram que muitas altas ocorressem. Estas eram obtidas a partir do convencimento dos profissionais assistentes, por solicitação da família que havia sido abordada no trabalho CAT/município de origem ou mesmo pela intervenção da supervisão hospitalar que sob termo de responsabilização definia que não seria mais autorizado o repasse de recurso para a manutenção específica daquela internação.

Outra forma de alta acontecia com os pacientes que precisavam de atendimento de clínica médica ou cirúrgica mais complexo e deste modo era necessária a sua transferência para um hospital geral. Estes usuários eram acompanhados na reinserção familiar ou reinternados nos dispositivos de

internação de apoio (enfermaria de crise no Instituto Nise da Silveira ou no Polo de Saúde Mental) até que pudesse ser inserido no território de origem. Durante este período de 2000 a 2003 – foram estruturados serviços de saúde mental em toda a região da Baixada Fluminense e em alguns municípios foi criada uma porta de entrada. O programa nacional de avaliação dos hospitais no setor psiquiatria neste período aconteceu por dois anos de forma regular. Como consequência foram descredenciados alguns hospitais psiquiátricos na Baixada Fluminense e no município do Rio de Janeiro e outros foram convocados a implantar mudanças na assistência para evitar tal medida. Deste modo, a indução de uma política de saúde mental que privilegiasse a cobertura assistencial no território, a estruturação de um suporte a crise resolutivo e na lógica das diretrizes da Reforma Psiquiátrica foi pautado na ordem do dia.

CAPÍTULO IX

A DESSTITUCIONALIZAÇÃO E A INTERVENÇÃO NA CASA DE SAÚDE DR. EIRAS

9.1. A reorientação do modelo em Paracambi

No ano 2000, a mudança da gestão com as eleições municipais reconfigura o cenário político local. É criado e credenciado um Centro de Atenção Psicossocial I (2001), duas Residências Terapêuticas (2002), além de reestruturado o Polo de Saúde Mental – porta de entrada do sistema municipal de Saúde Mental e setor de triagem para emissão de laudos para emissão de AIHs. O Polo constitui uma emergência psiquiátrica, ambulatório e enfermaria psiquiátrica em hospital geral. A supervisão hospitalar das clínicas conveniadas passa a ter um acompanhamento mais estreito com a nomeação de uma equipe de supervisão, ampliando o que antes era função de um único profissional. Esta equipe municipal contava com o apoio direto da assessoria estadual de saúde mental e de uma promotora pública responsável pela ação civil na época.

No início de 2002, Paracambi é novamente habilitado como gestor pleno do Sistema a partir do compromisso com as ações da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro na CSDE-Pbi passando a atuar em parceria com a

Assessoria de Saúde Mental (ASM-RJ) no processo de acompanhamento técnico. A Secretaria Municipal de Saúde, em fevereiro de 2003 (SMS-PBI, 2003b), por meio de sua assessoria técnica em saúde mental, elaborou o projeto de desinstitucionalização e acompanhamento técnico da CSDE-Pbi com vista ao financiamento das ações de desinstitucionalização dos internos da instituição. Este era voltado para o aporte dos recursos humanos que estariam envolvidos no trabalho clínico e na articulação política para a construção de redes territoriais em todos os municípios envolvidos.

Este projeto partia do pressuposto de que o município de Paracambi não reunia condições para financiar com recursos próprios o número de profissionais necessários. Ao ser apresentado ao Ministério da Saúde contabilizava a contratação de 26 profissionais especialistas em saúde mental entre médicos e não médicos e material permanente como viatura para transporte, além da contrapartida municipal (op. cit., 2003b). O financiamento das ações propostas permitiu a sustentação do trabalho institucional durante o período inicial da intervenção, com adequações do montante a ser destinado, fruto das negociações realizadas.

9.2. O Sistema de Saúde Local

As transformações na saúde não se restringiram ao subsetor saúde mental, mas na percepção do gestor de então, Paracambi era o reflexo de um abandono na saúde como um todo. A cidade ocupava em 2000 o último lugar em cobertura vacinal do estado, as unidades de atenção básica eram precárias

e em número insuficiente para cobertura universal à população, a assistência farmacêutica contemplava um insignificante quantitativo de medicamentos e com suprimento irregular. A assistência hospitalar contava com um único hospital geral de pequeno porte público próprio, com poucos recursos⁷⁴ para a oferta de cuidado em saúde. A principal natureza dos hospitais era de privados conveniados, com uma importante distorção no quadro de morbidade registrada (SMS-PBI, 2003a).

Segundo um entrevistado que ocupou a gestão municipal, a saúde pública como um todo foi alvo de uma mudança de referencial, ou seja, a prioridade passa a ser dada para a atenção básica:

Primeiro nós fizemos um trabalho na Saúde Pública do município muito bacana, muito bonito, eu diria e eu acho que a Saúde Mental só vem coroar essa base, né, o reconhecimento do trabalho que nós fizemos naquele período lá na área da Saúde Mental, eu digo coroar, porque nós pegamos nove postos de saúde, e só 4 funcionavam. Deixamos 21 postos de saúde funcionando com clínico, pediatra, ginecologista, dentista. Pra você ter uma ideia, pra cada 100 crianças que precisavam de vacina no ano 2000 somente 56 por cento ou então 56 crianças foram vacinadas, por exemplo, a poliomielite, na área rural, não foi dada no ano 2000.[...]. Não se fazia pré-natal. A mamografia tinha fila de um ano e seis meses e nós compramos o equipamento e agora se faz em 24 horas. Dentista no PSF nós implantamos em 2001 pra 2002. Todos os postos de saúde que nós fomos abrindo, nós fomos botando dentistas e o Ministério da Saúde só reconheceu em 2003 ou se não me engano em 2004 o dentista no PSF e nós já tínhamos. Então nós fizemos um trabalho de levantamento epidemiológico na cidade já no ano de 2001. Em 2000 nós fomos o pior índice de cobertura vacinal dos 92 municípios e em 2001 ficamos entre os 5 melhores. Descentralizamos a vacina, era um único local que se vacinava no município e contratamos recursos humanos, compramos geladeira então isso é só um exemplo. Descentralizamos mesmo. Isso nós fizemos em 2001, campanha pra identificar hipertensos e diabéticos. Nós dispensávamos até 2008, 114 tipos diferentes de remédios na rede municipal, 114 tipos quando a pactuação do Ministério da Saúde são 46. Então só pra pontuar, né na questão da saúde como um todo, a atenção básica do município,

⁷⁴ No discurso dos munícipes, o serviço de ambulância era o mais utilizado para a remoção de pacientes para unidades em outros municípios.

saiu de duzentos e noventa e um mil procedimentos no SUS, Ministério da saúde pra um milhão e duzentos mil procedimentos com o mesmo recurso que se recebia do Fundo Municipal de Saúde, só que nós invertemos a curva, se você pega 2001 e compara até 2006/2007, você vai ver que os primeiros anos de 2001 e 2002 a curva pra procedimento privado e procedimento público elas se cruzam verticalmente um descendo e outro subindo.(entrevistado W)

Neste depoimento o entrevistado retrata o quadro da saúde pública no período inicial onde o município ainda se encontrava na condição de pleno da atenção básica após a desabilitação em 2000. O arcabouço que possibilitou a construção da rede de saúde mental durante o processo de intervenção (a intervenção branca e a intervenção oficial) esteve diretamente ligado à transformação do sistema de saúde local a partir da ruptura com a lógica hospitalocêntrica do período anterior. De acordo com este depoimento a configuração do sistema de saúde local refletia procedimentos escassos na promoção da saúde e a prevenção não era uma área de investimento da gestão com procedimentos majoritariamente hospitalares. As distorções no quadro de morbidade também ratificam esta análise, como pode ser observado nas tabelas abaixo.

Quadro 6: Tipo de internação por especialidade (ano referência 2002)

Tipo de internação	Nº internações	%
Psiquiátrica	19.115	60%
Outras especialidades	12.802	40%
Total	31.917	100%

* Dados do Diagnóstico de Saúde –SMS-PBI (apresentado Jan./2003)

Quadro 7: Internações Hospitalares por causa (ano referência 2002)

CID 10	TOTAL	%
---------------	--------------	----------

TOTAL	31.917	100%
V. Transtornos Mentais e Comportamentais.	19.115	59,89%
XV. Gravidez, parto e puerpério	3.724	11,67%
X. Doenças do Aparelho Respiratório	3.475	10,89%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.408	4,41%
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	1.234	3,87%
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	972	3,05%
XIV. Doenças do aparelho Genito-urinário	813	2,55%
IV. Doenças Endócrinas, nutricionais e Metabólicas	385	1,21%
Outros	791	2,48%

* Dados do Diagnóstico de Saúde. SMS-PBI (apresentado Jan./2003)

As internações psiquiátricas ocupavam o primeiro lugar por tipo de internação por especialidade no município, principalmente devido ao grande número de internos na CSDE-Pbi. Da mesma forma, por grupo diagnóstico, os transtornos mentais e comportamentais lideravam o ranking de causas de internação superando as doenças do aparelho respiratório e causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

As ações eram prioritariamente curativas e a rede hospitalar privada não era submetida a um ordenamento pelo poder público, já que não existia um setor de controle e avaliação estruturado. Não existiam dados epidemiológicos ou plano municipal de saúde, sendo a compra de serviços desordenada e a partir da oferta disponível, não contemplando as reais necessidades da população. O retrato da saúde em Paracambi tinha reflexos no subsetor saúde mental. Este consumia 17% dos recursos gastos em saúde mental em todo o

estado do Rio de Janeiro, sendo o segundo em gastos com internações no estado.

Tabela 3: Municípios que apresentaram os maiores gastos com psiquiatria – 2002

Regiões	Município	Valor Gasto	%Valor total	Nº Estabelecimentos	População
Metropolitana I	Rio de Janeiro	22.241.665,53	27,5%	17	5.937.251
Centro-Sul	Paracambi	13.097.000,43	16,21%	02	41.328
Metropolitana II	São Gonçalo	6.073.814,76	7,52%	02	914.536

Dados SES-RJ: Análise de Impacto da Política de Saúde Mental do Estado do rio de Janeiro. 2003b.

Na tabela acima podemos observar a discrepância entre o município de Paracambi em 2002 com uma população de 41.328 habitantes e dois hospitais psiquiátricos, se comparado aos municípios do Rio de Janeiro e São Gonçalo. O primeiro, o mais populoso do estado, com 17 hospitais psiquiátricos e o segundo com o mesmo número de hospitais (2), mas com uma população em torno de 900 mil habitantes e ocupando o terceiro lugar na porcentagem de gastos com 7,52%. Tais dados nos permitem perceber que o quantitativo gasto com internações em Paracambi contempla um número de internações psiquiátricas apenas justificadas se considerarmos o caráter de referência para internações por vários municípios do estado e tal distorção fruto da inexistência de uma planificação regional da assistência psiquiátrica.

Um aspecto a ser destacado é o percentual destinado à cobertura de internações no hospital público próprio na cidade em comparação aos gastos com os estabelecimentos de natureza privada, conforme tabela abaixo:

Tabela 4:

Valor de AIH despendido por Estabelecimento e Tipo do Prestador

Estabelecimento	Municipal	Contratado	Total	%
Total	971.509,49	18.587.358,49	19.558.867,98	100,00%
CASA DE SAUDE DR EIRAS SA (*)	-	11.997.250,00	11.997.250,00	61,34%
CASA SAUDE N.S. APARECIDA DE PBI. (*)	-	2.433.009,09	2.433.009,09	12,44%
HOSPITAL PARACAMBI LTDA	-	1.981.811,52	1.981.811,52	10,13%
EMPE CS PS PEDIATRICO LTDA. (*)	-	1.139.822,14	1.139.822,14	5,83%
SMS E BEM ESTAR SOCIAL DE PARACAMBI (*)	971.509,49	-	971.509,49	4,97%
Y. A. PENHA E CIA. LTDA. (*)	-	846.233,60	846.233,60	4,33%
SERVICOS RAD.PARACAMBI LTDA	-	58.501,13	58.501,13	0,30%
LAB ANAL CLIN PASCHOAL MARTINO LTDA	-	58.313,84	58.313,84	0,30%
LAB ANAL CLIN DR JOSE LUIZ RIBEIRO	-	48.201,64	48.201,64	0,25%
CENTRO PESQ BIOL LAGECLIM LTDA ME	-	17.875,13	17.875,13	0,09%
LABORATORIO DE ANAL.GRANDE RIO LTDA	-	6.340,40	6.340,40	0,03%

Dados do Diagnóstico de saúde. SMS-PBI 2003a.

Nesta tabela é possível observar que a ampla maioria dos procedimentos era oferecida pela rede privada conveniada ao SUS, ou seja, 95%. No hospital municipal eram investidos menos de 5% dos gastos com estabelecimentos de saúde no município. O Hospital Municipal Adalberto da Graça é um hospital de nível secundário de complexidade. Possui uma emergência clínica, enfermarias para internações clínicas e pediátricas (18 e 11 leitos respectivamente), além de leitos psiquiátricos em hospital geral (12 cadastrados), emergência psiquiátrica e ambulatório de especialidades

médicas e odontologia. Dentre os serviços oferece fisioterapia, radiologia, ultrassonografia, endoscopia, hemoterapia e laboratório de análises clínicas. Assumiu esta configuração após 2004 quando progressivamente alguns procedimentos foram incorporados à rede pública de saúde (SES-RJ/CNES, 2012).

O diagnóstico em saúde apresentado em janeiro de 2003 destinava-se a subsidiar a elaboração de um plano municipal de saúde necessário para o cumprimento das exigências da habilitação da gestão plena do sistema de saúde à qual o município havia recuperado no ano anterior. Neste sentido, buscava oferecer elementos para o planejamento das ações ao mapear o quadro de saúde local. Outro aspecto destacado é o paralelo entre as características do subsistema de saúde mental e da saúde geral já observadas no censo clínico psicossocial da CSDE-Pbi. No quadro de internações por município de residência, o maior quantitativo de internações referia-se a outros municípios e Paracambi comparecia com apenas 21,18% das internações. O quadro abaixo permite uma visualização desta relação:

Quadro 8: Internações psiquiátricas por Município de Residência

Município Residência	Nº Internações	%
Total	31.917	100,00%
Paracambi	6.761	21,18%
Nova Iguaçu	5.634	17,65%
Rio de Janeiro	4.719	14,79%
Seropédica	3.639	11,40%
Japeri	2.566	8,04%
Duque De Caxias	1.407	4,41%
Queimados	1.393	4,36%
Barra Do Pirai	1.225	3,84%
Nilópolis	967	3,03%
Sao Joao De Meriti	958	3,00%
Belford Roxo	793	2,48%
Itaguaí	782	2,45%
Petropolis	269	0,84%
Outros Municípios	804	2,52%

Diagnóstico de saúde municipal (SMS-Pbi, 2003a)

Os dados apresentados acima reforçam a assertiva de que as transformações no subsetor saúde mental não podem ser implantadas de forma isolada dos investimentos na saúde em geral. A compreensão de que a Reforma Psiquiátrica brasileira está diretamente relacionada ao processo da Reforma Sanitária iniciado na década de 1970, localiza a discussão atual sobre as transformações na assistência em saúde mental como interdependente da reorientação da lógica da saúde geral. Ou seja, o preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado pressupõe a rigorosa implantação das diretrizes do SUS nas quais a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social são categorias norteadoras seminais.

Desta forma, ao pensarmos a desinstitucionalização dos internos da CSDE-Pbi, estamos falando de uma parcela da população abandonada à margem da sociedade e com necessidades básicas de cuidado e cidadania. A integralidade se coloca deste modo como uma imagem-objetivo a ser alcançada. Segundo SILVA et al., 2003: “Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem, pois, a finalidade ético-política do sistema de saúde expressa em contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira”. Neste sentido, os avanços no processo de desinstitucionalização precisariam estar intrinsecamente imbricados na

condição do município em construir um sistema de saúde pautado nestes princípios.

O quadro assistencial no município de Paracambi refletia uma concepção de saúde distanciada do modelo universalista e integral e deste modo se apresentava o subsetor saúde mental. Ao mesmo tempo, os dados acima apontam uma fragilidade do papel estadual na indução de políticas bem como em sua regulação no âmbito local e regional durante o período anterior a 2001. O quantitativo de internações de outros municípios, não apenas nos hospitais psiquiátricos, mas também na rede hospitalar de Paracambi, reflete a precariedade dos sistemas de saúde nos municípios do entorno desta cidade.

A “migração” das populações em busca de assistência é uma constante no quadro da saúde e reflete o desinvestimento dos gestores nesta área. É possível observar que os municípios que realizam significativo número de internações na cidade não se restringem aos de pequeno porte e o somatório de internações desta população migrante atinge 78% das internações realizadas na rede hospitalar da cidade. Assim, a ausência de uma planificação da rede de saúde regional era um dos principais impasses para a efetividade do processo de intervenção e a estruturação da mesma o primeiro passo a ser dado.

Apesar de investimentos políticos iniciais na estruturação de consórcios regionais de saúde pela secretaria estadual de planejamento do Rio de Janeiro o subsetor saúde mental se manteve a margem das discussões da saúde geral na maioria dos municípios do estado até que a política focalizada no

fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras-Pbi induziu estas transformações. Entre as estratégias, a ação do Ministério Público refletia uma compreensão deste quadro de precariedade. O entrevistado A traduz esta compreensão em relação ao subsetor saúde mental afirmando:

[...] a partir do momento que você tem um CAPS sucateado, que você não tem RT pra absorver aqueles que não têm mais referência familiar, isso tudo impede a desospitalização, impede toda a construção, então o grande trabalho, o desafio do MP é obrigar hoje os municípios a terem rede, esse é o grande foco que a gente tem que ter, é isso que os promotores com atribuição têm que entender que a gente tem que obrigar os municípios a criarem redes, a gente tem que ter um CAPS eficiente, tem que ter RT, tem que ter vaga pra receber esses pacientes [...].

Na cidade de Paracambi houve avanços e uma mudança na prioridade dos investimentos em saúde que permitiram uma reconfiguração da rede de saúde na cidade e neste bojo no subsetor saúde mental. Sendo assim, o investimento em saúde mental se desenvolveu em consonância com a ampliação dos investimentos na saúde pública como um todo. Entre 2000 e 2003, houve uma ampliação da produção em saúde mental que pode ser percebida nos dados sobre os repasses financeiros por produção da rede extra-hospitalar. O município segundo dados da SES-RJ, entre janeiro e setembro⁷⁵ de 2003, era o segundo entre os municípios do estado, figurando atrás apenas do município do Rio de Janeiro conforme tabela abaixo:

TETO FINANCEIRO, PRODUÇÃO E REPASSE DE VERBAS

⁷⁵ A ampliação da rede de saúde mental de forma acelerada no ano anterior à efetivação da intervenção oficial.

Município	Teto
TOTAL	4.137.300,00
Barra do Pirai	25.200,00
Belford Roxo	94.500,00
Bom Jesus do Itabapoana	275.400,00
Carmo	186.300,00
Cordeiro	12.600,00
Duque de Caxias	132.300,00
Guapimirim	12.600,00
Itaguaí	63.000,00
Itaocara	135.000,00
Japeri	69.300,00
Mendes	135.000,00
Nilópolis	56.700,00
Niterói	25.200,00
Nova Iguaçu	277.200,00
Paracambi	296.100,00
Paraíba do Sul	56.700,00
Parati	25.200,00
Petrópolis	144.900,00
Pinheiral	21.600,00
Queimados	201.600,00
Quissamã	44.100,00

Rio de Janeiro	1.281.600,00
Santo Antônio de Pádua	135.000,00
São João de Meriti	189.000,00
Seropédica	81.900,00
Sumidouro	90.000,00
Volta Redonda	69.300,00

Tabela3: Teto Atenção Psicossocial Extra-Hospitalar. Período Jan-Set/2003

9.3. A reestruturação da rede de saúde mental

A teia de cuidado em saúde mental vinha sendo desenvolvida na baixada fluminense e municípios do entorno. Em Paracambi, o período da intervenção branca foi um momento de construção de um arcabouço de dispositivos que permitiria a desinstitucionalização nos internos da CSDE-Pbi, mas também a desinstitucionalização da cidade. Uma série de intervenções na cultura local como bloco de carnaval, rádio comunitária e um projeto de exibição de cinema na principal praça da cidade buscava aproximar dos moradores os internos da CSDE-Pbi. Ao mesmo tempo em que no âmbito estadual era priorizada a capacitação de recursos humanos por meio de cursos de gestores e pós-graduação em saúde mental para profissionais de serviços em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro/IPUB, o Ministério da Saúde promovia uma consultoria técnica ao município de Paracambi. Esta, com caráter técnico institucional, foi realizada no período 2003/2004 pelo consultor em residências terapêuticas do Ministério da Saúde. Estratégias de

formação e qualificação de profissionais e gestores permearam todo o processo.

A dinâmica da consultoria se dava através de encontros periódicos com os gestores do programa de saúde mental além da elaboração do planejamento estratégico com vistas a elaboração da agenda de intervenções.



Figura 8: Oficina de planejamento. Janeiro 2004 – participantes colegiado de gestores de Paracambi, consultor do Ministério da Saúde, Coordenadora Estadual de Saúde Mental. Fonte: Arquivo pessoal

A gestão do subsetor de saúde mental se constituía de forma colegiada por meio do colegiado de gestores. Assim, além das reuniões de equipe específicas de cada dispositivo, os coordenadores e supervisores técnicos realizavam uma reunião semanal da qual participavam: o coordenador do programa, a supervisora técnica do programa, o coordenador das residências terapêuticas, o coordenador das casas de passagem, o coordenador do CAPS, o supervisor do CAPS e o coordenador do polo de saúde mental. Nesse fórum eram debatidos os impasses, elaborados os planos de ação, além de ser um

espaço de elaboração teórica do processo. A necessidade de agilidade das respostas às situações de conflito demandava um dispositivo deliberativo no qual fosse possível mapear o andamento do processo em curso de forma imediata.

As questões que eram impostas pela realidade de uma cidade manicomializada, as diferenças de perspectivas das três esferas de governo com responsabilidades a serem assumidas se somavam à complexidade da intervenção junto aos usuários internados na CSDE-Pbi e àqueles recém-desospitalizados com suas distintas formas de reinserção territorial. O colegiado de gestores cumpria a função de democratizar as decisões ao mesmo tempo em que tornava menos árida para as lideranças do programa de saúde mental a sustentação de uma direção clínico-política. Este colegiado desempenhou um papel determinante na estruturação do programa de saúde mental local que se preparava para assumir o desafio de desinstitucionalizar e posteriormente garantir este processo de mais de mil usuários.

O plano emergencial de reorientação da assistência aos internos da casa de saúde Dr. Eiras, elaborado em 2000 pela Secretaria Estadual de Saúde, e o plano estadual de saúde mental apresentavam-se como estratégia de intervenção a estruturação de serviços residenciais terapêuticos em diversos municípios do estado do Rio de Janeiro, além da construção de Centros de Atenção Psicossocial.⁷⁶ De acordo com estes, o município de

⁷⁶ O Plano de Reinserção Psicossocial dos pacientes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi (SES-RJ, 2000) previa a implantação de 08 Centros de Atenção Psicossocial, 45

Paracambi deveria estruturar 28 Serviços Residenciais Terapêuticos de cuidados intensivos e 02 Serviços residenciais terapêuticos.

A cidade de pequeno porte deparou-se com uma problemática comum aos processos de fechamento de macro instituições, qual seja o quantitativo de ex-internos que seriam assumidos como responsabilidade do município e aqueles que seriam reterritorializados nos municípios de origem. A origem dos usuários não era uma definição simples, visto que, como observado no censo, uma parcela significativa não possuía suporte familiar. Outra de dimensão semelhante era advinda de instituições diversas cujo fechamento se desdobrou na transinstitucionalização para a CSDE-Pbi. Na realidade objetiva, apenas 39 internos eram moradores da cidade e, no momento da intervenção oficial em 2004, nenhum destes encontrava-se internado na CSDE-Pbi.

Os maiores quantitativos de internos eram originários do município do Rio de Janeiro (23,9%) e de Nova Iguaçu (21,9%). Do total de internos, 42% haviam perdido os vínculos referenciais de moradia e não possuíam lugar fora do hospital onde pudessem residir. Além disto, 80% poderiam ser considerados moradores do hospital pelo tempo de permanência superior a dois anos ou teriam sido transferidos de outras instituições (transinstitucionalização) e contabilizavam período igual ou superior a 24 meses. (GOMES, et. al, 2002).

Serviços Residenciais terapêuticos e 90 Serviços Residenciais terapêuticos de cuidados intensivos em 12 municípios envolvidos nas ações. Estes valores seriam repassados como recursos orçamentários extra-teto para estas localidades. O documento destaca que o valor necessário na época para a construção de todos estes dispositivos corresponderia ao pagamento de quatro meses e meio dos valores em AIHs pagos mensalmente à CSDE-Pbi.

Entre referências de origem precárias, dificuldade de implantação de dispositivos residenciais de suporte em muitos municípios envolvidos, a clientela internada necessitava de uma referência de reinserção para que seu projeto terapêutico tivesse desdobramentos. Definir o número de usuários que ficaria no município era fundamental para o planejamento da rede municipal, pois implicava um número significativo de dispositivos residenciais e, como consequência, recursos humanos qualificados. As duas residências terapêuticas inauguradas eram insuficientes mesmo para a clientela da cidade. Esta definição exigiu novas pactuações com os níveis federal e estadual, além da articulação com os demais municípios.

Neste processo de pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde e coordenações de saúde mental municipais foi elaborada uma configuração de dispositivos pautada em uma direção clínica que considerava um “processo de reterritorialização”. Este incluía o trabalho de adaptação a uma nova lógica de cuidado com dispositivos de transição.

Foram estruturados serviços residenciais terapêuticos dos quais 22 eram de permanência definitiva e 10, denominados “casas de passagem”, tinham o caráter de transitoriedade. Seriam espaços utilizados para um primeiro momento de saída da instituição e onde as equipes de outros municípios iriam atuar em conjunto com a equipe municipal com vistas a gradual inserção dos então moradores (ex-internos) nos municípios onde residiam antes da internação. Nas casas de passagem seriam mantidos oitenta ex-internos que ao completarem o processo dariam lugar a novos moradores.

Os internos oriundos do próprio município que pudessem retornar para a família seriam inseridos nas residências terapêuticas definitivas e alguns foram transinstitucionalizados para o Hospital Paracambi. Estes apresentavam quadros clínicos mais complexos e o grau de intensidade do suporte nas casas não seria suficiente para sua inserção. O CAPS Vila Esperança também seria utilizado como dispositivo de transição. Alguns internos da CSDE-Pbi passariam a frequentar este dispositivo a partir de um projeto terapêutico individualizado e desenvolvido em conjunto com a equipe da instituição. Ressalte-se que este planejamento só poderia ser levado a frente se houvesse uma ingerência do poder público sobre a circulação dos internos da instituição. Assim, se configurava de forma mais concreta a meta de intervenção oficial.

9.4. A intervenção oficial: configurações e estratégias



Figura 9:Quebra simbólica dos muros da CSDE-PBI 18 de junho 2004 (CN notícias-2004)

A intervenção oficial ocorreu em 18 de junho de 2004, após longo processo de negociação para um acordo entre as três esferas que tinham avaliações distintas do momento em que deveria ser implantada. Como podemos verificar nos discursos de atores da gestão, a questão da governabilidade cumpriu um papel fundamental:

[...] a partir de 2003 a gente tecnicamente já tinha condições de fazer uma intervenção, e eu digo politicamente também, pensando na Eiras, mas a gente não conseguiu bancar politicamente isso, nem na instância municipal e é preciso entender o porquê. O prefeito argumentava do passivo, que era uma conta absurda que estouraria, e a partir de um determinado momento foram deixando a Casa de Saúde, entendendo que isso aí ninguém queria mexer e o Ministério não se posicionava, e a gente segue, depois de 2002 até 2004, muito

sozinho nessa ação, estado e município...Estado ocupando muito, investindo muito em recurso e o município no âmbito do que ele tinha que fazer mesmo, do atributo de montar sua rede, de construir sua rede de atenção psicossocial.(Entrevistado Z)

[...] Em relação à intervenção na própria Casa de Saúde, nós ficamos 8 meses discutindo essa intervenção, com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Estado da saúde. Por parte do Estado, muito do que a gente discutiu, mesmo com a equipe estadual, mas não dependia só da equipe, dependia também do gestor na ocasião, da secretaria (estadual de saúde) e do próprio governador... Era a pressão política por parte dos antigos proprietários do hospital. E a gente teve a determinação de entrar só. Depois tivemos a solidariedade do Estado e do Governo Federal, mas no primeiro momento, nós ficamos sete ou oito meses negociando e não avançávamos, a gente viu a qualidade caindo, viu os pacientes tendo problemas de desassistência, de alimentos e da própria medicação, aí nós entramos.(entrevistado W)

[...] o fato do município de Paracambi naquela época ter gestão plena, em vez de significar que ele tinha mais autonomia, significava que ele se subordinava mais ao, digamos, aos interesses do serviço privado, do serviço privado de uma forma geral. Então, eu acho que progressivamente no processo da Eiras... o que se instituiu depois... Em 2004 é que se instituiu o processo de intervenção de fato. Nesse processo de intervenção de fato, aí foi um processo que se estabeleceu pelo mecanismo previsto na lei do SUS de requisição dos serviços. Se estabeleceu uma pactuação dos três entes de gestão do SUS pra requisitar o serviço e designar o gestor municipal como interventor. Foi necessário aí sim, com a intermediação do Estado, nesse caso como depoimento a participação do Estado foi absolutamente essencial, da gestão estadual[...], era necessário um gestor estadual que participasse da construção desse mecanismo de intervenção pra que ai se pudesse com o aval do Estado e do governo Federal, do Ministério da Saúde, dar poder ao município, pra de fato conduzir a intervenção da Eiras.(Entrevistado K)

A complexidade de uma intervenção em uma instituição privada, mesmo que integralmente prestadora de serviços ao poder público, envolve fatores relacionados a diversas esferas de atuação. Como já discutido anteriormente, a governabilidade referente ao contexto político é um destes. No entanto, formalmente, outras questões de ordem jurídica se apresentam e experiências anteriores já haviam tido desdobramentos nefastos para os gestores do processo como o caso de Santos. Para além de divergências quanto aos

investimentos na ação de intervenção de fato, os discursos acima apresentam facetas a serem consideradas neste processo.

A questão do passivo⁷⁷ se configurava em um problema jurídico a ser negociado sob pena de inviabilização da manutenção da intervenção por um município do porte de Paracambi. Outro aspecto referia-se ao apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do governo federal que significava investimentos na sustentabilidade da ação no âmbito jurídico-político, no financiamento direto, mas também na garantia de recursos humanos qualificados. A percepção da sociedade local quanto aos objetivos e suas consequências também significava uma dimensão fundamental visto que processos desta natureza perduram por longo tempo e o fantasma da desassistência e do desemprego é sempre um argumento utilizado pelos opositores destas ações.

Os quatro anos que transcorreram entre as primeiras medidas de desconstrução deste aparato asilar e a intervenção de fato na instituição poderiam ser analisados como um jogo de xadrez político cujo xeque-mate foi possível por meio de dispositivos jurídicos, mas principalmente pela estratégia de utilização da legislação do SUS em sua potência de garantia do direito à saúde do cidadão, sendo de responsabilidade do gestor público a qualidade do serviço oferecido (BRASIL, 1996).

⁷⁷ O passivo dizia respeito às dívidas da instituição com impostos públicos, direitos trabalhistas e ações judiciais no Ministério do Trabalho que acumulam um montante significativo a ser pago por quem assumisse a responsabilidade pelo gerenciamento da instituição.



Figura 10: Entrada do refeitório de um dos pavilhões. Junho 2004. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal

Nos meses que antecederam à intervenção o quantitativo de óbitos na instituição atingia números assustadores. As notícias sobre as condições clínicas dos pacientes, a precariedade da alimentação e dos medicamentos, entre outros insumos, legitimou a ação. No relato dos profissionais que participaram da entrada na CSDE-Pbi nos primeiros dias, a descrição era semelhante à de um campo de concentração com pessoas famintas, emagrecidas e maltrapilhas.

[...] tem uma coisa importante que foi o cuidado clínico 'stricto sensu', porque o que motivou mesmo a intervenção foi a total degradação que aquele hospício se encontrava. Porque quando eles viram que não tinha mais jeito, eles chutaram o balde e só mamaram na teta. Então não compravam mais comida. Tinha uma caixa de coração e uma caixa de salsicha, sendo uma predestinada aos funcionários, e a outra predestinada aos pacientes, que eram 952 pacientes. Todos os

dias eles tomavam chá de capim-limão à noite, de lanche. E a comida era aquela coisa, o leite era diluído tanto que nos primeiros dias muita gente teve problema de diarreia. Ai diluiu mais, porque a nutrição estava tendo esse cuidado... mas entendeu, era porque eles não estavam acostumados a comer. Nós já separamos brigas por causa de comida[...] (Entrevistado Y)

[...] a população ate aquele momento não entendia, mas depois do que foi mostrado do primeiro dia da intervenção... Foi a desassistência de paciente com 1 metro e 87 centímetros e com 36 quilos, então era uma imagem de campo de concentração que a gente vê nos filmes, da guerra, nós vimos lá em Paracambi e nós temos isso filmado, infelizmente. Os pacientes tomavam uma sopa, comiam um pão, um pãozinho menor ainda do que eles produziam sem nada e tinha um chá de capim-limão e de cidreira. (Entrevistado W)

Como descrito nos relatos, o quadro de desassistência já estava anunciado há vários anos, mas a dificuldade na condução política do processo postergou a efetiva assunção da gestão pelo poder público. É importante lembrar que o início do processo ocorreu antes da publicação das portarias norteadoras do cuidado em saúde mental nos dias de hoje.⁷⁸

⁷⁸Como exemplo, citamos as Portarias 336/02; 251/02; 1.001/02; 150/03; 2.077/03; 52/04; 53/04 e as Leis federais 10.216/01 e 10.708/03 (BRASIL, 2004).



Figura 11: As camas na instituição eram em ladrilho, sem colchão e com argolas para facilitar a contenção. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal



Figura 12: "Quarto" utilizado pelos internos da instituição. Fonte: Arquivo pessoal Dra. Cristina Vidal

A intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras teve como peculiaridade a requisição de serviços pelo gestor municipal, mas caracterizando-se como uma gestão tripartite. Em Paracambi, as negociações entre as três esferas de governo ao mesmo tempo em que postergaram, de certa forma, o tempo do processo também possibilitaram uma gestão compartilhada e, portanto, mais sustentável diante das pressões sofridas.

O interventor era o município, mas o estado e o Governo Federal participaram permanentemente desse processo, constituíram comitê de gestão, constituíram formas de condução do processo, constituíram uma grande equipe, principalmente pelo estado, uma equipe de condução desse processo e aí passou a ser um processo de natureza diversa e a condução do manejo político estava segurado a partir daí, a governabilidade política.[...](entrevistado K)

O proprietário, ou seja, o gestor privado, o proprietário passou a ter uma influência completamente submetida à gestão pública através da intervenção. Claro que fazia suas pressões, sempre conseguia audiências, sempre conseguia audiências com os ministros acompanhados de parlamentares, mas o processo não deixou de seguir, ou seja, a pressão exercida pelo dono da clínica passou a ser subordinada ao mecanismo tripartite de intervenção. A intervenção foi um mecanismo sustentado pelo componente tripartite, o interventor era o prefeito do município de Paracambi, através do secretário de saúde, mas era o prefeito, mas a intervenção só foi possível porque a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério de Saúde faziam parte e houve um documento, um documento assinado pelos 3, pelo ministro, pelo secretário e pelo prefeito de intervenção por dentro, que não foi um documento publicado em diário oficial, mas foi um documento oficial da intervenção, do ato de intervenção. (Entrevistado K)

As intervenções em instituições hospitalares psiquiátricas no Brasil têm naturezas diversas. Desde 1989, quando em Santos (em período anterior à vigência da regulamentação do SUS) houve a intervenção pelo prefeito

municipal na Casa de Saúde Anchieta⁷⁹ o poder público se depara com situações nas quais a degradação da assistência é de tal dimensão que não há condições de manter a instituição como prestadora de serviços do sistema público de saúde. Após a implantação do programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares versão psiquiatria – Portaria 251/2002 – entre 2002 e 2009, 29 hospitais foram indicados para o descredenciamento e seguiram-se formas distintas de efetivar o fechamento dos leitos e desinstitucionalização dos internos.

As formas de intervenção, de acordo com a conjuntura local assumem características singulares. Em alguns casos foi possível uma articulação com o gestor local. No caso de Paracambi, esta inaugurou a configuração tripartite com uma gestão colegiada do processo nos primeiros anos. A requisição de serviços respaldada pelas três esferas de governo conferiu potência e sustentabilidade ao ato. Não houve impedimentos judiciais para que a intervenção tivesse seu curso, como já havia ocorrido em Montes Claros/MG e Camaragibe/PE (BRASIL, 2007). O desenho jurídico da intervenção em Paracambi constituiu um modelo para outras ações de intervenção em hospitais psiquiátricos no país.

[...] E a partir daí, esse ato de intervenção de Paracambi influenciou processo semelhante em outros hospitais, em outros hospitais que necessitavam de medidas drásticas assim também. Então outras intervenções que fizeram no Brasil com esse mecanismo de, uma pactuação tripartite formalizada com acompanhamento e a anuência do Ministério Público, da justiça, enfim formalizado. E nem sempre a

⁷⁹ Hospital Psiquiátrico com 250 leitos cadastrados e à época da intervenção, abrigando em torno de quinhentas pessoas.(Ver mais em NICÁCIO, 1994; GULJOR,2003).

justiça concordou com esse processo. Em alguns lugares, por exemplo, Camaragibe, a justiça negou ao Ministério da Saúde, junto com a gestão estadual. A prerrogativa de intervir, teve que ser negociada, não houve intervenção. Outro lugar que a justiça sustentou a intervenção por exemplo no hospital de Campina Grande e vários outros. Quando o hospital era de gestão estadual aí o processo de intervenção se tornava uma pactuação entre o gestor federal e o gestor estadual, um exemplo, Feira de Santana, na Bahia. Então teve todo um processo, que foi um processo é, não vou dizer que ele foi inaugurado pela Eiras, mas a Eiras como era um caso mais difícil, era um caso mais encrencado, mais complexo a solução política que se construiu em 2003 e 2004, não era solução de retirada da gestão plena, a construção do processo de intervenção foi útil pra ajudar na formulação de intervenções, claro que em contexto diferente, em processos diferentes, mas foi um exemplo útil de modo de fazer, de solucionar esses impactos de gestão e governabilidade.(Entrevistado K)

A partir da resolução do aspecto formal do controle da gestão desta instituição, o que se seguiu foi a estruturação de um desenho de desinstitucionalização que contemplasse a desconstrução de uma macro-instituição, que após quatro anos do início das ações ainda reunia 952 pacientes. O trabalho realizado pela comissão de acompanhamento técnico e pela equipe de supervisão hospitalar entre 2000 e 2004 possibilitou a saída de 542 pessoas, contabilizando retornos à família, inserção em serviços residenciais terapêuticos, transinstitucionalizações para hospitais psiquiátricos, transferências para hospitais gerais e óbitos (SES-RJ,2003b; SMS-PBI;2003b). No entanto, a partir do primeiro semestre de 2004 estas ações apresentavam sinais de esgotamento no que se refere às altas realizadas. Na avaliação do entrevistado Z:

[...] eu acho que é esse tempo de 2004 em diante, que eu não sei se botaria aí de 2004 até 2008, 2009, que eu percebo assim, a intervenção do Ministério da Saúde foi fundamental, se não houvesse dinheiro do Ministério da Saúde, toda essa ação que foi potente na primeira leva, se ela continuasse mais seis anos, ela ia desqualificar por completo o que foi feito anteriormente no município, nem o município nem o estado eles tinham um conjunto de ferramentas

técnicas e políticas pra seguir com êxito nessa ação dali pra frente [...].

A entrada na instituição inaugura um novo momento no processo de desinstitucionalização seja no interior do manicômio, seja na cidade. Entre as questões políticas, financeiras e jurídicas que se apresentam à gestão tripartite, a nova configuração demanda um desenho clínico-institucional a ser construído a partir do olhar destas equipes sobre a complexidade do processo em curso. As dimensões da desinstitucionalização se impõem como diretriz de atuação nem sempre identificadas pelos atores envolvidos.

Neste momento um aspecto conceitual desta desconstrução se coloca. Para que fosse possível sustentar um processo cuidadoso de reterritorialização era determinante garantir a qualidade da assistência dispensada e a sobrevivência da população internada. Assim, eram necessários investimentos de infraestrutura e recursos humanos para um trabalho no cotidiano do manicômio voltado para o seu fechamento.

Entretanto, como estruturar tal desenho diante de uma realidade local imersa em uma cultura manicomial e com o fantasma do desemprego tão presente na história da cidade e da própria psiquiatria em Paracambi, sem ser capturado pela perpetuação da instituição? Como sustentar o processo de fechamento sem cair na armadilha da humanização da instituição como fim em si mesmo? De que forma publicitar o quadro encontrado, recolocando a solução, já cristalizada no imaginário da cidade, de que lugar de louco é no hospício?

Neste contexto, outra situação com a qual as equipes se depararam foi a necessidade de um preparo de alta da clientela diante de programas municipais ainda em implantação e por vezes sem recursos efetivos para uma presença frequente na cidade. Destacamos que o processo de desinstitucionalização de pessoas institucionalizadas por anos seguidos e alguns por décadas exige um refinamento para além do ato clínico stricto sensu.

As dimensões técnico-assistenciais, jurídico-política, teórico-conceitual e sociocultural de acordo com Amarante (2007) inserem a desinstitucionalização em um processo social complexo e desta forma, a macro e a micro política se entrelaçam em um trabalho árduo de desconstrução e reconstrução voltado para a superação de um modelo hospitalocêntrico. Ao discutir este segundo momento da intervenção o entrevistado K aponta, em parte, este aspecto:

[...] aí a partir daí 2004, 2005 as dificuldades intrínsecas da desinstitucionalização que é como conseguir residência terapêutica, como conseguir contato com as famílias, acesso às famílias, como convencer o município do Rio de Janeiro a aceitar 200 pacientes que eram então munícipes, todo esse processo político e técnico, que eram mais intrínsecos, passaram a somar o primeiro plano, entendeu, porque aí você tinha de fato uma intervenção, o processo era um processo de intervenção de fato.

A longevidade deste processo iniciado em 2000, com uma intervenção oficial em 2004 e o fechamento completo em 2012, reflete esta complexidade. As estratégias utilizadas são de natureza diversa e trazem como inovação na Reforma Psiquiátrica brasileira a efetiva desinstitucionalização de 1.510 pessoas, utilizando como recurso uma gestão compartilhada tripartite e

embasada exclusivamente na legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde.

A partir de então passamos a descrever estas ações específicas por meio de um olhar sobre a complexidade das dimensões envolvidas neste processo.

CAPÍTULO X

AS DIMENSÕES DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM PARACAMBI

A intervenção realizada na Casa de Saúde Dr. Eiras Pbi resultou no dia 27 de março de 2012 na saída dos últimos pacientes internados. Assim, esta instituição que perdurou por 49 anos como local de cronificação e exclusão fechou suas portas. A experiência de Paracambi faz parte de uma história recente no país de predomínio da centralidade dos macro-hospitais como lugar predominante para o tratamento da “doença mental”.

Sendo assim, a desconstrução da Casa de Saúde Dr. Eiras configura um marco da Reforma Psiquiátrica principalmente quando nos debruçamos sobre o processo que lá foi desenvolvido. Ao falar de seu fechamento, estamos considerando um processo de desinstitucionalização, não restrito à simples desospitalização dos pacientes. Estamos nos referindo a uma ação para além dos muros do manicômio. A reinserção dos ex-internos no território significou um investimento na transformação da cultura da cidade.

Rotelli (2001) refere-se à instituição psiquiátrica na sua representação de hospital psiquiátrico/manicômio, como tendo uma função de ocultamento de tudo que se apresenta incoerente aos códigos estabelecidos nas instituições que fazem fronteira com a psiquiatria – justiça, assistência e medicina. Desta

forma, a desinstitucionalização preconiza a desconstrução de um aparato institucional que transcende o lócus do hospital. É necessário um trabalho externo, na sociedade, para que se garanta a não reprodução de uma lógica que perpetua e multiplica os lugares de exclusão. Estes se configuram em uma retaguarda nas sociedades que não conseguem reconhecer as diferenças.

Na realidade, ao pensarmos a Reforma Psiquiátrica, o foco de sua intervenção se dá na mudança do objeto de intervenção, a doença, para um olhar voltado ao sujeito em sua existência-sofrimento no corpo social (idem, idem). Neste sentido, não se refere a negar a existência da doença, mas sim romper com a solução-cura, com a resposta padrão da instituição psiquiátrica.

Reconhecidamente, o fechamento das internações é consequente a esta mudança de paradigma, que estrutura novas estratégias para o manejo do sofrimento e, portanto, daquelas prescinde. Neste caso, o passo inicial foi dado pela iminência do fechamento da CSDE-PBI por meio de um planejamento do poder público nas três esferas de governo. Ressalvadas as diferenças, tal qual no hospital psiquiátrico de San Giovanni em Trieste,⁸⁰ um grande manicômio com 1.101 internos foi fechado e no seu processo diversas estratégias organizadas para garantir uma efetiva reinserção do louco na cidade.

⁸⁰ Defendemos a hipótese de que há uma semelhança entre a experiência em estudo e a experiência desenvolvida na década de 1970 na cidade de Trieste - Itália. Apesar das particularidades inerentes às condições à época de um país europeu e o Brasil, o fechamento do macro-hospital psiquiátrico em Trieste foi o ponto de partida da transformação do sistema de saúde mental na Itália. Maiores detalhes podem ser encontrados no livro de Denise Dias Barros (1994) *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*.

Na tentativa de construir um mapa das intervenções realizadas na esfera da macro e da micropolítica em Paracambi retomamos a compreensão que aponta para a desinstitucionalização como processo que envolve várias dimensões. As dimensões técnico-assistencial, jurídico-política, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 2003) são utilizadas como categorias nas quais se subdividiu o processo de desinstitucionalização. A partir destas categorias são elencadas as ações implantadas seguindo-se uma análise a luz do marco teórico desta tese.

10.1. A DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

Esta dimensão aborda as intervenções voltadas para a organização de serviços, o planejamento e a gestão. Além disto, os aspectos ligados ao cotidiano do trabalho institucional na CSDE-Pbi e na rede de atenção psicossocial municipal.

Na tentativa de organizar a discussão, utilizamos os textos de acesso público e as entrevistas realizadas. Foi possível observar que o fechamento da CSDE-Pbi foi a culminância de um processo de transformação. Durante os 12 anos que perduraram as ações voltadas ao seu fechamento, pudemos acompanhar movimentos em espiral que progressivamente transformavam os internos, os profissionais e a sociedade local.

Em seu primeiro momento, as articulações políticas tiveram o maior destaque. No entanto, acreditamos ser fundamental destacar que entre 2000 e

2004 a criação de uma rede de cuidados foi determinante para o desdobramento final em uma intervenção oficial, ou melhor, de fato.

10.1.1.Polo de Saúde Mental e internações

A cidade possuía até 2000 um único espaço de referência para o cuidado em saúde mental. Este denominado Polo de Saúde Mental e já descrito em capítulos anteriores, concentrava emergência/internação/ambulatório/oficinas terapêuticas. Foi implantado em um hospital geral, era a porta de entrada do sistema de saúde, e sofria até então importantes oscilações na diretriz conceitual de suas ações. Apesar de situarmos o Polo em sua dimensão técnico-assistencial, sua implantação teve um caráter político. Foi uma alternativa encontrada fruto da gravidade das denúncias sobre as condições da CSDE-Pbi em 1991, mas em uma conjuntura de baixa governabilidade para a transformação radical do modelo.

No momento de sua implantação de 1992 a 1994, a constituição de uma "porta de entrada" na cidade foi uma estratégia para se contrapor à hegemonia de um modelo que apenas oferecia a internação em hospital psiquiátrico como resposta. O Polo teve como norte a desconstrução da cultura manicomial da cidade ao mesmo tempo em que ofertava um cuidado no território na perspectiva da integralidade.

Das estratégias utilizadas encontramos as consultas com agendamento e horário marcados, visitas domiciliares, intervenção na comunidade por meio de contatos regulares com as associações de moradores, um acolhimento na emergência psiquiátrica voltado para a construção de projetos terapêuticos individualizados e intensivos com vistas a reduzir as internações.

[...] a gente fazia ambulatório e era assim com hora marcada pras pessoas, fazia visita domiciliar. Eu lembro que na época eu ia de bicicleta pro mutirão e andava não sei uns 2 quilômetros numa estrada de terra e fazia reunião com a associação de moradores e resolvia lá os problemas. Enfim era atuação política, clínica, enfermagem de curta permanência, a gente fez uma coisa que foi incrível, foi super legal mesmo.[...] a gente chegou a produzir um livreto que era uma proposta do polo de saúde mental, eu cheguei a dar entrevista lá na rádio, com aqueles megafones e coisa e tal, a gente chamava de rádio perereca. (Entrevistado X)

Em 1995, ocorreu a mudança da coordenação consequente ao desgaste dos embates políticos na cidade. Uma nova equipe assumiu o trabalho e até 1997 não houve mudanças significativas da direção de trabalho.⁸¹ Neste período, como aspectos a serem destacados, está a implantação de oficinas terapêuticas diárias com inclusão de alimentação para os usuários. Além disto, as ações na cidade se ampliaram com a realização da II Conferência de Saúde Municipal com o tema “Saúde Coletiva e Saúde Mental”. De acordo com Guljor & Vidal (2006, p.88):

[...] as plenárias mobilizavam mais de 200 pessoas dos diversos setores da sociedade, foram aprovadas propostas como a prioridade aos leitos de curta permanência públicos e a garantia da existência dos serviços de atenção diária.

⁸¹ Sobre o trabalho neste período ver: GULJOR, VIDAL & SCHMID, 1996 e GULJOR & VIDAL, 2006.

Nesta Conferência foi garantida a participação dos usuários em saúde mental no Conselho Municipal de Saúde. As intervenções clínicas, embasadas no referencial da Atenção Psicossocial, tinham um componente de articulação política como parte de suas estratégias de cuidado. Durante este período, aconteciam reuniões semanais entre a direção do Hospital Geral e a comunidade, nas quais eram debatidos os problemas de saúde da população. Este processo permitiu o surgimento do embrião da Associação de Usuários e Familiares de Saúde Mental por meio da construção de um movimento em defesa das ações em curso – Polo tá na rua: tecendo vidas.

Entre 1997 e 2000, ocorreu um afastamento das coordenações ligadas à Reforma Psiquiátrica e uma retração nas estratégias de redução das internações nos hospícios locais. O Polo passa a desempenhar o papel de “encaminhador” para as instituições em vez de um filtro das internações. As oficinas são mantidas pelo desejo de alguns profissionais e usuários que já estavam envolvidos em um movimento de resistência ao sucateamento desta estrutura.

Com as denúncias em 2000 e a mudança de governo em 2001, foram reestruturadas as equipes e retomada a orientação inicial. As internações voltam a ser de curta permanência e o cuidado direcionado, prioritariamente, aos moradores da cidade. No entanto, a proximidade da Rodovia Via Dutra tem como consequência a recepção na emergência psiquiátrica de pessoas trazidas pelas equipes móveis de saúde “Anjos do Asfalto”, que foram recolhidas vagando nas pistas, e eram oriundos de outros municípios ou

estados.⁸² O Polo volta a desempenhar um papel de organizador da rede de cuidado funcionando como porta de entrada do sistema de saúde mental local.

O ambulatório tem funcionamento diário, incluindo os finais de semana (sábados e domingo) facilitando o acesso dos trabalhadores. Paracambi ainda é uma cidade com pouca oferta de emprego e muitos trabalham ou estudam em municípios da Baixada Fluminense ou no Rio de Janeiro. Esta peculiaridade é um facilitador do cuidado, mas gera dificuldades na contratação de médicos, já que as consultas ambulatoriais são realizadas pelos psiquiatras⁸³ contratados para plantões de 12 horas semanais.

O atendimento também é realizado por psicólogos diaristas. Há uma equipe mínima na enfermaria que inclui dois técnicos de enfermagem plantonistas, um técnico de enfermagem diarista, um psicólogo, o psiquiatra plantonista e uma assistente social que também desempenha funções nos demais setores do hospital.

Um dos aspectos marcantes deste dispositivo é a ambiência do espaço físico. O Polo de Saúde Mental, mesmo inserido em uma instituição hospitalar, mantém uma “permeabilidade” com as demais especialidades. É um espaço de circulação da população que está no hospital para consultas ambulatoriais de

⁸² Estas informações foram obtidas graças à vivência da autora como coordenadora do Polo de Saúde Mental, entre 2001 e 2004, sendo também supervisora das clínicas conveniadas. Posteriormente, entre 2004 e 2005, como supervisora clínica-institucional do Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança.

⁸³ De acordo com a entrevistada Y há uma recusa dos médicos em fazer consultas ambulatoriais aos domingos.

várias especialidades. Da mesma forma, os leitos psiquiátricos estão dispostos em uma área que permite este contato.

Abaixo, apresentamos imagens que caracterizam esta distinção entre o espaço de exclusão do hospício e o dispositivo inserido no hospital geral.



Figura 13: Angulo lateral de um pavilhão da CSDE-Pbi. Em destaque as janelas de concreto e a calçada arborizada. Fonte: Arquivo pessoal Cristina Vidal

O espaço externo da instituição entre os 10 pavilhões era composto de pequenas ruas arborizadas, jardins, campo de futebol e um lago com quiosque. No entanto, a estrutura arquitetônica dos pavilhões era árida. As enfermarias tinham portas voltadas para um pátio interno. As janelas eram altas e com basculantes de concreto, sem mobilidade.



Figura 14: Fachada do Hospital Geral Municipal. Fonte: Arquivo pessoal da autora



Figura 15: Hall dos ambulatórios de especialidades. Ao fundo as salas de atendimento e a enfermaria do Polo de Saúde Mental. Fonte: Arquivo pessoal da autora.



Figura 16: No detalhe à esquerda o salão de oficinas e a sala de atendimento. À direita, a varanda da enfermaria psiquiátrica com os usuários no espaço de convívio. Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A estrutura arquitetônica do Polo de Saúde Mental não reproduz o isolamento encontrado no asilo. Os pacientes internados não estão escondidos da população circulante do hospital. A enfermaria, no entanto, não mantém as portas abertas. Na descrição dos profissionais, existem atividades na comunidade e os pacientes internados por vezes são levados ao CAPS para

participar das atividades. Os profissionais do CAPS também acompanham os pacientes durante a internação através de visitas dos técnicos de referência.⁸⁴

O Polo absorve uma importante porção das demandas por internação indicadas pelas equipes dos dispositivos locais. A clientela dos CAPS da cidade o utilizava como retaguarda para atenção à crise ou acolhimento noturno em situações específicas. A clientela de ex-internos da CSDE-Pbi, moradores das SRTs ou Casas de Passagem também é acolhida pelo Polo.

Um aspecto importante observado neste processo foi que a clientela recém- inserida nas casas apresentou um índice de internações significativo no período inicial, mas progressivamente foi sendo reduzido. Atribuímos tal fato a um período de adaptação à dinâmica da cidade, principalmente aos conflitos com a vizinhança por situações ligadas aos hábitos e atitudes de ambos. Na literatura internacional, há uma concordância em relação ao aumento das internações dos usuários com transtornos graves e persistentes desinstitucionalizados, como relatado nos estudos referentes à desinstitucionalização na Inglaterra.⁸⁵ Não foram encontradas referências à redução posterior como observado no caso de Paracambi.

⁸⁴ Os técnicos de referência são profissionais da equipe designados como responsáveis pelo percurso de tratamento do usuário no CAPS. Não há uma categoria profissional específica para o desempenho desta função.

⁸⁵ Leef, et al. 2000, sobre acompanhamento da clientela desinstitucionalizada de dois hospitais psiquiátricos no norte da Inglaterra, refere-se a 38% de reinternações do quantitativo de ex-internos durante o período de seguimento de cinco anos. Acrescenta que um terço destas reinternações se prolongou por mais de um ano. Deste modo, transformaram-se em novas internações de longa permanência.

Outra peculiaridade das internações no Polo dava-se em relação à função de dispositivo de passagem. Após a portaria que determinou o fechamento das internações na CSDE-Pbi, nos casos de alta, mesmo para a execução de procedimentos em hospitais gerais, não era possível uma nova emissão de AIH. Os pacientes da CSDE-Pbi que apresentassem intercorrências clínicas e precisassem de intervenções hospitalares, após a resolução da situação clínica, eram internados no Polo até que as redes municipais se organizassem para recebê-los em seu território. Este aspecto garantia uma agilização da saída dos pacientes da instituição asilar, por vezes garantindo sua sobrevivência. No entanto, também teve desdobramentos negativos com pacientes permanecendo internados por vários meses devido à precariedade das redes de cuidado nos locais de origem.

O processo de intervenção contou com um leito clínico no Hospital Universitário Clementino Fraga da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Hospital do Fundão) com um psiquiatra responsável pelo manejo específico durante a internação na clínica médica. Este era destinado a situações de maior complexidade clínica, com intervenções eletivas planejadas pelas equipes da intervenção. A pactuação, realizada entre a ASM-SES, Ministério da Saúde e a direção do hospital geral, definia como condição prioritária que no momento da alta médica o paciente fosse imediatamente removido pelas equipes. Deste modo, o Polo era um dos dispositivos de transição.

Os casos de intercorrência clínica, a gente tinha uma pessoa pra tratar só dos casos de intercorrência clínica. Os pacientes, quando tinham uma intercorrência clínica, você deve saber a precariedade, eles não voltavam mais. Então, saía uma intercorrência clínica e não

voltava, ia pro hospital geral e depois a gente tinha que se preocupar de inseri-lo. (entrevistado Z)

O mesmo entrevistado prossegue suas considerações: “[...] Infelizmente nesse caso a maior parte deles foi a óbito, já saíam de forma muito precária.”

A gravidade dos quadros teve como resultado uma evolução para o óbito de grande parte dos assistidos no Fundão. A assistência em clínica médica na instituição era quase inexistente. Os relatos de vários entrevistados retratavam que as condições físico-clínicas dos pacientes eram precárias. Muitos casos decorrentes de desnutrição ou conseqüentes a agravos que se poderiam prevenir, caso houvesse um programa de atenção à saúde.

Este dispositivo na clínica médica se insere na compreensão de cuidado na perspectiva da integralidade. Cecílio (2001), sobre as necessidades de saúde entendidas como conceito estruturante da integralidade, afirma: “a necessidade de se ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida” (p.114). O manejo das situações clínicas de forma imediata e resolutiva era uma das diretrizes do processo de intervenção. Além das ações no campo da saúde mental, as condições de desassistência clínica dos internos eram alarmantes. Segundo o entrevistado Y:

Eu acho que no primeiro momento, teve uma coisa clinica importante, contratação de 10 enfermeiros, que era o número das unidades, enfermeiro mesmo, que mete a mão na massa, que presta atenção no cuidado, radiografamos todo mundo, foram diagnosticados 12 casos de tuberculose.”

O mesmo entrevistado prossegue:

[...] é porque num primeiro momento veja bem, a questão de alta era um foco, tá. Mas o foco era a vida. O foco era salvar vidas, porque a gente teve mortes escandalosas. Teve uma mulher de 42 anos que morreu de septicemia por furunculose. Uma injeção de benzetacil teria salvado a vida daquela mulher. Então é uma situação muito grave...É, o foco era a fome, o foco era botar a mão na massa.

Apesar do fechamento da CSDE-Pbi, ainda há encaminhamentos de internações para o Hospital Paracambi (Cascata). Em geral, este hospital psiquiátrico oferece suporte a pacientes de longa permanência – idosos ou com grave comprometimento – e àqueles oriundos da Baixada Fluminense. Atualmente, o hospital Paracambi, excetuando a enfermagem psiquiátrica em hospital geral municipal em Duque de Caxias e os hospitais do município do Rio de Janeiro, é a única instituição de internação feminina da região metropolitana I.⁸⁶ Desta forma, continua sendo a retaguarda de diversos municípios e considerando sua localização, o acompanhamento deste pacientes pelas equipes locais é complexo.

Podemos sinalizar o risco da reprodução do quadro encontrado na CSDE-Pbi com internações de longa permanência e fragilização dos vínculos em seu território de origem. Mesmo com dimensões reduzidas no que se refere ao número de leitos e a presença da supervisão hospitalar se faz necessário o estreito monitoramento do mapa de migração destes usuários por parte da assessoria estadual de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (ASM-SES-RJ).

⁸⁶A região metropolitana I é composta pelos seguintes municípios: Rio de Janeiro; Itaguaí, Seropédica; Duque de Caxias; Magé; Nova Iguaçu, Mesquita; Japeri; Queimados; São João de Meriti; Belford Roxo; Nilópolis. Dentre estes, os que possuíam o maior quantitativo de municípios internados. O município de Paracambi localiza-se na região centro-sul.

O “mapa de migração” era um instrumento de monitoramento dos pacientes internados no estado do Rio de Janeiro. Foi criado pela ASM-SES com o objetivo de acompanhar o fluxo de internações dos pacientes do estado. Cumpriu um papel de subsidiar as pactuações de reorientação dos pagamentos de AIHs na CIB no processo de reinserção dos ex-internos da CSDE-Pbi nos municípios de origem. Na discussão levantada acima, poderia ser um instrumento valioso da gestão para evitar a reprodução da lógica hospitalocêntrica.

Nas palavras do entrevistado Z:

[...] a gente já trabalhava com esse indicador monitorando para o restante do estado, independente dessa ação. A gente tinha o que chamava de mapa de migração dos pacientes dos hospitais psiquiátricos porque eles não são territorializados. Então pelos indicadores da secretaria, você conseguia perceber com base na produção de cada hospital psiquiátrico, quais eram os municípios que internavam, de onde eles vinham e claro, o número X de pacientes de longa permanência que você já não tinha mais o local de origem. Desses, você tinha que ir in loco pra poder pesquisar.[...] esse foi um mapa muito bacana pra ajudar na política. Ele foi muito importante pra pactuar recursos, pra pactuar essa agenda política[...].

Ao falarmos da reorientação do modelo assistencial, a partir do fechamento da CSDE-Pbi, é importante ter clareza que a ampliação da rede territorial nos municípios da Região Metropolitana I (região a qual pertenciam os municípios com maior número de internações) não se traduziu em uma ruptura completa com o modelo anterior. Observou-se a coexistência de uma rede de base territorial, prioritariamente composta pelos Centros de Atenção Psicossocial e alguns Serviços Residenciais Terapêuticos, com uma precariedade das condições das equipes e serviços em garantir o cuidado de forma substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ainda é um processo em construção

a efetividade das portas de entrada municipais e o investimento do poder público local na garantia das condições para o funcionamento dos CAPS.

O Polo de Saúde mental configurou-se na primeira estratégia de intervenção em saúde mental do município. Intervenção com diretrizes da Reforma psiquiátrica. Ao longo dos anos, sofreu transformações, mas a garantia de uma porta de entrada eficiente foi um passo importante para o início da reorientação. Cabe ressaltar que por eficiente estamos nos referindo a um acolhimento além do “controle da crise”. A porta de entrada constituída por um acolhimento que agencia o cuidado seja com os pacientes em busca de consultas ambulatoriais ou em casos graves, agudos que demandam atendimento intensivo. Segundo o entrevistado Y, atualmente os munícipes de Paracambi não são mais internados em hospitais psiquiátricos:

[...] porque a gente não interna gente nossa. Os nossos munícipes tem lugar, entendeu? Os nossos munícipes que são cuidados nos CAPS, eles não vão ao hospício. O hospício não existe mais pra gente, você não vê ninguém falando vou te botar na Cascata. Se você tiver uma crise, se você precisar em algum momento ser acolhido numa enfermaria que você tenha que dormir, você vai ficar aqui no polo, pra Cascata você não vai. Porque a gente não interna mais, então isso é dito com a boca cheia.

10.1.2Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Atualmente o município de Paracambi possui três centros de atenção psicossocial. Um CAPS para o cuidado dos transtornos mentais para adultos, um CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e mais recentemente um CAPS infanto-juvenil (CAPSi).

[...] Acho que Paracambi não vai deixar nunca de ser referência, só que hoje de uma forma positiva. Hoje ela (a população migrante de outras cidades) vem por causa do CAPS e não por causa do manicômio. Porque aqui tem médicos todos os dias, no domingo no Polo, tem suporte, é uma cidade menor, mas com grande suporte. Existe uma rede [...] hoje, se você imaginar existe um CAPS AD, CAPS II, CAPS infantil [...](entrevistado Y)

O primeiro CAPS de Paracambi foi implantado em 2001, sendo inaugurado no dia 18 de maio. Era um CAPS emblemático, pois durante vários anos as pressões políticas impediram a criação de tal dispositivo. O CAPS foi chamado de Vila Esperança. A origem deste nome se reporta a 1996, quando surgem as oficinas terapêuticas diárias no Polo de Saúde Mental. Sua localização nos fundos do hospital, com salas contíguas de um lado, a enfermaria do lado oposto e na entrada um pequeno corredor de telhas decorado com trepadeiras fez com que os usuários o identificassem como uma Vila. Daí também a história da cidade como vila operária e os desdobramentos de sua decadência econômica. Na assembleia geral, técnicos e usuários definiram o nome Esperança – sentimento de todos que frequentavam o lugar.

Apesar das oficinas funcionarem apenas no turno da tarde, a descrição das atividades permite dizer que se apropriava da dinâmica dos dispositivos de base territorial. Utilizando uma conceituação de Alves & Guljor (2004,231):

O CAPS não como lugar, como serviço, mas como um 'conceito operacional' [...] para que não se cristalice e não se cronifique; para que se atualize o tempo todo, na medida em que a contemporaneidade dos conhecimentos possa influir sobre sua própria dinâmica e, ainda, para que a incorporação de potencialidades comunitárias e sociais possa interferir de tal forma em seu funcionamento, que permita mudar inclusive seu perfil.

Sendo assim, o CAPS vila Esperança é fundado em 2001, oficialmente, mas trazia uma história de rupturas e resistência.



Figura 17: CAPS Vila Esperança. Fonte: Arquivo pessoal da autora.

No processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras, o CAPS cumpriu um papel de estrutura intermediária no preparo de saída dos internos. Apesar de reunir um número de pacientes com histórias de diversas internações anteriores nas instituições psiquiátricas da cidade, as informações colhidas sobre o acolhimento dos pacientes ainda internados sugere que houve uma reformulação da dinâmica deste dispositivo.

Os pacientes da Dr. Eiras eram selecionados a partir de seu projeto terapêutico com vistas à saída da instituição. Esta seleção era operacionalizada pela equipe de acompanhamento técnico (CAT) que desenvolvia sua intervenção no local. Após a intervenção oficial, passam a ser

definidos pelas equipes dos pavilhões. Não sem conflitos. No primeiro momento, as licenças eram obtidas com os profissionais da instituição não ligados às ações de desinstitucionalização. A responsabilização pela segurança dos internos com a garantia de não acontecerem fugas era sempre um ponto de tensionamento entre as equipes e de ameaças da direção do estabelecimento.

Os pacientes eram transportados pela Kombi do programa de saúde mental em companhia dos técnicos da equipe. Frequentavam o serviço diariamente até que saíssem de alta para seus municípios de origem ou para as residências da cidade. O CAPS, durante o período da intervenção branca, também se responsabilizou pela emissão da documentação dos usuários, benefícios do INSS, revisão de curatelas etc. Chegou a viabilizar junto ao Ministério Público mais de 230 certidões tardias. O entrevistado Y resume o trabalho realizado:

Paracambi dava um suporte, a rede dava um suporte. Durante anos a gente buscava as pessoas na Eiras, pra passar o dia no CAPS, como preparação pros CAPS da sua cidade . Enchia uma Kombi de gente que não é seu, que não vota aqui, entendeu? Que não paga imposto aqui... Mas pra proporcionar a essas pessoas uma integração social, uma socialização na cidade. Fora do muro, pra não ser tão violenta a alta dela, pra não ir direto pra sua cidade e cair num CAPS sem nunca ter visto um CAPS, sem saber o que é. Então nós fizemos esse preparo em parceria com a CAT.[...].

A complexidade das ações no CAPS estava em construir em um espaço transitório para os munícipes de outros lugares, um sentimento de pertencimento que possibilitasse a ampliação de sua contratualidade social. No entanto, a reconstrução das histórias de vida, o reconhecimento de suas

origens, o resgate de vínculos perdidos e construção novos vínculos no seu lugar de destino eram elementos indissociáveis no processo de trabalho das equipes com os usuários. Com uma clientela gravemente institucionalizada e no mínimo cinco anos de internação, esta tarefa era um desafio a várias mãos.

Sobre as ações conjuntas, definidas para garantir a sustentabilidade do processo, relata o entrevistado Y:

[...] teve uma reunião no Rio, com o pessoal do Ministério (da saúde), com o pessoal do Estado, com a assessora de saúde mental. Se negociou a entrada de Paracambi (a equipe técnica) na CAT.[...] Nós assumimos [...] uma equipe do 'estado' com um membro do município. Nós tínhamos duas pessoas do município que eram referenciadas ao trabalho com a CAT. Elas não davam plantão, recebiam essa demanda que a CAT apresentava: 'olha fulano e beltrano tem que ir ao CAPS porque tá em trabalho de alta'.

Podemos destacar neste aspecto a construção de redes e a gestão das mesmas. A integração entre as várias equipes envolvidas, em geral multiprofissionais, impunha um trabalho interdisciplinar com intercâmbios de vários saberes. Ao mesmo tempo, a relação entre os dispositivos e as equipes pressupunha uma interlocução intensa e a capacidade de pactuações, estabelecimento de consensos possíveis. O colegiado de gestores foi uma das estratégias para dar lugar a estas pactuações entre os dispositivos do programa de saúde mental local.

Em relação às práticas desenvolvidas, observa-se nas descrições a ampliação do olhar para além do controle sintomatológico. Segundo o entrevistado Y:

[...] aqui o nosso ambulatório são 20 pessoas. Hoje tem esse cuidado. O CAPS sabe quantos pacientes tem? Dez numa manhã. Eu fico horas com esta paciente, entendeu? Conversando sobre as coisas dela, de tudo, até as bijuterias que ela usa. [...] Então assim tem essa coisa da consulta, a consulta não é só pra falar de doença, é pra se falar do namorado, das dificuldades, da saudade da família, das fantasias. Eu adoro trabalhar no CAPS, é muito bom para mim, mas acho que tem que ter investimento nos cuidadores.

O entrevistado descreve um olhar sobre o cuidado que pressupõe um acolhimento integral e não apenas no tratamento da patologia. O entendimento do sujeito em seu sofrimento é descrito como conhecer sua história e seus desejos, o que está representado na fala citada. Ao mesmo tempo, é frequente nas entrevistas o comentário sobre a formação dos profissionais cuidadores. Estes são técnicos de enfermagem que acompanham os moradores das casas e possuem um contato estreito com o CAPS.

Na descrição do processo de fechamento da CSDE-Pbi, a questão do emprego sempre foi narrada como um dos nós diante da população local. Assim, a mediação das demissões e da contratação de pessoal de nível médio para os dispositivos da rede de saúde mental foi realizada pelo sindicato dos trabalhadores em saúde da cidade. Havia uma seleção prévia pelos gestores do programa, mas os profissionais, em sua maioria, eram oriundos de experiências nos hospitais. Mesmo aqueles que não haviam trabalhado nas instituições psiquiátricas locais eram ainda contaminados pela lógica disciplinar no manejo das situações cotidianas. Sobre uma conduta de um paciente considerada inadequada pelo cuidador diz: “[...] ai ele falou: ‘olha a cuidadora falou que vai me mandar pra Cascata’”.

Esta forma de lidar com os ex-internos era inerente à cultura da cidade e os profissionais no CAPS mencionam uma preocupação com esta transformação. O trabalho cotidiano do CAPS era permeado por ações que buscavam influenciar o olhar da sociedade sobre a loucura. Sobre estas ações nos relata o entrevistado B que trabalhava como psiquiatra:

[...] abriu o CAPS e no CAPS eu comecei a fazer oficina de música, ao mesmo tempo aquela coisa da Eiras, a gente começou as pequenas intervenções. [...] e aí dentro da oficina de musicoterapia no CAPS que começou a aparecer as ideias de fazer coisas já voltadas pra essa mentalidade da saúde mental, da reforma. Como é que você vai mostrar esse trabalho? Como é que esse trabalho vai chegar pra comunidade de Paracambi, pra comunidade fechada. [...].

As ações envolviam uma preocupação com a reinserção dos ex-internos. O envolvimento dos profissionais do CAPS com o processo de intervenção na CSDE era estreito. Assim, incluíam o cuidado clínico, mas de uma forma na qual este estava incluído em uma estratégia ampliada de exercício da clínica. Podemos chamar de ações clínico-políticas. Estas sabidamente levavam informações à comunidade e estimulavam as trocas entre os distintos grupos. Prossegue dizendo o entrevistado B:

O programa nasceu por causa da Dr. Eiras, dois anos antes da intervenção propriamente dita, aquela panela de pressão, a gente colocou o CAPS, a Residência... Tudo tinha que dar certo, nada podia dar errado. Como que a gente vai preparar essas pessoas pra uma atividade? Estavam coladas nesses caras. Como é que a gente vai preparar isso como outra coisa que vai aparecer? Aí foi a ideia de colocar o programa (de rádio) e as pessoas: 'Opa, tem um CAPS aí, tem outra coisa que também acontece.' [...].

A reorganização dos serviços, como descrito nas falas, faz referência à cultura da cidade e principalmente à influência da Dr. Eiras na criação desta. O CAPS vila Esperança expressa uma dinâmica voltada para a ruptura com esta

lógica hegemônica e os profissionais tinham em suas práticas o registro de uma intervenção para fora dos muros da instituição. O trabalho no território é parte desta estratégia. Este território como lugar de pertencimento de todos os cidadãos e suas diferenças.



Figura 18: CAPS Álcool e Drogas. Inaugurado em 2005. Fonte: Arquivo pessoal da autora.



Figura 19: CAPS Infante-juvenil inaugurado como ambulatório ampliado em 2009. Fonte: arquivo pessoal da autora

10.1.3 As Residências Terapêuticas

As primeiras residências terapêuticas (2) foram inauguradas em 2002. Neste momento o programa de saúde mental municipal iniciava as ações ligadas à intervenção na cultura da sociedade local. As ações na CSDE-Pbi ainda estavam centradas na supervisão hospitalar e no acompanhamento pela CAT.

Apontamos este aspecto já que diante da sociedade imersa em uma cultura manicomial, a iniciativa de inserir ex-internos de um hospital psiquiátrico no seio da cidade era uma tarefa pouco compreendida pela população. Como pode ser visto na foto abaixo (uma das duas residências criadas em 2002), a

casa estava localizada em uma rua de classe média alta, no bairro nobre de Paracambi e vizinha a personagens importantes da vida política e empresarial da cidade.



Figura 20: Residência Terapêutica da R. Dominique Level inaugurada em 2002. Fonte: arquivo pessoal da autora.

A experiência de construção das residências exigiu ações que não se restringiam ao preparo direto dos moradores que saíam do hospital para viver na comunidade. Segundo o entrevistado W:

Nós tivemos uma resistência a principio quando nós fomos alugar residências, pra fazer as residências terapêuticas ou mesmo alugar pra fazer as próprias casas de passagem, com os moradores do entorno. Foi um trabalho que a gente teve que conversar ser social, né? porque era um ambiente novo para o próprio paciente, era desinstitucionalizar o paciente. Era tirar ele do hospital, por ele numa casa, numa vila de casa, onde vai conviver com as crianças, com os moradores... Então ali teria uma coisa também de sensibilizar os vizinhos, de buscar, de conversar e acho que a gente construiu uma credibilidade na ocasião que nos permitiu isso. A credibilidade, né, de

conversar, de ganhar os vizinhos, de eles mesmos serem os próprios cuidadores desses pacientes.

Sobre esta situação o entrevistado Y comenta:

“No início a gente penou pra conseguir casa. Eu lembro que eu e a psicóloga D., a gente que foi procurar casa, e foi muito difícil, eu levei muita porta na cara, gente falando que não ia alugar pra maluco.”

Os entrevistados referem-se às dificuldades, primeiro de encontrar casas que os proprietários concordassem em alugar para este fim. Em segundo lugar, superar o medo de conviver com o vizinho louco. O estigma do louco perigoso, do “privilégio” de terem casas oferecidas pelo poder público, não se restringia a população da cidade. Mesmo os profissionais da prefeitura envolvidos nas ações demonstravam resistência em implantar este projeto. Sobre a construção das casas de passagem o entrevistado Y relembra:

Fui ao planejamento pra ver a planta das casas de passagem, pra falar com essa pessoa, e ela achou que eu já tinha ido embora. [...] ‘ eu vou parar o que estou fazendo pra fazer casa pra maluco! ’ [...] Um engenheiro, e ele não sabia que eu ainda estava lá e eu escutei. Ai você vê esses confrontos, tem que ir para uma instância superior mesmo. Dizer: “olha o cara tá lá com um prazo pra entregar, porque tínhamos um convênio e o cara não queria entregar a tempo.” Porque ele não ia parar o que estava fazendo pra fazer casa pra maluco.

É um discurso comum à maioria dos entrevistados o entrelaçamento do trabalho técnico-assistencial com a cultura local. Deste modo, enfatizando que o primeiro não pode ser desempenhado sem a transformação da última. Abaixo, no item dimensão sociocultural discutiremos mais detalhadamente as ações específicas no âmbito do programa. No entanto, no que diz respeito às residências terapêuticas observamos que este entrelaçamento gerou conflitos, mas teve como evolução do percurso uma maior proximidade da cidade com os ex-internos. O entrevistado Y descreve esta evolução:

[...] Depois a coisa se inverteu de tal maneira que tinha fila de espera de casa, de gente querendo, de se interessar de alugar casa pra residência terapêutica. Teve gente que construiu pra residência terapêutica, como o C. da rua São Judas Tadeu. Ele tinha um imóvel que estava em reforma e ele adequou pra uma casa de cuidados intensivos e abriu porta de banheiro pra cadeirante.

Os moradores dos dispositivos residenciais foram responsáveis por um aquecimento da economia local dado seu padrão de consumo direto pela compra de bens e serviços ou indiretamente pelas ações do poder público para viabilizar a existência das moradias. Estas ações incluíam a compra de alimentos, aluguel e construção de casas e contratação de cuidadores. O mesmo entrevistado define o papel destes ex-internos:

Os moradores, viraram as galinhas dos ovos de ouro, ocuparam o lugar da Eiras. Você tem noção que o maior movimento de dinheiro da cidade é dos 160⁸⁷ usuários? Uma renda de quase todos de 840 reais e agora com o aumento do salário mínimo não sei pra quanto foi. Então eles compram, eles consomem, eles vão a mercado, eles compram rádio, eles compram roupa. A gente deixa que eles façam o queiram. Alguns vão à Nova Iguaçu fazer compra, mas a maioria compra aqui. São bons pagadores, pagam em dia, gerou emprego, porque são mais de 96 cuidadores em regime de 24 horas.

⁸⁷ Na época da entrevista ainda havia usuários internados na CSDE com previsão de saída para as residências terapêuticas.



Figura 21: Residência terapêutica inaugurada em 2004, pelo ministro da Saúde Humberto Costa, durante o I Encontro Nacional de Residências Terapêuticas. Fonte: arquivo pessoal Cristina Vidal

O processo de desinstitucionalização, no município de Paracambi, possibilitou a implantação de 13 serviços residenciais terapêuticos e 10 casas de passagem. Além destes, foram surgindo ao longo do processo as moradias assistidas que possibilitavam a abertura de novas vagas nas casas. As casas de passagem foram inauguradas no mesmo período da intervenção oficial, 2004. Acolhe 80 pacientes em preparo para a reinserção nos municípios de origem. De forma distinta das casas de passagem, as primeiras 11 residências terapêuticas foram implantadas de forma paulatina durante dois anos de preparo dos moradores para a inserção nas casas. Segundo Vidal (2010) 200 usuários até aquele momento estavam inseridos nos projetos de moradia do município de Paracambi.

De acordo com Vidal & Guljor, (2006), a localização das residências na trama social da cidade e a possibilidade da escolha dos grupos de moradores entre si demarcaram este diferencial. As casas de passagem, implantadas no segundo momento (o início da intervenção) tiveram como desafio a conciliação da urgência da política com as demandas da clínica. Deste modo, alguns pontos de reflexão são destacados. As casas se configuravam em uma vila, sendo contíguas umas as outras. A construção padronizada bem como sua decoração. O terreno era vizinho à instituição e inserido em uma comunidade onde a miséria, o desemprego e a desassistência eram uma regra.

Esta situação por si já demonstrava um alto risco de transformação das casas em pequenas instituições asilares e uma ilha isolada da comunidade onde se inseria. Nesta perspectiva, o trabalho clínico demandou um cuidado na apropriação deste espaço por seus novos moradores. A criação de casas singulares, com ambiência que refletisse as preferências dos usuários, sua subjetividade, seu desejo. Na prática isto significou a pintura das fachadas e interiores por escolha dos seus moradores, a compra de móveis personalizados e uma autonomia para que mudanças no cotidiano fossem possíveis. Estas ações, no entanto, não aconteceram sem conflitos no campo da administração municipal. A gestão e a clínica foram, por todo o processo de reinserção da clientela, dois caminhos árduos de manterem-se em consonância.



Figura 4:Vila das casas de passagem. Paracambi. Fonte: Código de Barras – TV BRASIL 2011

Ainda no processo de implantação, são descritos por Vidal & Guljor (idem, p.195):“a chegada de número significativo de ex-asilados gerou certa tensão na comunidade e ressuscitou o fantasma da periculosidade.”.

O processo de desinstitucionalização, na época, estava em curso há quatro anos e várias iniciativas socioculturais vinham sendo desenvolvidas na cidade. No entanto, podemos concluir que há uma necessidade de trabalho cotidiano de articulação com a vizinhança sob pena de velhos estigmas, explicitamente ou disfarçados pelo “politicamente correto”, perpetuarem a exclusão dos ex-internos.

Dentre as estratégias mencionadas por entrevistados estava a inauguração de uma unidade de atenção básica na mesma comunidade, em

paralelo a ocupação das casas. A proposta deste dispositivo de saúde era possibilitar um impacto positivo com a chegada dos novos moradores, agregando um valor de troca social, de contratualidade aos mesmos. “Este dispositivo buscava associar a chegada dos novos moradores à conquista de direitos comuns a todos.” (idem, idem, p.195).

Ainda sobre os impasses na implantação das casas de passagem, um aspecto nos chama a atenção pela delicadeza de seu manejo clínico e ao mesmo tempo pelo inusitado de sua configuração. A distinção entre o público e o privado não estava estabelecida seja entre os próprios ex-internos seja entre a comunidade e estes moradores. Entre as situações descritas por Vidal & Guljor (2006) uma em particular nos leva a reflexão. A circulação dos usuários pela vila inicialmente reproduzia a circulação nos pavilhões. Não havia reconhecimento da privacidade das moradias. Os moradores entravam e saíam das casas, circulavam por elas como se todas estivessem abertas ao uso coletivo.

Entretanto, este quadro não estava restrito aos moradores da vila. Os moradores da comunidade local também se autorizavam a circular pelas casas da mesma forma. Como objetos de visitação, moradores e casas da vila eram atrações a serem conhecidas. Problemas com o desaparecimento de objetos e dano em eletrodomésticos foram relatados. A resposta a esta situação bizarra foi a intensificação do trabalho com os usuários na construção de um sentimento de pertencimento a suas próprias casas, singularizando-as e potencializando a ingerência dos usuários sobre sua dinâmica. Ao mesmo tempo em que as equipes ampliaram os contatos com a comunidade vizinha.

Estes, em reuniões na escola para discutir problemas comuns a todos, ao mesmo tempo em que para falar da história das casas, do processo de fechamento da CSDE-Pbi.

A estratégia de visitas de casa em casa na comunidade também é descrita. Nestes momentos, os profissionais podiam se apropriar das histórias e sofrimentos da comunidade e trocar com estes a experiência dos novos vizinhos, explicando o projeto às famílias do lugar. Comemorações na rua, como as festas natalinas eram parte das ações de integração e participação. A intervenção no território possibilitou a criação de redes solidárias entre os moradores da comunidade. Podemos analisar o trabalho da equipe técnica como tendo ultrapassado a área de conforto dentro dos limites do dispositivo por meio de uma interlocução ativa com a vizinhança.

Este movimento se coaduna com a lógica da atenção psicossocial e pode indicar a possibilidade de superar o isolamento destes sujeitos a partir de uma intervenção para além das necessidades de saúde.

As residências terapêuticas ainda são um desafio para a Reforma Psiquiátrica. Seu papel de acolhimento dos ex-internos de instituições psiquiátricas sem suporte familiar exige uma abordagem complexa. No entanto, pudemos nos deparar com relatos da existência de um dispositivo de moradia diferenciado. Este é nominado moradia assistida, em Paracambi, e se caracteriza por casas alugadas ou adquiridas pelos próprios usuários. Com seus recursos próprios fazem a opção por morarem sozinhos ou dividirem com um(a) companheiro(a) em regime de casamento, com o acompanhamento de

técnicos de referência que são os responsáveis pelo suporte aos usuários em parceria com o CAPS. São experiências que têm se ampliado na cidade e representam um desdobramento da inserção nos serviços residenciais terapêuticos.

A construção de uma autonomia possível, o viver em liberdade, cria possibilidade de estes usuários operarem suas próprias escolhas. Assim, as residências também podem ser vistas como transitórias. Não para um caminho de retorno ao hospício, mas para novos projetos de vida.

10.1.4 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

No contato com a cidade e os entrevistados não foi relatado um projeto específico de inserção das ações de saúde mental na atenção básica como parte das ações na desinstitucionalização da CSDE-Pbi.

Segundo relato do entrevistado Y, Paracambi possui uma cobertura de 56% da estratégia de saúde da família. Apesar de existirem 19 unidades de saúde, apenas algumas possuem módulos da ESF. Diz:

Durante a minha gestão e a da I. havia uma interlocução com os psicólogos das unidades. Eram reuniões mensais ou bimensais para discutir os casos, combinar estratégias. Neste governo não há mais.

O trabalho com a ESF em Paracambi acontecia por meio dos psicólogos lotados nas unidades de saúde. Uma particularidade era que alguns psicólogos que trabalhavam nestes locais estavam inseridos também no programa de saúde mental, alguns ocupando cargos de gestão. Até 2009 havia lotação de

psicólogos nas unidades de áreas rurais ou bairros de grande contingente populacional ou territorial. Segundo o mesmo entrevistado que ainda trabalha no programa de saúde mental, não há intervenções de matriciamento ou Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). O trabalho se dá pelo acolhimento realizado pelos psicólogos das unidades básicas à população adstrita a tal unidade. Estes absorvem para atendimento ou encaminham para os dispositivos do programa.

Atualmente, há quatro psicólogos que oferecem acolhimento nas unidades básicas. Um destes está lotado na comunidade da Chacrinha, vizinha à CSDE-Pbi e a vila das casas de passagem. Atende uma área de comunidade e o bairro adjacente Guarajuba, que é um dos mais povoados da cidade. No posto central, de especialidades, há duas psicólogas para atendimento da população. No bairro BNH, a psicóloga tem como foco o trabalho com os idosos que são numerosos naquela localidade.

Em vista desta descrição, não podemos considerar a existência de um trabalho de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. O que vem sendo desenvolvido parece não ter articulação regular com as ações do programa de saúde mental. A lógica que permeia essa estratégia precisaria incorporar a noção de trabalho no território, a organização em rede, intersetorialidade entre outros. Definiria a ação atual como uma oferta de atendimento psicológico à população que se configura pela atenção individual ou em grupo por programas específicos (idosos, hipertensão, diabetes etc.). A demanda de saúde mental é em sua maioria absorvida pelos dispositivos

especializados do programa de saúde mental e não há política de qualificação dos profissionais do ESF neste subsetor saúde mental.

10.1.5As equipes de trabalho

A desinstitucionalização dos internos da CSDE-Pbi trouxe em destaque uma configuração de equipes de trabalho que em nossa análise consideramos como uma das estratégias estruturantes do processo. Além das equipes dos dispositivos que compunham as redes de saúde mental, como as equipes das moradias (casa de passagem, residências terapêuticas), CAPS e Polo de Saúde Mental na cidade de Paracambi, duas equipes desempenharam um papel de indutores das ações: a Comissão de Acompanhamento técnico e o grupo de oito pessoas da Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro (G8). Foi instituído pela Resolução SES n.º 1566 de novembro de 2000. Sobre este último, os entrevistados dizem:

[...] o G8, que era um grupo que eram oito pessoas exatamente pra pensar, pra ser facilitador da implantação dos programas municipais de saúde mental naqueles municípios de maior internação na Casa de Saúde Doutor Eiras, leia-se Baixada Fluminense. (entrevistado Z).

[...] a gente começa o ano de 2000 com uma rede da Baixada muito incipiente, não tinha quase nenhum serviço de atenção psicossocial. Depois a gente tinha vários municípios com pelo menos um serviço de atenção psicossocial, claro que os serviços para uma população como, por exemplo, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, não era nada, mas ele era montado e pactuado com a prerrogativa de primeiro garantir a recepção desses pacientes. Isso foi todo um acordo político que foi feito também paralelamente, na ida desse grupo que assessorava os municípios. Com esses municípios tinham uma agenda frequente, era agenda política técnica mesmo, de sentar com o coordenador municipal, de pensar como implanta um programa, como monta um serviço, o que precisa pra conversar com o secretário [...].-(Entrevistado Z).

Nessa época, o estado então me chama pra poder trabalhar num grupo, que era o grupo dos oito. Eu seria uma dessas oito pessoas que ficariam com os municípios de maior complexidade. Na Baixada Fluminense, na metropolitana, é... para preparar a rede de saúde mental desses municípios. Implantar uma rede não manicomial pra que ela pudesse sustentar a saída dos pacientes que começariam a vir da Eiras. E quais são os municípios que me dão (que são os de maior complexidade), é: Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu e Paracambi. (entrevistado V).

A função atribuída a este grupo de profissionais era de uma indução de política, de pactuações locais. Como exposto, alguns municípios apesar de serem municípios de grande porte, não tinham qualquer dispositivo potente para a assunção do cuidado a uma clientela grave em processo de desinstitucionalização. A qualificação dos gestores e técnicos era incipiente na área de saúde mental. Deste modo, o grupo dos oito, possibilitava uma interlocução política, de articulação com os primeiros escalões (secretários municipais) ao mesmo tempo em que qualificava os gestores da saúde mental. Este processo considerava a discussão da clínica, de questões institucionais e do desenho político de estratégias a serem adotadas. O grupo se manteve até a implantação das redes de saúde mental nesses municípios.

[...] depois de 2003 a gente extingue o G8 porque a gente entendia que ele já tinha dado conta do que ele deveria fazer que era facilitar a implantação dessa rede e a CAT que continua (Entrevistado Z).

Posteriormente, a própria equipe da assessoria de saúde mental do estado se responsabilizou pela manutenção da supervisão dos programas municipais.

A Comissão de Acompanhamento Técnico (CAT), um grupo técnico interinstitucional, foi instituída pela Resolução SES n.º 1554 de 7 de novembro

de 2000, que também definiu a elaboração de um Plano Emergencial para a Reorientação da Assistência na CSDE-Pbi.

A CAT, que é a Comissão de Acompanhamento Técnico do Estado, é composta por uma dupla de profissionais, que era um médico e outro profissional de saúde [...], iriam atuar de segunda a domingo. O que a CAT fazia? A CAT ela fazia o encaminhamento responsável de todas as saídas da Eiras. Que saídas eram essas daquela época? Eram altas, que de fato as pessoas teriam altas normais, mas como é que essas altas eram conduzidas? O paciente um a um era inserido nos serviços territoriais de origem dos seus municípios (Entrevistado Z).

Esta dupla de profissionais recebia famílias no cotidiano, era responsável pelas indicações de inserção dos internos da instituição no CAPS de Paracambi para preparo de alta, agenciava a inserção no CAPS do município de origem. Da mesma forma, responsabilizava-se pelo agenciamento das transferências por intercorrências clínicas e a posterior inserção dos internos que estavam nos hospitais clínicos ou enfermarias de transição, para uma moradia definitiva – com família ou no serviço residencial.

A proposta dessa equipe era evitar as retaliações por parte da instituição, que em vários casos semelhantes dava altas repentinas, deixando os pacientes desassistidos. Estes eram levados para as famílias, delegando a estas a responsabilidade de encontrar um novo local de cuidado. Além disto, dividia com as equipes locais os agenciamentos necessários durante o processo de desinstitucionalização. O enfoque da CAT era centrado na micropolítica da instituição e dos programas, enquanto o grupo dos oito tinha também uma ação na macropolítica.

[...] havia uma agenda política conosco da secretaria, uma agenda política e técnica com esses grupos toda semana, o grupo de

acompanhamento técnico ia pra secretaria estadual de saúde e tinha supervisão conosco, o G8 tinha supervisão conosco, era um acompanhamento clínico da produção do cuidado dessa agenda política e técnica, foi isso que nos ajudou a ter argumento técnico e político para barrar qualquer outra tentativa de interdição dessa ação.(Entrevistado Z).

Desta forma, as ações são acompanhadas de um planejamento técnico e de espaços para a reflexão. Em paralelo, as equipes possibilitaram o levantamento e sistematização das ações com uma orientação não restrita a dados frios. Os relatórios clínicos eram voltados para subsídios da política, indução de outras estratégias da mesma política a partir do cuidado cotidiano com os usuários. Poderíamos pensar estas equipes como ferramentas da gestão, ao mesmo tempo em que seriam dispositivos clínico-políticos do processo de desinstitucionalização estudado.

10.2. A DIMENSÃO JURÍDICO-POLÍTICA

Neste estudo de caso, o aspecto jurídico-político cumpriu um papel determinante desde a formulação do processo de intervenção até a conclusão das ações de retirada total da clientela interna na CASDE-Pbi. As normativas, representadas por diversas resoluções estaduais, portarias estaduais e federais, além de decretos municipais, garantiram um respaldo legal às estratégias da política pública.

10.2.10 papel da gestão pública

O primeiro passo neste processo se deu por iniciativa do gestor estadual com o fechamento das internações na CSDE-Pbi, após as denúncias das condições da instituição. Neste mesmo período, segundo semestre de 2000, o Ministério da Saúde publicou uma portaria desabilitando o município de Paracambi da gestão plena do sistema de saúde⁸⁸.

[...] quando depois de mais uma série de denúncias, de maus tratos, de abandono, de problemas de falta de pessoal, que eram recorrentes naquela instituição o ministro da saúde na época, que era o J. S., acolhendo o parecer técnico e tal, ele tomou a decisão, quer dizer, o Ministério da Saúde tomou a decisão de retirar a gestão plena do município de Paracambi. Era o mecanismo que havia naquela época. Tirar a gestão plena do município de Paracambi significava que o gestor municipal não tinha o manejo total do recurso de AIHs transferidos pelo ministério da saúde e isso significou uma primeira intervenção. (Entrevistado K)

[...] assim que a gente sai do ministério a gente cria um plano de reorientação de assistência psiquiátrica na Casa de Saúde Doutor Eiras de Paracambi, com um pacote de normativas estaduais. Isso é bem importante porque foi muito rico esse momento de normativas pra política. Uma se ocupa de criar o plano (Plano de Reorientação da Assistência), considerando a Caravana da Cidadania, considerando o resultado do relatório, considerando a ira da assistência sanitária, enfim vários desdobramentos, a gente tem tudo isso documentado. Nessa primeira resolução estadual, a gente fecha as internações, proibindo novas internações, e a gente cria a CAT. (Entrevistado Z).

Podemos considerar que estas resoluções e portaria impediram que continuassem a serem produzidas novas institucionalizações na instituição em questão. Observa-se o exercício do papel regulador do estado sobre os

⁸⁸ Resoluções estaduais: n.º 1554 de 07 /11/00 criava a CAT e previa um Plano Emergencial para reorientação da assistência na CSDE-Pbi; n.º1555 de 08/11/00 proibia novas internações e determinava o Censo Clínico-Psicossocial na instituição. A Portaria Federal GM n.º 1218 de 12/11/00 desabilitava o município de Paracambi da gestão plena do sistema.

municípios e sua autonomia para incidir sobre situações críticas no que se refere ao cuidado ofertado em âmbito local. Este papel do gestor estadual torna-se possível pelo embasamento na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), como já discutido em capítulo anterior.

Neste caso, encontramos uma articulação entre os poderes estadual e federal que por sua vez é o responsável pela concessão das habilitações⁸⁹ ou seja, por ratificar o grau de autonomia do município para o gerenciamento de seu sistema de saúde. As normativas citadas configuraram um novo cenário político. Este viabilizou a condução do processo de desinstitucionalização da clientela.

Quanto ao fechamento da instituição em 2003, o resultado do primeiro PNASH ratificou a necessidade de descredenciamento da CSDE-Pbi como prestadora do Sistema Único de Saúde. Além desta, a ação civil pública em curso, após as tentativas inócuas de cumprimento dos termos de ajustamento de conduta, culmina na determinação de fechamento com retirada imediata da clientela internada.

Observamos no primeiro momento do processo, que apesar da orientação de fechamento da instituição, no relato dos entrevistados, não havia uma rede de cuidados em saúde mental potente nos municípios com maior número de residentes internados. Cada município possuía autonomia para a priorização das políticas a serem adotadas e para gerenciar os recursos

⁸⁹ As habilitações concedidas são publicadas pelo Ministério da Saúde em Diário Oficial e precisam ser aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

recebidos pelo Fundo Nacional de Saúde. Por exemplo, apesar de Paracambi ter perdido a habilitação plena, este fato não lhe retirou a autonomia de gerenciar sua rede básica, na qual estavam incluídas as ações de saúde mental. Assim, a descentralização é um aspecto a ser considerado nestas ações.

Qualquer projeto que envolva ações nos municípios está na dependência de acordos, digo, pactuações entre os gestores. A resolução da CIB n.º 54 aprovava:

[...] o programa de implantação dos serviços residenciais terapêuticos para pacientes psiquiátricos de longa permanência etapa I [...]; que os recursos financeiros correspondentes à AIH tipo 5, dos pacientes que tiveram alta para encaminhamento aos serviços Residenciais [...] sejam integralmente utilizados nos Serviços Residenciais Terapêuticos do município onde se localize o Hospital Psiquiátrico em que o paciente está internado, ou nos municípios de domicílio original do paciente de longa permanência (BRASIL, 2004, p.325).

Esta resolução também:

Aprovava a utilização dos recursos dos tetos financeiros de internação em Hospital Psiquiátrico para custear a implantação e funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial e/ou Oficinas Terapêuticas, [...], segundo os limites financeiros e o cronograma de implantação e funcionamento de [...] serviços psiquiátricos extra-hospitalares de implantação e/ou consolidação prioritárias até dezembro de 2000 [...], e serviços integrantes da rede pública de atendimento psicossocial do Estado do Rio de Janeiro, a serem implantados até dezembro de 2001, por município e por custo. (BRASIL, idem, p.326).

A Resolução CIB n.º 54 constituiu uma ferramenta de indução das políticas de saúde mental neste período. Sua força consistia na possibilidade de negociação com gestores locais de priorizar os investimentos na rede de

saúde mental para que fosse possível a recepção dos pacientes oriundos da CSDE-Pbi.

[...] à medida que a gente ia retirando os pacientes de lá, dando alta, para o município que ele ia, a gente pactuava na CIB, esse teto financeiro caía. Ele era realocado para o município de origem que recebia esse paciente. Claro que se você for olhar, a rigor, esse dinheiro não seguiu esse paciente. Não ia lá para o CAPS, mas ele entrava no município, servia de pauta e agenda política para que os coordenadores municipais pudessem pactuar com seus secretários investimentos na área de saúde mental. Era um valor de custeio, você não podia contratar recursos humanos. Você fazia toda uma agenda de negociação que aquele dinheiro estava ali. Então o secretário, por exemplo, poderia usar aquela rubrica pra outra área que ele precisaria, em decorrência disso ele tiraria outra rubrica do seu teto para apoiar a saúde mental e isso foi muito interessante. (Entrevistado Z)

As questões suscitadas na construção do arcabouço jurídico-político do processo de intervenção na CSDE-Pbi são permeadas pela discussão do pacto federativo brasileiro. A descentralização e a autonomia dos municípios e suas consequências na efetiva implantação de políticas prioritárias para o governo central. O papel regulatório do estado e sua participação no processo de indução das políticas regionais. Os espaços institucionais de pactuação como a Comissão Intergestora Bipartite. Deste modo, o caso de Paracambi nos traz exemplos de um dos modus operandi possíveis.

Por sua vez, a indução de políticas regionais pode ser exemplificada pela constituição do plano estadual de saúde mental (SES/SESDEC/ASM, 2002). Este estabelece um diagnóstico da rede de saúde mental do estado do Rio de Janeiro subdividido por regiões de saúde. O desenho permitiu uma avaliação das necessidades em saúde mental por grupos de municípios. Desta forma, o plano de ação contemplou as demandas

regionais e proposições de articulação entre as cidades, potencializando a organização da rede de serviços e a qualificação das equipes.

A NOAS/2002 (BRASIL, 2002b) preconiza a estruturação de um plano diretor de regionalização com diretrizes prioritárias de intervenção. A subdivisão por regiões é uma prerrogativa do nível estadual e incentivado com vistas a contemplar estratégias coletivas de superação dos problemas de saúde locais. O plano estadual de saúde mental se constituiu também como norteador dos investimentos priorizados pela gestão estadual. Entre as estratégias regionais estabelecidas no plano estadual encontramos:

“Estimular a formação de fóruns regionais de integração dos Programas Municipais de Saúde Mental; Estimular o intercâmbio de ações entre as equipes e serviços, municipais e, regionais, formalizados através de protocolos de cooperação técnica.” (SES/RJ, 2002)

Observamos no Plano estadual de Saúde Mental que as ações propostas para a região metropolitana I, que incluía os municípios que mais internavam na CSDE-Pbi, estavam pautadas principalmente na reversão do modelo hospitalocêntrico. Nesta região se encontravam municípios de grande contingente populacional e com uma rede hospitalar significativa. Deste modo, preconizavam a implantação de portas de entradas municipais, central de regulação e a constituição de um grupo técnico de apoio à reestruturação da atenção hospitalar em psiquiatria, além da consolidação de serviços extra-hospitalares.

O município de Paracambi estava inserido na região centro-sul com um conjunto de municípios de pequeno porte e cuja meta estava voltada para a

constituição de portas de entrada, inclusão de ações de saúde mental na atenção básica e estruturação da rede de dispositivos extra-hospitalares. O papel do Estado como indutor destas estratégias foi determinante para consolidação destas metas.

No que se refere à intervenção oficial, destacamos a experiência da “requisição de serviços” pelo gestor como a ferramenta administrativa que viabilizou este ato:

[...] então, é pela intervenção da lei 8.080, que foi um estudo que se fez em relação à figura da requisição de serviços, esse hábito da requisição dos serviços, era um hábito do gestor, é um ato digamos de natureza administrativa, de competência do gestor, segundo essa interpretação.[...]Na verdade essas medidas não podem ser consideradas medidas rotineiras da gestão, tem que ser vistas como medidas onde há uma baixa, uma importante queda da governabilidade do gestor local, do gestor estadual e do gestor federal e aí são tomadas medidas de ajuste que obviamente tem que ser aprovadas pela justiça. Agora quem aciona a justiça é quem se sente prejudicado, o gestor entende que a lei lhe faculta e faculta mesmo. Porque faculta quando tem situações emergenciais e ele tem que tomar medidas assim. (Entrevistado K)

A estratégia da requisição de serviços foi adotada em 2004. O gestor municipal é o responsável pela solicitação e cabe a ele responder por suas consequências. Entretanto, no caso da intervenção na CSDE-Pbi, observou-se uma requisição pelo município, mas em articulação com o nível federal e estadual. O primeiro interventor foi designado pelo Ministério da Saúde e a direção técnica era indicação do município. As equipes foram contratadas pelo Ministério da Saúde e entre os coordenadores dos pavilhões encontravam-se técnicos da Comissão de Acompanhamento Técnico da ASM-SES/RJ. A condução do processo aconteceu de forma compartilhada nos primeiros anos da intervenção.

E esse processo de intervenção foi um processo direto, com a participação dos governos federal e estadual. Direto no sentido de que foi uma gestão compartilhada, foi até uma gestão colegiada. O interventor era o município, mas o estado e o Governo Federal participaram permanentemente desse processo, constituíram comitê de gestão, constituíram formas de condução do processo, constituíram uma grande equipe[...]. (Entrevistado K)

O desenho jurídico da intervenção de fato em Paracambi se configurou como exemplo para outros processos em curso nos demais estados da federação.

No hospital privado de psiquiatria, a partir dessa configuração de requisição de serviços e feito de forma tripartite [...] até gerou certa situação de achar que essa solução é uma solução fácil de aplicar e que, portanto vamos fazer intervenção em vários outros que estão com denúncias de mau funcionamento. [...] Então se pensou: 'por que não fazer um processo de intervenção em todos aqueles que estão em descadastramento e tem muitos pacientes de longa permanência?'. Eu como era encarregado no Ministério da Saúde, eu dizia que não se pode. Pode servir como exemplo, mas as situações os contextos políticos têm que ser levados em conta." (Entrevistado K).

10.2.20 Ministério Público

No discurso dos entrevistados, um ator surge como presença determinante no processo de desinstitucionalização em Paracambi, o Ministério Público.

[...] a gente contou com um parceiro fundamental, o Ministério Público, isso foi fundamental. Eu sei que o Ministério Público em alguns momentos tensiona bastante com a assistência, com a gestão, mas ele foi um parceiro. O Ministério Público Federal na época a gente teve um procurador chamado Rogério Nascimento, quando eu falo parceiro, não é porque ele era amigo e fazia o que a gente queria, absolutamente, é porque ele pegava a regra, a lei e mandava cumprir, e a gente pedia isso, era outro ator externo importante dizendo: 'Tem que cumprir'." (Entrevistado Z)

[...] eu acho que tem um ator constante aí nessa ação, é o Ministério Público. Acho que ele, se você vai olhar os três tempos, ele teve presente o tempo todo e foi bem interessante. (Entrevistado Z).

[...] a via judicial como parceira da intervenção depois passou a ser o Ministério Público, porque o Ministério Público como instituição, entidade em geral, foi se tornando uma posição assim, mais parceira da desinstitucionalização. Então de fato o Ministério Público foi acionado várias vezes e participou várias vezes apoiando a intervenção da gestão, a decisão da gestão de fazer a intervenção do privado, né. É, mas o Ministério Público não é a justiça, né, o Ministério Público é parte, então ele por conta da questão de ser responsável também pela coisa da chamada Tutela Coletiva, do bem estar coletivo, direitos difusos. Ele acionava o gestor recomendando a intervenção. (Entrevistado K).

A presença do Ministério Público se destacou como forma de pressão sobre o poder público e não apenas sobre a instituição alvo do processo. Os instrumentos utilizados constituíam em fazer cumprir as sentenças judiciais determinando multas pelo não cumprimento, estabelecimento de termos de ajuste de conduta em ações civis e encaminhamento ao judiciário de situações consideradas lesivas dos direitos coletivos, da cidadania.

Assim, nos relatos dos entrevistados foi unânime a importância desta participação para a execução das ações necessárias a construção da rede de saúde mental. Da mesma forma, a referência à sua participação era associada a um papel de tensionamento, de exigências em várias frentes de intervenção, além do monitoramento das ações em curso. A parceria relatada poderia ser mais bem traduzida por um papel de agente potencializador do trabalho.

[...] o Estado estava se retirando pra trabalhar junto aos secretários de saúde a retirada dos munícipes, o que só veio efetivamente a acontecer quando o Ministério Público entrou na jogada.[...], o Ministério Público não trabalhava com essa situação,acompanhava, pedia relatório, fazia esses relatórios, mas a coisa não caminhava, com a Dra. C. caminhou um pouco. A gente conseguia altas importantes, porque a ela intimou, houve uma intimação. (Entrevistado Y).

Eu acho que as coisas do Ministério Público têm um fator importante, você lembra aquele jornalista? Ele veio fazer uma matéria com o cara do Globo. eu disse: 'Olha os municípios a gente não leva, a gente não tá conseguindo'. Eu sei cara que eles arrumaram uma encrenca com determinado município com desvio de verba da saúde mental, denunciaram na mídia e foram ao Ministério Público cutucar o Ministério Público com vara curta, e o Ministério Público a partir daí... (Entrevistado Y)

[...] havia uma sentença da Justiça Federal, o juiz federal determinando o fechamento [...], os meses corriam e não saía ninguém. Os municípios, o Rio de Janeiro principalmente, os municípios da Baixada, não se mexiam e aí eu resolvi: 'Se eu não me mexer, ninguém vai se mexer', então eu trouxe o problema aqui pra administração, a gente criou um grupo de trabalho, foram criados dois grupos de trabalho, pra Eiras e outro pro Hospital Colônia de Rio Bonito. Aí a gente sentou-se à mesa pra chamar os administradores e falar: 'Olha só, você foi condenado, eu vou ter que entrar com uma ação de improbidade administrativa contra você ou você vai cumprir a decisão?' E aí a gente conseguiu que os municípios finalmente se mexessem[...] (Entrevistado A).

As ações do Ministério Público após a intervenção oficial estavam inicialmente centradas em direitos básicos dos internos e na garantia da qualidade do cuidado na instituição. A documentação (certidões tardias), revisão de curatelas, determinação de altas e busca de famílias.

O monitoramento das ações dos programas de saúde mental foi se desenvolvendo e adotando um novo enfoque no decorrer do processo. É possível perceber que houve uma reorientação da compreensão das necessidades dos usuários de longa permanência no processo de desinstitucionalização. Sobre o papel do MP nas questões referentes à saúde mental, trouxemos a fala do entrevistado A:

[...] A gente só começou a falar em saúde mental depois que eu comecei a mexer na Eiras, até então essa questão de saúde mental não era tratada pelo menos da maneira que está sendo hoje aqui. Hoje já fizemos encontros, já fizemos palestras específicas sobre saúde mental, a gente criou um módulo de saúde mental, que é um programa de computadores que tem o objetivo de monitorar todo o paciente psiquiátrico do estado do Rio de Janeiro. [...] a gente criou

promotorias, a gente tá desmembrando dentro dos promotores de saúde, quem tem atribuição pra saúde mental, então aqui na capital que a gente tinha uma promotoria de saúde, agora tem três, então vai poder dar uma atenção, tem uma promotoria que é praticamente específica pra saúde mental [...]” (Entrevistado A)

Eu acho que nosso grande desafio, a grande chave disso aí é a construção da rede. Os CAPS hoje estão muito sucateados, pelos menos os que são da minha área da Eiras. [...] então a partir do momento que você tem um CAPS sucateado, que você não tem RT pra absorver aqueles que não têm mais referência familiar, isso tudo impede a desospitalização, impede toda a reconstrução [...]. O desafio do MP é obrigar hoje os municípios a terem rede, esse é o grande foco que a gente tem que ter, é isso que os promotores com atribuição têm que entender que a gente tem que obrigar os municípios a criarem redes, a gente tem que ter um CAPS eficiente, tem que ter RT, tem que ter vaga pra receber esses pacientes.(Entrevistado A)

10.2.3 Os movimentos sociais

Na dimensão da política, não podemos discutir o processo de desinstitucionalização sem abordar os movimentos sociais. No caso de Paracambi, observamos uma participação dos movimentos dos usuários, sindicais e também das associações corporativas em vários momentos do processo.

[...] a gente construiu uma agenda que ela ativasse vários setores, um campo técnico, um campo político, um campo jurídico, um campo das profissões, então a gente acionou uma série de parceiros diretos e indiretos que pudessem conosco convocar todo mundo a prestar contas públicas, então a gente tinha o conselho, as visitas do conselho, conselho de enfermagem, conselho de psicologia, o conselho de medicina quando ia dizia que estava tudo bem[...] (Entrevistado Z)

Os Conselhos de classe tiveram participação nas denúncias e pressões por medidas concretas por parte do poder público. Como já discutido anteriormente, desde as primeiras denúncias, tanto em 1979 quanto em 1991,

a participação dos movimentos sociais é observada como integrante dos processos.

No que se refere às entidades de classe, percebe-se que há diferenças no posicionamento em relação à CSDE-Pbi e suas condições de funcionamento. As divergências também existiram entre conselhos e o programa de saúde mental na condução do processo de reinserção dos usuários. A aproximação com estas entidades da sociedade civil parecem respaldar a legitimidade do processo. Ao mesmo tempo em que observamos que passam a existir tensionamentos que levam a debates e embates no percurso.

O sindicato dos trabalhadores dos estabelecimentos privados de saúde era composto integralmente por profissionais da área de enfermagem empregados nas clínicas e hospitais privados conveniados ao SUS de Paracambi. Como já dito anteriormente, o "sindicato", como é chamado na cidade, teve uma participação profícua nas denúncias em relação às condições da CSDE-Pbi em 1991. Foi fundado neste período como desdobramento da greve na instituição. Desde então, houve uma significativa participação dos seus membros na discussão da política de saúde mental local.

Durante o processo de desinstitucionalização dos internos da CSDE-Pbi, o sindicato participou por meio das reivindicações pela garantia dos empregos, buscando saídas para o desemprego dos trabalhadores de saúde da instituição. Como desdobramento, em parceria com o governo municipal foi construída uma estratégia de realocação dos trabalhadores nos novos

dispositivos da rede de saúde mental. O sindicato era responsável pelo encaminhamento dos currículos para a seleção de cuidadores. E nas moradias os cuidadores eram em sua maioria técnicos ou auxiliares de enfermagem da cidade. Foi feita a opção pela não contratação de cuidadores leigos.

Os movimentos de usuários e familiares também são parte da história deste processo. Encontramos referências a duas associações de familiares e usuários com diretrizes opostas. O entrevistado X, que participou do movimento de denúncias em 1991, atribui a este momento a fundação da Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM):

[...] eles arremeteram cerca de 120 famílias, o que não era difícil no meio de 2100. Botam eles em pânico dizendo que a Doutor Eiras ia fechar e botaram todos eles, as famílias todas numa peregrinação até Brasília. [...] E olha que coisa curiosa, sabe que foi isso a criação da AFDM? [...] Quando eles voltavam, tinham os filhos desses caras todos. Porque aí todos os bandidos se juntaram, [...], os donos das clínicas aqui de Jacarepaguá, Santa Genoveva, esses trechos todos eles se reúnem pra cacifarem-se com a formação da Associação dos Familiares, era o ponto, vamos dizer, mais vulnerável que eles também exploraram. (Entrevistado X)

Após treze anos deste episódio, o entrevistado Y, comenta sobre o papel dessa associação:

[...] Essa intervenção branca ela facilitou a alta, mas ela não impediu mortes. [...] A Eiras começa a criar entraves, eles dificultavam acesso a prontuários, a AFDM dificultava a ida das famílias...

A Associação dos Familiares dos Doentes Mentais teve uma sala no interior da CSDE-Pbi por anos. Seus membros eram responsáveis por receber as famílias durante a visita. Principalmente durante o processo de desinstitucionalização criaram inúmeras situações de confronto com os

profissionais dos programas de saúde mental e da Assessoria Estadual de Saúde Mental. Seus posicionamentos geravam insegurança nos familiares que se mantinham irredutíveis à abordagem dos profissionais que buscavam discutir as ações em curso. Apenas em 2005 a associação teve sua sede impedida de funcionar no interior da instituição.

De forma distinta da associação anterior, a Associação Maluco Sonhador tem uma história de fundação que data do início da estruturação do Programa de Saúde Mental da cidade de Paracambi. Reúne usuários, familiares e amigos. Atualmente, tem como presidente um técnico do programa. Por vários anos a sua presidente foi uma usuária. A associação que funcionava no CAPS, atualmente possui sede própria e foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Ponto de Cultura.

O entrevistado C ao falar sobre os desafios da associação, diz:

O desafio era conseguir com que os usuários se vissem como pessoas livres, eles ficaram bitolados durante anos. Assim alienados, presos em manicômio, então a luta, o desafio é tentar socializar os usuários, para que eles pudessem andar livremente, vir ao CAPS fazer tratamento e sair pra ir de casa à escola ou pra outro lugar que ele quisesse ir. Comprar roupa, comprar seus próprios remédios, o desafio era esse, a mudança toda era pra socializar os usuários.



Figura 5: Sede da Associação e do Bloco Carnavalesco Maluco Sonhador. Ponto de Cultura em Paracambi, 2012. Fonte: arquivo pessoal da autora.

A sede da associação abriga também o bloco carnavalesco, cuja intervenção será detalhada posteriormente. Nas entrevistas, encontramos posicionamentos distintos quanto à intervenção da associação na realidade local. Alguns entrevistados têm uma percepção de que a condução da associação incentiva pouco a mobilização dos usuários diante das dificuldades que comentam existir hoje no programa.

Um dos entrevistados refere-se à participação da associação em fóruns deliberativos do controle social: “[...] Nós temos participação no Conselho de Saúde, no COMED e outros lugares dentro da prefeitura como o Conselho Tutelar, tudo ligado a essa área.” (Entrevistado C)

Nos depoimentos há referência a cursos profissionalizantes realizados na associação ao mesmo tempo em há referência a organização de festas comemorativas. Nestas entrevistas foram frequentes as alusões às condições difíceis do programa de saúde mental em relação à infraestrutura. Não houve referência a ações da associação em relação a esta situação.

10.2.4. Os espaços de participação e de controle social

Como último item desta dimensão, circunscrevemos os espaços de participação e controle social como de especial interesse. Nas estratégias de legitimação do processo de desinstitucionalização em Paracambi, a condução compartilhada do processo teve como encaminhamento lançar luz sobre as ações em curso. Os gestores das três esferas buscavam respaldar para a intervenção oficial não apenas no seu aspecto jurídico, mas também lhe dando visibilidade nacional.

Deste modo, após a intervenção oficial em julho de 2004, foi organizado em setembro do mesmo ano o I Encontro Nacional de Residências Terapêuticas. Este evento contou com a participação do ministro da Saúde que, como ato simbólico de apoio, inaugurou uma residência terapêutica no centro da cidade (foto acima). Este evento, que reuniu mais de quatrocentas pessoas entre profissionais, gestores e usuários de todo o país, foi um marco na história das políticas de saúde mental da cidade. Representou um momento de consolidação política de uma reorientação de cuidado que já vinha se desenvolvendo ao longo dos últimos quatro anos.

Como desdobramento do evento, foi elaborado um documento denominado "Carta de Paracambi" (em anexo), um documento de reivindicação da garantia de desinstitucionalização dos usuários de longa permanência em hospitais psiquiátricos com ratificação dos serviços residenciais terapêuticos como política prioritária do Ministério da Saúde para a reinserção psicossocial destes.

Por fim, a questão do controle social se coloca como um ponto de reflexão neste processo. As referências à ocupação dos espaços deliberativos da política de saúde da cidade apontam a organização de conferências municipais de saúde mental e conferências de saúde, nas quais também são incluídas discussões específicas.

[...] eu dou ao conselho de saúde uma conotação de instância de poder, de controle social poderosa da política de saúde. O que aconteceu? Eu ia fazer o cinema naquele dia. Fiquei sabendo que ia ter conferência municipal de saúde e eu não tinha sido comunicada. Fui lá correndo, me inscrevi, inscrevi a associação e encontrei com o R: 'como é que a gente vai fazer?' Lá tem essa coisa das comunidades terapêuticas. 'É importante isso aqui! é época de fechamento da Eiras', e disse: 'vamos nos distribuir!', [...] 'se vier assunto de álcool e drogas, já sabe o que tem que fazer!'. Ele falou : ' Vamos falar do CAPS AD III!'. O CAPS AD III amenizou a inquietação dos participantes em relação às questões de álcool e drogas. Na plenária ele colocou isso em votação. Cada grupo colocou esta proposta de CAPS AD III. Ele saiu! Hoje ele me telefonou porque recebeu a visita do ministério lá. Saiu o CAPS AD III pra Paracambi! [...] Então, você vê a força do Conselho! Entendeu?! (Entrevistado V).

As estratégias programáticas são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e há participação nas conferências de saúde. No entanto, não há o reconhecimento pelos entrevistados, de que este espaço do controle social é

efetivamente valorizado como lugar de intervenção cotidiano de profissionais e usuários do programa de saúde mental.

Mas esses anos todos de supervisão... [...] Você trabalha a mentalidade, mas às vezes chegava a um ponto de exigir. Não! Não dá! Você tem que ir ao conselho! Por mais você mandasse ler sobre controle social, você pegasse vários textos, você utilizasse os livros do Cebes, você pegasse é, textos de saúde coletiva, você pegava política de saúde, você também explicava, simplificava, mas eu não vejo ninguém ter interesse, desejo de se mandar depois pra conselho de saúde, sabe?! Aqui eu não vi isso. Eu só vi isso em Angra[...].
(Entrevistado V)

A percepção de que as transformações do modelo hospitalocêntrico são permeadas não apenas pela reorganização de serviços ainda é um desafio no processo de Reforma Psiquiátrica. Desta forma, ao nos debruçarmos sobre as estratégias de desconstrução e reconstrução sobre as quais se pautam a desinstitucionalização é necessário reconhecer que estas intervenções incluem as disputas políticas. Os espaços de deliberativos, de controle social, são pouco valorizados como lugares com potência transformadora pelos profissionais de saúde envolvidos. A concepção de uma intervenção clínico-política como inerente aos processos desinstitucionalizantes ainda é um caminho a ser desbravado.

CAPÍTULO XI

11.1.A DIMENSÃO SOCIOCULTURAL

“A ideia de cultura tem sido recolocada nos tempos atuais como estratégica para a transformação social, e fundamentalmente a noção de diversidade cultural vem apontando para o papel que a cultura exerce na luta política, nas relações de poder, no diálogo e encontro dos vários segmentos sociais que compõem a complexidade social” (AMARANTE, 2012, p.10)

O desafio da superação do manicômio não está apenas em cerrar suas portas. Em uma cidade com a história de Paracambi, o hospício está incrustado no cotidiano de seus moradores. Como já descrito em relatos anteriores, até na educação das crianças o manicômio marcava presença.

Assim, ao se pretender desinstitucionalizar a clientela internada na Casa de Saúde Dr. Eiras filial Paracambi, não podemos desconsiderar seu simbolismo. Seja para a cidade, seja para os defensores do modelo hospitalocêntrico e mesmo para os “reformistas”, seus muros foram uma ode à psiquiatria hegemônica por duzentos anos no Brasil e no mundo.

Ao colocar em questão esta instituição, o maior manicômio privado da América Latina, e desconstruí-lo, coloca-se em questão a lógica de uma sociedade que se organizava em torno desta. A permanência dos loucos no hospício era a resposta do senso comum que vinha acompanhada dos “benefícios” do hospício para a dinâmica da cidade. Deste modo, uma

reconstrução implica refazer as relações que esta sociedade estabelecia com a loucura, agora sem a presença da instituição asilar. Inventar “novas” formas de convívio com o diferente significa criar condições para que “novos” olhares sejam lançados aos portadores de sofrimento psíquico.

Em Paracambi, a importância da dimensão sociocultural nos reporta a um movimento de pavimentação de caminhos que convirjam em uma aproximação entre sociedade e loucura. Algumas ações desenvolvidas no processo de desinstitucionalização foram abordadas neste capítulo. O critério de seleção deveu-se a repercussão destas ações no âmbito da cultura descrita pelos entrevistados.

11.1.1 Bloco Carnavalesco Maluco Sonhador

O Bloco Maluco Sonhador foi criado por iniciativa dos profissionais e usuários a partir de uma oficina de musicoterapia. O bloco foi a primeira iniciativa de intervenção na cultura da cidade realizada pelo programa de saúde mental municipal.

O bloco começou já no carnaval de 2002. Foi o primeiro bloco (a desfilar na avenida), foi um acontecimento! O prefeito mandou fazer com artista plástico da cidade, fazer uns bonecos que eram lá do Ceará, [...] E esse cara fez uns bonecos de pano [...], igual àqueles bonecos de Olinda? Então eles vieram à frente do bloco, e a comissão de frente era constituída do prefeito, sua esposa, chefe de gabinete, secretario de saúde e a coordenação toda. O que é isso? É o poder se exibindo? Não! Era mostrar pra comunidade que a loucura estava em outro lugar, tá no lugar do prazer, tá no lugar da liberdade, e que tinha respaldo, porque nunca nenhum prefeito se misturou tanto com os doidos como ele, foi bonito demais. (Entrevistado Y).

[...] não sei se era claro pra comunidade o nosso papel lá dentro (da CSDE-Pbi)... Por isso me interessava muito essa coisa, como levar as informações. Você muda uma coisa, demora dez, quinze anos pra chegar na ponta, nas pessoas essas informações. Aí a primeira coisa foi o bloco de carnaval. Estava chegando o carnaval, aí poxa, seria bacana se tivesse todo mundo fantasiado na avenida! [...] aí começou com o bloco de carnaval, construindo as letras, construía com os usuários.[...] (Entrevistado B)

Como descrito pelos entrevistados, a ideia do bloco carnavalesco surgiu do desejo de levar à população informações sobre o que vinha acontecendo na CSDE- Pbi. Colocar em discussão o lugar do louco naquela cidade e desmistificar as concepções de periculosidade relacionada à loucura. A estratégia de um bloco de carnaval tinha como inovação, a tentativa de realizá-lo com a presença dos usuários da instituição asilar e com o primeiro escalão do executivo local.

De acordo com os relatos, no curso deste projeto, foram se ampliando seu espectro de adesões na comunidade. Desta forma, no Carnaval de 2002, o bloco Maluco Sonhador desfila na Avenida dos Operários. Esta avenida era o local onde desfilavam as escolas de samba da cidade, no carnaval eram colocadas arquibancadas em toda sua extensão. Grande parte da população citadina comparece todos os anos a este evento. Como membro da liga das escolas de samba de Paracambi – na categoria *hoursconcours* – o bloco fez o desfile de abertura do carnaval. Entre seus componentes: usuários, familiares, técnicos e o primeiro escalão do executivo municipal tendo a frente o prefeito e a primeira dama. Podemos destacar que esta configuração legitimava uma nova orientação do cuidado em saúde mental na cidade.



Figura 24: Bloco Maluco Sonhador. Abertura do Carnaval de Paracambi – fev. 2006. Fonte: Arquivo pessoal Cinthya Campagnucci



Figura 25: Bloco Maluco sonhador. Ala de técnicos e usuários da CSDE-Pbi. Fev. 2006



Figura 6: Bloco Maluco Sonhador. Bateria: usuários, técnicos e comunidade. Fev. 2006. Fonte: Arquivo pessoal Cinthya Campagnucci.

Segundo um dos entrevistados, o bloco foi o responsável pela abertura do Carnaval da cidade entre 2002 e 2010. O samba era composto pelos usuários e colaboradores do CAPS. As fantasias eram feitas com material reciclado, contribuições de escolas de samba e algumas camisas eram confeccionadas pelo programa de saúde mental para os internos da CSDE-Pbi. Os instrumentos eram cedidos por um bloco de carnaval da cidade e os bateristas eram uma composição entre pessoas ligadas ao carnaval da cidade, usuários e técnicos da saúde mental.

Nessa época, foi tudo reciclado, [...] todas as fantasias com papel, com produtos reciclados, esse primeiro carnaval foi típico assim. A música construída por eles, as fantasias todas de material reciclado, e aí quem fazia eram D., a Z., que iam fazendo isso com eles, e a gente ia ensaiando e depois caímos na avenida. Foi uma hora de emoção, aquela primeira saída. A coisa estava pegando fogo na

época, a gente estava numa pressão incrível, não tinha ainda a intervenção. Estava rolando aquela coisa política forte[...].(Entrevistado B)

Os entrevistados, ao falar dos desfiles, destacam a participação de vários segmentos da sociedade que se faziam representar em apoio ao bloco. Os políticos, profissionais de saúde, comerciantes, além dos próprios usuários do programa de saúde mental e da CSDE-Pbi que eram trazidos pelas equipes da intervenção. Até o ano de 2004, não era possível obter licenças para a saída dos usuários da CSDE-Pbi, o que passou a acontecer após a intervenção oficial.

O bloco é descrito também como um elemento de agregação dos profissionais e usuários do programa. O contexto de sua fundação é de muitos conflitos já que as ações na instituição estavam em curso, mas o poder público ainda não havia assumido a direção da instituição. O bloco gera um grande impacto sobre a sociedade local que até então vivenciava a experiência da loucura no hospício ou a margem do convívio social. A chegada dos loucos na avenida trouxe em seu bojo a arte, a alegria e como pode ser visto nas fotos, a beleza misturada de vários grupos. Desta forma, trouxe para a população, de forma lúdica, as questões da saúde mental.

Os enredos eram ligados ao cotidiano como as residências terapêuticas, o profeta gentileza, o cuidar em liberdade, o passe livre. As lutas e reivindicações vinham expressas nas fantasias e no samba publicitando os conflitos existentes e apresentando as novas formas de cuidar.

Sobre a resposta da comunidade a passagem do bloco, diz o entrevistado Y:

E quando a arquibancada desceu as pessoas começaram a se misturar no bloco, senhoras de idade, criança, nossa aquilo foi assim... Não se falava de outra coisa na cidade.



Figura 27: Estandarte de abertura do bloco. No detalhe fantasia de Residência Terapêutica.



Figura 28: Bloco Maluco Sonhador. Fantasia de Passe Livre

De acordo com um entrevistado, houve uma resistência das agremiações no início já que não entendiam por que um bloco que não era competitivo deveria abrir o carnaval. “E ficou uma discussão porque a gente tinha se inserido ali, mas a gente não competia.”(Entrevistado Y).

Durantes os anos subsequentes esta discussão não foi de todo encerrada. O Bloco Maluco Sonhador continua sendo o bloco de abertura do carnaval da cidade. No entanto, seu desfile antecede ao dia oficial do desfile e não é mais na avenida principal. O bloco junto à associação de usuários é um ponto de cultura com sede em Lages (bairro de Paracambi onde se localiza a CSDE-Pbi) e chegou a receber recursos próprios por dois anos. Apesar da

importância da repercussão deste bloco no imaginário social ainda se observam as oscilações consequentes às prioridades da política local.

Segundo um entrevistado:

[...] até hoje o bloco abre, só que agora nesse governo o bloco não sai mais a frente dos outros blocos. Ele sai na sexta-feira, de dia. O bloco faz parte do carnaval [...], mas é em Lages e é de dia, entendeu e não é mais junto com os outros. (Entrevistado Y).

Em relação ao bloco podemos observar algumas nuances durante seu percurso. No primeiro momento, parece surgir da mobilização de técnicos e usuários, mas com forte presença da gestão. Há um destaque do bloco no espaço social caracterizado pela abertura do desfile carnavalesco da cidade em sua praça principal. No segundo momento, a partir da intervenção também os internos da instituição passam a estar presentes e a organização é prioritariamente função das equipes de profissionais.

Posteriormente, o bloco passou a ter sede própria, se transformou em ponto de cultura e sua organização ganhou uma participação mais próxima da associação de usuários e amigos. Neste momento, o poder público enquanto gestão municipal não se faz presente. No entanto, apesar de perder de certa forma um destaque no cenário social – passa a ser apresentado no bairro periférico e durante o dia – a organização do bloco parece ter sido assumida pelo movimento de usuários e os profissionais estão envolvidos como apoiadores, sem o protagonismo visto anteriormente.

11.1.2 Rádio Antena Virada

A rádio comunitária "Antena Virada" foi um projeto criado para discutir com a população uma nova forma de abordagem da loucura. Teve seu início antes do período de intervenção oficial, mas já no contexto da implantação do CAPS, das residências terapêuticas e da proibição das internações da CSDE-Pbi. Diz o entrevistado Y: "[...] a rádio Antena Virada foi um projeto do Denis Casagrande. Esse projeto foi inaugurado em 2002, antes da intervenção. Em 18 de maio de 2002 foi a data de inauguração da rádio."

Sobre os objetivos daquele projeto:

[...] mas, a princípio a meta era essa, levar a Reforma Psiquiátrica pra todo mundo da comunidade. 'Como chegar essas informações?', aí foi quando apareceu: 'Se tivesse um programa de rádio ia ser super legal né, vamos criar uma rádio'[...]. (Entrevistado B)





Figura 29: Camisa da rádio Antena Virada

Da mesma forma que o bloco de carnaval, nas entrevistas a ênfase era dada à transmissão de informações sobre o processo em curso na cidade. O imaginário social da loucura novamente é compreendido como determinante na consolidação da reorientação proposta. A reinserção dos ex-internos nas moradias distribuídas pela cidade demandava não apenas a ruptura com o estigma sobre a loucura, mas também o conhecimento sobre outras formas de lidar com o diferente. Sobre o início do projeto o entrevistado B ressalta:

O programa era Os Hospícios, então a gente ficou falando dois anos sobre os hospícios. Era outra maneira de se tratar. E aí a gente colocava música, a gente colocava recadinhos de amor. A princípio ainda não tinha muito a participação dos usuários. Era tudo voltado mesmo pra gente chegar e voltar esse assunto pra comunidade. No começo, era a gente tocando lá (profissionais do CAPS). Era num horário nobre, horário de almoço, o S. deixou um horário bacana pra gente na segunda e repetia na sexta-feira, era bem legal.

O processo político de acirramento das disputas entre os setores conservadores e “reformistas” se fazia presente em muitos momentos da implantação do programa da rádio. Havia uma preocupação com as retaliações que pudessem ser feitas contra as pessoas que o conduziam. Os fantasmas presentes na década anterior, das ameaças aos profissionais do Polo de Saúde Mental, das humilhações aos membros do sindicato na greve de 91 se mantinham como parte das preocupações da equipe que desenvolvia o programa:

[...] aí começamos a criar uma rádio, é muito complicado [...].Primeira regra, não falar em casa de saúde, em Doutor Eiras, isso era proibido de falar, porque a gente estava naquele momento difícil, os advogados dos caras eram uns caras quentes pra caramba, se abrisse a boca não sei o que poderia virar contra a gente, a gente não tinha orientação também né, acho que foi uma das coisas mais difíceis de todo aquele processo, a gente não sabia o que a gente podia fazer e no que isso podia dar, a gente telefonava pra um, telefonava para o pessoal do estado, estava todo mundo no escuro também, elas também não tinham muita clareza, todo mundo se atrevendo, dando saltos, mas ninguém sabia onde estava pisando direito[...] (Entrevistado B)

Este primeiro momento parece refletir as tensões vivenciadas na política local quando, no período da intervenção branca, ainda estavam sendo construídas as bases para uma real desconstrução do manicômio.

A rádio inicialmente era um projeto elaborado e executado pelos profissionais com uma meta definida. Observamos nos relatos posteriores que paulatinamente houve uma aglutinação de usuários e de pessoas da comunidade.

[...] os usuários foram se aproximando, o M. foi o primeiro, queria ser locutor, tinha aquela dificuldade de falar, mas acho que foi uma coisa que ele quis enfrentar, aquela dificuldade toda e eles foram cada vez

mais se aproximando, a forma do programa original era de um jeito, com a entrada dele, começamos a pensar de outro jeito. Aí chamamos o C. [...]ele saía lá de Madureira, pegava o trem, sem ganhar nada e ia pra lá, levava o teclado, levava o violão, porque aí ele acompanhava também, acompanhava as pessoas que pediam pra cantar ao vivo, isso favorecia demais o programa pra ficar mais interessante sabe...(Entrevistado B)

A participação de usuários também incluiu alguns ex-internos da CSDE-

Pbi:

O M. falava da reforma, aí o L. também queria falar com ele, aquela dupla dinâmica. Tocando violão ao vivo, e as pessoas que estavam saindo (da CSDE-Pbi), a E. na gaita, morou trinta anos no Eiras, aí ela saiu pra residência, a gente ficou sabendo que ela tocava gaita, a gente trouxe ela para o programa e aí ela tocava gaita com a gente direto também, era o maior barato, ela, o C. na gaita, vinham outros caras também da comunidade.(Entrevistado B)

A rádio antena virada progressivamente foi incorporando outros atores e de acordo com o entrevistado, configurando-se como um espaço de expressão dos usuários. O programa assume novas configurações a partir de uma elaboração coletiva.

[...] Eles fizeram vários quadros, 'Recado do Amor', 'Sua Música Preferida', fazia todo mundo cantar um pedacinho. [...] eu sabia que aquilo ali era o que eles queriam, era o que eles gostavam. O M. tinha a fala dele, a M.P. foi uma pessoa muito importante também, dividiu o programa comigo muito tempo e depois ficou à frente e eu aqui do Rio só telefonando. Nos últimos programas era assim, eu fazia a intervenção por telefone, mas era ela que estava lá. Tinha 'História de Amor de M.P.', e outra que era: 'Os loucos vão salvar os normais do tédio da caretice', era uma tese e falei assim num programa: 'A M. vai fazer o mestrado dela e ela tem uma tese muito importante: Os loucos vão salvar os normais do tédio da caretice, aí ela começou e falou muito bem, e aí em todo programa ela defendia a tese que os loucos vão salvar os normais do tédio da caretice, então foi legal. (Entrevistado B)

[...] O M. era um cara que ninguém segurava ele, acho que a coisa mais bonita era isso, ele não ficava muito tempo num lugar, ninguém podia capturar o M.[...] tentava fazer coisas com ele, dicas de beleza que ele gostava muito, gostava de falar de esmalte, de cabelo, de peruca, era o lance dele, ele sempre dava uma dica, mas sempre

fazia questão de fazer outros comentários, era coisa dele, falava do hospício, como é que era o negócio sabe... Aí eu estava achando ótimo, quando eu tentava fechar o programa aí ele furava, ele não ia, ficava sem ir, mas aí eu comecei a perceber que esse não era o caminho. Eu falei: 'O programa tá aberto pra você, se você quiser a hora que você chegar você fala.', e aí ficou melhor, ele chegava no meio do programa e era aquela festa, dançava com todo mundo, fazia uma algazarra. (Entrevistado B)

Nestes relatos, é possível perceber uma flexibilidade, ou melhor, um acolhimento à criatividade sem uma preocupação com algum modo de normatização. Sua programação continha quadros elaborados pelos próprios componentes do grupo, mas também entrevistas com personalidades. O grupo comparecia a eventos da cidade onde entrevistava de políticos a artistas que estavam apresentando seus shows em Paracambi. Em comum, ao final sempre era solicitada uma mensagem sobre a nova forma de cuidado em saúde mental.

Oito anos, uma coisa que você faz e não acredita depois, você fala: 'Caramba cara', eu tenho gravado, [...], tem muito material, muita coisa, muito legal, de pacientes internados, de familiar, de autoridades, de artistas que a gente entrevistou Belchior, Titãs. C. colocava a gente pra trabalhar em todos os lugares, qualquer festa o pessoal da saúde mental lá. Tinha esses shows na cidade, a gente ia, não podia perder, a gente chegava nos caras. Titãs, eles fazendo o show ali, a gente acabava furando e entrando; consegui gravar um pedacinho, ele mandando um abraço. O Belchior falou, falou sobre a loucura, ele foi médico, ele falou da loucura, Geraldo Azevedo, foi muito legal, falou da loucura[...]. (Entrevistado B)

O programa de rádio se manteve com a coordenação de um profissional por vários anos, mas gradualmente foi sendo assumido pelos usuários. Como no relato, uma usuária ficou responsável por alguns anos pela condução da programação com o apoio de um profissional. Em 2010, houve uma desmobilização do grupo e o programa parou sua exibição. No entanto, na

visão deste profissional seu término deu-se em razão de seus participantes terem assumido novos projetos.

A diversidade de seu conteúdo, bem como sua forma camaleônica, tinha sido um fator que possibilitou a existência do programa semanalmente durante oito anos.

Porque você fazia as coisas e depois não dava tempo pra você pensar e eu não queria que se transformasse numa clínica (a rádio). O programa tinha o aspecto das pessoas irem lá e eu ficar numa posição de ficar olhando. Com o tempo, eu começo a perceber, acontece isso, acontece aquilo. Então eu comecei a perceber os efeitos que aquilo tinha nas pessoas... [...] E eu acho que a comunidade também por outro lado, começava a :'Esse cara aí estava internado, essa moça que tá tocando gaita ficou 30 anos internada, eles não são bichos, estão falando aqui, estão cantando, falando histórias de amor.', eu acho que isso chegava pra comunidade e mudava também, 'O louco não é isso, ele não precisa estar num lugar recluso, ele pode estar aqui falando com você, morando do seu lado.' (entrevistado B)

Junto ao bloco de Carnaval, a rádio se configurou em um projeto iniciado ainda no período anterior a intervenção oficial. Podemos observar que nos programas não era a "doença mental" o foco das discussões. A apresentação de vida, de música, de histórias trazia para o universo cotidiano da cidade preocupações e interesses comuns. Deste modo incidia sobre os ouvintes. A busca pela transformação do imaginário social estava permeada não pela idealização de uma condição específica, mas pela construção de linhas convergentes. O louco estava retratado por si mesmo, com seus desejos, qualidades e mazelas estabelecendo uma relação de proximidade, de pertencimento.

11.1.3. O cinema na praça

O projeto Cinema na Praça teve início em 2004 a partir da iniciativa de uma psicóloga que por anos foi supervisora do programa. Inicialmente mantido com recursos municipais, obteve posteriormente patrocínio da Petrobrás. Sobre sua implantação diz o entrevistado V:

Outra questão, era a do trabalho externo, o trabalho com a cidade. É aí que surge o “cinema na praça”. Por que eu dizia: ‘Olha, tudo bem. Você vai trabalhar família, os familiares de outros municípios, a rede de outros municípios. E aí aquela cidade fica por conta daquela rede. Agora, este município daqui tem que ter um trabalho dessa rede. Nós somos a rede do município.

Então, como esta cidade está vendo esta saída? Como é esse fechamento da Eiras? A saída desses pacientes? Vinte e um residências, moradias na cidade, fora as outras moradias protegidas que estavam começando a serem montadas. Como que a população está lidando com um vizinho que ela achava que tinha que estar do lado de lá do muro e, de repente, é vizinho dela? Seconviveu tantos anos com este sistema, como que muda? Ela está preparada para receber este fechamento? Estas pessoas vão poder viver livremente na cidade? (Entrevistado V)

A transformação da cultura da cidade em relação à loucura era entendida como parte do processo de desinstitucionalização. A partir da intervenção oficial um grande número de pacientes estava em vias de ser inserido nos dispositivos de moradia. Observa-se uma preocupação que, além da inserção na casa inclui a efetiva integração da clientela no cotidiano da cidade, em suas trocas, em seus espaços de convívio.

[...] Fui que eu montei pela primeira vez o Cinema na Praça. Era pra causar este impacto na população. Causou impacto porque as primeiras sessões de cinema, na primeira, principalmente, nenhum morador sentou junto. Mas parava pra olhar o que era aquilo. Aqueles pacientes todos sentados ali. Aquela gente que eles nunca viram. Gente que nunca tinha saído da Eiras. Quarenta anos lá dentro sem sair, outros vinte anos lá dentro sem sair, aqueles paraplégicos,

tetraplégicos sem sair desde que chegaram lá e todos assistindo silenciosamente o filme. Isso causou impacto. Foi um impacto assim, imenso! E ao longo do tempo, depois a gente retorna pro cinema, ao longo do tempo a gente foi vendo, a gente via a população parava de bicicleta, o cara estava andando de bicicleta, parava a bicicleta subia com a bicicleta ali ficava atrás olhando sentado com o pé no chão e o outro na bicicleta. Os outros assistiam do bar que ficava nos fundos em frente à tela, nos fundos da onde estavam as cadeiras. Depois foram se aproximando, se aproximando até ir sentando junto e agora a gente tinha o cinema com as crianças assistindo. Isto foi maravilhoso.

O projeto teve seu início como um esforço coletivo e com subsídios da prefeitura e da intervenção (que possuía algum recurso próprio advindo da SES-RJ). A expectativa era que sua repercussão pudesse atrair outros patrocinadores e deste modo ampliar seu escopo de ação no tempo e garantir recursos para outras inovações. O momento inicial transcorreu durante um período de três meses. Com as sessões gravadas em vídeo e a elaboração de um projeto escrito, o Cinema na Praça foi encaminhado para a análise pela Petrobras. Houve um período de um ano entre o final da primeira fase e a aprovação do patrocínio institucional. A segunda fase do projeto foi realizada com subsídios da estatal e perdurou por três edições com duração de um ano cada.

A gente fez três meses bancados ali pela administração, pela intervenção. O município bancou nestes primeiros três meses. Bancou com uma quantia que era pequena, que era R\$1.000,00(mil reais). Um projetorista era muito mais. O cara do ônibus também aceitou uma quantia menor. Então a gente ia buscar estes pacientes todos, cada pessoa, grupo, cada dupla, de coordenadores do pavilhão que era dessa equipe técnica preparavam muito bem estes pacientes pra o ônibus ir levá-los. Cada um levava sua cadeira, o CAPS emprestava, o programa de saúde mental. Eu fiz com parceria do programa. E dizia: o Programa de Saúde Mental e era mesmo! o Programa de Saúde Mental está convidando você! Por que eles tinham que ouvir. O programa era uma coisa da cidade, da prefeitura. Quer dizer, isso é com a prefeitura, a prefeitura está fazendo e nós éramos da prefeitura e estávamos ali no campo da intervenção. Então esta questão nos três primeiros meses começou a causar impacto.

O Cinema na Praça tem dois momentos importantíssimos. Um de mostrar aquela loucura só de sair do manicômio. O ônibus ia lá, buscava os pacientes, era belíssimo. A gente assim saía levando as pessoas, mesmo os cadeirantes, e botava nas ambulâncias. A comunidade as via e assistiam ao filme sentados ao lado destas pessoas. O primeiro momento do Cinema na Praça era mostrar que com a loucura é possível conviver socialmente, fora do muro. E no outro momento já era outra questão. Era uma questão da cidade mesmo. O ônibus ia às comunidades. Era vender uma ideia. Com o fechamento da Eiras, se vender essa ideia: 'O que vocês querem que a Doutor Eiras vire?'. Tentar inserir a comunidade nessa discussão do fechamento (Entrevistado Y).

A CSDE-Pbi tinha um forte conteúdo simbólico na cidade. Seu fechamento e o fantasma do desemprego coletivo acompanhavam a cidade desde os idos dos anos 1960. Assim, a desinstitucionalização da clientela também demandava debruçar-se sobre as angústias e os medos da população que não estava circunscrito ao medo da loucura. A cidade e sua população também sofriam de um processo de exclusão. A percepção do grupo do Cinema na Praça era de uma cidade sem cinemas, sem teatros, sem universidades e com um mercado de trabalho essencialmente no setor de serviços. Os bares, lanchonetes e praças eram as atividades de lazer predominantes da população local.



Figura 30: Dia de exibição de filme na praça da cidade.

O projeto teve como desdobramento na segunda edição outras formas de comunicação com a cidade. Foram inseridos projetos como oficinas de reciclagem de papel realizadas na praça da cidade e aberta a população local. Outra intervenção deu-se nas escolas municipais com a realização de oficinas de vídeo.

Personalidades da cidade eram entrevistadas e posteriormente o material produzido era exibido antes das sessões de cinema. Esta atividade tinha como objetivo retratar as pessoas da cidade e falar de suas histórias, das histórias da cidade com vistas a potencializar a autoestima, fortalecendo a luta da população por direitos.

Um programa de rádio também foi desenvolvido a partir da segunda edição. Neste, ao contrário da Rádio Antena Virada, as discussões eram voltadas para temas definidos previamente e não circunscritas à discussão da

saúde mental. Sua organização era feita pela equipe específica do Cinema na Praça. Incluía música, entrevistas emantinha uma enquete com os ouvintes sobre o destino a ser dado para o terreno da CSDE-Pbi após o fechamento da instituição.

Os ônibus que transportavam os pacientes passaram a transportar também os moradores de bairros mais afastados da cidade. O cinema na última edição realizou em 20 de maio de 2011 um evento com duração de 12 horas, quando diversos grupos apresentaram-se na praça da cidade. Dança, música, oficinas diversas traziam a população para um contato com a diversidade cultural.



Figura 31: O cinema na Praça mobiliza também o comércio local.

O este projeto foi registrado em um livro e também nos resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar o impacto obtido sobre o imaginário da

população em seus três anos de existência. Segundo o relato do entrevistado

V:

A gente fez três anos de pesquisa. Foram três anos de pesquisa. A gente viu que interferiu por que a gente acompanhou o que era o fechamento antes. O significado do fechamento. Como era a compreensão do cinema. O que eles achavam do doente mental antes e, a gente fez três edições de cinema. Teve pesquisa nas três edições. No primeiro foi 62% a favor do fechamento, depois foi 85% e agora foi 99%, entendeu?!

A importância do cinema também modificou o significado e mais do que isso. Perguntávamos: 'AEiras está sendo fechada. Se o terreno pertencesse ao patrimônio público, o que você gostaria de ver construído no local? Não teve hospital psiquiátrico! Teve maternidade, hospital geral, teve universidade – pouco porque, eles escreviam e diziam depois, ah é! poxa, seria maravilhoso! Aquilo ia mudar totalmente o perfil da cidade. Ia ter trabalho, ia ser bom para o comércio, ia ficar cheio de estudante de fora, a cidade ia ficar muito mais alegre! Aí as pessoas falam, mas aí você não computa, então, foi muito baixo pessoas que falaram espontaneamente isso! Mas falaram hospital geral, maternidade, fábricas, ganhou em primeiro lugar, indústria, né?! Mas hospital psiquiátrico, ninguém! Não teve percentual!

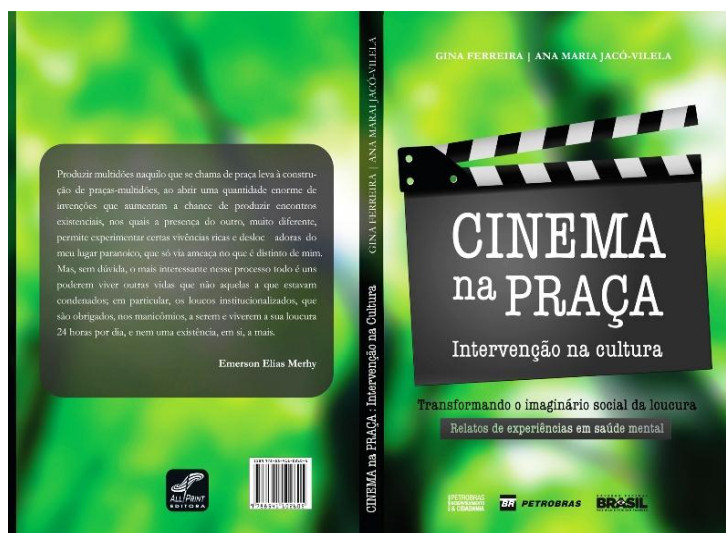


Figura 32: Livro produzido como um dos produtos do projeto Cinema na Praça.

O projeto de intervenção na cultura cinema na praça teve uma configuração diferenciada dos descritos anteriormente. Utilizava o cinema como ferramenta central e incluía uma gama de ações pautadas na diversidade

cultural. Estas buscavam o envolvimento direto da comunidade local. O projeto de cinema era patrocinado por uma empresa estatal e definido previamente em cronograma as ações e atores envolvidos.

11.2. ADIMENSÃO TEÓRICO-CONCEITUAL

Compreendemos os sentidos desta dimensão como conceitos que permearam todas as intervenções descritas anteriormente. De forma didática, as intervenções foram inseridas nas três dimensões anteriores, mas sabidamente, o embasamento teórico que possibilitou a construção daquelas estratégias envolvem noções e conceitos que buscaram romper com a lógica do modelo hospitalocêntrico, ou melhor dizendo, modelo da psiquiatria tradicional pautado no isolamento, na disciplina e na exclusão do diferente.

Destacaremos alguns pontos que consideramos fundamental resgatar buscando circunscrever um campo teórico no qual entendemos estar inserida a experiência de Paracambi.

Um primeiro aspecto diz respeito ao conceito de integralidade. Nas estratégias adotadas foram descritas ações envolvendo uma gama de intervenções que não se restringiram ao aspecto clínico tradicional. Ou seja, a busca da cura de uma determinada patologia com ações exclusivamente de ordem médica e psicofarmacológica.

Apesar das ações ligadas ao suporte da vida durante o processo de entrada na instituição, legitimada pelas condições precárias dos internos da

instituição – quadros de tuberculose, pneumonia, óbitos em grande número, doenças crônicas sem acompanhamento – o cuidado não esteve restrito a este aspecto. A entrada de um corpo clínico eficiente e a rede de suporte hospitalar se fez indispensável para garantir o acesso necessário às tecnologias disponíveis de cuidado nesta área. Ao mesmo tempo, podemos observar que outros aspectos foram considerados na assistência à clientela internada. O acolhimento ao sofrimento do sujeito, a escuta de suas demandas foi um trabalho descrito na rotina dos profissionais envolvidos no cuidado cotidiano.

Como descreve o entrevistado V:

Então, eu me lembro de uma cena. Chega uma paciente nordestina atrás de mim, me procurando óbvio, ela já sabia que ali eu tinha uma função. Ela foi procurar a mim e joga o prato no chão com a comida inteira aos berros, xingando. Não, ela não estava me xingando! Ela quis me mostrar aquilo e joga o prato no chão! E correm para atar ela, atar que eu digo era segurar, não se amarrava ninguém. E eu disse: Não precisa isso, sabe, vamos entrar nessa linguagem, vamos nos comunicar, vamos dialogar. É possível?...aí eu falei pra ela: você é da onde? Ela falou: Sou da Paraíba! Então eu disse: ah então você tá com vontade de comer cará, aipim. Eu falei: Você sabe fazer isso? Sabe fazer cuscuz? Sei fazer! Eu disse: você quer fazer sua comida? É isso? Ela falou: Quero! Eu falei: Então vamos pra cozinha pra fazer sua comida, eu vou trazer as panelas pra você, os mantimentos. Ela só fazia comida entendeu, aquela comida num servia,[risos] sabe?! É claro! Você não vai ter escape! A primeira coisa que se pensa, ela tá agitada! Depois vai se conversar e não, e talvez só escutar, mas não vai tomar medidas. Sabe, existe uma cultura, existe uma linguagem, sabe?! Nem sempre é porque o irmão não foi visitar, não é porque o pai não foi buscar. E sempre é isso! Ela tá ali há anos e anos e anos...ela tá ali há mais de 20 anos. Aquela por exemplo já não estava mais nessa de que o pai não foi buscar.

Nesse relato, os conceitos de integralidade, cuidado, acolhimento, escuta qualificada se apresentam como parte das estratégias desenvolvidas.

Se prosseguirmos nesta análise, podemos considerar que nesta situação o sujeito esteve no protagonismo – sua história, seus desejos – e não os sintomas de sua doença – agitação, agressividade.

Outro aspecto que nos reporta ao conceito de cuidado como atitude é relatado pelo mesmo entrevistado sobre uma situação em um evento na cidade:

Numa sessão de cinema... eram levadas pra sessão de cinema todas! Todos que estavam com o desejo de ir ao cinema. Independente da condição física, se estavam acamados, se não estavam acamados. Então os acamados iam também, aqueles tetraplégicos, eram levados no colo e levava uma cadeira de praia e colocavam na cadeira de praia. E eu vi uma cena que eu relato em um determinado momento que eu nunca mais vou esquecer isso! Foi um psicólogo e um enfermeiro. Um menino que estava trabalhando com enfermagem, e estava fazendo faculdade de medicina e trabalhava também nessa equipe. Essa pessoa que estava tetraplégica sentiu em determinado momento o desejo de ir ao banheiro, não tinha como levá-lo! Pois pegaram ele no colo, foram, fizeram uma barreira humana ali para ele poder, atrás de um monte, reservado, aquela barreira, seguraram ele no colo e depois fizeram a higienização dele e levaram novamente. Você conhece algum psicólogo capaz de fazer isso? Ia chamar o carro e mandar de volta pra Eiras, sabe?! Era muito especial! É claro que com uma equipe dessas, essas pessoas tinham que melhorar.

Estas passagens nos demonstram um dos aspectos fundamentais no processo de desinstitucionalização: a transformação do objeto de cuidado que sai da doença para centrar-se no sujeito em sua existência sofrimento. Entretanto, esta transformação não acontece de forma homogênea. Ainda são vivenciadas dificuldades em operar esta ruptura como observado no relato de um dos entrevistados sobre sua experiência:

[...] o promotor de uma maneira geral, que tem a formação só de Direito, quando pega um paciente psiquiátrico, a única preocupação via de regra é se a pessoa é interditada ou não. É isso que eu tenho brigado aqui. A gente não tem só que se preocupar se o sujeito é

interditado ou não, a gente tem que parar com essa questão de querer só a interdição da pessoa, isso é um defeito nosso. A gente não estudou isso. Eu tenho essa experiência da prática, às vezes só a interdição não resolve, a pessoa não precisa ser interditada, o Código Civil é de janeiro de 2002 e a lei da Reforma é de abril de 2001, o código não inovou em nada nesse aspecto assim de interdição, trouxe algumas coisas novas, mas praticamente ele reproduz o Código de 16 e o promotor continua com essa questão: 'É interditado? É, então tá bom, não tenho mais nada pra fazer, já fiz a interdição agora nada mais me afeta' [...]. (Entrevistado A).

Este relato descreve a percepção muito frequente principalmente no campo da justiça no qual o olhar focado na doença traz em seu bojo a noção da incapacidade do exercício de sua autonomia, da cidadania. Em relação a este aspecto, este entrevistado, já traz em sua postura uma mudança no sentido da transformação quando afirma:

[...] então às vezes o promotor, o MP tem que ter essa visão e a gente realmente ainda não tem, estão começando ainda a discutir saúde mental, aonde eu tenho ido eu tenho falado sobre isso, falado às vezes da desnecessidade dessa interdição. Às vezes as pessoas me olham assim meio ressabiadas e tal. Às vezes não precisa, atrapalha a construção da autonomia deles. Eles sabem o que tá acontecendo e sabem que não são mais responsáveis pelo dinheiro deles, então isso às vezes atrapalha, eu às vezes não faço. (Entrevistado A)

Esta postura não se dá apenas fora do campo da saúde. Entre os profissionais de saúde também são vivenciadas situações onde a tutela é realizada sob a denominação de gerenciamento. Principalmente em relatos sobre as residências e a posição de alguns cuidadores no cotidiano das casas. A relação aos horários, à privacidade para o manejo dos hábitos dos usuários, à relação com o dinheiro, à autonomia para operar decisões se localizam em uma linha tênue entre uma cultura disciplinar, normalizadora e a construção de uma cultura emancipatória.

A questão da emancipação dos ex-internos também pode ser observada quando são descritos os processos de formação das moradias assistidas. Após a saída da CSDE-Pbi, alguns usuários optam por alugar ou comprar suas próprias casas e viver de forma autônoma apesar de manterem a relação com o Centro de Atenção Psicossocial. Na experiência de Paracambi, este procedimento tem sido frequente como, por exemplo, a partir de casamentos entre os usuários das residências terapêuticas.

A construção das redes societárias também fez parte do processo de desinstitucionalização. Alguns usuários passaram a participar da vida social da cidade estabelecendo redes de convivência por meio de dispositivos institucionais como a escola e a associação. Outros circulam pela cidade estabelecendo vínculos com determinados grupos. O entrevistado A refere-se a uma destas situações:

[...] A gente tem, por exemplo, tem um rapaz que frequenta o fórum, entra no gabinete do juiz, entra no meu gabinete, vai ao gabinete do prefeito, existem esses personagens, e de uma maneira geral faz parte da população sabe... da história da cidade.

Por fim, nesta dimensão teórico-conceitual observamos uma transformação do olhar da cidade sobre a loucura. Considerando as intervenções realizadas na cultura por meio das estratégias de rádios, bloco, cinema e convívio cotidiano pelos espaços da cidade, uma nova forma de acolhimento pode ser construída. A participação nos fóruns deliberativos por meio da associação de usuários, as conferências, também definem um lugar social para os ex-internos e ampliam seu poder contratual.

Na fala de um entrevistado, ao responder sobre sua percepção sobre a cidade e a loucura podemos resumir este processo:

[...] Eles circulam normalmente (os ex-internos da CSDE-Pbi), tanto que na reportagem diz que a Saúde Mental é que mantém o comércio de Paracambi. Nós compramos aqui, às vezes eles até vão a Nova Iguaçu. Mas eles circulam por aqui, fazem passeios de van, vão à praia, vão ao zoológico. [...] E aí as pessoas, eu vejo que as pessoas tão vindo de uma maneira mais calma, acabou o manicômio, Paracambi não é mais a cidade do manicômio, é a cidade dos universitários, já que tem uma universidade lá em Paracambi.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a realizar uma análise da desinstitucionalização da clientela da Casa de Saúde Dr. Eiras Pbi a partir do processo de fechamento desta instituição iniciado em 2000. Adotando o conceito de Rotelli (2001) da desinstitucionalização como um processo social complexo, optamos por realizar esta análise por meio das quatro dimensões envolvidas (Amarante, 2003), quais sejam técnico-assistencial, jurídico-política, sociocultural e teórico conceitual. Todas com particularidades inerentes às práticas e saberes. No entanto, pudemos observar que todas se entrecruzam em um movimento contínuo de complementaridade.

Dentre os passos necessários a esta análise foi importante resgatar a história da cidade de Paracambi e suas relações econômicas e societárias. Assim, quando chegamos ao final deste percurso, alguns pontos merecem ser destacados. Acredito ser importante iniciar afirmando que a complexidade deste processo o transforma em uma rede de articulações.

A história da construção de uma cultura manicomial neste município também é uma fonte de análise já que se estrutura não apenas na tradição de um modelo econômico e sua forma de controle social em uma determinada época – indústrias na década de 1950 e suas vilas operárias – mas é também fruto de uma política nacional.

Esta política, reflexo de um sistema capitalista monopolista, se traduziu em um modelo hospitalocêntrico, que a partir da década de 1960 favoreceu a iniciativa privada por meio, principalmente, do pagamento por procedimento dos serviços prestados. O modelo implantado à época teve como consequência em todos os setores da saúde uma ampliação descontrolada da rede hospitalar privada que não foi acompanhada pela ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população. Importante destacar que até a promulgação da Constituição Cidadã (1988) o sistema de saúde brasileiro era meritocrático e mantinha grande parcela da população à margem dos recursos de saúde.

O subsetor saúde mental brasileiro desde a sua fundação obedecia a uma tradição hospitalocêntrica. As “doenças mentais” eram objeto de políticas federais que se pautavam pelos grandes asilos públicos. A diferença observada neste período foi a ampliação do número de instituições psiquiátricas privadas. A peculiaridade desta relação público/privado era a dinâmica de pagamento. Podemos considerar que o estado entregava a estas instituições um cheque em branco para o pagamento de todos os procedimentos que fossem realizados, independente da quantidade de serviços previamente contratados.

Assim, consideramos indispensável a leitura de Cerqueira (1984) que detalha sua pesquisa sobre as instituições psiquiátricas no país, proporcionando um retrato abrangente deste contexto. Como característica marcada da inoperância deste sistema, encontramos nos dados apresentados pelo autor os tempos de permanência inaceitáveis, em geral superiores a sete meses, os leitos-chão como modalidade corrente de absorção de novos

internados e a porta giratória com inúmeras internações de um mesmo paciente em curtos períodos. Para finalizar, não existia um mecanismo de monitoramento, controle e avaliação do gestor público dessas instituições.

Esta lógica, encontrada em todo o território nacional na época da fundação da Casa de Saúde Dr. Eiras, somou-se a situação de precariedade econômico-social de Paracambi e às particularidades de sua dinâmica social gerando uma arraigada cultura “manicômio-centrada”. A desinstitucionalização da clientela internada na Casa de Saúde Dr. Eiras exigiu que os planejadores se debruçassem de forma sistemática sobre as formas de desconstrução de um “saber” e um “fazer” sobre a loucura nas quais não bastava erguer novos dispositivos de cuidado.

A reorientação da assistência com a criação de dispositivos de moradia (Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias assistidas, repúblicas), de cuidado (CAPS em suas várias modalidades – infância e adolescência, álcool e outras drogas, adultos com transtornos mentais) foi indispensável para garantir uma rede de inter-relações e de cuidado. No entanto, apontamos que esta dimensão sozinha não oferece sustentação à desconstrução de um modelo. Neste estudo de caso, principalmente por meio da pesquisa realizada pela equipe do projeto Cinema na Praça, foi possível perceber que a mudança no imaginário da comunidade sobre a loucura ocorreu de forma gradual.

Observou-se que por décadas a cultura manicomial teve sob seu controle as expectativas de trabalho, o conceito de normal e patológico e a própria dinâmica social transcrita em falas como a que menciona a sirene na

instituição, que sinalizava aos moradores do entorno da instituição os horários de saída para escola e trabalho; e das crianças que eram ameaçadas pelos pais de “serem internadas na Eiras” quando faziam travessuras.

A aproximação com o universo desta clientela e suas necessidades, por meio das ações culturais, possibilitou desconstruir o “duplo” sobre a doença mental (AMARANTE, 1996). Ao colocá-la entre parênteses, esta sociedade pôde identificar as demandas por direitos de cidadania que muito se assemelhavam às suas próprias carências sociais. Assim, esta inflexão só foi possível a partir da criação de estratégias de convivência, de transmissão dos desejos coletivos encontradas na exibição de filmes na praça, pelas rádios comunitárias e suas distintas formas de participação, na brincadeira do bloco de carnaval. E em sua face mais engajada, pelas reivindicações da Associação Maluco Sonhador em espaços deliberativos do controle social existentes.

Para que estas ações pudessem ser desenvolvidas, foi construído todo um aparato jurídico-político. As denúncias da Caravana da Cidadania em 2000 geraram respostas do Ministério da Saúde. O Departamento Nacional de Auditorias do SUS (DENASUS) inaugurou uma comissão de auditoria especializada em psiquiatria que confirma a precariedade da assistência oferecida pela instituição. Diante da situação estabelecida e considerando a responsabilidade do gestor municipal, foi suspensa a habilitação de Paracambi para a gestão plena do sistema de saúde.

Neste ponto, é fundamental destacar dois aspectos que exigiram, no caso de Paracambi, um delicado constructo: a autonomia municipal e a

governabilidade. Assim, precisamos recorrer ao que estabelece a Norma Operacional Básica 01/96 em relação à responsabilidade sobre os serviços de saúde oferecidos a população. No item 4, sobre o sistema municipal de saúde descreve:

[...] Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços serem estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.[...]. (BRASIL, 1996)

Sendo assim, a situação de precariedade da CSDE-Pbi era de responsabilidade do gestor municipal, mesmo sendo esta uma instituição privada prestadora de serviços. Mais adiante, no item sobre as responsabilidades do município em uma habilitação plena do sistema de saúde, diz a NOB 01/96 que cabe ao município comprovar sua capacidade de gestão de todos os serviços da rede, bem como manter um sistema de monitoramento, avaliação e auditoria.

Neste período, o município de Paracambi não reunia condições para gerir a instituição nem dispunha de poder político suficiente para fazer cumprir as normas estabelecidas pela legislação. Além disto, observamos que a desabilitação do município para a categoria de plena da atenção básica não foi apenas o cumprimento da legislação, mas uma estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde por meio da sua coordenação técnica específica em

conjunto com a SES-RJ e sua assessoria de saúde mental. Esta possibilitou a manutenção da autonomia municipal relativa a toda a rede de saúde, mas tomou para si a responsabilidade da gestão sobre a CSDE. Assim, tornou-se possível a inserção do Estado em seu papel regulador e fiscalizador, sendo que neste caso específico tornando-se também o gestor responsável enquanto o município mantinha a gestão plena da atenção básica.

Esta ação no aspecto técnico desdobrou-se na Comissão de Acompanhamento Técnico(CAT) que exercia um trabalho de acompanhamento da clientela internada e agenciamento de altas, evitando condutas retaliatórias por parte da instituição. O procedimento da desabilitação representava uma primeira forma de intervenção na CSDE.

Como já discutido, se por um lado o município dispunha de autonomia na gestão, por outro, isto não se traduzia na agregação de força política suficiente para exercer um controle público deste hospital. O poder de articulação dos proprietários ultrapassava os limites do município e desta forma exerciam pressão sobre instâncias legislativas estaduais e federais.

Este é um ponto essencial a ser refletido quanto aos desdobramentos das denúncias anteriores a 2000. O grau de governabilidade do gestor municipal era baixo, já que no âmbito local a instituição era responsável por 35% da receita municipal e, em momentos anteriores, o valor pago em impostos chegou a cobrir toda a folha de pagamento do funcionalismo público. Por outro lado, nos níveis estadual e federal os proprietários tinham uma forte ligação com conhecidos deputados e, desta forma, abriam caminho até o poder

executivo. Como consequência, não havia governabilidade para que pudesse ser operada uma efetiva ruptura com o modelo assistencial vigente, pois representaria a extinção de significativos ganhos financeiros e políticos de muitas personalidades influentes na cidade.

O processo de desinstitucionalização que se iniciou na década de 2000 teve como grande avanço a estruturação de uma estratégia que alterou o quadro de baixa governabilidade local, ao mesmo tempo em que possibilitou o empoderamento de uma gestão comprometida com as rupturas necessárias. A intervenção realizada com a entrada do Estado não significou a retirada da autonomia decisória do município. Ao contrário, retirou deste a responsabilidade de exercer um papel para o qual não dispunha de respaldo político.

O afastamento do município deste confronto direto, que foi assumido pelos governos estadual e federal, possibilitou que se agregasse capital político para a construção de uma rede diversificada de dispositivos. Paracambi foi novamente habilitado como pleno do sistema em 2002 já com uma nova configuração do cenário local. A partir das eleições em 2000, havia chegado ao poder um prefeito alinhado com as políticas estaduais e federais em saúde mental daquele período.

Este aspecto também significou um fator importante na governabilidade dessa ação. Na gestão federal e estadual, as assessorias técnicas da área de saúde mental tinham uma mesma diretriz de intervenção pautada na reorientação do modelo hospitalocêntrico para um norteado pela atenção

psicossocial. Além disto, o secretário de saúde estadual era reconhecido por sua trajetória na Reforma Sanitária e pela priorização das ações em saúde mental nas gestões municipais de mandatos anteriores.

O papel desempenhado pelo poder estadual neste processo merece destaque. Considerando a dificuldade encontrada para a implantação do preceito da regionalização, neste estudo encontramos uma gestão estadual do subsetor saúde mental que se constituiu como um indutor de políticas e efetivou a regionalização como um dos pontos cruciais na construção dos sistemas de saúde mental municipais.

Entre outras ações, o plano estadual de saúde mental, bem como o de reinserção dos internos da CSDE, incluía um planejamento de ações a partir de regiões de saúde. O diagnóstico do censo clínico-psicossocial da instituição realizado em 2000 mapeou uma população de abrangência prioritariamente regional e desta forma sua reinserção demandava a estruturação de redes potentes para acolher esta clientela.

O diagnóstico dos sistemas de saúde mental locais obedeceu a uma análise do contexto regional a partir do qual foram planejadas as ações. No que se refere à CSDE-Pbi, um grande número de pacientes era oriundo das regiões metropolitana I e II além da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro, onde estava localizada a instituição. Cada uma destas regiões tinha quadros semelhantes quanto às características da assistência em saúde mental e todas com índices significativos de internações psiquiátricas. O papel do Estado foi além de investimentos na estruturação das redes por meio de consultorias

técnicas, cursos de formação e supervisões institucionais e de programas. Em paralelo, a articulação das políticas pela intervenção na Comissão Intergestora Bipartite, a proposição de legislação específica de financiamento como a CIB n.º 54 e a negociação direta com as secretarias municipais possibilitou a consolidação de dispositivos de saúde mental na totalidade dos municípios envolvidos.

Instrumentos como o mapa de migração, acompanhamento dos pacientes internados pelos municípios em hospitais psiquiátricos com posterior seguimento de sua inserção na rede extra-hospitalar, foi um recurso profícuo no monitoramento do cuidado. Em relação à clientela ex-interna da CSDE-Pbi possibilitava uma avaliação da reinserção psicossocial proposta no projeto inicial. Além disto, permitia ações que corrigissem distorções nos programas locais de saúde mental por meio de um suporte técnico realizado pelo grupo interinstitucional (G8).

No que diz respeito ao modelo de intervenção oficial em 2004, esta se utilizou da “requisição de serviços” pelo gestor municipal sob alegação de graves danos a saúde dos internos, ou seja, uma situação de calamidade pública. O formato adotado foi o primeiro deste tipo entre todas as intervenções em instituições privadas realizadas até aquele momento. Foi possível sua sustentação embasada estritamente na legislação do Sistema Único de Saúde e se configurava como uma ação administrativa. Não foi necessário inicialmente que recorresse a uma ação judicial o que, em geral, ocorria neste tipo de ação e que era responsável por postergar os processos de intervenção.

Outra particularidade determinante principalmente para o gestor municipal era a garantia de que o passivo trabalhista da instituição (valores devidos aos trabalhadores em decorrência da legislação trabalhista) não seria repassado ao interventor (no caso, o município). Este aspecto foi, por vários anos, a justificativa da impossibilidade de qualquer intervenção que envolvesse a assunção da gerência da instituição pelo poder público.

A articulação entre os três poderes se desdobrou em um processo tripartite e em uma intervenção com gestão compartilhada. Deste modo, possibilitou um fortalecimento da potência política exigida em ações deste tipo além de garantir o financiamento das ações. A sustentabilidade destas exigiu um grande aporte de recursos que um município de pequeno porte como Paracambi não teria como investir.

O papel desempenhado pelo Ministério Público representou um dos pontos cruciais na efetiva implantação da desinstitucionalização. A partir do relatório da Caravana da Cidadania, uma ação civil pública foi impetrada. Inicialmente, isto gerou um termo de ajuste de conduta que envolvia como réus o município de Paracambi, o estado do Rio de Janeiro, o Governo Federal e os proprietários da CSDE-Pbi. Esta configuração possibilitou que os gestores locais, no caso, a coordenação de saúde mental municipal e a assessoria de saúde mental do estado do Rio de Janeiro tivessem um empoderamento político para negociar com os secretários municipal e estadual a destinação orçamentária e o respaldo para execução de ações prioritárias, como a construção de serviços residenciais, contratação de pessoal e fortalecimento da supervisão hospitalar.

Entretanto, a determinação pelo juiz do fechamento da CSDE com a retirada de todos os seus internos não foi cumprida após alguns anos de seu deferimento. Novamente, o Ministério Público interveio, agora como órgão fiscalizador do cumprimento da determinação judicial. Tinha o poder de estabelecer multas diárias para o réu condenado, qual seja, o município que não efetivasse a retirada dos seus munícipes. Além disto, o Ministério Público se caracterizou durante todo o processo de intervenção pelo zelo pelas condições dos internos na instituição bem como pela garantia de direitos básicos como documentação, prestação de contas da renda de cada usuário desinstitucionalizado, entre outros.

Por fim, retomamos as questões que nortearam a construção deste projeto de pesquisa. Ao tentarmos responder de que forma o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos impactou a construção de sistemas de saúde mental municipais, provavelmente tangenciamos uma discussão que não se encerrou com os resultados desta pesquisa. No que foi possível observar no caso de Paracambi, o macro-hospital foi construído sob o reflexo da política pública na época, que privilegiava o modelo hospitalocêntrico. A transformação da instituição em lugar de longa permanência da clientela foi consequência do desinvestimento no cuidado em saúde mental dos municípios da mesma forma que de uma fragilidade política do município sede diante do poder que a instituição reunia.

Outro aspecto diz respeito a ser uma instituição de característica regional, ou seja, sua clientela advinha de um grande número de municípios do estado do Rio de Janeiro, que não dispunham de redes poderosas de cuidado

em saúde mental e tinham na CSDE-Pbi uma solução prática para suas mazelas. Assim, o fechamento responsável desta instituição tinha como condição a estruturação de redes de cuidado em Paracambi e nas regiões circunvizinhas.

Ao mesmo tempo, a resposta ao segundo questionamento norteador – qual o papel das instâncias de governo na desinstitucionalização em Paracambi – é um desdobramento da primeira questão. A construção das redes e o investimento em recursos humanos e de infraestrutura de serviços exigiram um planejamento para além de um plano municipal. A presença do Governo Federal e da Secretaria Estadual de Saúde nas ações possibilitou um aumento da governabilidade das coordenações de saúde mental locais a partir do investimento de recursos e de suporte técnico e político.

A precariedade do quadro da saúde mental antes do fechamento do hospital refletia a não priorização deste subsetor pelos governos municipais e também a baixa qualificação de gestores desta área técnica para a estruturação de um planejamento consistente. Deste modo, a indução de políticas foi promovida com incentivos financeiros associados a um suporte técnico na formação de gestores e na participação estreita da assessoria de saúde mental na articulação política junto aos municípios. Ao gestor municipal coube a priorização das ações em saúde mental, implantando novos serviços como os CAPS e os SRTs, ao mesmo tempo em que estabelecendo um controle da porta de entrada de internações psiquiátricas. A inclusão na pauta da CIB das pactuações da saúde mental também foi um fator potencializador das políticas locais de saúde mental.

As ações desenvolvidas geraram uma importante ampliação dos serviços de saúde mental em Paracambi e adjacências. Com a inserção da clientela ex-interna da CSDE-Pbi no território novos desafios são colocados. Dentre os aspectos mais relevantes está o caráter desta reinserção que não pode estar circunscrita a ter uma moradia e frequentar um serviço de saúde mental. Uma efetiva inclusão na sociedade pressupõe a percepção destes moradores como sujeitos de direito. A participação no cotidiano da cidade demanda um status de pertencimento que a simples desospitalização não garante. Este trabalho se fará com um contínuo investimento na transformação do imaginário social e de seus valores.

O conceito de processo civilizatório defendido por Arouca traduz o desafio da desinstitucionalização que em última instância se pauta pela construção de um novo papel social para a clientela ex-interna da CSDE-Pbi. Desta forma, novas pesquisas são necessárias para que se possa ter maior clareza da efetividade das ações implantadas. O acompanhamento do percurso desta clientela torna-se necessário para tal análise.

Depois de 12 anos de um processo de desinstitucionalização, a Casa de Saúde Dr. Eiras finalmente cerrou suas portas em março de 2012. Neste processo, mais de mil usuários foram reinseridos na comunidade. Pelo retorno à família no município de origem, a inserção em serviços residenciais terapêuticos e a construção de novos dispositivos de cuidado, os municípios foram estruturando seus programas de saúde mental. Entretanto, a sustentabilidade das ações em curso ainda hoje constitui um desafio para os gestores e movimentos sociais. As questões do financiamento, da

transformação do imaginário social e da manutenção da política de reorientação do modelo assistencial são questões essenciais na Reforma Psiquiátrica e, portanto, no caso de Paracambi.

A história da psiquiatria demonstra que as transformações são contínuas e nem sempre determinadas por diretrizes voltadas para o resgate da cidadania. Portanto, o caso da desinstitucionalização dos internos da CSDE-Pbi contribuiu para repensar as formas de implantação de novas estratégias de cuidado. Principalmente, seu registro marca a possibilidade de desconstrução de um modelo que tinha nesta instituição o simbolismo de sua manutenção.

BIBLIOGRAFIA

ACIOLI, S. Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p.293-303. 2005.

ALBUQUERQUE P. Apresentação. Desinstitucionalização. A experiência dos serviços residenciais terapêuticos. *Cadernos do IPUB*. Rio de Janeiro. V. XII.Nº22.,p. 09-14. 2006.

ALVARENGA, L. & NOVAES, C. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.571-593, abr.-jun. 2007.

ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ/ ABRASCO. p.167-176.2001.

_____ & GULJOR, A.P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ, 2004, p. 221-240. 2004.

AMARANTE, P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.202p.

_____ (org.) *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP. 1995.143p.

_____ *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.142p.

_____ & TORRES E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: a análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58., p.26-34, maio/ago. 2001.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE P. (org). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau. p. 45-65. 2003.

_____. Texto de Abertura. In: FERREIRA G, BAPTISTA, L.A. & MELO, W. (orgs.) *Dialética dos Movimentos Sociais no Brasil: por que a Reforma Psiquiátrica?*. Rio de Janeiro: EncantArte Editora, p. 19-30. 2004.

_____. & GULJOR A.P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 65-76. 2005.

_____. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.117p.

_____.& NICÁCIO, F. (orgs.) Saude Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates. São Paulo: Zagodoni, 2012. 221p.

ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL (SES-RJ)/MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Censo Clínico e Psicossocial dos pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi*. Relatório Final. Rio de Janeiro: SES-RJ/MS. 2001.

ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL/SES. *Relatório das ações realizadas pela assessoria de saúde mental da secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro na casa de saúde Dr. Eiras – Paracambi*, Rio de Janeiro, 2002, Mimeo. 2002.

ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL/SES. *Consolidação dos Principais Indicadores de Saúde Mental do Estado*.Rio de Janeiro, 2005, Mimeo. 2005.

BACHRACH, L.L. Case management: toward a shared definition. *HospCommunityPsychiatry*. Sep; 40(9):883-4.1989.

BANDEIRA, M., LESAGE, A., MORISSETE, R. *Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental*. J Bras de Psiquiatr.4(12):659-66.1994.

_____, GELINAS, D., LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. J Bras de Psiquiatr. 47(12)627-40.1998.

_____. & GONTIJO, E.D. Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos [versão electrónica]. J. Bras. Psiquiatr.

2008.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf.2008 Último acesso em: 21/08/2012.

BAPTISTA, T.W.F. O direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO F° (org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p.11-42. 2005.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70.p.30. 2008.281p.

BARRETO, JR. I.F. & SILVA, Z.P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *Revista São Paulo em Perspectiva*, vol.18, nº3. P.47-56. 2004.

BARRETO, L. *Diário do Hospício; O cemitério dos vivos*. São Paulo: Cosac Naify. 2010. 352p.

BARROS, D.D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora EDUSP/Lemos Editorial. 1994.155p.

BASAGLIA, F. A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1985. 326p.

_____, ONGARO, F.B., CASAGRANDE, D., JERVIS, G. et al. Considerações sobre uma Experiência Comunitária. In: AMARANTE P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.11-40. 1994.

_____, 1924- Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. AMARANTE P. (Org.); Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 331p.

BELINI, M.G. & HIRDES, A. Projeto Morada São Pedro: Da institucionalização à Desinstitucionalização em Saúde Mental. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, Out- Dez; 15 (4): 562-9. 2006.

BIRMAN, J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro:Graal. 1978. 453p.

_____ & COSTA, J.F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 41-72. 1994.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 15. ed. - Petrópolis-RJ: Vozes. 2008.199p.

BOURDIEU, P. A Escola conservadora: as desigualdades frente à escola e à cultura. In: NOGUEIRA MA, CATANI A. (orgs). Escritos de educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. Norma Operacional Básica. Portaria nº 2.203. Nov.1996. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Último acesso em 21/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. Portaria nº 1218 de 12 de Novembro de 2000a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/313/legislacao.html> Último acesso em 22/09/2012.

BRASIL. Assessoria de Saúde Mental/SES. Plano de Reorientação da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 401 de 29 de março de 2001. DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde). 2001. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8211-401.html?q=> . Último acesso em: 21/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditorias do SUS/DENASUS. Equipes de Auditoria por Especialidades Médicas. In: Gustavo Amorim Coutinho (Org.) Ações premiadas no 6o Concurso de Inovações na Gestão Pública Federal — 2001. Brasília: ENAP, 2002a.239p. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=200&dir=ASC&order=name&limit=5&limitstart=5

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS. Portaria nº 373. Fev. 2002b. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/Portaria_MS_373.2002/view Último acesso em 21/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.* 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *De Volta para Casa: Manual do programa.* Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria - Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5ªed.ampl. Editora MS. Brasília.: Ministério da Saúde, 2004. 340p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS/MS. *Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental*. Ano V. nº. 24. NOV/DEZ. 2006 25p. Disponível em www.saude.gov.br Último acesso em: 24/11/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, Janeiro, p.85. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Saúde Mental em Dados 7*. Ano V, nº 7, Informativo eletrônico. Brasília: junho 2010. www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Último acesso em 24/11/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília. Janeiro 2011. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saudemental>. Último acesso em 21/08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES/Área Técnica de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. *Viramundo. Boletim Informativo da RAPS-Rede de Atenção Psicossocial*. Nº2. Ano I. Setembro/Outubro 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 11*, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012b (acesso em 10/11/2012).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012. Diário Oficial da União. 2012c. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação de programa: *Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2005. 120p.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. I *Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma análise da Situação Manicomial Brasileira. Relatório*. Brasília. 2000. 32p.

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98-111. 2001.

CAVALCANTI, M.T., VILETE, L. & SZTAJNBERG, T.K. Casa e/ou Serviço? O dilema das moradias assistidas e/ou Serviços Residenciais Terapêuticos no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Cadernos do IPUB*; nº22. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. 2006.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal. 1991.

_____. *As Metamorfoses da Questão Social*, Petrópolis: Editora Vozes, 1995.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O lugar da gestão na conquista do SUS pra valer. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, V. 29, n.71, p. 382-384. 2005.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. p.113-125. In: MATTOS, R.A. & PINHEIRO, R.(Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado àsaúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113-126. 2001.

CERQUEIRA L. *Psiquiatria Social. Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Livraria Atheneu. 1984. 306p.

CHIZZOTTI A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora Cortez. 1998. 164p.

COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva. 1989. 162p.

COSTA-ROSA A, LUZIO CA, YASUI S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. . In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, p. 13-44. 2003.

COSTA, N.R., SIQUEIRA, S.V., UHR, D., SILVA, P.F., ALEXANDRE, A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo, e Descentralização da Saúde Pública no

Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO. v.16. n.12. dez. 2011. p.4603-4614. 2011.

DALGALARRONDO, P. &, BOTEGA, N.J. *Saúde Mental no Hospital Geral. Espaço para o psíquico*. 2ª ed. Editora Hucitec. São Paulo. 1997.

DELGADO, P.G.G. *Mal-estar na Indústria: contribuição ao estudo das relações entre saúde mental e condições de trabalho*. Tese (Mestrado Psiquiatria). Instituto de Psiquiatria. UFRJ. 1983.

_____. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis SA, Costa NR. (Org.) *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*, 7ªed. Petrópolis: Vozes- ABRASCO,p. 171-202.1987.

_____. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cadernos do IPUB*, 6:9-20. 1997.

_____. “Instituir a Desinstitucionalização” o papel das Residências Terapêuticas na Reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro V. XII, n. 22: 19-33. 2006.

DESVIAT M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.165p.

ESCOREL, S., Nascimento, D.R. & EDLER, F.C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T., GERSCHMAN, S. & EDLER, F.C. (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: ED. FIOCRUZ, p.59-82. 2005.

FERREIRA G, BAPTISTA, L.A. & MELO, W. (orgs.) *Dialética dos Movimentos Sociais no Brasil: por que a Reforma Psiquiátrica?* , Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2004.p.169.

FASSHEBER, V.B. *O processo de Reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período de 200-2004: um estudo de caso acerca da “cidade dos loucos”*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2009.

FIORI, J.L. Globalização e governabilidade Democrática. *PHYSIS. Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7 (1): 137-161, 1997.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro. 1994. 99p.

_____. *A História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1999a. 551p.

_____. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. 19ª ed. Petrópolis: Vozes. 1999b. 288p.

FURTADO JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais terapêuticos no SUS. *Rev C S Col*, Rio de Janeiro, 11(3): 785-95, 2006 a.

_____. A ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil: o que dizem alguns autores. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, Vol. XII, n. 22: 39-51. 2006b.

GIOVANELLA L, AMARANTE P. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.113-147.1994.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. . São Paulo. Editora Perspectiva. 7ª edição. 2001.

GOLDBERG, J. *Cotidiano e instituição / Revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____, *A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1992.

GOMES, M.P.C., COUTO, M.C.V., PEPE,V.L.E, ALMEIDA, L.M, DELGADO, P.G.G, COUTINHO, E.S.F. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad. Saúde Pública* vol.18 nº 6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600037&script=sci_arttext. Última acesso em: 21/08/2012.

_____. GAUDÊNCIO, A., VIANNA, L., et al. Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro V. XII, n. 22: p. 121-127. 2006.

GUITTON, A.P. *Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2010.

GULJOR, A.P., VIDAL, M.C. & SCHMID, P.C. Construindo a Reforma sobre o domínio do hospício: o Polo de Saúde Mental de Paracambi. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, *O Campo da*

Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá. p. 582-588. 1996.

_____. PINHEIRO R. & SILVA JR., A.G. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói-RJ. In: PINHEIRO & MATTOS RM. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-OMS/UERJ- ABRASCO, p. 113-134, 2006

_____. & VIDAL, C. Centro de atenção psicossocial Vila Esperança: o papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. *Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS, p. 81-95. 2006.

_____. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental, 197p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003. 173p.

HEIDRICH, AV. *Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Tese (Doutorado em serviço social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2010 <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Último acesso em: 21/08/2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2012. <http://www.1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/1704.munici.shtm>. Último acesso em: 04/07/2012.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC. p. 55-59. 1996.

KODA, M.Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em Saúde Mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da Metrópole. In: *Saúde e Loucuras*⁰⁷. *Saúde Mental e Saúde da Família*. Ed. Hucitec. p.11-52. 2001.

LEEF J, TRIEMAN N, KNAPP M, HALLAM A. The TAPS Project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin. Opinion & Debate*. 24. p.165-168. 2000.

LIMA, J.C, MARTINS, W.J & SILVA, J.P.V. Gestão de Sistemas Regionais de Saúde: da normatização à pactuação democrática. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 101-119, jan./abr. 2006.

LOUGON, M. *Psiquiatria Institucional: do hospício à Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUCCHESI, M., MALIK, A.M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 43(1):161-68. 2009.

LUCENA, M.A.S. *Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de saúde (SUS): engrenagens da operação*. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2011.

MACHADO, A.L., COLVERO, L.A. O cuidado de enfermagem: o sujeito do cuidado como sujeito da relação. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador. V. 18; n.1/2, p.51-55. 2003.

MACHADO, L.F., DAHL, C.M., CARVALHO, M.A., CAVALCANTI, M.T. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. *J Bras de Psiquiatr*. 56(3):208-218. 2007.

MALTA, D.C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - DMPS/FCM/Unicamp. Campinas. 2001. p.135-136. 2001.

MATTOS, H. *A História da Casa de Saúde Dr. Eiras*. 47p. 2004. Disponível em: www.hmattos.kit.net/historiadacasadesaude.html

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p.39-64. 2001.

_____. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. (orgs.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, p. 119-132. 2004.

MILAGRES, A.L.M. Eu moro, tu moras, ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In: AMARANTE

P.(Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Ed. p. 121-148. 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. FUNDAÇÃO PRÓ UNI-RIO. NÚCLEO DE PESQUISA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL – IPUB-UFRJ. *Censo clínico Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras - filial Paracambi. Síntese dos Dados*. Rio de Janeiro. Junho 2001. 91p. 25 tabelas em anexo.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Ministério Público e a Tutela à Saúde Mental : A Proteção de Pessoas Portadoras de Transtornos Psiquiátricos e de Usuário de álcool e Drogas*. Ministério Público do Rio de Janeiro. 2ª ed. Agosto 2011. 133p. Disponível em: www.mp.rj.gov.br. Acessado em 12/10/2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Apresentação*. Homepage. 2012. Disponível em www.mp.sp.gov.br. Acessado em 12/10/2012.

NATAL, C.R. *História de Paracambi*. Rio de Janeiro: Guavira, 1987.

NICÁCIO, F.O. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1994.

NUNES M, JUCÁ VJ, VALENTIM, C.P.B. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. 2(10):2375-84. 2007.

PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, I.C.F. *A Reforma Psiquiátrica: As experiências francesa e italiana*. Coleção Loucura & Civilização. Ed. FIOCRUZ. 2009. 244p.

PAULIN, L.F. & TURATO, E.R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 70. *Histórias, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro. mai - ago. vol.11(2). P.241-258. 2004.

PESTANA, M. & MENDES E.V. *Pacto de Gestão: da Municipalização Regionalização Cooperativa*. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004. 80p.

PITTA, A.M.F. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (orgs). *Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. p. 20-30.2001.

RESENDE H. Política de Saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. (orgs.) *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*, 7ªed. Petrópolis: Vozes- ABRASCO, p. 15-73.1987.

REVISTA ÉPOCA. *Depósito de Loucos*. 04 de setembro de 2000. Disponível em: <http://epoca.globo.com/edic/20000904/brasil5a.htm>. Último acesso em 12/08/2012.

RIBEIRO, P.T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6.p. 1525-1532. 2007.

ROTELLI, F. Superando o Manicômio – o Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE P. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. P. 149-169. 1994.

_____. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI F, LEONARDIS O & MAURI D. (Orgs.). *Desinstitucionalização*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59. 2001.

SAMPAIO, J.J.C. *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a Sobrevivência do Asilo e Outros Destinos Possíveis*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1988.

SANTOS M. O retorno do território. *OSAL 16 Debates* Ano VI n. 16 jan-abr. p. 251-261. 2005.

SANZANA, A.P.M; CAMPOS, A.P; MACHADO, A.C; SOUTO, J.S; ESCHEBARRENA, R. A Reforma começa em casa: o fio da navalha na clínica dos dispositivos residenciais terapêuticos do IMAS Juliano Moreira. *Cadernos IPUB*, v. 12, n. 22, p. 169-177. Nov/dez.2006.

SARACENO B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte/ Rio de Janeiro. 1999.

SES/RJ. ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL-RJ. *Plano de Reinserção Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi*. Rio de Janeiro: Mimeo. 8p. 2000.

SES/RJ- ASM. Resolução nº 1554, de 7 de Novembro de 2000.

SES/RJ- ASM. Resolução nº 1555, de 8 de Novembro de 2000.

SES/RJ- ASM- RJ. *Plano Paracambi (Diagnóstico Situacional do Município de Paracambi e Plano de Trabalho Estadual para a Reorientação da Assistência em Saúde Mental da Casa de Saúde Dr. Eiras Filial Paracambi)*. Rio de Janeiro. 2001. 14p.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. *Plano Estadual de Saúde Mental*. Rio de Janeiro. 2002.

SES/RJ. ASM-RJ. *Plano Estadual de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Mimeo. 2003a.

SES/RJ. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde-RJ. *Análise de Impacto da Política de Saúde mental do Estado do Rio de Janeiro. Paracambi (CSDE-P)*. Rio de Janeiro. 2003b.

SES/RJ. ASM-RJ. Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro 1999-2003. Rio de Janeiro: Mimeo. 2003c.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARACAMBI. *Diagnóstico de Saúde: Análise Preliminar de Dados do Município de Paracambi – Rio de Janeiro – Ano Base 2001*. Paracambi. Apresentado: Jan. 2003. Mimeo. 41p. 2003a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARACAMBI. COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL. *Projeto de Desinstitucionalização e Acompanhamento técnico dos internos da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi*. Paracambi. Setembro 2003b. 28p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PARACAMBI. Teto Atenção Psicossocial Extra-hospitalar. Paracambi. Período: Jan-Set/2003c. SES/RJ. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde-RJ. Relatório de Gestão da Assessoria de Saúde Mental – SES/RJ. 2003c.

SHORTER, E. The historical development of mental health services in Europe. In: KNAPP M, MACDAID D, et al. (orgs). *Mental Health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. WHO/Open University Press. England. p.15-33. 2007.

SILVA, J.P.V, PINHEIRO, R., RANGEL, F. Necessidades, Demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. v.27. n.65. set/dez. Rio de Janeiro. p.234-242. 2003.

_____. & LIMA JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) *Textos de apoio em políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.43-74. 2005a.

_____. & GULJOR A.P. Gestão em Redes e Construção da Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde: notas para um debate. In: FERREIRA SCC, MONKEN M. (Org.) *Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade*. Rio de Janeiro: EPSJV. p.23-42. 2009.

SOUZA ÂC. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*. 10(4): 703-710. 2006.

SOUZA, Â.C. *Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2012. 156p.

STANCHI, R.P. *Modernidade, mas nem tanto: o caso da vila operária da fábrica Confiança, Rio de Janeiro, Séculos XIX e XX*. Dissertação (mestrado em Arqueologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. 2008. 199p.

STOTZ, E.N. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(2): 264-268 abr./jun. 1994.

STOTZ EN. Participação Social. In: BRASIL, I.B. & LIMA, J.C.F. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: EPJVF°. p. 293-299. 2008.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 257-277, 2003.

VASCONCELOS, E.M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde mental. *Cadernos do IPUB*, nº 7: p.19-43. 1997.

_____. Os dispositivos residenciais e de reinserção social em saúde mental: contexto, política, estratégias, tipologia, abordagens teóricas e desafios. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, Vol. XII, nº 22: p. 53-69. 2006.

VAZ, R.D. *Loucura Divers(c)idade: Espacialidade da loucura e produção de subjetividade*. Tese (Mestrado em Psiquiatria). UFRJ. Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro. 1994.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na época da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU. p. 157 – 184. 2003.

_____.A Cidade dos Outros. *Fractal: Revista de Psicologia*. V 21 – nº 2. maio/ago. p.203-222. 2009.

_____.*O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 2º Encontro Nacional de losResidenciales Terapéuticos y del Programa de Volta Para Casa. Porto Alegre. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhodoscantos.pdf>>. 2010. Último acesso em: 21/08/2011.

VIACAVAL, F., ALMEIDA, C., et. al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc.& Saúde Coletiva* [online]. Vol. 9, n.3, pp. 711-724. 2004.

VIANA A.L, HEIMANN, L.S., LIMA, L.D., OLIVEIRA, R.G. & RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(Suplemento):139-151, Rio de Janeiro, 2002 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700014&lng=pt&nrm=isoÚltimo acesso em: 21/08/2011.

VIANNA, M.J.B. As relações entre famílias populares e escola: o lugar de uma confrontação desigual entre dois modos de socialização. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 40, p. 239-243, 2004.

VIDAL, C. & GULJOR A.P. Desinstitucionalizar: e aí? Os caminhos da desconstrução de um estigma. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro V. XII, n. 22: p. 193-198. 2006.

_____.*Desinstitucionalização – Programa de Saúde Mental de Paracambi. Apresentação IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2010.Mimeo.41p.

VIZEU F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, jan./apr. 2005.

YASUI S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In: A. LANCETTI (org.) *Saúde e Loucura 1*. Editora Hucitec. 2ª Edição. p. 47-89. 1989.

YASUI S. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. (Dissertação). Assis (SP): Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista; 1999.

YASUI, S. *Ruptura e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2010. 192p.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e método*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman. 2005. 212p.

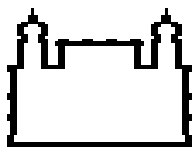
SITES:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:
<http://www.cnes.datasus.gov.br>

DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA CIDADES@ :
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default2.php>

Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde:
<http://189.28.128.178/sage/>



ANEXO I

Ministério da Saúde
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi-RJ: Um estudo de caso.”

Você foi selecionado por sua familiaridade com as questões ligadas ao cuidado em saúde mental no município de Paracambi e sua relação com o processo de desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional da Casa de Saúde Dr. Eiras. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não implicando em nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição responsável pela pesquisa.

Este estudo se justifica pela prioridade, definida pela política nacional de saúde mental, desde o ano 2000, para a desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional. Até o momento estão em curso no país diversas experiências de fechamento de macro hospitais sendo a desinstitucionalização da clientela um grande desafio no que se refere ao resgate da cidadania e acesso ao cuidado em saúde mental. Deste modo, a experiência de Paracambi contribuirá para potencializar as estratégias de reinserção psicossocial desta clientela através da construção de redes de cuidado.

Os objetivos desta pesquisa consistem em: Contextualizar o programa de saúde mental do município de Paracambi com ênfase no período da intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras; Mapear as estratégias técnico-assistenciais e jurídico-políticas desenvolvidas no processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi pelas três esferas de governo; Mapear as estratégias sócio culturais desenvolvidas a partir da desinstitucionalização da clientela da Casa de Saúde Dr. Eiras; Levantar os principais impasses do processo de desinstitucionalização no município de Paracambi.

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em conceder uma entrevista a pesquisadora Ana Paula Freitas Guljor. A mesma será gravada por um equipamento de áudio MP4. As mesmas serão transcritas na íntegra para a análise das falas dos sujeitos da pesquisa. O uso do material da entrevista será de uso restrito da pesquisadora e para fins dessa pesquisa.

Não haverá risco algum na sua participação. No entanto, os benefícios relacionados ao seu consentimento são a possibilidade de contribuir para o aprofundamento do conhecimento do processo de desinstitucionalização em Paracambi e a influência do fechamento do macro hospital – Casa de Saúde Dr. Eiras – na construção da rede de cuidado em saúde mental municipal. Além disto, contribuirá para a divulgação de uma experiência local de grande importância para o cenário de desinstitucionalização da clientela de longa permanência ainda quantitativamente significativas nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Nesse sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para a rede de saúde mental local.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos posteriormente, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação.

No entanto, apesar de não terem sido identificados pela pesquisadora riscos diretos aos sujeitos da pesquisa, ter sido assegurado o sigilo da identidade dos participantes em publicações e relatórios de pesquisa e garantida a confidencialidade do material arquivado, existe um risco indireto, mesmo remoto, da identificação dos sujeitos através de fragmentos relatados de suas práticas e falas. Será assegurado ao participante o direito de não autorizar a divulgação de sua fala e/ou parte de sua entrevista. Caso acredite poder sofrer algum prejuízo será assegurado o direito a ter sua participação retirada da pesquisa, a qualquer tempo, sem prejuízo para si.

O presente documento em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho nacional de saúde será assinado em duas vias, constando neste o endereço, e-mail e telefone da pesquisadora e da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento.

Ana Paula Freitas Guljor
Pesquisadora responsável

Neste termos e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Sujeito da pesquisa

Instituição do Pesquisador: Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - HPJ
Divisão de Ensino e Pesquisa
Fundação Municipal de Saúde de Niterói
Av. Quintino Bocaiúva S/N –Charitas – Niterói – Rio de Janeiro - CEP 24370-001

Tel. 21-26108028 – 27148051 ramais 239 ou 222
E-mail: guljor@ensp.fiocruz.br

Instituição Responsável: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
End.: Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, sala 314 – Manguinhos/ Rio de Janeiro/ RJ
CEP: 21041-210
Tel: 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br/etica

ANEXO II

Roteiro de entrevista do projeto de pesquisa:
“O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de
desinstitucionalização no município de Paracambi-Rj: Um estudo de caso.”

Entrevistador: Ana Paula Guljor

A - Identificação

Data da realização da entrevista:

Número da Entrevista

Formação Profissional

Idade

Inserção na área de saúde mental (gestão, técnico, usuário,
judiciário, movimentos social, cultura)

B - Questões norteadoras

- Fale de sua aproximação com a área de saúde mental.

- De que forma começou sua relação com o município de Paracambi?

E sua relação com a saúde mental local?

- Como descreveria a relação do município de Paracambi com a
loucura?

- Descreva sua participação nas ações de saúde mental do município.

- O que você conhece e/ou vivenciou da atenção em saúde mental no
município de Paracambi antes da intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras?

- Como se deu o processo de intervenção e quais os recursos foram
necessários?

- Quais as transformações que observou no cuidado em saúde mental em Paracambi se comparado o período anterior e pós-intervenção?
- Qual a sua participação nas ações de desinstitucionalização dos ex-internos da Casa de Saúde Dr. Eiras?
- Como descreveria o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi?
- O que considera fundamental neste processo?
- Quais os principais desafios que vivenciou neste processo?
- Como avalia a relação da sociedade local com o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras e a desinstitucionalização dos ex-internos da instituição?
- Poderia analisar o contexto político da intervenção e as pactuações realizadas?
- De acordo com sua inserção na saúde mental municipal comente a relação entre o processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras e o cuidado em saúde mental no município.

ANEXO III

Carta de Paracambi

Os quarenta e quatro moradores de SRTs, os vinte e cinco coordenadores de estado de saúde mental, os sessenta e um coordenadores municipais de saúde mental, os trezentos e quarenta e um trabalhadores da rede de saúde mental e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, reunidos entre os dias 23 e 25 de setembro de 2004 em Paracambi, RJ, no Encontro Brasileiro de Residências Terapêuticas,

Constatando,

1. Que existem ainda no Brasil aproximadamente vinte e cinco mil internos em hospitais psiquiátricos sob a condição de “moradores” potenciais;
2. A eficácia das Residências Terapêuticas como alternativa privilegiada para a reinserção social de internos que não possuem apoio familiar e/ou comunitário para voltarem a viver em comunidade;

Considerando,

1. A existência de articulação de leis federais e portarias ministeriais⁹⁰ no sentido de priorizar a atenção em saúde mental no território, reduzindo

⁹⁰ Lei Federal 10.216/2001

leitos hospitalares, direcionando recursos para o financiamento de Residências Terapêuticas e provendo bolsas de reabilitação para os egressos de longas internações psiquiátricas;

2. A diversificada e já consolidada experiência nacional na implementação e acompanhamento de egressos de longas internações psiquiátricas na comunidade, através das Residências Terapêuticas;
3. Que situações como a encontrada pelos interventores da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi possuem similares em outras partes do país e

4. A urgência de transformar profundamente a situação de vida em que se encontram milhares de brasileiros confinados aos leitos manicomiais.

Solicitam,

1. O envio de Representação ao Colegiado Nacional de Procuradores Gerais de Justiça, para que seja feita recomendação aos Promotores das áreas de Cidadania, Saúde Pública e Registros Públicos, efetiva atuação para a emissão de Registro de Nascimento Tardio aos portadores de transtorno mental que estejam institucionalizados;
2. Que o Ministério da Saúde realize ações de sensibilização dos Gestores Municipais para a implementação de SRTs;
3. Que seja estabelecida equivalência entre os valores das APACs destinadas aos hospitais com até oitenta leitos e aquelas destinadas aos SRTs;
4. Que a legislação habitacional garanta a destinação de um percentual dos imóveis construídos a egressos de longas internações psiquiátricas;
5. A realização de um Censo Nacional de Moradores de Hospitais Psiquiátricos, com apoio do IBGE;
6. Adequação das atribuições dos gestores e serviços sobre os SRTs, de modo a não superdimensioná-las – o que poderia tolher iniciativas voltadas a novas residências terapêuticas;
7. Tornar cada município que possui SRTs há mais de um ano como um consultor ou assessor natural para os outros municípios do estado que desejem implementar residências terapêuticas;

⁹⁰ Lei Federal 10.708/2003

⁹⁰ Portarias 106/2000; 1220/2000; 2077/2003; 52/2004 e 53/2004

8. Criação de um sítio na internet sobre SRTs com orientações técnicas, legais e burocráticas para os interessados;
9. Que o Ministério da Saúde estimule a pactuação nas Comissões Tripartites, Bipartites e nos Conselhos Municipais de Saúde, de modo a garantir que os recursos financeiros oriundos da desativação de leitos sejam utilizados nos SRTs ou outras iniciativas da reforma psiquiátrica;
10. Que o Ministério da Saúde promova ações conjuntas com os Ministérios Público e da Justiça para agilizar a obtenção de documentos de pacientes que não os têm;
11. Que a série histórica de internações seja suficiente para garantir o direito de um paciente a ingressar em um SRTs, superando os prazos hoje constantes nas portarias;
12. Revisão da portaria 106/2000, garantindo a inclusão de clientela dos CAPS que necessitem de SRT, além dos egressos de longa internação;
13. Incentivo ao estabelecimento de parcerias do SUS com Organizações Não Governamentais, para a condução de SRTs;
14. Garantia de pelo menos um SRT sob acompanhamento por cada um dos CAPS existentes no país (na proporção um SRT para cada CAPS).

Declaram,

1. Que nenhuma pessoa deverá mais residir em hospitais psiquiátricos;
2. Todos os atuais moradores e ex-moradores de hospitais psiquiátricos deverão ter seus documentos de identificação pessoal emitidos em curto prazo;
3. Cada CAPS deverá implementar e acompanhar ao menos um SRT neste país;

Finalizando, fazemos nossas as palavras do Sr. João Batista da Silva, ex-interno por mais de trinta anos em hospital psiquiátrico e atualmente morador de SRT. Assim afirmou o Sr. João durante o nosso encontro:

"Se o Brasil é um país democrático, não podemos desistir de que as pessoas vivam em liberdade e não podemos então desistir de tirar todos os usuários do hospital de Paracambi".

Paracambi, setembro de 2004