



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Programa de Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico.

Por

Anna Paula Aparecida de Lima Guitton

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista
Assistente de Orientação: Prof.^a Andréa da Luz Carvalho

Outubro de 2010

Aos sorrisos, olhares e sentimentos
– a vida que resiste no hospital
psiquiátrico.

Às moradoras do Núcleo Franco da
Rocha (IMAS - Juliano Moreira).

Agradecimentos

À minha orientadora Profa. Tatiana Wargas, com quem compartilhei a importância deste estudo na minha vida, dividi as dificuldades deste caminho, e com muita sensibilidade me deu condições de trabalho e me fez aprender estes passos.

À Profa Andréa Carvalho pelas observações contundentes, próprias do campo deste estudo.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) pela oportunidade de concretização deste desejo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida neste tempo.

Ao Prof. Paulo Amarante, com muita admiração pela sua força combativa e tão importante no cenário da reforma psiquiátrica brasileira.

Aos meus entrevistados e informantes-chave pela colaboração nesta pesquisa.

À Madalena Libério pelo carinho e torcida.

À Cristina Ventura pela atenção e disponibilidade.

À equipe da biblioteca da ENSP pela constante presteza nos atendimentos.

À Enilda pelas trocas na vida nesses últimos oito anos.

Ao Rodrigo com quem aprendo sobre o amor.

Ao meu pai, para sempre uma inspiração.

“O horizonte dos fatos é a fronteira do buraco negro.

Perdi anos pensando no que há depois da fronteira.

Como nasce o buraco negro?

Aonde vai tudo que engole?

No que se transforma?

Não achei respostas.

Mas sacrifiquei tempo, amizades, amor...

No dia que meu pai morreu, queria ir a escola.

Não me deixaram ir.

Nesse dia decidi como seria para sempre.

Que estratégias usaria para não sentir falta dele.

Que armaduras usaria, para não sentir a dor.

Agora vejo que olhava do lado errado do telescópio.

Aquela dor foi um enorme buraco negro.

Não tenho teoria para enfrentar o mundo.

Sei que, se nada toca você, nada o deixará feliz.”

(Filme: Uma Janela para Lua, de Alberto Simone – 1995.)

Lista de ilustrações e anexos

Quadro A – Normativas federais que impactaram no hospital psiquiátrico

Quadro B – Síntese dos principais documentos e eventos produzidos nos períodos das gestões federais e estaduais em saúde mental do estado do Rio de Janeiro – 1999 a 2009

Quadro C – Panorama da política de saúde mental no estado do Rio de Janeiro

Figura 1 – Dinâmica da Central de Regulação Regional

Quadro D – Indicadores da rede de saúde mental do estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2009

Quadro E – Redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos

Figura 2 – Mapa do estado do Rio de Janeiro por Regiões político – Administrativas e Rede de atenção em saúde mental

Quadro F – Série histórica da implantação dos SRTs no município de Carmo

Quadro G – Instituições indicadas para o descredenciamento pelo 2º PNASH

Quadro H – Níveis de porte hospitalar estabelecidos pela PT GM nº 2.644/09

Quadro I - Estabelecimentos submetidos a PT MS nº 426/09

Anexo 1 - Roteiro de entrevistas

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 - Crônica: A Semana de M achado de Assis – 1896

Anexo 4 - Deliberação CIB-RJ N.º 54 de 14 de Março de 2000

Anexo 5 - Resolução SESDEC N° 235 de 03 de Março de 2008

Anexo 6 - Projeto de Decreto Legislativo nº 09/2008, que “susta os efeitos da resolução SESDEC nº 235, de 03 de março de 2008” e pareceres.

Lista de siglas

AFDM – Associação de Amigos, Familiares de Doentes Mentais

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AMS – Assistência Médico Sanitária

ASM – Assessoria de Saúde Mental

BMH – Boletim Médico Hospitalar

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial – infantil

CAT – Comissão de Assessoramento Técnico

CCAP – Comitês Coordenadores de Auditoria - Psiquiatria

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CESM – Conferência Estadual de Saúde Mental

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CORSAM – Coordenação Nacional de Saúde Mental

CREDEQ – Centro de Recuperação de Dependentes Químicos

CR ou CRR – Centrais de Regulação Regionais

CSDE-P – Casa de Saúde Doutor Eiras – Paracambi

CSM – Centros de Saúde Mental

CTA – Conselho Técnico Administrativo

CTSM – Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DENASUS – Departamento Nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAPH – Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

G8 – Grupo de 8 técnicos

HETB – Hospital Estadual Teixeira Brandão

HG – Hospital Geral

HP – Hospital Psiquiátrico

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDME – Instituto Doutor Manoel Eiras

IMAS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas

PAD – Programa de Apoio à Desospitalização

PAM – Posto de Assistência Médica

PESM – Plano Estadual de Saúde Mental

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PL – Projeto de Lei

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PPS – Partido Popular Socialista

PPSM – Projeto Político de Saúde Mental

PRH – Programa de Reestruturação Hospitalar

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PT – portaria

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

PVC – Programa de Volta para Casa

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESDEC – Secretaria de Estado da Segurança, Defesa e Cidadania

SIH – Sistema Informação Hospitalar

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

TSO – Tratamento Sanitário Obrigatório

US – Unidade de Serviço

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro ocorrido nos anos 2000 a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico. Para tanto, apresenta, inicialmente, uma breve releitura sobre a origem do pensamento ocidental acerca da loucura, as distintas relações estabelecidas a partir de então e a constituição dos fundamentos do saber e prática psiquiátrica na modernidade que conferiram o aparecimento do hospital psiquiátrico como instrumento terapêutico. Posteriormente, relata as principais iniciativas internacionais de reforma psiquiátrica ocorridas no século XX em função das contestações e críticas dirigidas ao hospital psiquiátrico frente ao seu caráter iatrogênico e sua incapacidade de ressocialização. Por fim, descreve o surgimento e expansão dos hospitais psiquiátricos no Brasil – com os macros hospitais públicos – até a opção institucional pela privatização da assistência psiquiátrica hospitalar no país. Sucessivos acontecimentos políticos e sociais marcaram a assunção dos pressupostos da desinstitucionalização psiquiátrica inspirada na experiência italiana como estratégia-chave da reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo reconhece o início da década de 2000 como um período de produções normativas importantes para a inflexão na política nacional em saúde mental, acompanhadas de ações igualmente fundamentais no Projeto Político de Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro. No decorrer dos anos, as normativas nacionais e estaduais aliadas às estratégias políticas do estado impactaram a realidade dos hospitais psiquiátricos

A partir de entrevistas com gestores de saúde mental do estado no período de 1999 a 2009 e do material das fontes secundárias de pesquisa, busca-se compreender os períodos pelos quais o Projeto Político de Saúde Mental tem se constituído, especialmente com relação às ações de desinstitucionalização psiquiátrica promovida junto aos hospitais psiquiátricos – em que houve a indicação destes para o descredenciamento do SUS através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria.

Palavras-Chave: Hospital Psiquiátrico, Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, Política de Saúde Mental.

Abstract

This study aims to analyze the process of psychiatric desinstitutionalization in the state of Rio de Janeiro that occurred in the 2000s starting from political strategies for the psychiatric hospital. First, it presents a brief rereading about the origin of western thought in relation to madness, the different relations established from it and the constitution of fundamental knowledge and psychiatric practice in modern times that allowed the appearance of psychiatric hospital as a therapeutical instrument. Then, the study relates the main international initiatives in the psychiatric reform occurred in the 20th century due to refutations and critics addressed to the psychiatric hospital because of its iatrogenic character and its incapacity of resocialization. Finally, it describes the appearance and the expansion of psychiatric hospitals in Brazil – with macro public hospitals – until the institutional option for privatization of hospital psychiatric assistance in the country. Successive political and social events marked the emerging of psychiatric desinstitutionalization inspired by the Italian experience as a key strategy within Brazilian psychiatric reform.

The study recognizes the beginning of 2000's as a period of important normative production in national mental health policy accompanied by fundamental actions in the Political Project of Mental Health in the state of Rio de Janeiro. Through these years, the national and the state normatives allied with political strategies of the state caused an impact on psychiatric hospitals' reality.

Starting from interviews with mental health managers from the state of Rio de Janeiro between 1999 and 2009 and research secondary sources, we aim to understand the period through which the Political Project has been made up especially in relation to psychiatric desinstitutionalization actions promoted within psychiatric hospital – when there were indications for disaccreditation from SUS through the National Program of Evaluation of Hospital Services/Psychiatry.

Key words: Psychiatric Hospital, Psychiatric Reform, Desinstitutionalization, Mental Health Policy

Sumário

Resumo	X
Abstract	XI
Introdução	01
Primeira parte	
Capítulo 1 – A concepção moderna da loucura e a função do hospital psiquiátrico	10
Capítulo 2 – O hospital psiquiátrico nas reformas internacionais	23
2.1 – A reedição do ideal pineliano – o trabalho como terapia nas Comunidades Terapêuticas.....	25
2.2 – Psiquiatria de Setor – o esquadramento do hospital nas comunidades..	26
2.3 – O ‘aggiornamento’ da profilaxia dos alienistas – Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.....	29
2.4 – A Antipsiquiatria – um movimento contestador.....	33
2.5 – A Psiquiatria Democrática Italiana – a complexidade da desconstrução....	34
Capítulo 3 – O hospital psiquiátrico no Brasil: da reforma à política nacional de saúde mental	44
3.1 – A política nacional de saúde mental.....	56
Segunda parte	
Capítulo 4 – Caminhos da desinstitucionalização – As filigranas da política estadual de saúde mental	68
4.1 – O primeiro momento: Construção de condições e delimitação do projeto político estadual.....	74
4.2 – O segundo momento: Intervenção federal no município de Paracambi.....	84

4.3 – O terceiro momento: Acúmulo de condições institucionais e recrudescimento do controle das interações através das Centrais Regionais de Regulação.....	87
4.4 – O quarto momento: Início da latência do projeto político.....	95
4.5 – O quinto momento: Manutenção latente dos princípios constitutivos do projeto político.....	102
Capítulo 5 – O manejo das ações para desinstitucionalização psiquiátrica.....	111
5.1 – A experiência de Paracambi.....	111
5.2 – A experiência de Carmo.....	122
5.3 - Ações em curso: Rio Bonito e Bom Jesus do Itabapoana.....	128
5.3.1 – A experiência em Rio Bonito.....	132
5.3.2 – A experiência em Bom Jesus do Itabapoana.....	134
Capítulo 6 – O papel do hospital psiquiátrico na atenção em saúde mental: Projetos em disputa.....	138
Considerando – a partir do outro lado do telescópio.....	152
Referências Bibliográficas.....	159
Anexos.....	168

Introdução

É dessa aliança com as necessidades do doente, é desse antagonismo com a instituição que não se encontram traços nas mil reabilitações à venda no mercado. Traço não há ou porque a reabilitação se faz dentro do hospital, sem se dar conta de que se encontra dentro do hospital, ou porque se faz fora do hospital, sem se dar conta de que o fato de se estar fora não faz desaparecer o hospital, mas simplesmente faz desaparecer a angústia que este determina em quem lá trabalha.

Mas 'alguém', se o hospital permanece, ainda ali trabalhará e ali morará e quem lhe escapa sem se colocar o problema de sua permanência leva consigo o paradigma e o reproduz até o infinito" (Saraceno, 1999: 71).

Certa vez, em uma aula com Eduardo Lociser, escutei: "(...) *busca-se estudar análise institucional na tentativa de se livrar da instituição*". Tal afirmação vai ao encontro do presente estudo – o qual é resultado de minha experiência em um hospital psiquiátrico, período em que emergiu o desejo de indagar sobre essa instituição. Longe de se apreender a totalidade desse objeto, neste trabalho ensaio passos em direção a caminhos que cumpram a função de instigar uma busca permanente de respostas e que essas não se findem a um só tempo ou lugar, mas que abram sucessivas questões na vida, e que a mim seja posto o trabalho de elaborá-las.

O primeiro contato com um hospital psiquiátrico aconteceu no meu período acadêmico. Foi durante uma festa de Natal no Jurandyr Manfredini, identificado como hospital de agudos; recordo-me de que após um bom tempo e já um tanto embaraçada com aquelas pessoas (em intenso sofrimento), fui surpreendida por uma interna que me disse: "Não fique assustada, não; tudo aqui tem um final feliz, igual na novela!". Tal afirmação me fez pensar que final feliz seria aquele... Passei então a olhar mais de perto aquela realidade e buscar respostas para aquele enigma.

Durante os anos em que tive a oportunidade de trabalhar e conviver com os pacientes da Colônia Juliano Moreira (a partir de 1996, a Colônia recebeu o nome de Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira – IMAS JM) perguntava-me, quando lia nos prontuários sociais e clínicos, sobre a longa

história de internação. Histórias distintas de vida, sofrimentos certamente diferentes, com ações subjetivas não valorizadas. Por outro lado, a resposta/reação da instituição para todos tinha como desfecho a *'internação para a vida'*¹ em que esses sujeitos eram agrupados pelas inumeráveis homogeneizações dos códigos padronizados internacionalmente para as detectadas doenças.

Nesse contexto, ainda que os hospitais tenham sido reformados e tenham buscado tornar-se mais humanizados, por vezes, no decorrer dos dias, *flashes* do passado invadiam o cotidiano. De repente, voltava-me para o lado e via cenas como: uma paciente cujo cabelo fora cortado de forma tão curta que parecia quase raspado (quando perguntado a um técnico o porquê daquele corte, respondia-se: *'ela gosta assim...'*); paciente com alta carga medicamentosa sem avaliação conjunta e com prescrição antiga; familiar que detinha benefício financeiro de paciente internado (e que quando solicitado pela equipe em prover algo que fosse de interesse do paciente, retrucava *'isso não é obrigação do governo?'*); paciente que amalhava alguns objetos que lhe chamavam atenção e que de repente lhe eram retirados sob a argumentação de que *'ela junta muito lixo!'* (quando perguntada sobre o objeto ela dizia: *'fulano fez o rapa!'*); paciente em crise e temida por alguns que era contida sob a ameaça: *'Vou chamar a ambulância do Manfredini...'* e se por ventura lá chegasse era logo reconhecida como *'uma paciente clássica da Colônia...'* ou *'paciente patognômica'*. E tantas outras cenas tão íntimas do universo hospitalar que dificilmente seriam seriadas com tantas semelhanças e de forma tão espontânea e naturalizadas em outros equipamentos.

Apesar de extremamente exaustiva, aquela rotina me instigava a tentar fazer mais, ou diferente, do que fora feito no dia anterior. A cada dia dispunha-me a um trabalho *a posteriori*.

Parecia-me, a partir de conversas com pessoas que refletiam sobre seu trabalho, que ora enxugávamos gelo, ora éramos invadidos por sentimentos de que o dia passou e que muita coisa realmente ficara por fazer. O

¹ Frase retirada do trecho de entrevista relatado na página 125.

tensionamento estava sempre presente, sabíamos que o esforço era grande e constante, especialmente quando confrontado com o mínimo que conseguíamos alterar naquela realidade, muitas vezes pouco para as nossas expectativas... Não necessariamente pouco para alguns que residiam naquele lugar... Contudo, o sentimento de que o quê se fazia ainda era pouco, sempre aparecia e me colocava em busca de alternativas para problemas que pensava ainda impossíveis de existir.

Alguns trabalhadores perguntavam-se qual seria o destino da Colônia e, para cada um, essa pergunta apresentava-se de uma forma. De algum modo, aquela estrutura imensa e os efeitos nefastos que acarretava na vida dos internos produziam questões para os diferentes profissionais que ali se encontravam. Para mim, a questão principal era aceitar que ainda existisse uma estrutura de atenção em saúde mental de formato manicomial, mantendo condições precárias e impondo perdas fundamentais na vida de tantas pessoas.

Em dado momento senti que os movimentos realizados para driblar uma série de dificuldades que se interpunham na rotina daquele hospital psiquiátrico não deveriam mais ocorrer; naquele instante o meu trabalho precisava ser de outra ordem. Cobrava-me mais incisivamente o mestrado (o desejo estava posto, quando conheci a ENSP em 1999, por ocasião do curso do Prof. Paulo Amarante), pressentia que precisava discutir questões que me eram colocadas, em outro lugar.

Conforme Merhy (2005), não há pesquisa desvinculada dos interesses e das múltiplas relações que constituímos pelo mundo. Penso que as nossas escolhas são determinadas por tudo aquilo que nos toca e nos dá sentido na vida.

Assim, tomei em mãos uma normativa (PT 52/04) que previa a reconfiguração do porte hospitalar, tornando-os continuamente menores. Pensei em uma oportunidade de inflexão na política de saúde mental como retomada discreta e estratégica da extinção dos manicômios. Dessa maneira, meu primeiro movimento foi o de estudar como uma dada determinação legal

poderia incidir sobre estruturas como a do IMAS Juliano Moreira, ou seja, dos macro-hospitais.

Após sucessivas aproximações com o tema comecei a perceber que normativas não necessariamente garantiriam mudanças institucionais tão profundas na organização da atenção, que elas eram apenas a expressão de alguns movimentos de mudança. Todavia persistia o desejo de saber o que estava sendo feito para acabar com os hospitais psiquiátricos, especialmente aqueles que se assemelhavam à realidade da Colônia Juliano Moreira, um hospital de macro porte, povoado por pacientes com longa história de internação. Tal realidade revelava-se para mim como o desafio maior quanto à desinstitucionalização psiquiátrica. Trata-se de fato de uma dívida, não somente social, mas também ética. O que vinha sendo feito para mudar essa realidade? Ou o que poderia ser feito ainda nesse sentido?

Dessas inquietações surgiu a preocupação central deste estudo: refletir sobre a permanência do hospital psiquiátrico enquanto recurso existente na composição da rede de assistência em saúde mental sob os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda que possamos reconhecer nos últimos anos sucessivos esforços no processo de desospitalização e na construção simultânea da rede de serviços em saúde mental, o hospital ainda é tido como um equipamento assistencial de grande expressão. O caminho da desconstrução desse modelo tem se mostrado árduo e aponta ainda muitos desafios.

Sendo assim, as questões que permeiam o trabalho aqui proposto buscam aprofundar a reflexão sobre as estratégias políticas conduzidas pela área de saúde mental do estado do Rio de Janeiro no enfrentamento dos paradoxos que o hospital impõe ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

As perguntas que norteiam o estudo são: Como o estado do Rio de Janeiro, estado com o maior parque manicomial do Brasil, tem enfrentado nos últimos anos o desafio de diminuir o número de leitos psiquiátricos em hospitais especializados? As estratégias desenvolvidas têm possibilitado a constituição de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao hospital? Quais os princípios e valores presentes no processo de desinstitucionalização ocorrida no estado?

A escolha do estado do Rio de Janeiro, como caso para aprofundar a reflexão sobre a condução política da reforma, se deu por alguns motivos: primeiramente por seu 'legado histórico' – foi capital da República e em tal contexto surgiu o primeiro hospital psiquiátrico, que com grande expansão logo contribuiu para alta concentração de leitos psiquiátricos no país.

O estado está localizado na região Sudeste, reconhecida como região próspera, figura como centro formador de destaque para reforma psiquiátrica; com capacidade técnica, também sediou encontros e conferências, grandes manifestações que culminaram, por exemplo, no surgimento do maior movimento social na saúde mental (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental).

A despeito dessas características, o Sudeste constitui-se como recordista em número de leitos do país – a região concentra o maior número absoluto de leitos psiquiátricos (60%), e no caso específico do estado do Rio de Janeiro, este se apresenta como maior parque manicomial proporcional² do país. Esse número ainda está próximo dos 7.000 leitos, dentre os quais, em torno de 40 a 50% são pacientes de longa permanência institucional (Relatório de gestão - Brasil/MS, 2006).

Outros fatos que acrescem, além dos 38 hospitais psiquiátricos existentes, estão relacionados à ausência (até finais de 2009) do serviço territorial de 24 h com leitos para acolhimento noturno como o CAPS III e 172 leitos em hospital geral (Saúde Mental em Dados 7- MS/SAS).

Por fim, é importante ressaltar que o Rio de Janeiro é um estado relevante no cenário brasileiro, suas experiências e escolhas políticas têm grande repercussão por todo o país.

Assim, define-se como **objetivo geral** deste estudo analisar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no âmbito do estado do Rio de Janeiro nos anos 2000 a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico.

E, como forma de atender ao objetivo geral do estudo, articulamos alguns **objetivos específicos** que ajudaram no percurso do trabalho:

² Relação entre número total de leitos em hospital psiquiátrico por número de habitantes. Em termos de nº absoluto configura em terceiro lugar.

- Localizar e analisar os cenários políticos que favoreceram ou dificultaram a condução do projeto político em saúde mental no estado do Rio de Janeiro;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pela Assessoria de Saúde Mental do Rio de Janeiro para assistência psiquiátrica hospitalar;
- Explicitar as posições dos gestores acerca da substituição completa do hospital psiquiátrico pelos equipamentos que compõem as estratégias de mudança de modelo assistencial.

Este é um estudo de análise da política pública de saúde mental onde se buscou compreender a ação do Estado na área de saúde mental tomando como caso o estado do Rio de Janeiro. Tal perspectiva parte do reconhecimento de que o processo de construção de uma ação governamental envolve recursos, atores, arenas, idéias e negociação, possibilitando uma compreensão menos normativa e descritiva das políticas e mais uma análise das relações de poder entre os grupos e como esses se expressam na orientação do Estado (Viana e Baptista, 2008).

A análise de uma política pressupõe o reconhecimento do contexto, dos atores envolvidos na construção da política, das arenas de negociação e das estratégias utilizadas para orientar a política.

A fim de fazer o reconhecimento do campo e a coleta preliminar de documentos norteadores da política estadual de saúde mental, foram realizadas visitas à Assessoria de Saúde Mental e contatos com informantes-chave que disponibilizaram o material do estado.

Normativas federais e estaduais (2000 a 2009) e outros documentos também foram pesquisados para facilitar a compreensão mais abrangente das mudanças e oportunidades políticas para a consecução de estratégias no âmbito estadual referidas ao hospital psiquiátrico.

O percurso trilhado contou também com a revisão bibliográfica, análise de documentos de planejamento e gestão produzidos pelo estado, veículos de informação, além do levantamento e análise dos dados gerais sobre o hospital e a rede assistencial substitutiva em saúde mental em âmbito nacional e estadual – que compuseram as fontes secundárias de pesquisa.

Como fontes primárias de coleta de informações foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores de saúde mental do estado no período de 1999 a 2009. Cabe ressaltar que o estudo contou com a colaboração nas entrevistas de todos os técnicos (sete) que ocuparam essa função nesses 10 anos³.

O roteiro (anexo 1) de entrevistas foi montado após o mapeamento da situação da assistência em saúde mental no estado do Rio de Janeiro para atender ao critério para a escolha das experiências e posterior consulta e análise dos documentos oficiais.

Selecionamos experiências com hospitais psiquiátricos de maior porte e que, em função da péssima qualidade de assistência prestada, tiveram indicação para o descredenciamento do SUS por determinação de normativa nacional. Como forma de transparecer as estratégias utilizadas pelo estado junto a esses equipamentos bem como no acompanhamento e indução de políticas nesses municípios sede.

De acordo com essas especificidades, quatro municípios foram elencados com realidades distintas em termos da natureza dos hospitais, estratégias políticas, porte, rede de atenção substitutiva e ações concluídas ou em curso.

Para proceder à análise da condução da política estadual de saúde mental foram definidos alguns eixos para aprofundamento específico:

- O contexto/cenários das relações entre as esferas de governo com diferentes gestões na Assessoria de Saúde Mental na condução da política estadual – inflexões, continuidades e dificuldades;
- A relação entre diversos atores na arena pública – parcerias e impasses;
- As estratégias políticas e manejo dos instrumentos de gestão das esferas de governo – ações de desinstitucionalização.

Os eixos estão intrinsecamente relacionados apesar do esforço em desmembrá-los nos capítulos de análise do trabalho.

³ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tendo também sido feita a transcrição das entrevistas e as mesmas encaminhadas aos entrevistados.

Os seis capítulos que conformam essa dissertação estão divididos em duas partes, a primeira (do 1º ao 3º capítulo) como revisão de bibliografia e a segunda com os capítulos de análise (do 4º ao 6º).

No primeiro capítulo, buscamos preparar o terreno para as futuras discussões, onde trazemos o ponto de origem do pensamento ocidental sobre a loucura, as formas de lidar e a constituição do saber psiquiátrico a partir do seu instrumento de intervenção sobre a loucura com o hospital psiquiátrico. Depois, no segundo capítulo, seguimos o percurso demonstrando o repúdio às práticas psiquiátricas no pós-guerra que deram o ponto de partida para diversas experiências internacionais e as formas distintas de compreender a função que o hospital psiquiátrico teria dentro da assistência prestada ou mesmo sua extinção. No terceiro capítulo, aproximamos a discussão dentro da realidade brasileira, com o surgimento do primeiro hospital, a expansão de leitos, a opção pela privatização da assistência psiquiátrica e o movimento da reforma psiquiátrica dentro de um projeto político mais amplo em que o país vivia.

Para o quarto capítulo destinamos o campo de tensão, os conflitos de interesses, as parcerias e entraves da condução da política estadual. O quinto capítulo deu visibilidade às ações e continuidade aos aspectos do manejo dos instrumentos apresentados no capítulo anterior. Por fim, o sexto capítulo traz a ótica dos gestores estaduais sobre o hospital psiquiátrico e alguns desdobramentos em um tom mais reflexivo, em que procuramos conversar brevemente sobre as dificuldades do *front*.

Nas considerações finais, fechamos o foco e discutimos o papel do estado na condução da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro sob o recorte do hospital psiquiátrico, passando pelo conceito que informa essa trajetória. Além disso, abordamos alguns impasses decorrentes da existência do hospital especializado, inserido na rede de assistência substitutiva no território.

A pesquisa no estado do Rio de Janeiro é um estudo de caso com peculiaridades quanto ao estágio do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Refletir sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica conduzido pelo estado nos últimos anos faz-se importante na medida em que ganha materialidade através dos contextos locais abordados e do manejo de gestão do estado na relação com os municípios. Dessa forma, apostamos que o

estudo poderá contribuir para reflexão mais geral quanto ao enfrentamento das dificuldades do processo de implementação de uma rede de atenção em saúde mental que supere o modelo assistencial baseado no hospital psiquiátrico.

Capítulo 1 - A Concepção moderna da loucura e a função do hospital psiquiátrico.

“(...) situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. (...) Postura altamente simbólica e que permanecerá sem dúvida a sua até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência” (Foucault, 1991: 12).

A pesquisa aos escritos de Michel Foucault traz a possibilidade de analisar a origem das práticas institucionais do internamento da loucura e do saber aí constituído.

É no livro História da Loucura⁴ que Foucault nos encaminha, a partir do Renascimento, às mudanças que ocorreram com o *status* da loucura. Conforme o autor, as experiências Renascentistas com relação à loucura diferiam muito, desde os atos de banimento total do louco das cidades até os espancamentos, não configurando uma prática comum dirigida aos insanos. Em algumas localidades havia donativos feitos em seu favor ou subvenções por parte das cidades e hospitais para as peregrinações feitas pelas chamadas ‘naus de loucos’.

Essas naus, ao vagarem de porto em porto, representavam uma forma de purificação ou expurgo dos espaços e de condenação e exposição desse mal, como outrora a lepra fora tratada. Persistia nesse período a influência dos valores medievais, e, por conseguinte, a preocupação sacra informava as práticas referidas à loucura.

O pensamento religioso definia a relação com o fenômeno da loucura, apostando que na experiência da itinerância ocorresse um milagre. Assim, o que estava em jogo não era a cura, pois não havia ainda um código

⁴ A 1ª edição de História da Loucura data de 1961. O livro é a tese de doutorado de Michel Foucault que teve como objetivo central estabelecer as condições históricas a partir da análise de discursos e práticas que dizem respeito ao louco considerado como doente mental.

nosográfico, mas a possessão, onde cabia a punição e purificação. Com essa prática se atendia também ao anseio social de retirar o louco da livre circulação nas cidades garantindo a segurança dos cidadãos contra as prováveis desordens. Nesse período de transição do feudalismo para o capitalismo a necessidade da ordem nos espaços urbanos já dava seus primeiros sinais.

Para Foucault, os loucos foram herdeiros, duzentos anos depois, dos espaços ocupados pelos leprosos. Com esta análise, o autor prepara o terreno para se pensar a importância da permanência de algumas instituições como mantenedoras de um imaginário social que ratifica a exclusão de segmentos sociais.

“Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado” (Foucault, 6: 1991 - grifos nossos).

Na primeira metade do século XVII as naus dos insanos saem dos cenários dos portos e a literatura passou a descrever a errância contraditória da loucura em um cenário fixo como o hospital – um espaço moral de exclusão. Não existia mais a barca, e como diz Foucault (1991), a loucura não estará mais vagante, mas inserida no meio social.

No entanto, observa-se que não houve um entendimento único acerca do fenômeno da loucura. Por um lado, a loucura foi apreendida como experiência trágica e detentora de um saber velado pelo delírio, por outro, teve suas experiências traduzidas como ignorância e ausência de saber, conformando uma consciência crítica a seu respeito. Nesse período, a loucura sustentou uma dupla carga, além de ser um mal herdado (lepra) condensou também uma ausência da razão.

Os critérios de internação passaram a ser pautados na percepção do indivíduo como ser social, numa percepção social produzida por instituições da sociedade como a igreja, família, justiça, polícia. Eram critérios pautados na

moralidade vigente, na transgressão às leis da razão atreladas ao processo produtivo e de consumo que marcavam a relação com a loucura através das instituições de reclusão tidas como o pressuposto da apreensão da ordem médica que surgiria (Machado, 1988).

Várias casas de internamento surgiram na Europa nesse período. E, especialmente na segunda metade do século XVII, a loucura passou a habitar os espaços de confinamentos, como o Hospital Geral de Paris (La Salpêtrière, Bicêtre e outros). Nas palavras de Foucault (1991: 50), não se tratava de uma instituição médica, e sim uma instância “semijurídica” situada entre a polícia e a justiça, como uma “ordem terceira da repressão”, uma entidade assistencial e administrativa.

O fenômeno que atinge toda a Europa, o ‘Grande Enclausuramento’, trouxe um significado importante em termos sociais, econômicos, políticos e morais, para se entender a percepção da loucura na Idade Clássica, momento esse em que foram produzidas posições extremas entre a razão e desrazão. É nesse momento que se percebe o começo do processo de dominação da loucura pela razão, com a assunção de um saber racional centrado na verdade e na moral em detrimento de um saber expresso pela experiência particular da loucura. (Machado, 1988).

Na França, por determinação monárquica, foi prescrito o estabelecimento de um Hospital Geral⁵ em cada cidade, com a atribuição de coibir a ociosidade e mendicância – fontes de desordens. Assim, essas instituições prestavam o serviço do internamento como uma das respostas à ocasião, a situação de crise econômica.

“(...) a criação do hospital (...) é uma solução nova: é a primeira vez que se substituem as medidas de exclusão puramente negativas por uma medida de detenção; o desemprego não é mais escorraçado ou punido; toma-se conta dele, à custa da nação, mas também de sua liberdade individual. Entre ele e a sociedade, estabelece-se um sistema

⁵ Antes do século XVIII cabia ao hospital prestar assistência, separar e excluir aqueles (pobres) que dele necessitassem, sobretudo quando doentes e passíveis de contagiar (Foucault, 2008).

implícito de obrigações: ele tem o direito de ser alimentado, mas deve aceitar a coação física do internamento” (Foucault, 1991:65).

O hospital estava imbuído de um encargo moral, e para isso detinha todo o aparelho jurídico e material para repressão também de ordem física *“Tem todo o poder de autoridade, de direção, de administração, de polícia, jurisdição, correção e punição (...)” (Foucault, 1991: 74).*

Assim, embora existissem algumas hospitalizações de loucos desde a Idade Média e Renascimento, na Idade Clássica o louco passou a ser internado em instituições a partir de uma “percepção social” da loucura, de uma percepção do distinto. Não havia aí um conhecimento específico, discurso teórico ou conhecimento científico sobre a loucura, mas uma nova percepção sobre esse fenômeno.

“(...) na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma “percepção” do indivíduo como ser social; que o estatuto do louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma “percepção social”, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, etc., a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade” (Machado, 1988: 63).

Diferentemente da Renascença, período em que gozava de liberdade, a loucura na era Clássica foi inserida no contexto da pobreza e na incapacidade para o trabalho – sofrendo condenação ética pela ociosidade – e, conseqüentemente, arrolada nos problemas da cidade. É assim que o ‘Grande Enclausuramento’ marcou socialmente a mudança na “percepção social” da pobreza (Foucault, 1991).

O louco, como um dos tipos de população alvo⁶ do ‘Grande Enclausuramento’, era ignorado pelo saber médico que emergia. No Hospital

⁶ A população constituída pelas práticas e regras do Grande Enclausuramento era de quatro “domínios de experiência”: aqueles relacionados à sexualidade imoral (sodomia, prostituição, “devassidão”, “prodigalidade”, “ligação inconfessável”, “casamento vergonhoso”; os fenômenos de profanação do sagrado (feitiçaria, alquimia, blasfêmia, suicídio, etc.); libertinagem, como o

Geral não havia tratamento, dado que aquele não era percebido como doente tampouco como doente mental. Não se reconhecia uma patologia que explicasse sua condição, e muito menos a especificidade desse adoecer que justificasse uma instituição especializada.

“No binômio assistência-repressão que faz funcionar toda política de assistência, é o papel de repressão que domina o encargo hospitalar, já que este, passando pela reclusão, assume imediatamente um papel de salvaguarda da ordem pública” (Castel, 1978: 64).

O critério para internação, mesmo não assumido, baseava-se em uma razão social e não teórica, uma vez que estava descartada qualquer racionalidade científica na relação com o fenômeno da loucura. A coerência residia na percepção social, em que o critério era possuir razão e todos aqueles marcados pela insígnia da desrazão deveriam ser isolados. Essa percepção da desrazão não era uma percepção médica, mas ética (Machado, 1988).

O internamento do louco se deu graças à relação da sociedade frente a esse fenômeno, no qual estava excluído qualquer conhecimento médico, *pari passu* a essa situação e sem nenhuma correlação, a medicina buscava o entendimento da natureza da loucura que somente começou a ser delineado com o surgimento da psiquiatria mais adiante.

Nesse contexto, tinha-se como pano de fundo uma crescente racionalidade médica emergente, fundamentada no conhecimento classificatório, que não se interessava pelo que não se podia ver oculto no corpo, mas sim pelo sintoma, fenômeno visível e aparente. Tratava-se de uma medicina classificatória, apoiada no modelo da história natural das doenças que criava semelhanças e distinções entre as doenças em quadros, com esforços classificatórios e hierarquizados. Esse trabalho de ordenação taxonômica pressupunha uma estrutura visível, que para a medicina se apresentava através do sintoma, tornando real e evidente a doença.

irracionalismo e subordinação da razão à não-razão dos desejos do coração; e loucura (Foucault, 1991, parte I, cap.III).

A percepção da desrazão assentada nos princípios morais e éticos era a justificativa para o processo de internação junto a outros na contramão da razão clássica.

Naquele ponto, a loucura não era percebida em sua especificidade, mas como integrante de uma massa de outros tantas condições fora da ordem social. Não havia, por conseguinte, percepção médica, e neste sentido deu-se um impasse para a medicina das espécies na tentativa de assimilar o conhecimento da loucura (Machado, 1988).

“A relação de força que se estabelece no internamento atinge ao louco e não a loucura, no sentido em que é apoiada em uma percepção social da desrazão e não em uma concepção médica da loucura como doença. Por outro lado, a teoria médica que pretende definir a loucura como doença em nenhum momento se apóia em uma observação dos loucos, como procurará fazer a psiquiatria” (Machado, 1988: 67).

No entanto, a partir da segunda metade do século XVIII, observa-se que se delineou paulatinamente uma mudança no estatuto da loucura em dois eixos: o primeiro na produção teórica acerca da loucura e o segundo em uma nova função da instituição destinada aos loucos.

Da condição de desrazão a loucura passou a estar referida às questões do mundo e da natureza, como “forças penetrantes” (Buffon *apud* Machado, 1988: 72) capazes de desencadeá-la, especificamente através do meio, da vida social, da civilização. Com essa construção a loucura passou a ser compreendida como perda da natureza própria ao ser humano, assumindo um caráter de alienação de si próprio. Essa inflexão teórica passou a individualizar a experiência da loucura e, com isso, necessariamente promoveu um deslocamento da função da instituição destinada aos loucos (Foucault, 1991).

O capitalismo nascente impeliu a população ao circuito econômico por meio da força produtiva, por extensão, grosso modo, ‘salvou’ a pobreza do internamento. Contudo, ao louco foi mantida a forma de exclusão, sem qualquer indício de tratamento, apenas justificava-se seu aprisionamento exclusivo em função do aspecto de periculosidade que portava, representando riscos mesmo àqueles que dividiam o espaço de confinamento. Estavam claros

os fatores de ordem política, econômica e social que embasaram tal deslocamento institucional.

Subjacente a essas motivações, constata-se o início do processo de medicalização da loucura desenvolvido a partir das mudanças ocorridas no espaço do internamento. O hospital passou a ser constituído como lugar terapêutico e por extensão, mesmo em detrimento de uma constatação nosográfica e a despeito da presença médica, estabeleceu-se como lugar de cura.

Como descrito por Robert Castel (1978: 56), um “estabelecimento especial” para a internação surgiu em larga escala em fins do século XVIII⁷, num primeiro movimento de medicalização da loucura. A instituição tornada médica conferiu um novo lugar para o louco, em termos jurídicos, sociais e civis, e fez nascer a condição de alienado.

Castel chama atenção também para o desenvolvimento de um novo mandato social a partir da tecnologia hospitalar e das práticas ali centradas sobre a loucura, já de percepção médica, que inaugura uma relação medicina-hospitalização.

No rastro desse entendimento, a palavra de ordem era ‘observar’ detalhadamente a fim de compor registros diários, com quadros de doenças, efeitos de medicações e mesmo a abertura de cadáveres.

“A loucura, dessa forma, está pronta para ser exposta à observação médica. Ela encontrará, no asilo, o espaço específico onde poderão ser conduzidas, paralelamente, sua redução ao saber médico e seu domínio prático” (Castel, 1978: 78).

Entendia-se que a coerção própria do internamento viabilizaria a eclosão da loucura em seu estado mais verdadeiro, uma liberdade contida e vigiada na instituição seria condição terapêutica. Todavia, interessa reforçar que tal mudança interna no *modus operandi* do asilo não se deu por obra da medicina,

⁷ Em 1838 é decretada a lei que cria o estabelecimento público ou privado destinado a receber e cuidar dos alienados que ficariam ‘detidos’ até a declaração do médico de que a cura fora obtida.

e sim pela crítica às formas de apreender a loucura na época clássica resumidas à função de exclusão e correção. O espaço do internamento sofre dessa forma, sucessivas mudanças quanto à compreensão social das suas funções, somadas às críticas políticas e econômicas frente à repressão e à assistência conferida aos insanos.

Assim, o funcionamento institucional determinou uma nova relação com a loucura e a colocou no lugar de objeto a ser investigado. Conhecê-la era condição *a priori* da vigilância e controle exercido na direção da radicalização na dominação da razão sobre a loucura (Machado, 1988).

“(...) o próprio da experiência da Desrazão é que nela a loucura era sujeito dela mesma; mas na experiência que se forma, neste final do século XVIII, a loucura é alienada com relação a si mesma no estatuto de objeto que ela recebe” (Machado, 1988: 77).

Em 1790 surge uma lei na França que previa a criação de grandes hospitais para os alienados, fato que não aconteceu, concorrendo para que em 1793 Bicêtre assumisse essa função. Sua realidade já era abarrotada de internos, acrescida durante a Revolução Francesa por presos políticos, além dos alienados que passaram a povoá-la em grande número. Bicêtre então se torna herdeira daqueles antes internados no Hôtel Dieu, e a partir de Pinel, se torna uma instância médica configurando a loucura como um problema de sua responsabilidade. Dois anos depois (1795) Pinel⁸ assume a Salpêtrière que também fora administrativamente transformada na direção de um tratamento psiquiátrico (Foucault, 1991).

A indicação de Pinel deu-se por meio da chamada corrente dos reformadores da assistência, médicos, higienistas, filantropos que viam nele a figura que condensava esses atributos, além de seu patriotismo declarado. Era, portanto, ele que poria em prática os projetos dos reformadores da assistência.

⁸ Importante registrar o recorte escolhido dentro das experiências que ocorrem por toda Europa, ao nos determos no percurso francês, por entender a importância de Pinel para a constituição de um novo estatuto para a loucura, que serviu de modelo para a conduta dos trabalhos dos alienistas no Brasil e será abordado mais adiante.

As reformas empreendidas por Pinel, além do difundido ato de libertar os loucos das correntes, continha um ‘método’⁹ de tratamento a partir de certo olhar sobre a loucura – nutrido pelos ideais libertários da Revolução. Somados à preocupação médica de estabelecer diagnóstico e tratamento adequado à loucura, de nada servia a contenção e a reclusão apenas. O gesto da libertação cumpriu na verdade a função de domínio máximo sobre a loucura, uma vez que a patologizou na mudança de estatuto de desrazão para a alienação, ao objetivar o louco pela ordem médica (Machado, 1988).

Castel (1978) salienta, entretanto, que o ato fundador de Pinel foi o ordenamento do espaço hospitalar com as subdivisões por sintomas dentro da categoria de loucura, tornada doença, por conseguinte.

Logo é possível identificar o hospital específico como condição da psiquiatria nascente. Se antes, na desordem do Hospital Geral, inviabilizava-se a observação mais acurada e o diagnóstico sucedido pelo tratamento e regeneração moral, foi inversamente *“pelo mesmo ato que, ao ordenar o caos, instituir um saber (classificações nosográficas), uma prática eficaz (o tratamento moral), e uma redução dos focos de epidemias morais (a moralização)”*, que fizeram do hospital *“um observatório ideal e um centro de ação privilegiado”* (Castel, 1978: 85).

Pinel escreve em 1801 *‘O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania’*. Com essa publicação, inaugura na modernidade a psiquiatria como especialidade médica, resultante da teoria que confeccionava através da observação sistematizada.

⁹ A prática asilar estava assentada nas diversas estratégias de ordenação, chamado aqui de ‘método’: Isolamento terapêutico – a seqüestração era possibilidade de tratamento para a loucura; a ordem do espaço asilar – horários, ocupações, hierarquias e a relação de autoridade – exercício de poder médico sem reciprocidade. *“O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico. O tratamento moral é essa estratégia através da qual o poder médico se apóia em todas as relações institucionais que, por sua vez, foram articuladas para lhe servir de intermediário”* (Castel, 1978: 88).

Era imprescindível a possibilidade de observações minuciosas dos casos em seu curso natural¹⁰ sem as interferências dos atos cruéis, os sintomas da loucura eram registrados e classificados a fim de compor quadros clínicos. Dentre uma série de medidas que visavam propiciar uma intervenção pedagógico-terapêutica estavam melhores condições de higiene dos pacientes e do ambiente, além de alimentação adequada e presença constante dos médicos.

Para Pinel, o manicômio e o médico tinham função disciplinadora com o projeto de reeducação do alienado, corrigindo pedagogicamente os desvios de sua razão (Pessotti, 1996). Porém, para alguns casos, cujas ações moralizantes de nada serviam, vaticinava 'os processos repressivos', o confinamento, o isolamento e por vezes o abandono que decretava a incurabilidade da loucura.

“Tais vícios constituem graves impedimentos à resolução da mania. (...) torna as pessoas incapazes para os deveres sociais e as confina para sempre nos hospícios. Todo o pudor desaparece, o vício se mostra sem recato... os infelizes... ridicularizam todos os processos repressivos aplicados: Assim não resta outra coisa senão confiná-los em pavilhões isolados e abandoná-los às indecências sugeridas pela sua depravação, de modo a que não possam contagiar outros com o seu exemplo” (Pinel apud Pessotti, 1994: 150).

Em Foucault (1991), o que denotava para Pinel como cura do louco, era sua estabilização num tipo social aprovado e reconhecido moralmente, que tinha através do trabalho destituído do valor de produção, o símbolo do tratamento moral, como forma de coerção física e submissão à ordem. O manicômio, portanto, se torna um instrumento de uniformização da moral burguesa.

Assim, a atribuição de destaque conferida à Pinel fundou-se no fato de ter sido ele o primeiro a empreender de forma sistematizada um programa

¹⁰ No século XVIII o modelo de compreensão das doenças se utiliza da Botânica, significa que as doenças devem ser estudadas como fenômenos naturais, passíveis de classificações de espécies. A doença é a natureza produzida por uma ação do meio sobre o indivíduo (Foucault, 2008).

assistencial dentro de uma tecnologia hospitalar (houve outras iniciativas de reformas na Europa que precederam as de Pinel). A novidade jazia na confluência do vigor da prática classificatória das doenças, da reforma da instituição totalitária e das tentativas de tratamentos, cujo somatório equivale à prática alienista: *“classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder médico e doente (...)”* (Castel, 1978: 81) – a síntese do tratamento moral.

Enfim, é importante analisar que a condição de desarrazoado ou alienado foi, ao longo da história, constituída a partir das transformações nas práticas exercidas nas instituições de reclusão, fundamentada pela conjuntura social, política e econômica à época. Ou seja, o macro contexto informou a prática que por sua vez informou os conceitos.

O ‘Grande Internamento’, seu declínio e as transformações institucionais dirigidas aos insanos mediavam a relação entre essas duas pontas (contexto e conceito). Ou seja, passou-se a produzir um novo discurso, conceito ou saber sobre a loucura que em última análise estava vinculado à percepção social.

Foucault analisa o nascimento da psiquiatria sob o ponto de vista institucional, pois não se trata de atestar ao conhecimento médico ou à nosografia a responsabilidade pelo seu surgimento, mas inquestionavelmente às práticas asilares que em última instância funcionavam como exclusivo instrumento terapêutico da psiquiatria do novo século XIX. A nosografia serviria apenas como álibi para a função médica.

“O louco ‘libertado’ por Pinel e, depois dele, o louco do internamento moderno, são personagens sob processo. Se têm o privilégio de não mais serem misturados ou assimilados a condenados, são condenados a estar, a todo momento, sujeitos a um ato de acusação cujo texto nunca é revelado, pois é toda a vida no asilo que o formula. (...) A loucura será punida no asilo, mesmo que seja inocentada fora dele. Por muito tempo, e pelo menos até nossos dias, permanecerá num mundo moral” (Foucault, 1991: 496).

A crítica de desfecho que aparece na leitura de Machado (1988) para a História da Loucura centra-se exatamente no saber psiquiátrico da época,

destituído de qualquer fundamentação médica, cujos procedimentos não passavam de formas de controle e vigilância através de forças unilaterais presentificadas pela autoridade do psiquiatra imbuído de seu papel de reestabelecer a ordem moral e social.

“Se a loucura é alienação, sua cura é o retorno ao inalienável pela ação exercida pelo hospício. Chegou para o louco, e cada vez mais para todos nós, a era do patológico” (Machado, 1988: 81).

A psiquiatria que nascia em fins do século XVIII promoveu novo deslocamento conceitual para a loucura na modernidade, com o advento da categoria de doença mental. Antes de prosseguir fazem-se necessárias e importantes algumas ponderações.

Observa-se que, se por um lado o doente adquiriu direitos de assistência e tratamentos centrados no Estado (a loucura tornou-se reconhecida como uma doença mental), por outro, esse foi banido socialmente perdendo com isso a condição de cidadão, fato que ia de encontro aos ideais contidos na Revolução Francesa de igualdade para todos a despeito de suas diferenças. Dessa forma, esse modelo assistencial inaugurado por Pinel somado à racionalidade da medicina moderna que se erigia, caucionaram o processo de destituição dos direitos sociais do campo da loucura. Ora alijados dos espaços sociais, a loucura como doença estava atrelada à falta de razão, e como decorrência disso o doente mental não poderia exercer com legitimidade sua vontade e sequer ter discernimento, impedido pela alienação de respeitar as regras sociais e de sustentar o contrato social. A diferença reside no fato de que com a modernidade (pós Revolução) a doença mental poderia ser curada restabelecendo a razão e recuperando a condição, por conseguinte, de cidadão ou sujeito do contrato social (Birman, 1992).

Contudo, o internamento parecia condição intrínseca à loucura desde o século XVII, pois apesar de mudanças terem ocorrido, o confinamento se manteria a despeito dos novos conceitos e práticas terapêuticas.

Castel (1978) instiga o leitor a refletir sobre a manutenção de uma instituição que sobrevive às críticas e introduz o termo *aggiornamento* para

designar uma nova roupagem na instituição asilar, harmônica com os novos tempos sem, contudo transformar suas orientações, fundamentos e práticas. Uma recomposição desses elementos que marcou o nascimento da psiquiatria contemporânea.

A história da loucura tal como retratada por Foucault e a discussão de Castel alimentam o debate crítico sobre os caminhos percorridos para a atenção à loucura nos dias atuais. Afinal, que conceitos e práticas estão presentes no debate atual da organização do cuidado à loucura? O que é resquício de uma percepção social da loucura e o que possibilita gestores e profissionais de saúde a exercerem práticas que se contraponham a esse modo de entender a loucura constituído na modernidade? Essas são questões fundamentais que ajudam a nortear nosso debate sobre as políticas de saúde mental no Brasil na atualidade.

Capítulo 2 - O Hospital psiquiátrico nas reformas internacionais.

Após uma breve releitura dos pilares que fundamentaram o saber e a prática psiquiátrica na modernidade, é importante resgatar alguns movimentos de reforma da instituição psiquiátrica e as críticas que incidiram sobre o papel exercido pelo hospital especializado como dispositivo assistencial.

No século XX algumas iniciativas críticas à prática asilar começaram a se delinear. Logo após a I Guerra Mundial, por exemplo, H. Simon defendeu como prática terapêutica alguma ocupação para os internos e na década de 30, já por influência da psicanálise, introduziu nos hospitais, programas psicoterapêuticos com pequenos grupos visando a ressocialização. Contudo, as iniciativas de Simon só passariam a ter maior repercussão durante a Segunda Guerra, quando se buscou privilegiar a psiquiatria na comunidade (Birman e Costa, 1998).

O contexto político-social foi um importante elemento propiciador da mudança. O período do pós-guerra marcou, sobretudo, a Europa com questionamentos dos valores daquele contexto, onde era brutal conviver com a deprimente condição de vida dos doentes mentais segregados nos hospitais psiquiátricos, comparados aos presos dos campos de concentração. Aquele momento foi um divisor de águas, não era mais admitida toda e qualquer forma de violência e atentado aos direitos humanos. Era inconcebível manter jovens, prejudicados pela experiência da Guerra, internados sem condições de retorno à vida social, onerando as contas de um Estado fragilizado economicamente (Amarante, 1998a). Revelou-se a incapacidade de resposta do hospital psiquiátrico em seu mandato terapêutico e de recuperação dos doentes mentais.

Desviat (1999) destaca um desdobramento importante desse contexto, no qual o Estado se encarregou de todos os recursos sanitários através de um plano de emergência, integrando e regionalizando a oferta de assistência para toda a população.

Com o fortalecimento dos serviços públicos os projetos de reformas foram trabalhados pela saúde pública. Essa ação foi concretizada através do Plano Beveridge na Inglaterra em 1942, tomado como modelo de reorientação do sistema de saúde e seguido por diversos países.

Com a saúde assumida pelo Estado, surgiram leis que remodelaram a assistência ao doente mental, como na Inglaterra em 1944, na França em 1945 e nos Estados Unidos em 1963.

O hospital psiquiátrico passou a acumular sucessivas críticas, dado seu caráter iatrogênico de produzir e manter doenças, de gerar, por conseguinte, a cronicidade e deterioração dos internos e, em suma, pela sua impotência terapêutica aliada à sua incapacidade de ressocialização, demonstrada pela insatisfação dos governos.

“(...) não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho” (Birman e Costa, 1998: 47).

Tendo em conta esse cenário faz-se importante discorrer sobre as experiências que buscaram responder a essa situação limite. Duas experiências que geraram as primeiras inflexões na prática psiquiátrica de então foram as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e o movimento da Psicoterapia Institucional (França). Em comum havia o fato de se tratarem de reformas que mantinham o papel ocupado pela instituição asilar, com apostas de mudanças dentro da instituição a fim de torná-la efetivamente terapêutica.

Mais adiante outras experiências emergiram com esboços de crítica ao aparato hospitalar, como a Psiquiatria Preventiva (EUA) e a Psiquiatria de Setor (França). E numa crítica mais contundente à instituição psiquiátrica, buscando um processo de ruptura com o paradigma tradicional, estiveram a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Reforma Democrática Italiana. Dessas experiências teve papel importante na crítica e desmonte do aparato hospitalar a reforma italiana, como veremos adiante.

2.1 – A reedição do ideal Pineliano – o trabalho como terapia nas Comunidades Terapêuticas.

O apogeu das Comunidades Terapêuticas ocorreu na década de 50, na Inglaterra, a partir de um conjunto de experiências em um hospital psiquiátrico que tinha como inspiração as propostas de Hermann Simon¹¹ e sua terapêutica pela via do trabalho. Entre outros que contribuíram para essa experiência destacou-se um importante operador da Comunidade Terapêutica – o psiquiatra Maxwell Jones, que promoveu reformas organizacionais no hospital visando constituir práticas que objetivassem dinamizar o espaço asilar. A proposta era a de democratizar a estrutura hospitalar estimulando a comunicação entre diferentes membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem da condução do dia-a-dia da Comunidade. As atividades constituíam-se em grupos de discussão, divisão de tarefas, gerenciamento comum da terapêutica, equipes multiprofissionais e assembléias gerais com a participação dos internos (Amarante, 1998b).

“(…) através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição” (Amarante, 1998b: 29).

Essa experiência demonstrou a possibilidade de tratamento baseado em outras condições inaugurando uma nova forma de relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade. Esse aspecto foi determinante para a aprovação da lei inglesa de 1959 que conferiu um novo estatuto à condição dos doentes

¹¹ Na década de 20 Simon foi o precursor das Comunidades Terapêuticas e também referência para o movimento francês de Psicoterapia Institucional. Atribuiu-se a ele a criação da Terapia Ocupacional. Porém quando do seu aparecimento recebeu diversas críticas por parte da psiquiatria européia (Birman e Costa, 1998).

“O trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era habitual” (Simon, 1929 apud Birman e Costa, 1998).

“A praxiterapia dos anos vinte, estabelecida por Simon, retomou o mito alienista de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção” (Birman, 1992: 84).

mentais, promotora de direitos de cidadania. A partir dessa lei a compulsoriedade da internação foi extinta.

Aos pacientes cabia aceitar ou rejeitar o tratamento, entrar ou sair das dependências hospitalares – uma política de porta aberta. O que contribuiu para a redução da longa permanência nos hospitais psiquiátricos (Pitta, 1984).

A notoriedade da experiência inglesa de reforma da saúde e destacadamente da saúde mental fez com que a Organização Mundial da Saúde recomendasse, em 1953, que todos os hospitais psiquiátricos fossem uma comunidade terapêutica (Desviat, 1999).

Em que pese sua importância como um dos marcos fundantes das reformas empreendidas no manicômio, tal experiência não se constituiu num questionamento do papel do hospital psiquiátrico. Ao contrário, Maxwell Jones manteve o hospital como principal referência de assistência indicando como problema a relação que se estabelecia entre o hospital, os pacientes e a comunidade. Desse modo, preconizou que deveria haver uma comunicação mais intensa entre hospital e comunidade com objetivo de estabelecer maior cooperação no tratamento, incluindo a equipe, pacientes, familiares e o próprio cenário da comunidade.

É por esse motivo que para Franco Rotelli a *“experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital”*, mas não uma experiência de crítica ao papel que o hospital exerce, pois *“não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico”* (Rotelli, 1998: 150).

2.2 - Psiquiatria de Setor – o esquadramento do hospital nas comunidades.

No sul da França, dos anos 40, surgiu um movimento denominado de Psicoterapia Institucional com características semelhantes às Comunidades Terapêuticas. Essa experiência foi capitaneada por François Tosquelles, que acreditava na possibilidade de recuperar a função terapêutica da instituição

psiquiátrica num país acometido por problemas sociais e econômicos durante a Segunda Guerra. Em linhas gerais buscou-se organizar o hospital psiquiátrico a fim de valorizá-lo como espaço terapêutico e viabilizador de trocas no interior da instituição. Mas, para esse fim, toda a instituição deveria ser tratada: *“Não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele”* (Dessauant apud Desviat, 1999: 26).

Esse movimento teve seu início marcado por um cunho ideológico e político vindo mais adiante se atrelar à crescente influência da psicanálise adotada nas instituições psiquiátricas.

No final dos anos 50 e início de 60 era evidente a limitação da Psicoterapia Institucional em empreender reformas no interior da instituição; entendeu-se a necessidade de medidas que garantissem a continuidade terapêutica pós-alta hospitalar, a fim de evitar reinternações ou novas internações. Esse trabalho era realizado por equipes multiprofissionais - a mesma equipe que recebia o paciente na internação o acompanhava nos novos equipamentos surgidos na comunidade ou mesmo em suas residências (Amarante, 2007). Desta experiência surgiu a construção de uma política de setor.

“Ante a desinstitucionalização anglo-saxônica, o movimento de reforma da psiquiatria francesa buscou formas terapêuticas de institucionalização: reinvenção, revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território” (Desviat, 1999: 27-28).

A política de setor na França consistia de alguns princípios articulados: o princípio da setorização, que estabelecia limites geográficos em torno de 70 mil habitantes¹²; o princípio da assistência deslocada para o espaço extra-hospitalar; e o princípio da continuidade terapêutica.

¹² Amarante (2007) ressalta que o Centro de Saúde Mental (CSM) distribuídos nos distintos setores administrativos teve como critério de distribuição o porte populacional das regiões, marcando pela primeira vez a regionalização na história da psiquiatria.

Dessa forma, os recursos extra-hospitalares como oficinas protegidas, clube terapêutico e lares de pós-cura compunham a assistência junto com o hospital psiquiátrico, que fora dividido em leitos pelos setores. A equipe de cada setor deveria acompanhar o paciente nos diferentes momentos do tratamento e nos diferentes serviços. A ênfase estava nos serviços comunitários a fim de evitar a cronicidade inerente às instituições.

De acordo com Lucien Bonnafé, um dos seus idealizadores, a política de setor tentou romper com o caráter centralizador do hospital, uma vez que ofertava uma diversidade de serviços comunitários, localizados em pequenas áreas, compondo uma assistência descentralizada (Desviat, 1999).

“O aparelho tradicional de assistência, o hospital psiquiátrico, deve sofrer uma profunda mudança em seu modo de funcionamento, deixando de ser um lugar único ou preferencial para ser um elemento a mais num sistema complexo de cuidados e assistência” (Audisio apud Desviat, 1999: 29).

E ainda:

“As necessidades reais de leitos para hospitalização devem ser corrigidas, levando-se em conta os recursos extra-hospitalares existentes ou a serem criados, e graças aos quais se possa evitar a hospitalização ou reduzi-la ao mínimo” (Audisio apud Desviat, 1999: 30).

Apesar do esforço, tal processo não foi exitoso devido ao contínuo financiamento do hospital pela previdência social e paralelamente uma custosa implantação dos serviços de prevenção e pós-cura. Havia resistência por parte dos conservadores que temiam a invasão de loucos nas ruas. E por outro lado, havia críticas de grupos de intelectuais que interpretaram essa política de espraiamento do hospital psiquiátrico nas diversas áreas geográficas como difusora da ideologia manicomial no espaço urbano (Amarante, 1998b; Desviat, 1999).

Assim, a política de setor com suas medidas administrativas de cunho preventivo não rompeu com o recurso tradicional da psiquiatria – ao contrário, o hospital reforçou seu lugar como ponto de partida para a organização assistencial que se pretendia.

O hospital continuou como núcleo da assistência.

“A nova psiquiatria iniciada no setor tende a rechaçar o polo asilar, considerando-o uma relíquia do passado. Toda a teoria do setor foi concebida, precisamente, para evitar que se caísse nesta situação: tornar os setores unicamente extra-hospitalares, voltando as costas à antiga hospitalização, sem perceber que os asilos iam-se reconstruindo às suas costas, proporcionalmente aos fracassos da ação ambulatorial” (Audisio apud Desviat, 1999: 32).

2.3– O ‘aggiornamento’¹³ da profilaxia dos alienistas - Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.

Embora os efeitos da Segunda Guerra tenham refletido nas instituições psiquiátricas de diversos países, nos Estados Unidos essas mudanças não foram imediatas. Sabe-se que, nesse contexto, o pós-guerra influenciou a sociedade ao ponto desta interpretar a vida como ‘estado e ritmo de guerra permanente’. Como consequência houve uma exigência do recrudescimento da função do hospital em compasso também de guerra, devendo este viabilizar o rápido retorno às atividades sociais como meio de não desperdiçar o potencial dos alienados e recuperá-los para a produção.

Contudo,

“As taxas de incidências dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções” (Birman e Costa, 1998: 53).

¹³ Castel se utiliza deste termo em italiano, para designar uma atualização do saber psiquiátrico nos novos serviços. Alerta para o risco de se incorrer na captura de algo novo, despotencializá-lo, com uma nova roupagem sem promover uma ruptura com o que fundamentava as práticas anteriores.

Amarante (1998b) confere no preventivismo uma nova prática de medicalização da ordem social, no qual os ditames psiquiátricos se espraiam na sociedade e se mesclam com as normas sociais. Esse fenômeno do *aggiornamento* cunhado por Castel (1978) “*representa a existência de uma ‘atualização’ e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna ‘promoção da sanidade mental’*” (Amarante, 1998b: 41) como observada na prática do preventivismo sobre segmentos sociais marginalizados sob diversas causas.

No ano de 1955, um censo nos hospitais públicos dos Estados Unidos detectou as graves condições da assistência psiquiátrica e no decorrer de alguns anos, projetos e comissões criaram bases políticas e jurídicas para que, em 1963, o presidente Kennedy propusesse a transformação do tipo de assistência psiquiátrica. O decreto redirecionou os objetivos da psiquiatria, privilegiando a redução da doença mental nas comunidades com a criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental (Amarante, 1998b).

Mas não interessava aos órgãos assistenciais do Estado reformar o hospital, tendo em vista o ônus financeiro com a expansão de equipes dentro de uma estrutura não resolutiva.

Assim, foram atribuídas a toda população e às instituições a responsabilidade pela estratégia de promover a saúde mental. É nesse contexto que emerge a abordagem preventiva da enfermidade mental e a denominação 'Psiquiatria Preventiva'. Gerald Caplan foi o principal teórico que possibilitou o fortalecimento dessa abordagem. Caplan introduziu o conceito de crise como sinal de desequilíbrio, indicando a necessidade de uma intervenção preventiva. Com isso deduziu que toda a doença mental poderia ser prevenida. A associação era simples e linear: a doença mental era um desvio, distúrbio, marginalidade, sendo passível de prevenção e erradicação (Amarante, 1998b; Birman e Costa, 1998).

A prevenção significava a intervenção precoce nos possíveis problemas mentais. Preconizavam-se intervenções nas condições possíveis de adoecimento mental, seja de ordem individual ou do meio social. Assim, a Psiquiatria Preventiva se tornou um instrumento para restabelecer os possíveis desequilíbrios, fruto das desadaptações sociais, estabelecendo um ideal normativo de saúde mental (Birman e Costa, 1998).

Em paralelo à estratégia de prevenção, liderada pelos Centros Comunitários de Saúde Mental, o Plano de Saúde Mental visava o processo de alta dos pacientes psiquiátricos e sua reintegração à comunidade, deslocando o hospital do centro da assistência. Neste contexto, enunciava-se uma política de 'desinstitucionalização' reduzindo-se então a uma política racionalizadora de custos com a desospitalização em massa dos pacientes psiquiátricos.

Assim, nos anos 60 altas sucessivas se deram, mas sem a retaguarda assistencial necessária para garantir o acompanhamento dos ex-internos. Tal política fez com que se criasse a situação chamada de *'revolving door'*, ou seja, entradas e saídas contínuas dos pacientes das instituições de assistência.

A prática de reforma empreendida pelo projeto da psiquiatria preventiva e comunitária, destituída de reflexões sobre a estrutura de saber da psiquiatria e sua relação com a loucura, contribuiu em última instância para retroalimentar o *status quo* da psiquiatria que se pretendia reformar. Assim, a forma como se deu a chamada *'desinstitucionalização'*¹⁴ pelo caminho da desospitalização, muitas vezes abrupta, levou a um contingente de pessoas desassistidas, com frequentes reinternações psiquiátricas de períodos mais curtos e com altas e recidivas permanentes. A difusão dos serviços na comunidade levou a uma capilarização dos mecanismos de prevenção em saúde mental e a uma psiquiatrização dos problemas sociais. Os serviços comunitários não prescindiram do hospital psiquiátrico e passaram a coexistir cada qual com sua especificidade, de forma a selecionar sua população – uma forma de complementaridade. Com isso produziu-se uma divisão e não uma integração entre serviços, junto à crescente especialização das técnicas de intervenção que de nada contribuíram para a resolutividade dos serviços.

Os relatos mostram o abandono para com as pessoas em busca de assistência dentro de um contexto de serviços que não assumiram responsabilidades – apenas produziram nova cronicidade e demandaram equipamentos para as internações (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001).

Nessa linha de raciocínio, pesa o efeito da coexistência dessas duas formas de assistência (serviços comunitários e hospital psiquiátrico) através da imagem de *'circuito'* proposta por Bachrach *et al* (apud Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001). O que fica patente é a troca da segregação em uma instituição,

¹⁴ “É importante atentar para o fato de que esta expressão, desinstitucionalização, surge nos EUA, no contexto do projeto preventivista, para designar o conjunto de medidas de *'desospitalização'*. Desde então, um conjunto de formas de organização de serviços psiquiátricos é apresentado com o objetivo de desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica. A institucionalização/hospitalização ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de *'dependência'* do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao *'hospitalismo'*” (Amarante, 1998b: 40 - 41).

pela circulação nos serviços que prestam assistência fragmentada e pontual, complementado pela lógica do *'revolving door'* proposta pelas internações nos hospitais. Esse é o funcionamento do sistema em circuito.

“No circuito eles representam um ‘ponto de descarga’ necessário, temporário e recorrente. O circuito é, entretanto, também uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos. Não por acaso, o dilema central e dramático dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não são mais os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos com a desospitalização, mas os novos crônicos¹⁵” (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001: 23).

A desinstitucionalização como desospitalização é a principal marca da ‘psiquiatria reformada’¹⁶ (como denominou Rotelli) contribuindo para gerar uma nova cronicidade e a manutenção do hospital psiquiátrico.

Em resumo, tal como alertam Birman e Costa (1998) e Amarante (1998b), a Psiquiatria Preventiva, com o instrumental da Prevenção Primária e destituída de qualquer suporte teórico, nada mais fez que estabelecer uma psiquiatrização da vida social, com práticas de ajustamento ou adequação dos indivíduos, sob a roupagem de promoção da saúde mental. Na verdade, houve uma inflexão da antiga profilaxia dos higienistas do século XIX para o preventivismo. Relembrando Castel, tratou-se de um *aggiornamento* ou uma atualização dos mecanismos de controle e disciplina social instaurador do confinamento do louco nesse novo contexto - promotor da saúde mental.

¹⁵ O termo ‘novo crônico’ está referido a uma forma de cronicidade decorrente do modo de tratamento que ocorrem nas novas instituições substitutivas ao manicômio. Faz referência direta à reprodução (atualizada ou *'aggiornada'*) da lógica que sustenta o saber, a prática psiquiátrica e o processo de institucionalização que a loucura foi submetida. Portanto, a produção da nova cronicidade é de grande relevância para a discussão, tendo em vista o risco da permanência do caráter iatrogênico e cronificador das instituições psiquiátricas nos serviços substitutivos ao manicômio.

¹⁶ *“(...) foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. (...) para os administradores, ela era, sobretudo um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal”* (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001: 19).

2.4 – A antipsiquiatria – um movimento contestador

Em paralelo aos acontecimentos e processos de reforma, também na década de 60, surge na Inglaterra a antipsiquiatria como um movimento contracultural, questionador das contradições sociais, da doença mental e da psiquiatria.

Porém, como dito em Desviat (1999), a antipsiquiatria não estaria definida como uma reforma assim como as demais, em função da natureza de sua atuação. Sua importância se deu pela sua contribuição teórica, pela contundência das denúncias e pela sua influência junto à opinião pública.

Em destaque, dois psiquiatras que encamparam o movimento, não somente com suas práticas, mas com sua produção teórica: Ronald Laing e David Cooper. Ambos formularam críticas radicais ao saber médico-psiquiátrico, tendo como cerne do debate a naturalização do binômio loucura/doença mental.

Surge, por conseguinte, uma nova experiência de Comunidade Terapêutica em Londres, com perspectivas diferentes, subsidiada pela teoria que colocava em cheque o saber médico para o tratamento das doenças mentais. A loucura era vista como uma resposta à ordem social, ao sistema capitalista e à família, antes de tudo era tida como fato social e político.

O conceito de doença mental fora refutado e a ideia de tratamento químico, por exemplo, também inexistia. A expressão do sintoma seria por si só a via de reorganização interior, amparado por um grupo que auxiliaria nesse processo.

A antipsiquiatria criticou radicalmente, no âmbito teórico, o modelo assistencial que vigia, desautorizando o saber psiquiátrico da capacidade de compreender e tratar a loucura, ao defini-la como doença mental. Essa nova comunidade terapêutica propunha combater as estruturas hospitalares que estabelecia um lugar de dependência e invalidez para o louco.

A produção do sociólogo Erving Goffman, através do livro 'Manicômios, Prisões e Conventos' (1961), foi absorvida pelo movimento da antipsiquiatria.

Goffman denominou como instituições totais aquelas instituições de práticas violentas, segregadoras e de controle social, como o asilo psiquiátrico. Em sua análise microssociológica redefiniu o que para psiquiatria chamava-se de ‘curso natural da doença’, uma ‘carreira moral do doente mental’, cujos mecanismos institucionais utilizados seriam a estigmatização ou a mortificação do eu¹⁷.

Esse movimento contribuiu enormemente para a transformação da teoria e da prática em saúde mental subsidiando a reforma italiana nos anos 60 e a construção de um ‘novo conceito de desinstitucionalização’ (Amarante, 1998b; 2007).

2.5 – A Psiquiatria Democrática Italiana – a complexidade da desconstrução.

A experiência italiana tem seus primórdios no início da década de 60 (1961) no manicômio de Gorizia, quando se introduziu uma prática de humanização do hospital inspirada nas Comunidades Terapêuticas. Franco Basaglia, principal articulador do movimento, desenvolveu seu trabalho no interior do manicômio, no intuito de decompor o ‘agir institucional’ como ressaltou Barros (1990).

A equipe de Gorizia confrontada com o cotidiano de miséria e violência do manicômio iniciou um intenso trabalho de discussão da relação da

¹⁷ Goffman utilizou esse termo para designar a condição à qual o indivíduo uma vez admitido/internado no manicômio é submetido. Destituído de referências anteriores de sua vida e assumindo progressivamente uma identidade institucional, se despersonaliza resultando na mortificação do próprio eu. Dessa forma o indivíduo inicia sua ‘carreira moral’: “(...) composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele” (Goffman 1999: 24) nas ‘instituições totais’ “Seu ‘fechamento’ ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas (...)” (idem: 17). “O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos da instituição” (idem: 18).

psiquiatria com a ordem pública, de desvelamento da classe social daqueles internados, de questionamento do próprio papel do técnico na manutenção do *status quo*.

Basaglia atentava para o fato de que antes mesmo do ato da internação, o louco já era alvo de violência pela exclusão da sociedade mais em função da sua condição social e econômica do que pela doença em si. Ou seja, os loucos seriam vítimas de uma violência original, de uma violência do sistema social que os alijava da esfera da produção, confinando-os nos hospitais psiquiátricos à margem da vida em sociedade.

“Não seriam eles, definitivamente, o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições? (...) Como continuar a justificar nossa relação exclusiva quanto a esses internados, de quem foi tão fácil definir cada ato, cada reação, em termos de doença?” (Basaglia, 1991: 108).

“O poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico” (Basaglia, 1991: 108).

Foi nesse momento que Basaglia refletiu também sobre o risco de os técnicos assumirem papéis que atenuavam a exclusão e a violência dirigida aos internos dos manicômios. E aqui Basaglia incide mais uma vez sua crítica na questão da estrutura social:

“(...) a sociedade chamada ‘do bem-estar’ (...), descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que o exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência – a violência técnica -, novos rejeitados” (Basaglia, 1991: 101-102).

Nesse contexto, Basaglia denominou de ‘terapêutico-orientador’ os mecanismos que corroboravam para a passividade do interno e sua condição de objeto da violência institucional. De forma insidiosa a instituição constituiria no doente uma identidade segundo os parâmetros psiquiátricos por meio dos estereótipos culturais e da relação objetificante estabelecida com ele.

Dessa forma, ao doente caberia aderir à identidade institucional como um 'corpo doente', visto que na medicina o encontro médico-paciente se estabelece através da materialidade do corpo como objeto de pesquisa.

“Foi, portanto a ciência que afirmou, de uma parte, que o doente mental deveria ser considerado o resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual não havia nada a fazer senão aceitar docilmente sua diferença relativamente à norma. É daí que decorre a ação exclusivamente tutelar das instituições psiquiátricas, expressão direta da impotência de uma disciplina que, diante da doença mental, limitou-se, de certo modo, a defini-la, catalogá-la e geri-la” (Basaglia, 1991: 104).

Basaglia cita uma fábula para ilustrar os efeitos da violência institucional que subrepticiamente aderem ao internado. Diz ele que enquanto um homem dormia, uma serpente o invade se alojando em seu estômago, passa então a tiranizá-lo destituindo-o de vontade própria e privando-o de sua liberdade. Até que um dia a serpente vai embora, deixando o homem sem saber o que fazer com sua liberdade readquirida.

“(...) no longo período do domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal modo a submeter sua própria vontade à vontade desta, seus próprios desejos aos desejos desta, seus próprios impulsos aos impulsos desta, que perdera a capacidade de desejar, de se voltar para alguma coisa, de agir autonomamente. No lugar da liberdade encontrará o vazio, porque sua nova essência, adquirida no cativeiro, tinha ido embora junto com a serpente, e a ele só restara reconquistar pouco a pouco o anterior conteúdo humano da sua vida” (Davydov apud Basaglia, 1991: 132).

Essa analogia visava demonstrar o quanto a realidade institucional era capaz de fazer subsumir o sujeito quando este se tornava objeto passível dos ditames da instituição, identificando-se com ela.

Portanto, a dissecação da instituição psiquiátrica feita por Basaglia ao longo dos anos em Gorizia, não poupou questionamentos ao estatuto de doença. Basaglia dizia que a psiquiatria colocava o homem entre parênteses para tratar da doença. De outra forma, se referia como o mal obscuro da psiquiatria o fato de ter cindido a doença (objeto fictício) da existência concreta e complexa dos pacientes e do corpo social. Ou seja, cindido de um conteúdo histórico social.

Assim, a partir dessa experiência Basaglia refletiu sobre o quanto o caráter exclusivamente terapêutico dificultava a transformação do/no dispositivo psiquiátrico, colocando em análise a relação terapêutica médico/paciente e o espaço específico (hospital) deflagrador da relação da loucura como objeto sob a intervenção de um saber e prática da psiquiatria¹⁸.

A experiência mostrou a importância de se transcender a intenção de humanizar a instituição psiquiátrica e da necessária invenção de uma prática de desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade (Amarante, 1998b).

Iniciava-se, a partir de então, o esforço de redefinição do termo 'desinstitucionalização' como algo mais complexo que a proposta de Caplan, de mera racionalização de recurso e desospitalização, para algo capaz de propiciar multiplicidades nas formas de tratar em um contexto concreto das condições de vida e de existência no meio social.

A partir da experiência de Gorizia, de quase 10 anos, Basaglia abandona a proposta de reforma dos hospitais psiquiátricos e propõe sua desconstrução.

“(...) desconstrução, que significa, na interpretação de Jacques Derrida¹⁹, um processo de desmontagem: de fazer o caminho ao inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos e, assim (se possível), não reproduzi-los mais” (Amarante, 2003: 49).

E com isso, o trabalho realizado pela equipe de Basaglia em Gorizia deu início a um processo de ruptura no campo cultural, epistemológico e político-

¹⁸ Amarante (1998b) destaca que naquele momento ainda não se apresentavam os questionamentos sobre as relações de custódia e a representação social da loucura como um perigo para a sociedade.

¹⁹ Jacques Derrida discute *a posteriori* o sentido de desconstrução desta proposta: *“Desconstruir é um gesto ao mesmo tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto, como você dizia, mas também, ao mesmo tempo, a precariedade ruínosa de uma estrutura formal que não explicava nada, não sendo nem um centro, nem um princípio, nem uma força, nem mesmo a lei dos acontecimentos, no sentido mais geral dessa palavra”.* *“A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria idéia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que por muitas vezes, apesar de tantas precauções, a tenham interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor...”* (Derrida, 1990: 76-77).

social sustentado pela via da desinstitucionalização. O pano de fundo era de intensa contestação, precisamente em maio de 68, com lutas estudantis e operárias que traziam questionamentos sobre as relações de poder, as condições de vida, o papel das instituições e do Estado.

Todo esse cenário se desdobrou em discussões na sociedade e possibilitou um debate mais amplo com relação à função do manicômio e de suas práticas. Nesse contexto, o Hospital Psiquiátrico de Gorizia representava um ponto de referência na evolução da psiquiatria italiana, com responsabilidade de denunciar os obstáculos ao processo de desinstitucionalização.

“Gorizia não tinha como finalidade ser um novo modelo técnico, não se limitava à transformação do interior da instituição, mas a partir dela colocar praticamente em discussão a finalidade da existência do manicômio, a modalidade dessa existência em relação à estrutura social e ao mesmo tempo destruindo e desmontando a estrutura para recompor as necessidades e possibilidades do sujeito enquanto tal” (Nicácio, 1989: 96).

Após Gorizia, Basaglia se ausenta do país e quando retorna segue para Trieste. Com os anos de acúmulo de experiências e produção de conferências e escritos, iniciou o processo de superação do modelo de comunidades terapêuticas em direção a novas práticas de assistência na e com a comunidade e sua relação com a loucura. O trânsito daqueles tidos como diferentes na rede social via trabalho e vizinhança, por exemplo, era o recurso fundamental para a desconstrução do imaginário social que apostava na função da instituição psiquiátrica como instrumento de tutela e exclusão dos ‘potencialmente perigosos’.

Dessa forma, em 1971, Basaglia alavancou o processo de desmontagem do aparato manicomial com a construção de novos espaços na comunidade e novas formas de lidar com a loucura, rumando na construção de um processo de desinstitucionalização.

Em Trieste, diferentemente de Gorizia, a abertura dos manicômios levou menos tempo. Nessa cidade o objetivo foi dirigido para a construção da

possibilidade de vida no espaço do território – não cabia mais o lugar de ‘dentro e de fora’ dos muros da instituição.

“O complexo processo de transformação da psiquiatria em Trieste foi assim iniciado, e, no espaço de dois anos de trabalho, tornou-se possível abrir todos os pavilhões e eliminar todos os momentos de contenção, representados pela violência das celas fortes, de camisa de força e pela imobilização no leito” (Barros, 1994: 76).

Ao longo do tempo foram constituídos os serviços de assistência no território contando com grande número de operadores de saúde mental, além de voluntários, inclusive estrangeiros. Essas diversas modalidades de atenção e cuidados na cidade foram, na verdade, propulsores de maior permeabilidade entre a população triestina e os ex-internos do manicômio.

Dessa forma, a desinstitucionalização se constituiu: i) a partir da construção de uma nova política de saúde mental, que considerava a mobilização interna da instituição psiquiátrica e da sociedade; ii) na mobilização de um trabalho terapêutico pautado nas relações sociais, potencializando os sujeitos e não os reduzindo a objetos; iii) e na construção de serviços externos, substitutivos da internação no manicômio.

Esse conjunto de ações contrapunha-se ao saber e à prática tradicional da psiquiatria com seu instrumento de exclusão – a internação no manicômio. (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001). Iniciam-se a desmontagem do espaço asilar e a conseqüente construção de outros dispositivos constituídos nas comunidades, tais como:

- os Centros de Saúde Mental (CSM) com funcionamento de 24 horas, tendo como recurso a ‘hospedagem’ no caso de necessidade.

“(...) não se trata de um regime de internação, mas o estatuto de hóspede constitui um real reconhecimento da condição de um cidadão que, ao adoecer, pode utilizar-se dos serviços públicos de acordo com suas necessidades” (Kinoshita, 1987: 71).

- o Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral, como recurso de retaguarda para atender as demandas que chegavam ao hospital geral, ofertando uma

pronta resposta a um mal estar agudo e quando necessário convocando o CSM para hospedar o paciente.

- os grupos-apartamentos, com a garantia de residências para usuários dos serviços;

- as cooperativas de trabalho, com objetivo de buscar postos de trabalho para os ex-internos dos hospitais.

Nessa concepção, os CSM se configuravam, de fato, como os primeiros serviços regionalizados e substitutivos²⁰ ao hospital. Os CSM não tinham por objetivo dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar ou mesmo reinternar pacientes em situações de agudo sofrimento; estava posto um trabalho terapêutico cuja posição era de ‘tomar o encargo²¹’, de garantir o cuidado integral no campo da saúde mental em cada território no qual o Centro de Saúde Mental era responsabilizado (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001 e Amarante 2007).

“(...) mais do que centros regionalizados, eram centros de base territorial. Em outras palavras, centros que, atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a restabelecer o lugar social da loucura que, tradicionalmente, desde Pinel, estava relacionada ao erro, à periculosidade, à insensatez, à incapacidade” (Amarante, 2007: 57-58).

Em 1973 configurava-se o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana ampliando as denúncias de práticas de violência institucional. O debate sai da esfera restrita dos técnicos de saúde mental para ganhar a sociedade e se difundir por toda Itália. Apesar de sua repercussão em diversas cidades italianas, foi (e ainda é) em Trieste o local de referência mundial de experiência paradigmática de maior contundência e enfrentamento da questão manicomial.

²⁰ “A expressão ‘serviços substitutivos’ passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbressem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas” (Amarante, 2007: 56-57).

²¹ “(...) cabe ressaltar que esta expressão se constitui numa premissa fundamental na organização dos serviços territoriais e significa o ‘fazer-se responsável’, isto é, a impossibilidade de delegar a uma outra estrutura a assistência à população da região de referência” (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001: 34).

As reflexões e práticas ocorridas em Gorizia e Trieste tiveram importante disseminação no meio político. O Partido Radical propôs a revogação da lei de 1904 abolindo quaisquer formas de controle institucional sobre os loucos e em 13 de Maio de 1978 foi aprovada a Lei 180, estabelecendo novas diretrizes para a política de saúde mental.

A nova Lei proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos, estabeleceu que os serviços de saúde mental fossem no território, criou a possibilidade de enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais, aboliu o estatuto de periculosidade social do doente mental e proibiu a internação compulsória. Previu também complementarmente o Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO).

Por essas definições a Lei representou um grande avanço em comparação com a anterior, mas ainda manteve tensões e confrontos importantes na organização da atenção em saúde mental, em especial no que tange ao TSO e à necessidade de internação.

Segundo Kinoshita (1987), a lei 180, a partir do TSO, atribuiu um caráter conflitivo e dinâmico da relação terapêutica nos serviços territoriais substitutivos da internação psiquiátrica.

“A eliminação da internação, podemos dizer, é um resultado indireto de um processo social mais amplo de transformações, que cria novas transformações e que o libera da necessidade da internação, exatamente porque transforma as necessidades sociais e as respostas institucionais. (...) a internação – quando esta demanda é contextualizada no conjunto das reais necessidades de uma população, tornando problemático aquilo que era aparentemente óbvio, e, por outro lado, criando respostas que transcendam àquelas respostas institucionais tradicionalmente tidas como ‘óbvias’” (Kinoshita, 1987: 76-77).

A distinção clara e imperativa dos italianos ante as outras experiências centra-se necessariamente na crítica à existência do manicômio, com movimento na direção de sua destruição, desmontagem ou correlato. *“O manicômio aparecia como um resíduo arcaico, um sobrevivente incoerente, e a sua destruição uma luta, digamos, atrasada” (De Leonardis, Mauri e Rotelli, 2001: 66).* A experiência italiana, como destaca Barros, se apresenta como *“um*

confronto com o hospital psiquiátrico” (1994: 53), inaugurando outro modo de construção das práticas em saúde mental.

Dentro desse escopo, a reforma, como entendida pelas outras experiências, na qual se pensava a modernização do hospital, tornou-se inconcebível tendo em vista a capacidade de a estrutura hospitalar se atualizar por si, a fim de fazer frente às novas ou velhas demandas ‘*aggiornadas*’.

A psiquiatria italiana perseguiu o processo de desinstitucionalização em amplos aspectos buscando desmontar o binômio problema/solução (o normal como algo tangível e passível de restabelecimento) e promovendo o deslocamento do alvo de cuidados – de doença para uma existência-sofrimento e sua relação com o corpo social (Rotelli *et al*, 1991).

“A ruptura do paradigma (fundante dessas instituições) se refere à passagem da pesquisa causal à reconstrução de uma concatenação possibilidade-probabilidade; rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo de ‘doença’. 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” (Rotelli *et al*, 1991: 30).

Refletir acerca dos fatos antecedentes e contributivos para reformulação das práticas psiquiátricas faz entender que a reconstrução da história traz subsídios para toda e qualquer ação de transformação.

Saber que a experiência radical da guerra marcou incisivamente o cenário mundial e produziu respostas ante o horror da violência, da violação aos direitos humanos e do atentado à dignidade humana torna importante olhar a trajetória de cada lugar, com seus movimentos sociais, suas rupturas políticas e suas especificidades.

Essas respostas chegaram por diferentes apreensões e peculiaridades de contextos sócio-políticos e econômicos e ainda se dão no contínuo processo das sociedades mais democráticas, solidárias, de condições mais igualitárias em busca de novas relações com as formas diferentes de existir.

O esforço na direção da transformação do paradigma psiquiátrico ganhou diversos matizes nas referências clássicas. O movimento inglês preocupou-se em reformar o asilo, as iniciativas francesas e americanas transpuseram os muros na direção de expandir sua terapêutica para a comunidade, e a italiana rompeu radicalmente com os movimentos anteriores focando “no dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (Amarante, 1998: 27). Assim sendo, é importante observar que as transformações desembocam no processo histórico de cada lugar e no seu modo de fazer a reforma assistencial; alguns carregam consigo o impasse sobre como fazê-la ou quais os princípios e valores presentes nesse processo.

Considerando o caso brasileiro, que desafios se apresentam para a construção de práticas em saúde mental que sejam capazes de reconhecer a diferença e acolher o sofrimento? Será o caminho da humanização das relações nos hospitais especializados, e em termos atuais, transformados em hospitais psiquiátricos de pequeno porte, mais resolutivos no tratamento e integrados à rede comunitária? Ou será o caminho da desconstrução desse dispositivo histórico e naturalmente permeado por representações sociais, que necessariamente carrega em si seu *modus operandi* secular?

Capítulo 3 – O Hospital Psiquiátrico no Brasil: da Reforma à Política Nacional de Saúde Mental.

“A idéia de meter loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma sintoma de demência e não faltou quem o insinuasse à própria mulher do médico”²² (Assis, 1991: 10).

A história da loucura no Brasil não é muito diferente da história relatada no contexto europeu, conforme o capítulo 1. Aqui também, desde o Império, o louco gozou de liberdade e tolerância; e também o primeiro hospício (Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852) surgiu com a função de tratamento moral e controle social (Costa, 1976).

Um momento importante na trajetória da saúde pública no Brasil, e também da assistência psiquiátrica, se consolidou na Primeira República (1890-1930), quando o debate em torno da nacionalidade se impôs, com reflexões sobre o povo brasileiro e suas condições de vida e subsistência. Nesse contexto, a saúde passou a contribuir de forma mais efetiva na instituição de ações públicas voltadas para a higienização das cidades e para o controle das doenças (Faria, 2003). Também surgiram teorias que buscavam sustentar a valorização de algumas raças, visando estabelecer padrões civilizatórios e um perfil esperado de povo. O louco, assim como o negro, o índio, os ‘miscigenados’, os desvalidos e doentes, eram alvo dessas teorias. Divulgava-se um ideal eugênico de raça pura. Tais teorias não eram consensuais, mas possibilitaram a materialização de uma política higienista em saúde mental nos anos 20, especialmente a partir da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) (Costa, 1976).

A LBHM tinha como função divulgar formas de melhorar as condições do meio e dos indivíduos, bem como regenerá-los (Costa, 1976). No rastro do

²² Conto de Machado de Assis ‘O Alienista’ de 1881. O texto é uma crítica, em tom de ironia, ao desenfreado processo de internação que ocorria no Rio de Janeiro após inauguração do primeiro hospício. Descreve o autor que a própria sanidade do médico é posta sob suspeita frente à ousadia de encarcerar todos os identificados como loucos, a fim de corrigir o descaso das autoridades da cidade para com os mesmos. No anexo 3 inserimos a crônica de Machado de Assis sobre o mesmo tema em ‘A Semana’ (1896), a qual Machado de Assis hesita sobre a demarcação entre loucura e desrazão.

modelo biomédico, a psiquiatria procurou adaptar os conceitos de higiene e profilaxia, a fim de evitar a degeneração e a transmissão hereditária da loucura. A loucura passava, então, a ser compreendida dentro do mesmo referencial da saúde, e entendida como doença que também deveria ser submetida a práticas de controle e esquadramento social. Defendiam-se, assim, os serviços abertos e as visitas domiciliares e escolares como uma possibilidade de intervenção na fase inicial da doença, impedindo seu agravamento. E no caso de adoecimento, o recurso utilizado era o hospital.

Nesse cenário, a trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil manteve-se, durante muitas décadas, calcada na expansão dos hospitais²³ e, em um primeiro momento, no controle estatal do maior número de leitos. Em 1941 havia 62 hospitais psiquiátricos no Brasil (23 públicos e 39 privados) – onde 80,7% dos leitos estavam sob responsabilidade estatal²⁴, constituindo uma política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental (Paulin e Turato, 2004).

No mesmo período, e com críticas à assistência psiquiátrica pública, inicia-se a trajetória da assistência psiquiátrica hospitalar privada vinculada, principalmente, aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) das diversas categorias profissionais (Paulin e Turato, 2004).

Em vinte anos, com a expansão dos Institutos e a progressiva demanda por internações, ocorreu um aumento expressivo da assistência privada, gerando uma inversão na relação entre leitos psiquiátricos públicos e privados (40% público e 60% privado) (Paulin e Turato, 2004).

²³ É importante dizer que, em 1945, o Código Brasileiro de Saúde aboliu o uso de termos como 'hospício' ou 'asilo' e em contrapartida reforçou o termo 'hospital'. O hospital como uma instituição médica é um fenômeno da modernidade, do estabelecimento da medicina científica moderna e da própria concepção clínica que se estabelece a partir da compreensão anátomo-patológica da doença a partir do século XVIII (Foucault, 2008).

²⁴ Em 1946, foi editado o decreto-lei 8.550 autorizando o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) do Ministério da Educação e Saúde Pública a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de novos hospitais psiquiátricos, e com isso viu-se a proliferação desenfreada dos hospitais-colônias em vários estados do país.

O período que se inicia em 1964 com o golpe militar acentuou as distorções dessa trajetória (Paulin e Turato, 2004), principalmente ao marcar uma distinção entre os indigentes e os que possuíam cobertura previdenciária. Aos primeiros, sem vínculo com a previdência, foram destinados os precários hospitais da rede pública. E aos segundos, os hospitais privados contratados (Resende, 1987). Dada essa condução política, a psiquiatria pós-64 foi denominada como ‘prática assistencial de massa’ (Resende, 59: 1987).

A unificação dos Institutos em 1967 e a consequente criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) não trouxe modificações no modelo assistencial adotado; ao contrário, reforçou a lógica privatista em curso com a expansão de uma prática previdenciária voltada para compra de serviços de instituições privadas e o uso intensivo do leito (Delgado, 1987).

Em 1968, o então Ministro da Saúde Leonel Miranda (proprietário da Casa de Saúde Dr. Eiras) apresentava um Plano Nacional de Saúde que refletia o ideário daquele contexto, tendo como proposta:

“a privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços” (Mello, 1977: 65).

Felizmente, tal Plano nunca foi implementado, mas revelava a presença e a força do poder privado no interior do Estado naquele momento e as possíveis marcas que ficariam na institucionalidade da assistência em saúde e psiquiatria no Brasil.

Nesse mesmo contexto surgiam também estudos e relatos denunciando as precárias condições assistenciais dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, com a utilização de práticas organizacionais que visavam dar conta do volume excessivo de internações. Cerqueira (1968), a partir de relatórios de diretores dos hospitais, identificou a introdução do expediente ‘leito-chão’ como terminologia hospitalar. Isso traduz a naturalização de uma prática de descaso e desatenção em prol da captação do recurso nesse contexto.

Apesar do privilegiamento do setor privado, Resende (1987) menciona algumas resistências contra a indústria da loucura no início da década de 70, tais como: a criação, em 1970, da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em substituição ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM); a definição de estratégias de supervisão dos hospitais para controle do tempo de permanência hospitalar; a definição de limites para encaminhamentos para internação e a instalação de centrais de internação em Minas Gerais e Pernambuco²⁵.

Tais ações, contudo, não foram suficientes para barrar a trajetória privatista da assistência psiquiátrica e a orientação política para uma prática assistencial baseada principalmente na atenção hospitalar. Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) intensificou a compra dos serviços e leitos privados²⁶ (Cerqueira, 1984). Em 1977, 96% dos recursos do INAMPS eram destinados à sustentação dos hospitais e os 4% restantes para os ambulatorios. Naquele mesmo ano, o INAMPS diagnosticava um volume de 195.000 internações psiquiátricas desnecessárias em três anos (1973 a 1976), com um percentual de internações elevado em 344% (CEBES, 1980: 54).

O empresariamento da loucura mostrava-se evidente no início dos anos 80. Em quarenta anos (de 1940 a 1980) os leitos psiquiátricos públicos saltaram de 21.079 para 22.603 enquanto os leitos privados passaram de 3.034 para 55.670 (CEBES, 1980: 54).

O número total de leitos psiquiátricos no país também denotava que o hospital psiquiátrico havia assumido, ao longo dos anos, funções diversas. Além da segregação social, esteve implicado com os objetivos da indústria da loucura e entrelaçado com os ditames do sistema autoritário e excludente.

²⁵ Outras iniciativas ocorreram também na própria década de 70, como o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM – MS-DINSAM/1973), e o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica (MPAS-INPS/1977) que representava uma moderna política de saúde mental da Previdência e crítico da expansão a que se assistia, sendo sabotado no seu primeiro dia (Amarante, 1997, 1998a; Cerqueira, 1984).

²⁶ “Um fator considerado altamente favorável à corrupção na prestação de serviços contratados ao setor privado está na forma de pagamento dos serviços médico - assistenciais em relação direta com a quantidade de tarefas executadas, ou seja, o pagamento por unidade de serviço (US)” (Amarante, 1998b: 61).

Cabia-lhe desempenhar respostas a distintas realidades, como dar subsistência àqueles cujas famílias viviam em desvantagem social, albergar, servir de asilo para idosos, funcionar como casa correcional para os comportamentos moralmente intoleráveis e os ideologicamente contrários ao sistema e também a todos aqueles contrários à ordem pública e às normas familiares e sociais, como detalhado em Moreira (1983).

O cenário dos anos 70 era de superlotação dos hospitais psiquiátricos e também de iminente crise econômica e institucional do modelo previdenciário. Sob influência de experiências internacionais, setores da psiquiatria brasileira que já se contrapunham ao modelo hospitalar privado, no âmbito da DINSAM, aderiram às propostas da psiquiatria comunitária norte-americana, com seus conceitos preventivistas e recursos extra-hospitalares.

O Estado, preocupado em atender a algumas demandas básicas da população, no que tange as políticas sociais, criou campo aberto para os movimentos sociais, que reivindicavam serviços e melhorias de condição de vida (Amarante, 1998b).

Em 1978 deflagra-se uma crise no âmbito da DINSAM. Os principais hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (Pedro II, Colônia Juliano Moreira, Pinel e Heitor Carrilho) passaram a ser alvo de denúncia pelos bolsistas, inconformados com as precárias condições de trabalho, além dos maus tratos e abandono sob os quais viviam os internos.

A partir da 'Crise da DINSAM' consolida-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), com o objetivo de abrir espaços de discussão e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica de forma não institucionalizada.

Sucessivos acontecimentos e eventos, nos anos de 1978 e 1979, como greves, mobilizações das entidades civis (da Ordem dos Advogados do Brasil, da Associação Brasileira de Imprensa, dentre outras) reforçavam o MTSM, contribuindo para que a questão das distorções da política nacional de assistência psiquiátrica e as condições relativas aos hospitais ganhassem ampla repercussão, conferindo outro estatuto para a questão. A crise dos hospitais deixava de ser apenas de ordem técnica para se tornar uma questão política, que dizia respeito a toda sociedade.

O debate incidia sobre o caráter privatizante da política de saúde mental e as distorções da assistência decorrentes da cisão entre os que possuíam condições financeiras, vinculados ou não à previdência social, e aqueles destituídos dessa retaguarda. Mais uma vez declarava-se a prática psiquiátrica como controle social e reprodução das desigualdades sociais. A ação reformista visava denunciar as distorções cometidas, reivindicar a estatização dos serviços de saúde e implantar alternativas extra-hospitalares, como formas de incidir sobre as distorções provocadas pelo modelo privatizante e curativista.

Todavia a crise da assistência psiquiátrica era entendida também em um contexto maior de crise do Estado, de falta de participação popular e de privatização do setor. O Movimento, portanto, tinha como tônica de seus eventos o inconformismo ante as atrocidades ocorridas nas instituições psiquiátricas e a importância da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Seu objetivo era o de promover discussões no âmbito macro, ou seja, a saúde mental dentro do setor saúde no contexto de luta pela democratização da ordem política, econômica e social, no contexto de discussão promovido pelo então movimento sanitário (Amarante, 1997; 1998b).

Vale registrar a importante influência exercida por Franco Basaglia no pensamento crítico do MTSM nesse período. A reforma italiana, tanto no âmbito da psiquiatria como na saúde em geral, alimentava o debate sobre a necessária reforma do sistema de saúde brasileiro. Assim, tanto o movimento sanitário como o MTSM se alimentaram da experiência italiana para pautar a crítica ao modelo de atenção em saúde adotado no Brasil, bem como na construção de propostas que visavam à democratização da saúde e à afirmação da saúde como direito de cidadania (Escorel *et al*, 2006).

No início dos anos 80, não só a assistência psiquiátrica, mas a saúde em geral, padecia ante a política de capitalização da medicina. O modelo médico-assistencial privatista, hegemônico na década de 70, contribuiu para deflagrar essa crise e fez com que o Estado, por meio de políticas públicas, adotasse medidas racionalizadoras. A criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, foi um primeiro momento de organização dessa política. Partindo de um diagnóstico situacional da área de saúde da Previdência, o Conselho propôs um plano de reorientação

da assistência em saúde e da assistência psiquiátrica com a missão de resgatar o serviço público e regular o prestador privado²⁷. Na mesma linha promoveu uma política de co-gestão entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência Social (MPAS) – o que também possibilitou reestruturar os hospitais da DINSAM (Paula e Braga, 1980).

A co-gestão viabilizou um mecanismo de redução progressiva das relações calcadas na compra e venda de serviços de saúde pelo Estado, através dos empresários donos dos estabelecimentos hospitalares, fazendo com que o sistema de saúde pudesse funcionar de forma integrada entre as três esferas de governo. A implantação da co-gestão serviu como meio para agilizar a assistência e o recurso financeiro repassado aos hospitais públicos custeados, a partir de então, pelos dois ministérios gestores. Prevaleceu também a orientação de utilização prioritária e total da capacidade instalada dos hospitais públicos, e em seguida, a título de complementaridade, das entidades beneficentes e depois as de natureza privada.

A política de co-gestão foi uma resposta à crítica do MTSM à política de privatização dos serviços de saúde, buscando-se incrementar a utilização das instituições públicas como provedoras desses serviços e de forma universal (Amarante, 1998b).

Após breve passagem de membros do MTSM pelo aparelho estatal, a segunda metade dos anos 80, marcou uma inflexão fundamental para o MTSM em seus princípios constitutivos, oriunda da ruptura que ocorreu dada às divergências de orientação político-ideológica. Com isso, o MTSM se distanciou do Estado e se aproximou das entidades de usuários e familiares abrindo espaço para críticas dirigidas às políticas oficiais de saúde mental e colocando em cheque as propostas de mera transformação institucional dos hospitais e as singelas modernizações do aparato psiquiátrico, típicas da política estatal da ocasião (Amarante, 1998b).

²⁷ Uma das medidas adotadas a partir do Plano CONASP foi a instituição da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os prestadores privados, possibilitando um maior controle das internações realizadas pelo prestador privado.

Dois eventos importantes, ambos capitaneados no ano de 1987, mostram os rumos propostos para a discussão da reforma a partir de então: a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), selando o compromisso na consolidação de uma estratégia política que visasse à diminuição progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos e a substituição gradativa de leitos por serviços alternativos à internação psiquiátrica; e a realização do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental (II CTSM), conclamando a definição do lema “Por uma sociedade sem manicômios”²⁸, com debates que transcendiam os serviços hospitalares e extra-hospitalares e rumavam para a superação radical do manicômio, bem como de suas estruturas de sustentação.

Nessa conjuntura se insere a noção de desinstitucionalização como estratégia-chave da reforma psiquiátrica, “(...) enquanto um processo social e epistemológico complexo, centrado não apenas em medidas sanitárias e assistenciais, mas, também, em princípios conceituais e culturais” (Amarante, 1997: 174).

Assim, visava-se, através da dimensão cultural, interferir no imaginário social (constituído e sedimentado ao longo dos anos) com relação à loucura ou à doença, atingindo, com isso, um dos pilares da constituição do saber psiquiátrico – vinculado a noções de periculosidade, irracionalidade, irresponsabilidade, etc.

A proposta de desinstitucionalização não se resumia à desospitalização, e não se restringia aos aspectos técnicos, jurídicos e legislativos, objetivava a construção de um processo ético que fundasse uma prática substitutiva ao modelo centrado na doença ou no hospital e no reconhecimento do sujeito em sua existência (Amarante, 1997; 1998b).

Como reflexo desse processo e inspirado no debate promovido pelo movimento de reforma surge, ainda no ano de 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo. Alguns anos depois a Prefeitura de Santos intervém no hospital psiquiátrico da cidade (1989) inaugurando um

²⁸ Esse lema foi criado em 1974, pelo movimento Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, cujos participantes foram Basaglia, Guattari, Castel e outros.

debate contundente sobre a necessidade de extinguir definitivamente os manicômios ainda existentes. Também no ano de 1989 o então deputado federal Paulo Delgado apresentava o Projeto de Lei da reforma psiquiátrica (PL 3.657²⁹) cuja tônica principal era a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de saúde mental³⁰ (Amarante, 2008).

Assim, o período de 1987 a 1989 foi especialmente significativo e marcou a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para o MTSM, “*A / CNSM marca o fim da trajetória sanitaria³¹ e o início de outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução / invenção*” (Amarante, 1998b: 93).

A ruptura pela qual o MTSM passou na segunda metade dos anos 80 o possibilitou uma função crítica e a ocupação de um lugar indeclinável – questionar passo a passo a condução política do Estado, oxigenando-o e instigando-o a novas formulações, inclusive as de normativas legais (Amarante, 1997; 1998b).

Para Kinoshita (1987), o processo social de desinstitucionalização se dá ao longo do caminho de implementação da reforma psiquiátrica. Ao se referir à Reforma Italiana e ao enfrentamento à instituição manicomial, que estabelece toda a sua distinção frente às demais reformas, esse autor a define como em modo-contínuo e dinâmica, além de contrária a uma lógica interna à instituição, a qual neutraliza os atores sociais como sujeitos de transformação, diferentemente da lógica de ação de um serviço territorial “*como ator de*

²⁹ O período foi de tal mobilização social, que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) incentivou a constituição da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) no Rio de Janeiro seguido de outros lugares do país (Amarante, 1998b).

³⁰ Em Amarante (1998b) encontramos uma observação importante, que diz respeito ao fato do PL não abranger a proposta de extinção aos hospitais privados/privados sem prestação de serviço público. A propósito, cabe um estudo sobre a política de regulação do funcionamento desses hospitais prestadores de serviços de saúde suplementar.

³¹ “(...) o início da trajetória institucional da estratégia sanitaria é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades” (Amarante, 1998b: 93). E ainda: “(...) o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante – isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença – ao passo em que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social” (Idem).

transformação social, como propulsor de mudanças a nível local, de transformações nas instituições, na sociedade” (Kinoshita, 1987: 73).

A Reforma Italiana tinha e tem como objetivo a luta contra o ‘manicomialismo’ e a eliminação da internação psiquiátrica, e isso inseparavelmente representou muitos conflitos de diversas ordens, interesses econômicos, profissionais e também manobras políticas. Fez mobilizar problemas que antes eram naturalmente resolvidos pela instituição, em uma relação de causa e consequência; e por isso vale dizer que se trata de um processo social complexo.

“Neste percurso, a Reforma não é um objetivo finalmente atingido, não corresponde ao cumprimento da desinstitucionalização. Ao contrário, no momento em que enuncia o objetivo da eliminação da internação psiquiátrica, ela confirma e alarga o campo da ação da desinstitucionalização. De fato, a realização daquele objetivo – a eliminação da internação psiquiátrica – só pode ser um processo social complexo, que suscita conflitos, crises e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (inclusive aquelas relativas a poderes e competências), nas quais o circuito psiquiátrico está inserido. Um objetivo como aquele suscita problemas e requer mudanças na organização sanitária, na justiça, nos modos de administração dos recursos públicos” (Kinoshita, 1987: 75-76).

Para o MTSM foi determinante a ruptura que se estabelecia quando da assunção do conceito de desinstitucionalização como estratégia antimanicomial incorporado ao seu ideário, tornado conceito-chave no projeto da transformação da assistência psiquiátrica.

Contudo, o retrato dos anos 80 reflete as distorções geradas na década anterior, especialmente quanto à distribuição de leitos (privados e públicos) por região, conferindo maior concentração de leitos-população no Sul e Sudeste em detrimento das outras regiões. Com relação à distribuição de leitos hospitalares por especialidade constatavam-se graves distorções no ano de 1987. Havia 98.286 leitos de psiquiatria e 98.871 leitos para clínica médica (dados da AMS/IBGE), que confrontados com os parâmetros da Portaria

3.046/82³², significavam um superávit de 42% de leitos para psiquiatria em face de um déficit de 55% de leitos para clínica médica (Vilaça Mendes, 1993).

Percebe-se uma grande distorção de distribuição de leitos hospitalares por especialidades e a escolha deveu-se ao fato de a psiquiatria ter sido vista pelo empresariado como um serviço de fácil montagem e sem necessidade de sofisticação tecnológica e nem mesmo pessoal qualificado (Amarante, 1998b).

Nesse início de percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, torna-se importante ressaltar o quanto a Reforma Italiana inspirou nossa trajetória ao assumir e problematizar, como dito pelos italianos, algo que era dado como um fato de óbvia resposta (a internação manicomial). É claro que as outras experiências também informaram os movimentos de transformação da ação psiquiátrica, porém a contundência de seu pensamento e prática teve muito mais repercussão junto ao principal ator social responsável por alavancar a reforma no país.

A crise da forma manicomial em atender a complexidade do sofrimento psíquico que o mundo vivenciou mais intensamente no final da década de 40, fez repercutir respostas que ainda hoje cursam a fim de confrontar os efeitos dos longos anos de automatismo, reducionismo e de violência da prática manicomial. O desafio concorre cotidianamente para a sua desconstrução, e em múltiplos aspectos; a instituição a ser negada conflui em um conjunto de elementos de ordem administrativa, jurídica, científica, cultural entre outras que incidem sobre o estatuto conferido de doença mental (objeto) e de periculosidade que a função do manicômio agrega.

“(...) a ‘negação da instituição’ não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social” (Amarante e Rotelli, 1992: 44).

³² Editada com fins de maior controle - condiciona novos credenciamentos à existência de recursos financeiros, e ao cumprimento de critérios e normas técnicas, dava preferência à reativação dos serviços públicos. Concretizou-se no Plano CONASP (Escorel *et al*, 2006).

Para Rotelli: *“O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo)”* (Rotelli, 2001: 90-91).

Em que pesem toda a especificidade dos países e de suas regiões mais recônditas, suas produções normativas e seus trabalhos práticos de reagir à loucura, ainda assim, dar-se-ão semelhanças ao se deparar com a tradução feita pelo processo da civilização para a experiência da loucura, e as práticas a ela referidas durante os séculos, que justificaram o ponto de confluência da internação. Podemos dizer que seja um fenômeno universal com, talvez, pouquíssimas exceções.

A reprodução acrítica, por exemplo, de um diagnóstico que ateste um prognóstico de cronicidade assegurando, por sua vez, o caráter de irreversibilidade da internação – forma de controle social ostensiva e base material para a cronicidade pela privação imposta – deixou um legado de vidas humanas confinadas e desperdiçadas que habitam forçosamente os pátios e enfermarias dos hospitais psiquiátricos no mundo.

O grande contingente humano da longa permanência hospitalar fez vacilar a certeza de uma prática sedimentada na sequestração pela internação psiquiátrica. No caso do Brasil, como vimos, a história da psiquiatria se constituiu com as edificações cada vez mais constantes de hospitais psiquiátricos com aumentos sucessivos de leitos para a internação. Não obstante tal cenário, a forma do país constituir políticas públicas para a saúde mental foi agravada pela opção de privatizar a assistência, gerar lucro para o empresariado a despeito das péssimas condições oferecidas àqueles sem direito de escolha.

Essa institucionalidade contribuiu ao longo desses anos para a nossa forma de compreender e tratar a loucura, compondo um dado lugar na sociedade.

Ao se assumir a complexidade desse campo e o esforço de traduzí-lo enquanto ações (sejam elas de caráter normativo ou administrativo), ou mesmo

na permeabilidade do agir cotidiano de uma assistência a ser inventada, percebe-se a seguinte ambigüidade no tratar: ora este se aproxima de uma psiquiatria preventiva, em que hospital psiquiátrico (ainda que como último recurso) compõe o cenário da rede de atenção (certo de que não apenas a estrutura manicomial é aquela que reproduz a sua lógica), e dá continuidade ao *'revolving door'*. Ora este se apresenta sob a batuta da desinstitucionalização, como desconstrução permanente dos meios e recursos que possam sustentar todo o imaginário social sobre a loucura e o saber/fazer dos mais de trezentos anos de psiquiatria no mundo ou mais de duzentos no nosso país.

3.1 - A Política Nacional de Saúde Mental.

O ano de 1990 foi o momento inicial de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). No que tange a saúde mental, a partir de 1991, com a extinção da DINSAM e a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), teve início a construção de uma política nacional orientada pelos princípios difundidos no âmbito do movimento pela reforma psiquiátrica, mas também pelas diretrizes da Conferência Regional de Caracas (Conferência sobre reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina), realizada em novembro de 1990, com ênfase na política de reestruturação da atenção.

Duas portarias marcaram de forma importante o início do processo político de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil: a portaria 189 de 1991 e a portaria 224 de 1992.

A PT 189/1991 tinha como objetivo central alterar o financiamento das ações e serviços de saúde mental, reforçando o nível central como orientador da direção na implantação de serviços substitutivos ao modelo tradicional, aprovando os procedimentos tipo NAPS/CAPS (certificando alguns e dando início ao fechamento de outros completamente adversos aos princípios da reforma), o atendimento grupal e as oficinas terapêuticas.

Já a PT 224/1992 visava regulamentar a anterior, firmando diretrizes para organização de serviços baseados nos princípios do SUS. Propunha técnicas terapêuticas diversas e o trabalho multiprofissional, além de requerer a

participação social e estabelecer critérios para a assistência nos hospitais psiquiátricos, sob pena de fechamento de leitos (proibindo práticas violentas como a existência de espaços restritivos). Consta que esta portaria foi entendida pelos coordenadores/assessores de saúde mental dos estados nesse período como “regra mínima” a ser cumprida em todo o país (Brasil / MS, 2004).

O direcionamento dessas portarias convergia para ações de qualificação/desospitalização ou para a avaliação, como mecanismos de enfrentamento da questão hospitalar psiquiátrica, sob a preocupação de não causar desassistência (Borges, 2007).

Um marco importante do período em questão foi a realização, no ano de 1992, da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A Conferência afirmou-se no intuito de pactuar o processo de mudança, mantendo a crítica ao manicômio e apontando para a necessária criação de equipamentos e recursos não manicomiais no território que previssem o funcionamento de estruturas abertas 24 horas. O relatório da Conferência recomendou a desativação de 20% ao ano dos leitos manicomiais, com período de dez anos para sua conclusão, e ratificou a recomendação da I Conferência, de 1987, quanto à garantia do atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral.

Em 1993, uma nova portaria, PT 63, materializava o acompanhamento das normas em vigor e criava o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH)³³.

Ainda na linha dos esforços empreendidos, apresentou-se o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), também lançado em 1993, cujo objetivo principal era a reintegração social e familiar de pessoas internadas há mais de cinco anos ininterruptos ou 10 anos com pequenos intervalos de alta, em hospitais psiquiátricos, e que tinham condições de beneficiar-se de tratamentos

³³ Borges (2007) detalha que no ano seguinte o GAPH tornou-se mais sistemático abarcando todos os níveis de gestão, concorrendo para tensões no âmbito político, pois havia iminência de redução dos reajustes da AIH ou mesmo descredenciamento para os casos de não cumprimento das exigências por parte dos hospitais. Seguem nos anos seguintes outras portarias com propósito de avaliação, adequação e mesmo o descredenciamento dos hospitais.

e cuidados fora do hospital. Porém, tal Programa sofreu impedimento jurídico interposto à sua implantação (Alves *in* Pitta, 1996; Delgado, 2001).

Durante o restante da década de 1990 assistiu-se a mudanças incrementais na política nacional de saúde mental, todas mantendo o curso das normativas (em especial 189/91 e 224/92) dos primeiros anos da década, com grande ênfase na desospitalização e busca de qualificação da assistência. Assim, num cenário adverso e restritivo para as políticas sociais em geral, e também de forma incipiente frente ao projeto da reforma psiquiátrica, a década de 1990 possibilitou a construção gradativa de condições para a desospitalização e criação de uma rede assistencial substitutiva em saúde mental (Borges, 2007).

A partir do ano 2000 observa-se uma inflexão na política de governo, através de mudanças importantes que consubstanciaram novas ações políticas para esse subsetor da saúde: desde a mudança do coordenador nacional para a área em julho de 2000, até o retorno da assessoria de saúde mental à Secretária de Assistência à Saúde³⁴ e a recuperação do poder institucional assumido pelo caráter de formulação e condução da política nacional de saúde mental (Borges, 2007).

A década de 2000 inicia-se com a edição de nova portaria que viria compor o conjunto de aparatos legais de sustentação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a PT GM 106 de 2000, dirigida aos egressos de longa internação em hospitais psiquiátricos sem laço familiar ou mesmo suporte social, através do equipamento de residência terapêutica (SRT) (ver quadro A).

34 No ano de 1997 a Assessoria de Saúde Mental saiu da SAS e passou para uma nova Secretaria, Secretaria de Políticas de Saúde. Nessa Secretaria a área contou com menor prestígio político tendo sido esvaziada em sua atuação.

Quadro A - Normativas federais que impactaram no hospital psiquiátrico.

Normativas agrupadas por biênios – Síntese.	
2000-2001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PT GM nº 799/00 - Institui avaliação dos serviços de saúde mental, hospitalares e ambulatoriais. Em destaque a supervisão e avaliação dos H.P. através de visitas aos estabelecimentos. ▪ PT GM nº 106/00 - Cria o Serviço Residencial Terapêutico para egressos de longa permanência em instituição psiquiátrica, com redução proporcional de nº de leitos no H.P. ▪ PT GM nº 1220/00 – Regulamenta a PT 106/00 para fins de cadastro e financiamento. ▪ LEI nº 10.216/01 - O Estado se torna responsável pela formulação política e a assistência em S.M., estabelece como prioridade o tratamento com recursos extra-hospitalares, determina política específica para a alta de internos de H.P. longamente institucionalizados, também regulamenta a internação involuntária.
2002- 2003	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PT GM nº 251/02 (PNASH) - Regulamenta normas para a assistência psiquiátrica hospitalar. Institui a avaliação anual do H.P. através do PNASH, cabendo em última instância o descredenciamento da unidade. Estabelece a porta de entrada das internações psiquiátricas. Trata-se de portaria que visa atualizar e revisar a PT GM nº 224/92. <ul style="list-style-type: none"> ○ PT GM nº 1.467/02 - Constitui comissão de análise e acompanhamento do processo de avaliação PNASH da rede hospitalar de psiquiatria. ○ PT SAS nº 77/02 – Reclassifica os hospitais psiquiátricos e atualiza os procedimentos de atendimento em psiquiatria. ○ PT SAS nº 1001/02 – Homologa resultados das vistorias do PNASH 2002/03 e define a classificação dos hospitais psiquiátricos. ▪ PT GM nº 336/02 – Estabelece modalidades para o CAPS segundo porte populacional e CAPS específicos. Cria financiamento próprio p/ os CAPS. ▪ PT GM nº 2.391/02 - Regulamenta o controle dos diversos tipos de internação. Estabelece a notificação no caso das internações involuntárias junto ao Ministério Público e

	<p>instâncias gestoras do SUS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PT SAS nº 150/03 – Homologa resultados das revisórias do PNASH. Para aqueles não reclassificados determina suspensão de novas internações e o descredenciamento da instituição. ▪ LEI 10.708/03 – Institui o Programa de Volta Para Casa com a concessão de auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência de pacientes egressos de internação psiquiátrica.
2004-2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PT GM nº 52/04 (PRH) – Estabelece critérios para redução progressiva de leitos psiquiátricos acompanhada pela expansão do modelo comunitário de atenção. A redução de leitos visa reduzir o porte dos hospitais a fim de melhorar a qualidade assistencial. E redirecionamento financeiro das internações para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. ▪ PT GM nº 53/04 – Define novos valores (incrementa) a partir do efeito do PRH, e mantém a remuneração da PT 77/02 para os hospitais que não cumprirem as exigências da PT 52/04.
2006-2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PTGM nº 501/07 - Homologa resultados de revisórias do PNASH 2005/06. Determina providências para a suspensão das internações e descredenciamento da instituição.

2008-2009

- **PT SAS nº 379/08** – Reclassifica o Hospital Colônia de Rio Bonito, com 560 leitos, na classe XII.
- **PT GM 2.644/09** – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte (N I, N II, N III, N IV) e reajusta os respectivos incrementos. Incentivo financeiro adicional para internações de curta duração em H.P. nas classes: Nível I (N I) e (N II). Aprimoramento do PRH.
- **PT GM 2.629/09** – Incentivo financeiro adicional para internações de curta duração e reajusta os procedimentos em H.G. acima dos valores pagos ao hospital psiquiátrico, a fim de estimular a hospitalidade noturna em S.M. Aprimoramento do PRH.
- **PT GM nº 2.647/09** – Reforça as PTs 52, 2.644 e 2.629 ao estabelecer recurso do MS a ser incorporado ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade, dos estados, municípios e Distrito Federal.
- **PT SAS nº 426/09** – Mantêm os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento nas mesmas classificações anteriores por não atenderem aos requisitos mínimos de qualidade aferidos pelo PNASH. Aguardam novas pactuações até o fim do processo de desinstitucionalização dos pacientes. (Em Rio Bonito e Bom Jesus do Itabapoana no estado RJ).
- **PT SAS nº 423/09** – Atualiza a tabela de habilitação do CNES em função da PT 2.644/09, prevendo reajustes e incentivos para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos.
- **PT SAS nº 404/09** – Reclassifica os hospitais psiquiátricos, a partir da PT 2.644/09.

Fonte: Elaboração própria – 2010. Dados extraídos da publicação do MS, 2004. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Quadro A.

No mesmo ano foi instituído o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (PT GM 799/00), por meio de grupos técnicos nas esferas subnacionais. O Programa visava, em linhas gerais, avaliar a assistência em saúde mental, especialmente o hospital psiquiátrico (avaliar *in loco*), propor medidas de correção ou aperfeiçoamento dos serviços e elaborar mecanismos de regulação da assistência como, por exemplo, as Centrais de Regulação, fortalecendo a gerência do poder público sobre o sistema de saúde.

A edição desse Programa (Julho de 2000) foi, na verdade, uma resposta institucional, da área de Auditoria do Ministério da Saúde (DENASUS)³⁵, ao relatório (Junho de 2000) da Caravana Nacional de Direitos Humanos³⁶, que divulgou o cenário de violações aos direitos humanos fundamentais em vinte hospitais psiquiátricos do país. O Programa trazia uma novidade: se antes se buscava apenas qualificar os serviços hospitalares, a partir desta normativa dever-se-ia avaliá-los ou descredenciá-los.

No ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada a Lei 10.216/01³⁷. No rastro da aprovação da Lei e antes da III CNSM, a Área Técnica de Saúde Mental realizou uma pré-conferência sobre a aplicação e regulamentação da Lei 10.216. Seu objetivo foi o de selar condições concordadas através de responsabilidades partilhadas por atores integrantes desse momento de regulamentações específicas de alguns artigos.

A realização da III CNSM, 12 anos após a realização da II Conferência, possibilitou um balanço da política. Ressaltou-se que apesar dos avanços significativos, o montante de gastos com internações psiquiátricas era incrivelmente desproporcional aos gastos com serviços extra-hospitalares (90%

³⁵ Após a Caravana, a Auditoria do MS através dos Comitês Coordenadores de Auditorias por Especialidades Médicas teve seu projeto como vencedor do 6º Concursos de Inovações da Gestão Pública Federal Prêmio Hélio Beltrão em 2001. (inovacao.ena.gov.br/index.php?option=com_docman...)

³⁶ Realizada pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados.

³⁷ No decorrer desse tempo, o PL do deputado Paulo Delgado que deu origem a essa Lei sofreu sucessivas emendas substitutivas, culminando na derrubada do seu artigo primeiro que determinaria 'a extinção progressiva dos manicômios'. Aspecto caro a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Delgado, 2001).

para 10%). E foi reconhecida a insuficiência dos programas destinados ao suporte social para egressos de longas internações.

O eixo central da Conferência versava sobre a “Reorientação do Modelo Assistencial”, tendo como foco o financiamento como indutor desse processo de mudança, reforçando a importância das transferências financeiras para subsidiarem os custos da operacionalização dos serviços na comunidade.

A Conferência ratificou diretrizes das conferências anteriores, como a contínua redução de leitos psiquiátricos, a regulação incisiva das internações involuntárias, a implementação dos serviços de 24 horas e políticas públicas determinadas para a população longamente institucionalizada.

Nesse contexto, apresentou-se a política de reestruturação da assistência psiquiátrica como uma das diretrizes do governo. O processo passou a ser respaldado por uma avaliação permanente (anual) da qualidade do atendimento prestado, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH-psiquiatria), estabelecido a partir da Portaria 251 de 2002. O Programa estabeleceu normas para a assistência hospitalar (atualizando a 224/92) e, através das vistorias, classificava os hospitais e, a depender das condições, encaminhava para o fechamento os leitos psiquiátricos de baixa qualidade.

Em 2004, definiu-se uma nova normativa (PT GM 52/04) instituindo o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS, estabelecendo uma reclassificação das instituições psiquiátricas, objetivando a redução do porte hospitalar de forma pactuada e gradual³⁸. Nesse instrumento está previsto determinado volume de redução anual de acordo com especificidades, seja dos hospitais, do local ou da rede constituída para assistir os ex-moradores desses hospitais.

Deste modo, a redução dos leitos através dessas normativas federais passou a ser realizada por três formas: na aplicação do PNASH, como medida suficiente para o fechamento do leito, conforme a avaliação; pelo PRH, como

³⁸ Em 2002, 24% dos leitos estavam em hospitais de pequeno porte (até 160), em 2007, 44% dos leitos encontram-se nestes hospitais (portal.saude.gov.br).

instrumento de pactuação para redução de leitos e de porte hospitalar; e por estes dois mecanismos integrados, o PNASH e PRH³⁹;

Concomitante a esse processo, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial, foi promovida a expansão da rede de assistência em saúde mental na comunidade, apoiada por um conjunto de medidas e normativas articuladas, a mencionar: a PT GM 1220/00, que regulamentou os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental (SRT); e a PT GM 336/02, que atualizou as normas do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) previstas na PT SNAS 224/92 – serviço ambulatorial de atenção diária, constituído em diversas modalidades (CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSi). Somando-se a elas houve outras ações prevendo a inclusão da saúde mental na atenção básica, os ambulatórios de saúde mental, os centros de convivência e cultura, o programa de geração de trabalho e renda, os leitos de atenção integral em saúde mental nos hospitais gerais. Além disso, foi aprovada a Lei 10.708 (2003), que instituiu o Programa de Volta para Casa (PVC)⁴⁰ (ver quadro A).

A estratégia de redução de leitos pelo Ministério da Saúde visou articular de forma mais estreita os programas de indução de reintegração social, como o PVC e os SRT, compassados com o PRH com fins de intensificar a assistência à população longamente institucionalizada a partir da desativação de leitos em grandes hospitais. Em consonância com artigo 5º da Lei 10.216/01:

“O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente, e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Brasil, 2001: 18).

³⁹ No caso do estado do Rio de Janeiro, como será abordado no capítulo 6, a equipe estadual pactuava adequações mínimas e redução dos leitos, baseado no PRH, quando o hospital era indicado para o descredenciamento.

⁴⁰ O Programa prevê o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas superior a dois anos. O PVC significou uma vitória após dez anos do Plano de Apoio à Desospitalização (PAD), que como já apontado não teve sucesso em sua implementação.

Com todo esforço necessário que vem sendo empreendido no âmbito das políticas públicas para esse subsetor nos últimos anos, ainda há um longo caminho na construção de dispositivos de atenção que deem conta do sofrimento psíquico. No caso específico da população longamente internada há uma dívida a ser saldada e ainda é precariamente enfrentada.

Todo esforço na redução do número de leitos e do porte hospitalar parecem tangenciar a questão mais específica de necessária mudança do modelo assistencial. Espera-se que adiante, depois da reconfiguração do porte hospitalar, essa instituição de leitos custodiais, ainda que de pequeno porte, seja substituída pelo recurso (quando último) de leitos em Caps III ou de atenção integral em saúde mental em outros equipamentos públicos.

Ainda assim, todo esse processo faz supor que algo por fazer transcende a implementação de políticas públicas, sinalizando a coalizão de forças que mobilizem a sociedade em prol de transformações mais incisivas nas políticas de saúde mental.

“A elaboração de um instrumento legal não pode ser entendida como um objetivo em si, mas sim um passo estratégico no sentido de organização de um novo aparato que venha servir como facilitador na criação de novos contextos, sejam sociais ou políticos” (Pereira, 2004: resumo).

Todavia seja reconhecido o valor conferido pela oficialidade que os documentos normativos possuem e todos os componentes técnico-institucionais do governo, convém registrar o risco intrínseco que se carrega ao se instituir. Numa tentativa de aproximação, vale trazer um aspecto do dilema da Reforma Sanitária que alerta para o perigo de sua institucionalização, uma vez que sua origem remonta a um *“projeto social contra-hegemônico imposto ao governo de transição”* (Fleury, 1988: 203). Continuando com a mesma autora:

“Torna-se necessário retomar aqui algumas análises teóricas acerca da natureza e atuação do Estado capitalista, cuja lógica desarticuladora da organização popular transforma as demandas sociais em questões técnicas, destituindo-as de seu conteúdo político. É nesse sentido que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da reforma sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos” (Fleury, 1988: 204).

Assim, pode-se dizer da preocupação gerada pela Reforma Psiquiátrica, em resvalar no risco de não promover a essencial ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional. Uma vez encapsulada pelo governo, pode vir a reproduzir as relações ou mecanismos de assistência que se desejam superados, ainda que seja um serviço inserido em uma rede comunitária (Amarante, 1998b).

Observamos que a permanência do hospital psiquiátrico no cenário da assistência à saúde mental ainda que de forma reduzida e articulada à rede de atenção, se apresenta como um ponto de tensão entre os movimentos sociais da luta antimanicomial herdeiros do MTSM e a forma como vem sendo constituída a política nacional de saúde mental. Que pesem os esforços dos textos legais, o teor das Conferências no trato com os hospitais psiquiátricos acima descritos e ações de fiscalização e avaliação, o entendimento pela reforma psiquiátrica no Brasil difere.

Ao passo que, lá no início, o MTSM reivindicava a extinção dos manicômios tal qual fora traduzido pelo PL, a crescente institucionalização da política nacional para esse subsetor nos anos 90 e mais intensamente a partir de 2000 dirigiu-se para a mudança de modelo cujas denominações desse processo foram reconhecidas como um redirecionamento conforme disposto na Lei 10.216, uma reorientação ou mesmo uma reestruturação para utilizar o termo da Declaração de Caracas.

Apesar do reconhecimento do problema e da intenção de promover mudanças contidas na Declaração, o hospital psiquiátrico persiste com um papel a desempenhar, ainda que de forma não hegemônica ou centralizadora na assistência.

O MTSM e o Estado caminharam por quase dez anos juntos na proposta pela reforma psiquiátrica, até ocorrer a cisão das diretrizes da condução desse processo que efetivamente se deu antes da década de 90, transparecida em um conjunto de acontecimentos: a assunção do MTSM como um movimento mais abrangente e assumindo definitivamente as orientações basaglianas, o desmantelamento da Casa de Saúde Anchieta e o surgimento dos primeiros CAPS e NAPS. Essa vertente indicava o rumo da desinstitucionalização pela via da desconstrução.

E, por outro lado, há um direcionamento institucional baseado nas recomendações de organismos internacionais sem prescindir do hospital psiquiátrico, patente nos documentos cujas expressões referem dispositivos ‘extra-hospitalar’ ou ‘alternativo’. Ambos os termos caracterizam bem a existência e não a extinção do hospital psiquiátrico.

O conflito é pertinente ao caminho que parece ser feito sobre o fio da navalha. A natureza desse processo é múltipla, não é possível declinar de nenhum aspecto que o compõe – é mutuamente intrínseco. Apresenta-se, na verdade, em diversas dimensões (social, cultural, técnica, política, econômica, ideológica, entre outras) que se articulam simultaneamente e que informam as práticas em saúde mental; isto, talvez se traduza na complexa estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil.

Capítulo 4 – Caminhos da Desinstitucionalização: As filigranas da política estadual de saúde mental.

Os estados, a partir do processo de redemocratização, da CF88 e da Lei Orgânica de Saúde, assumiram atribuições importantes na coordenação dos sistemas de saúde locais. Nos anos 90, em um cenário de acentuada municipalização, algumas normativas nacionais (Normas Operacionais da Saúde de 1991, 1993, 1996) buscaram firmar o processo de descentralização e possibilitaram a consolidação de uma gestão estadual ainda que de forma incipiente.

No final da década de 90 e, mais intensamente, a partir dos anos 2000, houve esforços para que fosse definido um maior protagonismo dos estados na condução das políticas, retomando-se de forma mais incisiva a diretriz da regionalização em saúde (Brasil/MS, 2001; Levcovitz *et al*, 2001). A descentralização da saúde é um contexto importante para a compreensão da saúde mental, pois as dificuldades na consolidação de uma gestão estadual também implicaram a organização das políticas específicas no interior dos estados.

Além disso, é importante salientar que a constituição das estruturas de saúde mental nos estados reflete os efeitos da descentralização da saúde tal como ocorreram em conformidade com as políticas de saúde mental, desenhadas desde os anos 80.

A criação da área técnica de saúde mental⁴¹ do estado do Rio de Janeiro ocorreu no ano de 1983 e se manteve em uma organização incipiente pelo menos até o final da década de 1990. Destaque-se ainda que, de 1994 a início de 1999, a Assessoria de Saúde Mental (ASM) esteve sob a condução de uma coordenação conservadora, não alinhada aos princípios da reforma e

⁴¹ Santos (2007) relata que nos anos 80, as eleições diretas para governador, os movimentos em prol da redemocratização do país e as articulações de diversos atores do campo da saúde mental e da Reforma Sanitária, fizeram com que o estado começasse a assumir destaque e ocupasse um lugar voltado para ações de saúde mental a partir da estrutura de Coordenação para a área, ainda que não se identificasse institucionalmente condições de gestão para o estado.

contrária à diminuição dos leitos e dos hospitais – o que constituiu um momento de grande esvaziamento da área no interior da secretaria e do próprio estado. Em 1999 teve início a trajetória de mudança da gestão em saúde mental no estado (ver quadro B), com a retomada de gestores afinados com o projeto da reforma psiquiátrica (Santos, 2007)⁴².

Destacamos que com a mudança incremental na ASM, essa passou a compor a estrutura da Superintendência de Saúde Coletiva na Secretaria de Estado de Saúde (SES) no período de 1999 a 2003. Desde então, desenhou-se um projeto político para a área de saúde mental com diferentes momentos e estratégias de construção para viabilidade da reforma psiquiátrica.

Este capítulo tem como propósito abordar a trajetória de construção das políticas de saúde mental no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2009, dando destaque às estratégias dirigidas ao componente hospitalar especializado.

A análise da trajetória possibilitou a identificação de dois grandes períodos da política nesses dez anos (ver quadro C), o primeiro momento em 1999, quando tem início a configuração do Projeto Político de Saúde Mental (PPSM), e o segundo, que se delimita a partir de meados de 2008, com o esvaziamento político da assessoria no interior da SESDEC.

⁴² A autora ressalta a escassez de documentos e registros sobre a política implementada no período de 1983 a 1999 indicando a dificuldade de se resgatar as diretrizes e ações desenvolvidas pela Assessoria nestes anos.

Quadro B - Síntese dos principais documentos e eventos produzidos nos períodos das gestões federais e estaduais em saúde mental do estado do Rio de Janeiro – 1999 a 2009.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Coordenação Nacional de Saúde mental	Ana Pitta - Pedro Gabriel G. Delgado ↓ ↑ (? a Julho de 2000) (Julho de 2000 – até o momento atual)											
Secretário de Saúde do estado RJ	Gilson Cantarino - José Leôncio Feitosa - Gilson Cantarino (Jan./1999 a Abril/2002) - (Abril a Dez. /2002) - (Jan./2003 a Dez./2006)								Sérgio Côrtes (Janeiro de 2007 até o momento atual)			
Gestor de Saúde Mental do estado do RJ	G1	G 2			G3	G4		G5	G6	G7		
Normativas/ Documentos Federais	PTGM 799/00 PTGM 106/00 LEI 10.216/01 PTGM 251/02 PTGM 1.467/02 PTSAS 1.001/02 PTSAS 150/03			PTGM 336/02 PTGM 2.391/02 LEI 10.708/03 PT GM 1220/01 PTSAS 77/02		PTGM 52/04 PT GM 53/04		PT GM 501/07		PT SAS 379/08 PTGM 2.629/09 PTGM 2.644/09 PT GM 2.647/09 PT SAS 404/09 PT SAS 423/09 PT SAS 426/09		
Normativas/ Documentos Estaduais	Del. CIB-RJ 54/00 PT GM 1218/00 Res. SES/RJ 1554, 1555 e 1566/00 1º Plano Estadual de Saúde Mental - PESM (2002)		CIB-RJ 50/00 Res.SES/RJ 2313/03			Del. CIB-RJ 203/05 (CRR)		2º PESM (2007)		Resolução SESDEC nº 235/08		
Eventos	Caravana Dir. Humanos (2000) III Conf. Estadual Saúde Mental RJ (2001) III Conf. Nacional Saúde Mental (2001)					Carta Princípio de Brasília (2005)						

Fonte: Elaboração a partir dos documentos da ASM/SES e análise das entrevistas.

Quadro C - Panorama da Política de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gestão Nacional de S.M.	Ana Pitta (? /1999 a 06/2000)	Pedro Gabriel G. Delgado (07/2000 – momento atual)									
Gestão SES/RJ	Gilson Cantarino			Feitosa	Gilson Cantarino				Sérgio Côrtes (01/2007 – momento atual)		
Coordenação em S.M./RJ	CSM1	CSM2			CSM3	CSM4		CSM5	CSM6	CSM7	
Períodos da Política Estadual de S.M.	<p style="text-align: center;"><u>1º PERÍODO – Consolidação</u></p> <p style="text-align: center;">Projeto Político em Saúde Mental (PPSM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inflexão da diretriz política ▪ Diretrizes da Reforma Psiquiátrica ▪ Ampliação de espaços de negociação/pactuação ▪ Construção de estratégias/instrumentos gestão ▪ Maior autonomia da coordenação no interior da SES 									<p style="text-align: center;"><u>2º PERÍODO – Esvaziamento (PPSM)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Latência do projeto político ▪ Equipe coesa – garantia do projeto ▪ Esvaziamento da coordenação no contexto da SES 	

Momentos dos Períodos da Política Estadual de S.M.	Construção de condições	Intervenção federal	Acúmulo de condições institucionais	Início do momento de latência	Manutenção latente dos princípios constitutivos do PPSM
	1999/2003	2004	2005/2006	2007/2008	2008/2009
Momentos dos períodos da Política Estadual de S.M.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico situacional ▪ Estímulo à formação e capacitação de equipes municipais ▪ Constituição de fóruns, colegiados e reuniões ▪ Estratégia de formação de programas e rede nos municípios ▪ 1º PESM ▪ Negociação/pactuação com prestadores de serviços ▪ Criação da CIB 54 ▪ Resol. estaduais ▪ 1º PNASH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituição de fato político – Eiras Paracambi ▪ Intervenção vertical pelo MS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fechamento HETB ▪ Ápice com a instalação das Centrais de Regulação Regionais (CRR) – Del. CIB 203/05 ▪ Definição das portas de entrada públicas ▪ Efeito de portarias editadas - PNASH/ PRH ▪ Dois processos de avaliação (PNASH) concluídos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudança de Secretário de saúde - Mudança na Coord.de S.M. ▪ Expansão de mecanismos de regulação (CRR) ▪ Criação da Res. Nº 235/08 ▪ Indicador estadual redução internação – Pacto p/ Vida ▪ 2º PESM ▪ 3º PNASH não concluído ▪ Início de fragilização na SES - Perda de espaço político ▪ Rearticulação do setor privado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interrupção da gestão em curso ▪ Nome externo à equipe ▪ A resolução 235 não avançou ▪ Proj. Decr. Legis. 'susta efeito da res. 235' ▪ 'Opção' pela não aplicação do PNASH ▪ Coordenação não se faz presente na arena pública

Fonte: Elaboração a partir dos documentos da ASM/SES e análise das entrevistas.

O 1º (primeiro) período (1999 a 2008) é marcado pela inflexão na capacidade de elaboração, condução e permanência do Projeto Político de Saúde Mental (PPSM). Ressalte-se que durante nove anos todos os nomes que compuseram as coordenações eram internos ou estavam em consenso com a equipe e as estratégias políticas desenhadas mantiveram o curso da atual política de saúde mental. No 2º (segundo) período (2008 a 2009), a inflexão se apresenta pelo esvaziamento político da coordenação, sem alteração dos princípios do projeto político, que se mantém, mas com grande dificuldade de desenvolvimento. Dentro desses dois períodos, observamos cinco momentos que representam diferentes fases vividas pela equipe do estado. A saber:

- 1999/2003 - Construção de condições e delimitação do projeto político estadual;
- 2004 - Intervenção federal no município de Paracambi;
- 2005/2006 - Acúmulo de condições institucionais e fortalecimento do controle das internações através das Centrais Regionais de Regulação;
- 2007/2008 – Início da latência do projeto político;
- 2008/2009 – Manutenção latente dos princípios constitutivos do projeto político.

Também é importante dizer que apesar de identificarmos no ano de 2008 uma inflexão na condução da política, o tempo que compreendeu a segunda metade do ano de 2006 até meados de 2008 foi marcado por embates com o setor privado, deflagrando gradativamente, especialmente a partir de janeiro de 2007 a fragilidade do setor público nessa disputa com o setor privado. Tal momento coincide com a entrada de uma nova gestão no governo estadual (Governo Sérgio Cabral) e, conseqüentemente, com a mudança nos quadros de gestão da Secretaria de Estado da Saúde.

▪ 1º (Primeiro) Momento - Construção de condições e delimitação do projeto político estadual.

O cenário descrito sobre a Assessoria de Saúde Mental em 1999, tanto nas entrevistas com os gestores como nos documentos do período, era o de um contexto de baixa relevância da política da saúde mental no âmbito da secretaria de saúde do estado – a Assessoria era uma instância meramente consultiva e não propositiva, sem equipe e sem estrutura física, e que não punha em debate a questão do modelo centrado no hospital psiquiátrico. Prevalecia o alto gasto com internações psiquiátricas (que consumiam em torno de 20% do recurso destinado às internações gerais - PESM⁴³, 2002) e a forte influência de interesses privados.

O rumo das políticas públicas para a saúde mental era o da institucionalização. Não havia uma estrutura de gestão no estado com discussões aprofundadas sobre a desinstitucionalização, ainda que tivessem ocorridos esforços passados de gestões afinadas à reforma.

O cenário é assim descrito por um de nossos entrevistados:

“(...) Não tinha política pública da forma como a gente entende, com uma direção de trabalho claramente definida em consonância com o SUS, a operacionalidade dos princípios do SUS em ato na gestão e no planejamento. O estado de fato exercendo a sua função de mediador, produtor e provocador em todas as políticas públicas municipais de saúde mental, dos programas” (Entrevistado X).

Mas é também nesse contexto que convergem uma série de condições que possibilitaram o início do processo de consolidação de um projeto institucional para a área. Iniciava-se uma nova gestão estadual (primeiro Governo Anthony Garotinho), com a entrada de um Coordenador de Saúde Mental diretamente associado ao projeto da reforma psiquiátrica (Pedro Gabriel Godinho Delgado) e de um Secretário de Saúde comprometido com o projeto da reforma sanitária e psiquiátrica (Gilson Cantarino). Vale destacar a fala de

⁴³ Plano Estadual de Saúde Mental.

alguns entrevistados no que diz respeito ao papel exercido pelo Secretário neste contexto, gerando oportunidades favoráveis à mudança:

“Você nunca teve, nunca teve um governo que falasse assim: ‘Tudo pela saúde mental. Você teve um governo mais parceiro, outros menos. (...) Na época do Garotinho e da Rosinha, se você olha a macro conjuntura, não era favorável, mas a nossa, a do secretário de saúde, o Gilson Cantarino, nós tínhamos total governabilidade” (Entrevistado X).

“E contávamos com a presença do Gilson Cantarino na abertura dos colegiados da baixada, ele ia pessoalmente dar um apoio. Quer dizer, foi uma figura fundamental. Eu não acredito, acho que sem o Gilson, com o valor enorme, a competência de todo mundo, mas sem aquele apoio ali restrito das questões da reforma a gente talvez não tivesse avançado tanto” (Entrevistado G).

A Secretaria de Saúde manteve-se sob a gestão de Gilson Cantarino nas duas gestões Garotinho (Anthony Garotinho de 1999 a 2002 e Rosinha Garotinho 2003 a 2006) e, conforme os gestores entrevistados, tal continuidade também possibilitou durante todo o período uma maior mobilidade e governabilidade da ASM.

Por outro lado, a gestão da ASM a partir de 1999, sob uma nova coordenação, deu início a um processo de consolidação de uma equipe de saúde mental afinada com as diretrizes da reforma psiquiátrica possibilitando a constituição gradativa da política estadual de saúde mental com maior sustentabilidade e continuidade.

O caminho construído pela Coordenação que se iniciou em 1999 foi de reconhecimento das condições de atenção à saúde mental no estado. Havia uma *‘falha na rede de conversação e de informação no estado (...) eu estou falando no âmbito da saúde mental’* (Entrevistado X), o que acarretava a ausência de informações. Uma primeira medida foi a construção de um mapa de migração das internações nos hospitais psiquiátricos para subsidiar também a seleção dos indicadores de gestão da política estadual de saúde mental.

A equipe decidiu começar por um dado quantificável – os leitos psiquiátricos⁴⁴, e observou uma discrepância entre os números informados pelo Boletim Médico Hospitalar (BMH) e os dados do DATASUS. Esse episódio mostrava para a equipe a complacência do sistema público com a indústria de leitos formada ao longo dos anos pelo setor privado.

Através do mapa de migração foi possível identificar quais municípios faziam a internação e onde ela era feita, uma vez que os hospitais psiquiátricos serviam a determinadas regiões. E com isso posteriormente seria possível traçar os planos para desinstitucionalização dessa clientela.

A ação política iniciada tinha matizes de ordem clínica, de buscar saber caso a caso, detalhar os pequenos passos das ações por vezes particularizadas nesse universo numérico.

Havia nesse período apenas 20% dos municípios com programa de saúde mental – uma rede mínima e precária centrada no hospital psiquiátrico. O hospital detinha muita autonomia de funcionamento, pois se constatou que não havia serviço de porta de entrada para internações nos municípios, faltava controle sobre as emissões das AIHs e visibilidade acerca desses números.

“E em alguns municípios efetivamente o poder público não tinha controle. O sujeito ia direto internar em um hospital psiquiátrico depois o hospital psiquiátrico mandava a AIH para o seu secretário municipal para ele autorizar” (Entrevistado X).

Um caso como exemplo:

⁴⁴ “O que acontecia era que você tinha todo um processo de contratualização do SUS para a psiquiatria na época, que tinha sido feito muito tempo antes, nunca mais foi revisto, e as pessoas mandavam, pediam, faturavam pela capacidade física instalada e o gestor municipal que seria a pessoa reguladora, a primeira pessoa disso, não regulava, pagava sem nenhuma questão, não é?” (Entrevistado X).

“Todo esse contexto de institucionalização que se deu no Rio, se deu no modelo do INAMPS, no modelo em que a gestão era dos hospitais e a secretaria de saúde na verdade se encarregava desses programas mais de prevenção, vacinação, promoção da saúde etc. A gestão dos hospitais psiquiátricos era uma gestão do INAMPS. Isso mudou com a virada do modelo dos anos 80, mas ficou essa, digamos, gestão residual ao longo dos anos 80” (Entrevistado Z).

“(...) eles eram todos pacientes que iam para o hospital, tinham alta, voltavam, pegavam sua guia de internação, voltavam para se internar, e tal. E era um quadro bastante triste porque era um quadro de desassistência, as pessoas estavam ali com aquela expressão na verdade de desamparo, de tristeza, esperando apenas um médico para mandá-los de volta para o hospital do qual tinham saído há dois, três dias antes. Não eram pacientes agitados. Eram pacientes sim, eram pacientes graves. Mas não eram pacientes que estavam num quadro de agitação psicomotora, de crise, eram pacientes não atendidos, eram pacientes para os quais não existia atendimento. E essa era uma cidade que não tinha nenhuma estrutura de atendimento” (Entrevistado Z).

O mapa tornou-se uma peça fundamental para a negociação junto aos municípios, nos quais uma boa parte dos serviços de saúde mental era centrada no hospital especializado, e possibilitou o início de um processo de construção de um diagnóstico situacional mais amplo da saúde mental no estado.

O diagnóstico situacional dispôs de algumas estratégias que foram fundamentais para fazer o levantamento da realidade em que se encontrava a saúde mental no estado e das necessidades de ações a fim de iniciar o processo de mudança. Uma delas foi a parceria acertada entre a ASM/SES e o Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), com o objetivo de viabilizar o levantamento de recursos humanos e estruturais que compunham os 92 municípios do estado como primeira etapa. Para tanto, foi criado um questionário aberto que versava sobre três eixos temáticos: a) a organização de serviços, b) os recursos humanos e c) o controle social. O retrato fornecido por esse material expôs o estado da arte da assistência prestada e suas dificuldades com fins de fomentar a construção de uma política de saúde mental no estado condizente com as necessidades identificadas e com as diretrizes contidas na Reforma Psiquiátrica. A segunda etapa desse perfil preliminar foi a construção do Consolidado dos Principais Indicadores de Saúde mental para a Reorientação da Assistência (Gomes e Viveiros, 200?).

O diagnóstico apontou também para a produção de ações de formação permanente junto aos municípios como meio de investir na montagem do programa de saúde mental e iniciar a construção de uma rede assistencial

extra-hospitalar. Depois de um tempo, compôs-se um mecanismo de gestão coletiva com os municípios através de fóruns, colegiado regional de coordenadores, reuniões sistemáticas, a fim de, inclusive, potencializar as figuras dos coordenadores municipais.

Esse foi um aspecto importante desenvolvido naquele momento e que deixou marcas importantes para a consolidação do projeto político de saúde mental do estado, bem como para a orientação de um processo de trabalho em equipe, como ressaltado pelo entrevistado:

“A assessoria até hoje mantém isso, essa ação de supervisão junto aos municípios, não aquela supervisão punitiva, a supervisão formativa de indução, de acompanhar, de monitorar, de autorizar o gestor a minimamente usar os dados municipais epidemiológicos em seu favor, e a implantação da rede, com isso estimular a rede para que você minimamente na hora que começasse a mexer nos hospitais você tivesse para onde mandar, não fazer transinstitucionalização⁴⁵” (Entrevistado X).

No início dessa trajetória fica explícito que a ASM do estado deparou-se com graves situações institucionais que giravam em torno do hospital psiquiátrico - *“O estado como um todo, ele era de fato asilo dependente, ele era dependente dessas situações hospitalares”* (Entrevistado Z). As cidades não tinham outras respostas a oferecer senão as internações, e o grande desafio foi exatamente descentralizar o cuidado outrora focado no hospital psiquiátrico para uma assistência em rede diversificada na comunidade.

Interessante destacar que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil nasceu do confronto com o hospital psiquiátrico e o estado do Rio de Janeiro iniciou suas ações, em 1999, enfrentando um grande desafio posto historicamente – o de reverter o quadro assolador do grande parque

⁴⁵ Houve um grande processo de transinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico de Vargem Alegre no município de Barra do Piraí em 1997, onde grande parte dos internos foi encaminhada para a Clínica Dr. Eiras em Paracambi. *“(…) eles foram distribuídos por todos os hospitais onde tinha vaga, para asilos, então sem vínculo nenhum. Ninguém foi saber se fulano era de Bom Jesus do Itabapoana e leva para lá. Não, eles saíam do hospital em lotes, dentro de vans ou Kombis. “Chegavam lá lotes de 10 pacientes, lote de 15, e enfiava na Kombi e levava”* (Entrevistado K).

manicomial – com o maior indicador de gasto de procedimento e internação psiquiátrica no Brasil e o 2º maior parque manicomial do país⁴⁶ (PESM, 2002).

Nesse momento, embora ainda não houvesse mecanismos de financiamentos diretos para instalação de equipamentos extra-hospitalares, o estado contou com normativas federais, como a PT 189/91 e a PT 224/92, para alavancar alguns CAPS. Ou mesmo na ausência de mecanismos definidos para regulação das internações, era estabelecido como função imprescindível para as coordenações municipais conhecer as condições de funcionamento dos hospitais e fiscalizá-los.

Apesar do esforço de capacitar a gestão local,

“(...) as equipes de saúde mental, porque eram da área digamos das secretarias municipais de saúde, não entendiam como sua tarefa a fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Era como se fossem realmente dois mundos à parte” (Entrevistado Z).

O início da nova gestão do estado traduziu-se na verdade como a construção de condições para a implantação da política de saúde mental, construção de uma consciência coletiva, mobilizando atores, especialmente nos municípios, em prol da sustentabilidade desse processo e de enfrentamentos estratégicos.

Ocorreu também nesse período (1999) a criação de um grupo de trabalho da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com vistas a tratar dos meios financeiros e operacionais para promover a mudança do modelo assistencial. Na deliberação nº 50 da CIB reconheceu-se a *‘predominância quase exclusiva das longas internações em hospitais psiquiátricos especializados’* e o alto custo gerado pelas internações psiquiátricas (20% do total de gastos hospitalares em geral), em que o estado do Rio de Janeiro apresentava maior distorção quando comparado aos demais estados do país. Identificava carências de equipamentos substitutivos em diversas regiões do

⁴⁶ *“(...) um paradoxo porque você tem o segundo maior parque manicomial, mas é verdade que você tinha problemas e dificuldades de internação a depender da região. (...) em alguns lugares você ainda tinha uma prevalência grande de leito fixo que não rodava para os pacientes moradores do hospital sem ou com lugar para ficar fora” (Entrevistado X).*

estado, e a importância de se reorientar os recursos quase integralmente destinados ao aparato hospitalar.

Como efeito do relatório técnico sobre o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro surgiu outra deliberação (CIB de nº 54 em Março de 2000⁴⁷) como instrumento de negociação junto aos secretários municipais para a construção de rede de atenção comunitária. O objetivo era assegurar o retorno dos pacientes de longa institucionalização aos seus municípios de origem, por meio da realocação de recursos financeiros (antes destinados à internação psiquiátrica), para a implantação e para o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos. Ou ainda que o paciente fosse mantido no mesmo município de internação, que tais recursos fossem integralmente utilizados nesses equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Outro aspecto que a CIB 54 deliberou foi a aprovação do uso dos recursos dos tetos financeiros de internação hospitalar para garantir o custeio dos CAPS e Oficinas Terapêuticas definidos pela PT MS nº 224/92.

Para aplicação dessa normativa, todo o processo desenvolvido em paralelo com conhecimento da realidade (mapa de migração e diagnóstico situacional) do estado possibilitou a negociação com os municípios.

“Porque com a deliberação 54 fazer o uso do consolidado era parte sine qua non, para contratualizar a transferência de teto para o município. Então o município trazia suas questões, mas aí a gente olhava para o consolidado, como que estava a rede, como que estava o mapa, como que estava tudo” (Entrevistado X).

Nesse contexto, a ASM fundamentou o desenho do primeiro Plano Estadual de Saúde Mental em 2002 (PESM 2002), de acordo com as diretrizes do SUS e da III Conferência Estadual de Saúde Mental (III CESM).

O PESM foi gerado a partir de momentos de consenso liderados pela ASM: Oficinas de Planejamento Estratégico de Regionalização da Assistência

⁴⁷ Ver a íntegra no anexo 4.

à Saúde no Estado do RJ; a III CESM; a análise dos resultados de impacto da rede de atenção em saúde mental no estado e os efeitos da III CNSM em 2001 (ASM/PESM, 2002).

O diagnóstico apresentado foi o de reconhecimento do modelo assistencial hospitalocêntrico: com grande número de internações psiquiátricas; ocupação dos leitos sem critérios clínicos; falta de controle por parte dos gestores municipais sobre as portas de entrada em saúde mental em seus municípios; índice elevado de internações psiquiátricas fora do município de residência, sem ao menos o conhecimento do coordenador de saúde mental desse município; baixa responsabilidade dos municípios nas ações de fiscalização hospitalar e da rede de saúde mental extra-hospitalar. Tais aspectos levavam a uma ocupação de 40% dos leitos hospitalares, com uma população de longa permanência.

No âmbito das regiões⁴⁸ de saúde do estado destacou-se a ausência de programas de saúde mental em diversos municípios.

Para a operacionalização do Plano foram definidas estratégias de ação para o estado, as regiões de saúde e os municípios, com a previsão de condições de acompanhamento e avaliação através da pactuação de indicadores de gestão da Política Estadual de Saúde Mental, como por exemplo, atingir o controle das portas de entrada em saúde mental nos municípios em 100% (ASM/PESM, 2002).

Mesmo antes de instituir o mecanismo de controle mais específico, a ASM já havia configurado o grupo⁴⁹ de articuladores regionais da rede (atenção

⁴⁸ O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios e todos possuem o Programa Municipal de Saúde Mental em funcionamento. Esses municípios estão subdivididos em 9 regiões de saúde, quais sejam: Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana, Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea. Nessas duas últimas não existem hospitais psiquiátricos compondo a rede de assistência. Ver figura 2 ao final deste capítulo.

⁴⁹ Possivelmente o protótipo dessa ferramenta de trabalho, tenha sido o G8. No qual a função era a de articular politicamente a coordenação municipal, secretários e prestadores da Baixada Fluminense, para garantir acesso à assistência com a implantação de equipamentos e o retorno dos pacientes/municípios oriundos da longa internação com trabalho conjugado à CAT que gerenciava o caso clínico para posterior incursão na rede de origem do paciente.

hospitalar e comunitária), em um trabalho de supervisão permanente que incluía a regulação das portas existentes.

“Nas supervisões do município a gente tinha, quando a gente criou esse diagnóstico a gente tinha uma planilha que todo coordenador municipal⁵⁰ de saúde mental ele tinha que prestar conta daquilo, para si e para nós, nessa planilha uma das coisas era onde é a porta de entrada. Senão sabia ele ia ter que saber, ele ia ter que ir atrás disso. Então ele criava, a gente ajudava o coordenador municipal, a saber, aonde era a sua porta de entrada. De posse dessa informação ele começava a regular” (Entrevistado X).

Assim, mesmo sem governabilidade política para fora da Secretaria Estadual (especialmente na relação com os municípios), a expertise técnica da equipe que se constituía, conseguia fazer frente às demandas da gestão, expandindo a equipe para o interior do estado, fortalecendo os municípios com a criação de programas e possibilitando condições para a conformação de uma rede mínima. A estratégia política contra a baixa governabilidade do início do período foi a negociação e a abertura para o diálogo com os municípios e prestadores, com o objetivo de trazê-los para o debate. Tal estratégia se apresenta bem na fala de um entrevistado quando esse se refere à situação da Baixada

“Como é que a gente vai fazer um processo de desinstitucionalização aqui com 1500 pacientes sem nenhum CAPS na Baixada, por exemplo. (...) Nós constituímos um grupo de trabalho que a gente brincava e chamava de G8, que eram 8 pessoas que se ocuparam, elas dividiram a Baixada Fluminense em municípios e elas acompanhavam o coordenador de saúde mental fazendo uma negociação política com o secretário e as clínicas para implantar os CAPS e para garantir o acesso aos pacientes saídos de Paracambi” (Entrevistado X).

⁵⁰ Em consonância com o Art. 8 da PT GM nº 251: “Determinar que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência e emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada”.

Em dado contexto, duas grandes ações de desinstitucionalização tiveram curso no início da década: na Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi e no Hospital Estadual Teixeira Brandão em Carmo. Nas duas situações evidenciou-se o grau de conflito e tensão com os municípios na reversão do modelo assistencial e, no caso de Paracambi, a difícil negociação com o prestador privado.

Essas ações foram fortalecidas também pela realização do primeiro PNASH-psiquiatria⁵¹, que ao seu término, em 2003, indicou o Hospital Estadual Teixeira Brandão em Carmo e a Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi para descredenciamento do SUS. Tal acontecimento permitiu ao PNASH fortalecer a estratégia política que se desenhava na ASM. A aposta estratégica foi a de construção de um processo de “*desinstitucionalização assistida*” (Entrevistado X) que envolvia ampla negociação liderada pela equipe estadual.

“O PNASH ele ajudou muito. E eu sempre acredito que o instrumento normativo a depender de quem o olha, ele pode ser um fortíssimo indutor de política pública ou ele pode ser um instrumento só burocrático que não diz nada. (...) todas as normativas do Ministério da Saúde nos ajudaram muito, a ser um forte indutor de políticas públicas. Então, por exemplo, o PNASH. O PNASH a gente fez uma limonada do PNASH (...)” (Entrevistado X).

As duas experiências serão exploradas no capítulo 5. Neste momento, cabe ressaltar a direcionalidade dada pela política estadual de saúde mental no enfrentamento dos conflitos da reforma e no desenvolvimento gradativo de um novo projeto político para o estado que tinha como eixo central o compromisso com a assistência, com uma “*desinstitucionalização ético conseqüente*” (Entrevistado X).

⁵¹ A PT GM nº 251 de 2002 atualiza e revisa a PT GM 224/92, especialmente nos aspectos das normas para o atendimento hospitalar. O PNASH realizado na rede hospitalar psiquiátrica de forma sistematizada possibilitou condições mais incisivas para normatizar o funcionamento do hospital psiquiátrico ao prever a suspensão de novas internações e descredenciar leitos do sistema com critérios mais técnicos através da aplicação do instrumento de avaliação. E oficialmente incluiu nessa avaliação, a fala dos pacientes internados nesses hospitais.

▪ 2º (Segundo) momento - Intervenção federal no processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras

A intervenção federal no município de Paracambi no ano de 2004 expressou um momento de tensão na condução da política estadual de saúde mental. A mudança na forma de condução do processo político junto ao município de Paracambi e a incisiva entrada do Ministério da Saúde na condução da intervenção geraram alguns efeitos na política estadual, mas não abalaram os princípios constitutivos do projeto político em curso. Dada a peculiaridade desse momento e a importância para a política estadual é importante resgatar o que foi essa intervenção e quais os seus efeitos.

Desde o início da década, e mais especificamente a partir de junho de 2000, com a realização da Caravana dos Direitos Humanos, uma série de medidas mais contundentes já haviam sido disparadas no enfrentamento da situação assistencial prestada pela Casa de Saúde Dr. Eiras. Como efeito desse processo, o município de Paracambi perdeu a gestão plena do sistema e o estado do Rio de Janeiro em conjunto com o Ministério da Saúde decidiu solicitar a mediação do Ministério Público a fim de firmar acordos através do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC). Uma das primeiras ações impetradas foi a suspensão de novas internações (já em novembro de 2000), seguido de intervenção técnico-política pela ASM.

Decorridos três anos da 'intervenção estadual' já tinham sido desinstitucionalizados 400 dos 1494 pacientes, tendo ocorrido um grande número de altas, o que revelava o potencial técnico do trabalho da equipe.

Em 2004, o governo federal decidiu pela intervenção legal em Paracambi convocando o apoio da secretaria de saúde desse município. Havia um diagnóstico de que estavam esgotadas as possibilidades de se avançar com os recursos⁵² até então utilizados pelo estado. Os esforços da ASM para a sensibilização dos coordenadores municipais para a construção de programas em saúde mental e formação de rede (com capacitação e reorientação do

⁵² A Comissão de Assessoramento Técnico (CAT) que funcionava 24 h na parte externa da Eiras, o grupo que se dividia no trabalho junto aos municípios da Baixada Fluminense (G8) e a execução do 1º PNASH no estado.

recurso financeiro via CIB 54), já não eram tão profícuos, o que dificultava o retorno dos pacientes ao município de origem por meio dos dispositivos de residências terapêuticas para aqueles sem vínculos familiares.

Além disso, as pressões para o fechamento definitivo do hospital se apresentavam de forma mais efetiva para o gestor federal. Desde o relatório da Caravana de Direitos Humanos havia uma pressão externa para que fosse levada a cabo uma ação contundente do MS em Paracambi, ainda que fosse uma ação verticalizada e com atravessamentos na função do estado. Assim, a intervenção foi também uma resposta política e social.

Embora o estado tenha ficado sem um papel definido nessa articulação, oficialmente a intervenção foi tripartite – tendo em vista que foi uma ação verticalizada do Ministério da Saúde, a despeito também do município, que intencionava indicar a direção clínica para a instituição. Contudo, a conjuntura política local no município era propícia à intervenção.

“Então tinha sido realmente uma aliança entre o MS e a Secretaria Municipal, a prefeitura de Paracambi. O estado meio só no apoiador, quando na verdade durante um período grande o estado estava à frente desse trabalho” (Entrevistado K).

A condução desse processo se deu à custa de dissidências internas na ASM quanto aos aspectos da forma de intervenção e de quem assumiria a direção clínica na intervenção. Essa situação deixou um saldo negativo para uma equipe que vinha se constituindo de forma participativa e com decisões colegiadas. O poder público federal passou a ter maior controle no interior do hospital, com investimento em recursos humanos, nas condições estruturais, adequação da dieta e melhoria nos aspectos clínicos dos pacientes.

“Porque desinstitucionalizar, não pode ser um discurso desligado do cotidiano miserável, não dá para eu desinstitucionalizar uma pessoa que está desnutrida e cai no chão e quebra o fêmur porque tem 70 anos e toma Haldol e ninguém presta atenção” “(...) a gente queria que as pessoas parassem de morrer para depois poderem ser tiradas do hospital. Porque estava sendo meio incontrolado esse negócio” (Entrevistado G).

O conflito que emergiu na ASM nesse contexto esteve assim relacionado com a perda da autonomia da equipe em conduzir um processo de forma consensual entre os pares. Afinal, o estado já havia iniciado uma intervenção técnico-política durante três anos.

No momento da intervenção federal, a coordenação estadual passou a negociar informalmente as entradas na clínica para acessar a real circunstância dos internos junto ao prestador privado - *“uma pessoa que não era confiável, que marcava reuniões com a gente e não ia, que marcava prazos e metas e não cumpria (...) então era considerado uma pessoa não confiável”* (Entrevistado G), a despeito do posicionamento contrário da equipe. Além disso, houve a nomeação de um interventor clínico alheio a posição da ASM.

Esse foi um ponto de tensão para a formalização da intervenção, e o governo federal precisava ter maior governabilidade nessa ação de tamanha importância; diminuir riscos garantindo com indicação própria o interventor clínico.

“Isso [a CIB 54] não produzia efeito nos prefeitos, nos secretários municipais de saúde da Baixada Fluminense. Foi uma luta, foi uma série de estrangimentos que isso hoje em dia me parece que está mais sensível (...) uma primeira reunião [dessa gestão] com os secretários municipais de saúde da baixada e a gente produzindo essa idéia de que temos que produzir um estrangimento jurídico na bipartite porque não vai ser por humanização do pensamento” (Entrevistado G).

Assim, a intervenção federal foi um processo que se instalou de forma legítima em relação ao problema que se apresentava na Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, mas que se deu de forma contrária ao modo de construção da política estadual levado a cabo até então. A opção por uma política de *desinstitucionalização ético-consequente* implicava negociação e responsabilização de todas as partes envolvidas. A intervenção passava por cima desse processo em construção e por isso gerou muitos incômodos na equipe nesse momento.

- 3º (Terceiro) momento - Acúmulo de condições institucionais

No ano de 2005, tem início o segundo PNASH e também a consolidação da estratégia de implantação de uma Central de Regulação de leitos. Partiu do secretário estadual de saúde o interesse em implantar centrais de regulação nas diversas especialidades e também na psiquiatria⁵³. O estado contou com a colaboração do município do Rio de Janeiro que já havia implantado a sua Central de leitos desde 2003⁵⁴, adaptando, por conseguinte os protocolos para uma central estadual que envolveria vários municípios.

Para o município do Rio de Janeiro⁵⁵, foi importantíssima a implantação da Central Estadual, pois além da sua alta densidade de leitos, cuja capacidade instalada era absorvida pelos seus próprios munícipes, esse ainda era pressionado pelo grande fluxo de pacientes oriundos dos municípios da Baixada Fluminense (Metropolitana I) devido à total falta de controle dos mesmos.

“O Município do Rio de Janeiro, sempre foi uma situação muito diferenciada em relação aos outros municípios do estado, pelo tamanho, pelo número de leitos, pela complexidade da rede, pelo fato de ser realmente invadido o tempo todo pelos moradores da Baixada.

⁵³ Deliberação CIB-RJ 203/05 – Delibera que a partir de dezembro de 2005 50% das internações em saúde mental estarão sob regulação e o restante obrigatoriamente informado em até 24h conferidas com 100% das AIHs emitidas.

⁵⁴ Em Maio de 2003 cerca de 1700 leitos psiquiátricos no município do Rio de Janeiro em 14 hospitais passaram a ser regulados com a ferramenta do programa SISREG do DATASUS através de sua Central de Regulação. As emergências psiquiátricas públicas (Hospital Jurandyr Manfredini, Instituto Phillipe Pinel, Instituto Municipal Nise da Silveira e Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro) centralizaram a porta de entrada para as internações no município (Carvalho *et al*, 2004).

⁵⁵ A experiência dos anos 80 mostrou no município do Rio de Janeiro, empreendimentos na direção de aumentar o controle sobre as internações, onde havia apenas mecanismos burocráticos como o do setor de Controle e Avaliação com a glosa de AIHs que passavam do prazo. O estado não possuía governabilidade suficiente para fazer frente ao componente hospitalar psiquiátrico, particularmente na questão da redução de leitos, mas houve o esforço de regular o uso do leito a partir da instauração dos pólos de internação - através das unidades públicas federais no município do Rio de Janeiro (Colônia Juliano Moreira, Hospital Philippe Pinel, PAM Bangu e Centro Psiquiátrico Pedro II e PAM Venezuela), como um bom mecanismo de controle das internações.

Enfim, e aí no município do Rio de Janeiro nós tínhamos situações muito tensas. Eu acho que o coordenador municipal sempre com muito embate com os diretores de clínica, diretores obviamente muito mais experientes, muito mais políticos, e tudo mais, do que qualquer outro diretor ou dono de clínica no interior, enfim, as artimanhas, a maneira de manejar a situação, lógico que no município do Rio a situação era bem outra.” (Entrevistado K).

A integração da ASM com as equipes do interior possibilitou a adesão crescente dos municípios do estado na implantação da porta de entrada pública para as internações.

A constituição do serviço de porta de entrada pública para as internações, que já era um mecanismo de controle do uso do leito, visava confirmar se de fato havia necessidade de internação em hospital psiquiátrico. Isso ficou patente quando, por exemplo, alguns municípios montaram sua porta em hospital geral com clínicos parceiros da saúde mental. *“É claro que o clínico acionava alguém do programa, ou o coordenador, ou o psicólogo, faziam essa avaliação juntos” (Entrevistado K).*

“A gente precisava desmistificar muito essa história de que paciente psiquiátrico ia chegar e sair quebrando o hospital inteiro, que ia criar confusão e que precisava necessariamente de um psiquiatra avaliando o tempo todo” (Entrevistado K).

Desse modo, era imprescindível qualificar os profissionais da porta de entrada para o atendimento à crise, fossem eles da equipe de saúde mental ou não. Além disso, havia a necessidade de se discutir sobre a política de redução de leitos, da implantação dos equipamentos extra-hospitalares, reuniões com as coordenações da SAMU, da Defesa Civil, integrar as equipes municipais no Projeto Político de Saúde Mental do estado, visto que, entre tantas dificuldades, o deslocamento de um paciente em crise para outro município com hospital por vezes ficava comprometido.

“Porque tinha essa queixa dos coordenadores, eles montavam as portas de entrada, os pacientes eram avaliados, solicitava o transporte, e às vezes ficavam 24 horas e não conseguia chegar o carro, a vaga esperando, entendeu?” (...) Ou é o bombeiro ou é a SAMU

quem aparece, não aparece. Enfim, o preconceito também, a resistência para transportar um paciente desse em crise” (Entrevistado K).

A estratégia de montagem da porta de entrada pública e qualificada em hospital geral como em alguns municípios, foi o primeiro passo importante para redução do volume de internações. Uma iniciativa que foi fortalecida quando cadenciada com a posterior implantação das Centrais de Regulação⁵⁶ no enfrentamento das internações desnecessárias ou prolongadas. As portas quando bem qualificadas sustentavam a intervenção junto aos casos que não demandavam internações e assim, providenciavam o encaminhamento para os equipamentos substitutivos à internação.

Além de gerar visibilidade aos casos antes tratados com negligência, por exemplo:

“(...) paciente que chegou ao hospital, o hospital não aceitou e o paciente morreu na ambulância, porque o paciente estava numa situação clínica... Enfim, vários outros casos que eu acredito que antes disso tudo simplesmente ninguém nem ficava sabendo, que eram pessoas que batiam na porta do hospital, o que acontecia depois e o que deixava de acontecer. O coordenador municipal não sabia dar conta, o estado não sabia dar conta, enfim, ninguém sabia da história daquele sujeito. E as pessoas começaram a ter nome, identidade” (Entrevistado K).

E, diferentemente, acabava envolvendo diversos atores na assistência.

“Foi toda uma discussão que paciente psiquiátrico era internado sem nome e sem identidade, mas que era um caso que imediatamente o município tinha que ser informado, o coordenador já sabia do caso, já ia começar a buscar quem era aquele sujeito, de onde vinha cadê a família” (Entrevistado K).

⁵⁶ *“(...) a regulação é o principal, porque ela criava os leitos do hospital geral, ela fazia os fluxos, ela responsabilizava a equipe de saúde mental pela internação, e o que a gente estava começando a trabalhar é como a equipe de saúde mental faria esse acompanhamento interno. (...) Então quem internou passa a ter responsabilidade pelo período que a pessoa está lá” (Entrevistado T).*

A Central de Regulação (CR) se revelou como um dispositivo clínico de seguimento do paciente, pois viabilizava a entrada da equipe nos hospitais (em muitos locais eram impedidas de entrar na instituição) para o acompanhamento das internações e do processo das altas. Além de procurar manter os pacientes no município de origem ou em algum município próximo para facilitar o contato com a família.

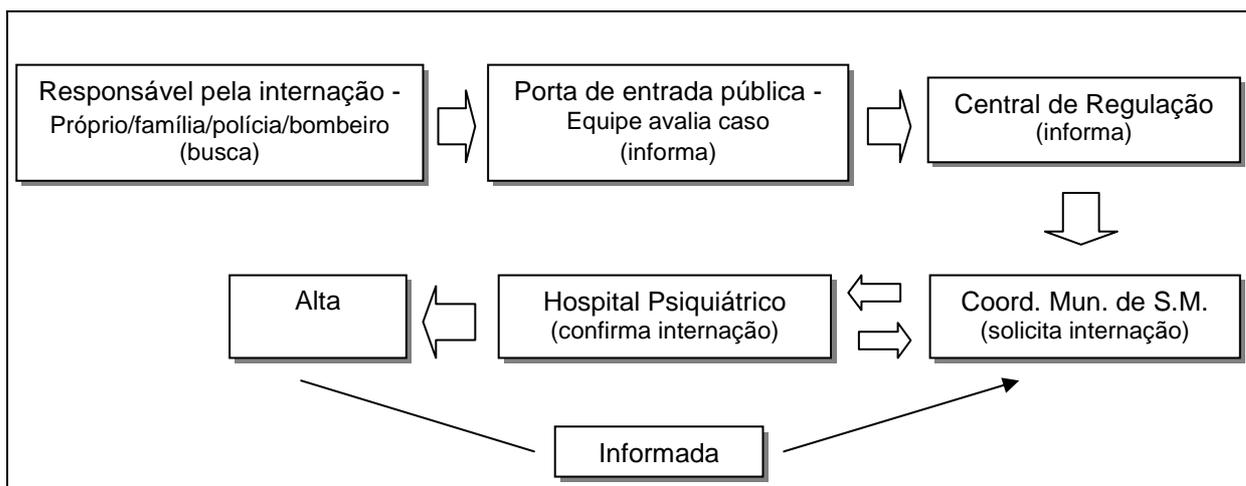
A CR no momento em que buscava saber quem eram aquelas pessoas, seus endereços e familiares, evitava diretamente a perda dos laços afetivos, impedindo que mais adiante a situação de crise que o levou à internação o transformasse em paciente de longa permanência institucional. Além disso, o coordenador municipal ou a equipe determinava e pactuava qual hospital internaria e com isso o trânsito nos hospitais ficou mais fluído, sendo possível acompanhar os casos.

A CR tendia a priorizar o encaminhamento para os hospitais considerados melhores na região, que por sua vez não tinham a intenção de reter o paciente, tendo em vista a necessidade de fazer o leito 'rodar'; até pelo fato de eventualmente atender pessoas egressas de outras instituições já fechadas para internações de acordo com o PNASH. Conseqüentemente, isso fez com que os hospitais psiquiátricos de pior qualidade diminuíssem naturalmente o volume de suas internações.

“(...) os secretários municipais já vinham revoltados com o número de AIHs que eles emitiam para internações psiquiátricas e faltava então AIHs para outras internações, para outras necessidades dos municípios, eles acharam ótimo. Então quando o hospital internava sem passar pela Central, simplesmente o secretário não pagava aquela internação” (Entrevistado K).

O fluxo do trabalho continha um encadeamento de ações no qual o hospital deveria informar quando a vaga para internação havia sido ocupada ou disponibilizada, para subsidiar o controle e o relatório da CR para os coordenadores municipais.

Figura 1- Dinâmica da Central de Regulação Regional.



Fonte: Elaboração própria – 2010. Informações extraídas das entrevistas realizadas.

Efetivamente a CR se concretizou como um instrumento de gestão que fez frente à problemática do descontrole das internações que por vezes eram mesmo desnecessárias. Assim sendo, esse mecanismo contribuiu também para a redução de leitos, contrariando a expectativa do setor privado.

*“(...) o Ministério da Saúde incrementou uma prática de preços vis visando desestabilizar os hospitais vinculados ao SUS, como também, uma **política de restrição de internação** e de **desospitalização**” (Spinola, E.Q., 2006 - grifos nossos).*

Sob outra perspectiva, gerou consistência e institucionalidade aos mecanismos de gestão pública.

“Então ficou muito evidente primeiro que não faltava leito, como muitas vezes se alegava que faltava leito, muito pelo contrário, muitos lugares com a regulação começou a sobrar leito bastante, porque as

“pessoas iam direto para o hospital, tinha que passar pela porta de entrada municipal. Isso é uma coisa, e a outra coisa é que criando as portas de entrada você criou serviços de leitos em hospitais gerais, então isso produziu um impacto muito grande nessa redução” (Entrevistado T).

Portanto, o relatório elaborado pelas centrais de regulação das regionais para os coordenadores dos municípios internantes, com dados frequentemente atualizados e consolidados juntamente com outros na ASM, demonstrava a potência que esse instrumento de regulação e controle possuía junto à rede.

Assim, durante o ano de 2006 a instalação das Centrais Regionais de Regulação e a definição da porta de entrada pública tornaram-se marcos importantes no controle e uso do leito, somados aos resultados do segundo PNASH, com a indicação de descredenciamento de mais 4 hospitais (Clínica de Repouso Valencia no município do Rio de Janeiro, a Clínica Eng^o Paulo de Frontin, Hospital Colônia de Rio Bonito e a Clínica de Repouso Itabapoana), deram visibilidade às distorções cometidas em diversas localidades, deflagrando o início de embates mais contundentes entre o setor privado e o setor público, levando a uma rearticulação do primeiro.

“Então esse foi um momento assim bem delicado, porque era um momento de muita tensão desse embate entre o governo e as clínicas privadas. Enfim, isso estava pegando fogo nesse momento. E a situação de Paracambi” (Entrevistado K).

Esse aspecto é, de fato, muito caro à trajetória política da saúde mental. Os interesses privados são antigos e conviveram anos com certa convivência ou falta de controle público para seus gastos e a assistência prestada. A dificuldade de intervir no setor privado reflete as pressões e resistências políticas de grupos interessados no *status quo*.

“Então a gente entrava, marcava, ligava, falava com a secretária dele lá, ele atendia na hora, entre um deputado e outro. Porque aquilo ali é um fervilhar político. É uma coisa impressionante a cara das pessoas, daqueles políticos lá em cima e político e deputado estadual e vereador do interior, eu vou te contar parece que é igual, também combina. Igual dono de hospício” (Entrevistado G).

De tal maneira esse episódio nos remete outra vez para a importância da parceria do secretário de saúde na condução ética dos princípios da reforma psiquiátrica, pois o assédio para salvaguardar os interesses privados era constante.

São elementos grosso modo descritos, mas suficientes para entender a dificuldade que se avolumava no *front* desse ator institucional como também na esfera nacional⁵⁷. Não foi à toa que constatamos nas diversas mídias do país as críticas ao modelo da Política Nacional de Saúde Mental por sua direção de redução de leitos psiquiátricos.

No caso do segmento especializado e diretamente interessado, por exemplo, destacamos o Jornal Brasiliense de Psiquiatria onde observamos a preocupação com a redução dos leitos – sempre um campo minado:

“Há muitas questões éticas, econômicas e humanitárias decorrentes da forma que o atual modelo de assistência em psiquiatria foi implantado no país. A luta antimanicomial fechou 82% dos leitos psiquiátricos antes que alternativas fossem implantadas. (...) Faltam leitos e recursos alternativos. Houve a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um atendimento secundário. São equipamentos ainda inadequados ao atendimento. É um erro acreditar que pode-se considerá-los como substitutos ao fechamento dos leitos. A saúde mental está totalmente desmontada no país” (Gentil V. 2006).

Aqui mais dirigidamente uma crítica ao PNASH:

“O Ministério da Saúde deve empregar um programa de avaliação de hospitais no sentido de assegurar a boa aplicação dos recursos e tratamento adequado à população. Mas o que infelizmente ocorre é uma tendência contumaz para o fechamento de leitos. O fechamento dos leitos é criminoso” (Fortes E. 2006).

⁵⁷ Na esfera nacional configurava-se um cenário favorável para o desenvolvimento da reforma, com os efeitos colhidos da edição de normativas importantes: para a avaliação hospitalar e indicação para descredenciamento do SUS; para a reconfiguração do porte hospitalar, que nesse mesmo ano conseguiu extinguir os macros-hospitais. Além da reversão do aporte financeiro do MS para os serviços extra-hospitalares, antes em sua maior parte destinados ao custeio do hospital psiquiátrico.

Os interesses corporativos também se apresentam:

“(...) o ônus cai sobre o psiquiatra e na verdade é do Estado, que está substituindo o modelo hospitalocêntrico pelo modelo capscêntrico, que também é adoecedor” (Silva, A.G., 2006).

Para o estado, nesse início de tensão que se avistava, era de fundamental importância ter alguém da equipe que fosse fruto da negociação política interna, à frente da coordenação do estado e endossada pela figura do secretário, tido como parceiro. Uma estratégia de fortalecimento de toda a equipe da ASM.

Uma das preocupações que havia era a de não permitir retrocessos na relação do estado com os municípios, na condução política dos trabalhos que estavam em desenvolvimento, a fim de reforçar a coesão das equipes do estado e municípios na condução do Projeto Político em Saúde Mental (PPSM) do estado.

Por tudo isso, o ano de 2006 expressou o ápice do acúmulo de governabilidade da ASM nesse 1º grande período da trajetória da ASM, com a conclusão do segundo PNASH, a criação da Central de Regulação (CR), com o fechamento do Hospital Estadual Teixeira Brandão (dez/2005), com a reorientação de um aporte considerável de recursos financeiros pela CIB nº 54⁵⁸.

Mas, a virada do ano de 2006 foi marcada pela mudança do Secretário de Estado de Saúde, pós-eleições para o governo do estado. Esse fato necessariamente desestabilizou a ASM, que vinha sob a condução de um secretário de saúde claramente afinado com as diretrizes da reforma na condução ética do projeto político da saúde mental.

⁵⁸ O dado do aporte financeiro do estado está apresentado no Consolidado dos Principais Indicadores de Saúde Mental de 2006 (SES/Subsecretaria de estado de saúde/CVE/ASM, 2006). De acordo com este Consolidado até dezembro de 2006 foram implantadas 6 centrais de regulação restando ainda 3 regiões do estado do RJ.

Acresce, por conseguinte, outro fato de total importância que foi a saída da coordenação de saúde mental a despeito da vontade da equipe, por forças contrárias à permanência da gestão em curso. As motivações possivelmente estariam relacionadas à condução do processo de implantação das centrais de regulação no estado (que à época ainda estava em curso) ou ainda pelo fato de aquela ser uma coordenação de saúde mental do secretário de saúde anterior.

Tal fato demonstra mudança também no *status* da ASM dentro da SES, e o início de uma fase de perda de espaço político.

“(...) a gente teve tempo de desenvolver um trabalho e além do mais com um respaldo muito grande, com uma força. Eu acho que isso fez toda a diferença aqui no estado ter um secretário que apoiasse bastante essas ações de assessoria. E eu acho que a gente acreditou muito que a força que ele deu para essa equipe pudesse garantir que a gente desse continuidade a essa coordenação. (...) E a gente acreditou muito nisso, que a força dessa equipe, pelo trabalho que tinha de 8 anos realmente fosse fazer a diferença na manutenção da coordenação, na continuidade desse trabalho. E a gente descobriu que não, não é?”
(Entrevistado K).

▪ 4º (Quarto) momento – Início do momento de latência.

O momento de latência do projeto político delineou-se no decorrer de quase dois anos⁵⁹, iniciando-se em 2007. As mudanças introduzidas no âmbito da Secretaria de Saúde nesse ano já indicavam a configuração de um novo contexto político. Para a ASM a escolha da nova coordenação deu-se de forma tensa – ainda que mantido um nome interno à equipe.

“E a gente conseguiu que pelo menos uma pessoa da equipe assumisse que foi [a nova coordenação] que também era uma grande preocupação quem viria (...). E foi o máximo que a gente conseguiu de negociação naquele momento. E aí foi um desgaste realmente”
(Entrevistado K).

⁵⁹ Reconhecemos que foi um processo gradual, pois no início desse tempo ainda havia ações determinadas pela condução PPSM como no caso a expansão das Centrais de Regulação nas três regiões restantes para finalizar a implantação total das mesmas.

A relação da ASM com o Secretário já não se estabelecia com tanta proximidade, com perda de espaço político importante para a saúde mental.

“(...) a do secretário de saúde o Gilson Cantarino, nós tínhamos total governabilidade. Isso que eu estou lhe falando que eu fazia e que eu comunicava a ele, jamais o pessoal da Assessoria de saúde mental consegue hoje, que é chamar o secretário... Para você chamar o secretário de saúde você tem que fazer todo um trâmite burocrático” (Entrevistado X).

Por outro lado, depois de quatro anos (2003 a 2007) inserida no Centro de Vigilância Epidemiológica, a ASM, a partir de 2007, passou a estar integrada na estrutura da Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado, criada por ocasião da nova gestão estadual de saúde. Tal mudança na estrutura apresentava-se como uma oportunidade de estreitamento do diálogo entre a saúde mental e a atenção básica, visando ampliar a rede e avançar pelo caminho da intersectorialidade, mas essa proximidade não se apresentou, no correr dos anos, como sendo capaz de potencializar qualquer mudança mais significativa para a condução da política de saúde mental no estado.

Em abril de 2007, foi elaborado o segundo Plano Estadual de Saúde Mental. No Plano há uma constatação de que até o final de 2006 ocorreu uma ampliação do acesso e da cobertura em saúde mental, em decorrência da ampliação da rede. Porém, reconheceu-se que os números que compunham a rede extra-hospitalar ainda eram insuficientes e que, por outro lado, ainda persistia o grande número de leitos psiquiátricos, fatos que apontavam para a necessidade de estratégias mais diretas.

Entre outros aspectos, o Plano cita, como situação relevante, a inexistência de serviço do tipo CAPS III, a fragilidade dos leitos de atenção integral nos hospitais gerais⁶⁰ e a meta não atingida de 100% para regulação da porta de entrada.

⁶⁰ A partir da Resolução SES nº 2.313 de Dezembro de 2003, as Câmaras Técnicas dos Hospitais Gerais passaram a criar mecanismos de discussão clínica e política para proporcionar supervisão às equipes de saúde mental em todo Hospital Geral Estadual. Com objetivo posterior de estender a todas as unidades gerais hospitalares no estado (PESM, 2007). De acordo com o PESH (2007), implantar leitos de curta permanência nas portas de

Outro aspecto ressaltado é que o estado ainda mantinha, naquele ano, a dianteira do gasto com procedimento ‘internação em hospital psiquiátrico’, representando 15% do total de gasto com internações gerais na área da saúde (SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM, 2007). Assim, o cenário apontado era de aprofundamento do processo de reforma.

“Quando houve uma outra recente mudança política que foi a última gestão estadual, do Sérgio Cabral e o secretário Sérgio Côrtes, eu também fui chamado para assessorar só naquela etapa. E ao assessorar naquela etapa o diagnóstico que nós apresentamos e foi feito até um plano de trabalho (...) o diagnóstico de que a redução de leitos estava incompleta que é preciso acelerar a redução de leitos. E faz o diagnóstico que esse ritmo tem que se acelerar no estado do Rio, tanto na redução de leitos, como na criação de serviços. Ou seja, com todo avanço que se obteve na verdade há ainda fortes, assim, fortes fatores impeditivos para mudança no modelo do estado do Rio. Quer dizer, fortes fatores impeditivos porque isso se expressa pelo ritmo mais lento em redução de número de leitos que o estado do Rio tem comparativamente, por exemplo, a estados do Nordeste” (Entrevistado Z).

A elaboração do 2º PESH contou com ampla participação de setores técnicos que trabalharam sobre os sete eixos⁶¹ construídos, sob a coordenação do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Pedro Gabriel Godinho Delgado.

Tratou-se de um Plano com maior abrangência e detalhamento dos impasses e metas de trabalho, com aprazamentos das propostas de ação. Em especial no eixo da desinstitucionalização, houve a preocupação com os leitos de longa permanência, visando garantir as ações no decorrer desse processo. Visou-se: encaminhar as ações necessárias junto aos hospitais indicados para descredenciamento pelo PNASH e constituir equipes matriciais para acompanhar os SRTs - para trabalhar em rede com a Atenção Básica nos

entrada para internações nos municípios que sediam hospital psiquiátrico era também outra estratégia de rever de fato a opção pelas internações nos hospitais psiquiátricos.

⁶¹ Eixo 1 – Ampliação da rede de atenção psicossocial e da acessibilidade; Eixo 2 – Urgência-Emergência, Atendimento às Crises, Regulação, Porta de entrada, Papel do Hospital Geral; Eixo 3 – Desinstitucionalização; Eixo IV – Política de Saúde mental na Atenção Primária; Eixo V – Política de atenção para álcool e outras drogas; Eixo VI – Atenção psicossocial para crianças e adolescentes e Formação permanente e qualificação da rede.

locais mais vulneráveis, que sediam os hospitais em fase de descredenciamento ou de grandes ações de desinstitucionalização em curso.

Outra informação que chamou atenção dentro desse eixo foi a importância dada a um novo processo de pactuação: *“É importante construir uma nova pactuação, que seja efetiva e duradora, para a utilização dos recursos das AIHs na rede substitutiva e nas SRTs”* (PESM, 6: 2007).

É nesse contexto que a ASM define como necessidade a confecção de um instrumento que pudesse ampliar o escopo da deliberação CIB 54/00, incluindo participação financeira do estado, para fortalecer as condições de implantação de SRTs para pacientes de longa permanência hospitalar. Assim, em março de 2008⁶² foi apresentada a Resolução nº 235⁶³, que institui o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização em Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, tendo como meta reduzir, em quatro anos, 50% dos leitos de longa permanência institucional. Meta esta já proposta no PESM 2007 para os hospitais com baixa pontuação no PNASH.

A ASM conseguiu aplicar o instrumento de avaliação do PNASH no estado (terceiro PNASH), mas nessa feita, faltou o compromisso da Vigilância Sanitária em inspecionar as instituições psiquiátricas.

“(...) a vigilância sanitária todo o tempo que eu estive lá nunca funcionou, Então a gente falava: ‘Por favor, olha a prioridade, tem o

⁶² Contemporâneo a esse fato, o governo federal com a PT 325 de fevereiro de 2008, incluiu a saúde mental como uma das prioridades no Pacto pela Vida. Pactuou como indicadores a cobertura de CAPS que mede o acesso a rede e o número de beneficiários do PVC como medida do processo de desinstitucionalização. E de acordo com a portaria em cumprimento a *‘identificação de prioridades de importância sanitária loco - regional’* o estado do RJ contribuiu com o indicador de redução do volume de internações entre 10% a 20% a depender do município (MS/DAPES/Coord Geral da SM, 2007). O mecanismo da Central de Regulação auxiliava nesse processo, pois fornecia a informação mensal do volume de internação de cada município. *“Os municípios que estavam fazendo o censo com os seus pacientes, discutia, foi um pacto que teve em 2007, o Pacto pela Vida, do SUS, a gente pactuou com todos os municípios exatamente com essa lógica para reduzir os leitos dos hospitais psiquiátricos. Para ver então quantos podiam sair pelo De Volta para Casa.”* (Entrevistado, T).

⁶³ Resolução SESDEC Nº 235 de 03 de Março de 2008. Que *Institui o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização do estado do Rio de Janeiro atrelado a estruturação da rede substitutiva de saúde mental em base territorial.* Ver anexo 5.

PNASH para fazer'. 'Ah, vai entrar na prioridade também' (...) Ou seja, eles já estavam tão desorganizados que não tinha pressão que fizesse eles andarem” (Entrevistado T).

A não finalização do terceiro PNASH já indicava o início de um novo cenário político para a ASM. Da mesma forma, outro fato de capital importância para fundamentar como início do momento de latência, está relacionado à concretização da Resolução nº 235/2008, que vigorou por pouco tempo.

Trata-se de uma resolução aprovada pela SESDEC que assenta a diretriz política da ASM em fortes pilares da trajetória dos anos 2000 da política pública de saúde mental. Considera a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (10.216/01), a portaria do PNASH (251/02), as portarias de reconfiguração dos portes hospitalares (52 e 53/04) e a própria deliberação da CIB/RJ nº54. Especialmente reconhece o número excessivo de leitos psiquiátricos no estado do Rio de Janeiro (acima da média nacional) e assume a complexidade do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, configurando o Estado como normatizador e indutor de políticas públicas.

“(...) o estado pela primeira vez estaria investindo o valor para o repasse para os municípios além da reorientação. Então seria um investimento do estado, o secretário de saúde participou da decisão, participou. Ele fez questão de dizer que ele queria ter essa visibilidade no final do governo dele, que fechasse esse tanto número de leitos e tal, e que teria dinheiro” (Entrevistado T).

É curioso notar que mesmo com todo o reconhecimento institucional acerca do tamanho do problema a ser enfrentado, uma resolução de tal importância tenha perdido força no contexto da SES. Depois desse primeiro ano de início da latência do projeto político, assiste-se ao enfraquecimento da normativa estadual e a destituição do coordenador de saúde mental.

“(...) nesse período fizemos um novo PNASH, fazíamos reuniões com a Federação Brasileira de Hospitais. E a Federação Brasileira de Hospitais, a gente conseguiu fazer o PNASH, apesar de toda dificuldade levamos essa Resolução, que claro não foi muito bem recebida e o presidente lá, o da Spinola tem ligações fortes com o Sérgio Cabral” (Entrevistado T).

E ainda, a perplexidade deu-se em função da contradição da situação por ocasião da destituição do cargo ocupado pelo então coordenador.

“(...) acho que também pode ser essa questão da pressão da Federação Brasileira de Hospitais a partir da Resolução 235, porque me chama a atenção isso ter desaparecido do cenário. Então isso de alguma maneira se era uma coisa tão... ‘Eu quero que tenha visibilidade, eu quero ter resultados depois de quatro anos’, isso desaparecer de uma hora para outra no mínimo uma interrogação de como isso aconteceu. Tem uma antiga história que uma vez o Sérgio Cabral se candidatou com o Spinola. O Spinola toda vez dizendo que ia ter audiências pessoais com o Sérgio Cabral. Inclusive dizia isso para os colegas lá dos hospitais psiquiátricos, eu não sei se era só uma maneira de mostrar proximidade ou se realmente houve alguma coisa” (Entrevistado T).

Para tentar compreender melhor esse momento de atravessamento dos interesses públicos que se dão em prol de interesses pessoais ou políticos partidários, buscamos um documento que ilustra tal cenário, de aproximação do governador e o prestador privado em tempos remotos.

Lê-se a seguir trecho do esclarecimento do Dr. Eduardo Quadros Spinola⁶⁴ à comissão especial no Senado Federal destinada a acompanhar as circunstâncias das 94 mortes ocorridas na Clínica Santa Genoveva em 1996, na qual era diretor.

“Tivemos um componente muito forte também porque tivemos uma atuação muito importante na Constituinte em função da defesa da livre iniciativa na saúde, porque havia uma proposta prosperando no Congresso Constituinte de estatização da medicina, e nós, no Rio de Janeiro, tomamos a iniciativa de fundar o movimento da livre iniciativa na saúde, e fui o primeiro coordenador desse movimento. Evidentemente, existe uma animosidade entre o meu grupo, que pensa de uma determinada maneira, e aqueles que gostariam de ter no país uma medicina estatizada, que, no meu modo de entender, seria um caos ainda maior. Esse é um componente importante.

⁶⁴ É presidente do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais e proprietário do Instituto Francisco Spinola no município do Rio de Janeiro.

“Tivemos também outro componente político-partidário, que foi a cessão que fiz da minha indicação de candidato à Prefeitura do Rio de Janeiro, pelo PTB, para uma coligação com o PSDB do Sérgio Cabral” (Spinola, E.Q., 1996).

E ainda sobre o dramático caso da Santa Genoveva, foi realizada uma entrevista com o deputado Sérgio Arouca (PPS-RJ), na Revista *Isto É* de 12 de Junho de 1996, na qual deixava claro que situações como essas estavam diretamente relacionadas com as ações dos proprietários de clínicas e hospitais conveniados ao SUS. *“É preciso parar de enriquecer os donos destes campos de concentração com dinheiro público”* (Sérgio Arouca).

Em resposta aos jornalistas Andrei Meirelles e Eliane Trindade sobre a atribuição da tragédia da Clínica, Arouca respondeu:

“À indústria da doença. Verdadeiro Caruaru no Rio de Janeiro, a tragédia da Santa Genoveva é a cara do lobby das indústrias da loucura, dos asilos e da hemodiálise no país. Os donos da clínica são a alta liderança deste lobby e têm forte influência no Congresso Nacional”.

De toda forma, esse evento ocorrido há mais de dez anos marca afinidades que são estabelecidas em detrimento da coisa pública e continuam, mesmo com o passar dos anos, a depender de interesses. Visto que a saúde mental é moeda barata nas barganhas políticas – com orçamento baixo e pouca visibilidade no contexto maior das dificuldades da saúde pública, torna-se pertinente algumas associações entre fatos ocorridos.

Assim, a normativa estadual que garantiria seu percentual de contribuição e aceleração da redução de leitos psiquiátricos no estado, não vingou, e não houve justificativa plausível para esse desfecho.

“O que aconteceu para que esse processo tivesse sido interrompido, em determinado momento isso parou de acontecer esse processo. Que você vai ver em 2, 3 meses isso teve um início e depois foi interrompido. Então eu acho que esse seria o principal instrumento para que houvesse esse fechamento de leito” (Entrevistado T).

Em meados de 2008, o então coordenador foi destituído do cargo (seria o segundo, pós-nomeação do secretário de saúde em 2007). E com isso, outro técnico de fundamental importância na ASM desde os primórdios do período de inflexão solicitou cessão para outro serviço público.

Além de outras razões para a destituição do cargo, algo aparece como possibilidade.

“E a outra eu acho que também pode ser essa questão da pressão da Federação Brasileira de Hospitais a partir da Resolução 235, porque me chama a atenção isso ter desaparecido do cenário” (Entrevistado T).

▪ 5º (Quinto) momento – Manutenção latente dos princípios constitutivos do projeto político.

O novo coordenador de saúde mental foi um nome externo à equipe e expressava a confiança do então secretário de saúde do estado.

“(...) eu vi que o Dr. Sérgio novamente falou para mim: ‘Estou achando que está tendo que melhorar a interlocução com a saúde mental, você é uma pessoa que a gente já confia...’ (Entrevistado N).

Essa afirmação faz supor que a condução do projeto político da saúde mental estava em desacordo com a expectativa do Secretário para esse subsetor.

Após 8 meses esse coordenador desiste do cargo.

“Eu nunca tive a pretensão de ser muitas coisas e estava me incomodando muito. Ainda mais gerente de saúde mental que acho que não tinha o conhecimento técnico, político, não tinha vontade de ser. Uma vontade que eu fui atender uma convocação do secretário que eu atenderei a todas as convocações que ele fizer” (Entrevistado N).

Vimos que na trajetória da ASM, todo esforço empreendido na direção do compromisso pela reforma psiquiátrica vinha sendo alicerçado com o afincamento dos membros da equipe que se constituiu forte e coesa para os enfrentamentos do campo da saúde mental. Consequentemente a transição do cargo de

coordenação dessa equipe, deveria ser mantida entre seus membros como forma de reinvestir na sua potência. Contudo, conforme o então coordenador, nenhum membro da equipe quis assumir naquele momento a coordenação, levando a indicação de um nome externo para o cargo.

Em junho de 2009, assume o 4º coordenador de saúde mental da gestão que se inicia em 2007.

“(...) eu estou assumindo, mas na verdade se trata de qualquer solução de continuidade no manejo das questões. (...) Fomos ao longo dos tempos compondo as competências muito específicas em termos gerenciais, não em termos da área da especificidade técnicas delas, mas em termos gerenciais, foram selecionados para formar um grupo de 4 pessoas, uma equipe de 6 pessoas, que tocam as questões da área técnica de maneira colegiada. É claro que isso, tocar uma área de maneira colegiada é uma coisa que parece muito simpática, mas na verdade pode ser bastante problemática, porque as hierarquias do serviço público exigem que tenha aquele que é O, quando na verdade me faço representar frequentemente” (Entrevistado J).

Ressaltamos que desde 2008 nenhuma grande ação estratégica foi desenvolvida pela ASM e que se manteve a opção pela não realização de um novo PNASH, apesar de ser uma normativa de reconhecida importância para a saúde mental. Ao PNASH creditamos importância não exclusivamente a sua finalidade, em última análise – ao fechamento do leito de péssima qualidade, mas a toda engrenagem que circunda a questão até esse desfecho, ou seja, como dar visibilidade à qualidade da assistência prestada ou não, como criar ou identificar a porta de entrada no início das ações, e depois, como forma de localizar as deficiências da regulação que passou a vigorar sobre a porta de entrada para as internações – enfim, os desdobramentos possíveis a partir de uma normativa.

Assim, a ‘opção’ por não realizá-lo compromete uma cadeia de trabalhos inerentes ao seguimento da desinstitucionalização.

“No PNASH nós sofremos duas avaliações de PNASH. Quando eu entrei na coordenação, tinha que ter avaliação da equipe no PNASH, avaliação da vigilância sanitária. Uma tem que cruzar com a outra para daí ser encaminhada a Brasília, e nesse cruzamento, nessa avaliação nós não conseguimos concluir o PNASH do ano de 2008. E resolvemos

não fazer o PNASH então em 2009 até concluir o outro” (entrevistado N).

Ainda que haja um entendimento de outros atores participantes desse processo no qual não existe a alternativa de não realização do PNASH:

“O estado de São Paulo se recusou um período ou atrasou digamos a realização do PNASH. Isso acabou gerando uma dificuldade de negociação com a gestão. Alguns estados atrasam o calendário do PNASH. Mas a realização do PNASH é uma pactuação, então o estado não pode dizer que não vai realizar PNASH” (Entrevistado Z).

“É uma dificuldade pelo número de hospitais, e é uma dificuldade também eu imagino da gestão, da dificuldade com os próprios hospitais” (Idem).

Mesmo com a elaboração do II PESH do estado com proposições mais decisivas e a edição da inovadora Resolução 235/08 identificamos a estagnação política a partir de 2007, e especialmente a partir de 2008. O estado não levou adiante a implantação da Res. 235/08⁶⁵ e simplesmente ‘optou’ por não realizar o PNASH.

Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito à não visibilidade dos dados das CRs no consolidado de indicadores mais recente (Maio 2009) do estado, algo disponível para consulta desde a instalação das Centrais. Os dados possibilitavam as informações sobre a dinâmica das Centrais de Regulação com a distribuição das portas de entrada das emergências psiquiátricas e a distribuição das internações psiquiátricas por municípios.

“(...) porque na época do Gilson Cantarino tinha uma pessoa que cuidava dessa rede de centrais do estado, e era uma pessoa, uma mulher com um pulso muito forte, acompanhava muito isso. Enfim, eu não sei como que isso está nessa gestão do Sérgio Côrtes, se continua sendo uma prioridade da Secretaria Estadual, porque não era só para psiquiatria, entendeu? (...) E eu sei que nas outras especialidades havia

⁶⁵ Embora a implementação da Res. 235 não tenha ocorrido por outras razões, é interessante observar que no mesmo mês de sua criação, foi apresentado um Projeto de Decreto Legislativo nº 9/2008, que ‘susta os efeitos da Resolução SESDEC nº 235, de 3 de março de 2008 (ver anexo 6).

muita resistência. Então eu não sei se na atual gestão, esse novo secretário encolheu essa ação, e aí com isso deve ter afetado a central de psiquiatria e o controle das internações psiquiátricas também. Eu não sei. Não sei se por isso sumiu do consolidado” (Entrevistado K).

Considerando a fácil visualização desses dados, apresentam-se subsídios para ação de avaliação e planejamento da rede, fato que, inclusive, demonstra a necessidade de capacitação das equipes de assistência. Assim, se entendemos que o alto volume de reinternações, ou o ‘*revolving door*’, pode estar diretamente relacionado com a baixa resolutividade dos serviços, então faz-se imperativo potencializar esses técnicos da ponta do sistema.

“E na verdade hoje nós sabemos que isso é uma tarefa estritamente da gestão, que regular porta de entrada é uma das tarefas fáceis da gestão. Fazer uma rede funcionar bem, com qualidade, é uma tarefa espinhosa e difícil. Regular a porta de entrada não é, mais ainda temos problemas. (...) os estados que não controlam, não regulam, não regulam por conta de resistências políticas, não é por falta de mecanismos de regulação. (...) Interesses privados, dificuldade de intervir com o setor privado, ambiguidades em relação à função do próprio gestor. Que ainda obviamente existem no campo da psiquiatria pública, ainda existem.” (Entrevistado Z).

Percebemos, então, que foi aberta nova inflexão na condução da política estadual de saúde mental com o início desse 5º momento. Detectamos em nosso estudo a continuidade do projeto político (PPSM), porém explicita-se o esvaziamento da estrutura da ASM dentro da SES, ainda que se mantenha latente o projeto político que estava em curso.

A partir dessa trajetória é possível apreender que desde 1999, o gestor estadual assumiu o papel de formulação e consolidação da Política de Saúde Mental do estado e definiu como atribuição central a definição das ações voltadas para implementação, acompanhamento e monitoramento dos programas de saúde mental nos municípios do estado. A ASM não contou com orçamento próprio e sua função se manteve estritamente técnico-política durante todo período (Santos, 2007).

Em dez anos de trajetória da política estadual de saúde mental cabe registrar o comportamento de alguns indicadores e os desafios que ainda se apresentam no desenvolvimento da política.

Dos 92 municípios do estado, todos apresentavam Programa Municipal de Saúde Mental em funcionamento no ano de 2009, o que também é um cenário radicalmente diferente do encontrado em 1999.

Em 1999, o Rio de Janeiro era o segundo maior parque manicomial em números absolutos do país, com 10.438 leitos (ver quadro D). Em 2009 sua posição ainda se mantinha, mas com um decréscimo bastante significativo no número de leitos (6.800 leitos SUS), bem como o fechamento de alguns hospitais especializados (ver quadro E), mantendo 38 em funcionamento (SESDEC, Maio/2009), além da criação de 110 CAPS⁶⁶ e 103 SRT (ver figura 2) em todas as regiões.

⁶⁶ Interessante frisar a importância do subsídio financeiro gerado pela PT GM 336, de fevereiro de 2002, para a criação e expansão dos CAPS no estado (ver quadro D).

Quadro D - Indicadores da rede de saúde mental do estado do Rio de Janeiro
no período de 1999 a 2009.

Indicadores/ Anos/ Fontes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº H.P. ²								40	40	38	38
Nº leitos H.P. ¹	10.438			9.518	9.286	8.577	8.251	7.229	7.032	6.667	6.681
Nº H.G. c/leitos ²				5					58	60	
Nº leitos H.G. ^{1 2}				68 ²				207 ¹	177 ²	172 ²	192 ¹
Nº CAPS ^{1 2}	19 ²				61 ²	74 ²	79 ²	92 ²	79 ¹	92 ¹	110 ¹
Nº SRT ^{1 2}	6 ²	7 ²	9 ²	15 ²	25 ²	60 ²	75 ²	84 ²	79 ¹	105 ¹	103 ¹
Nº ambul. ^{1 2}							8 ¹	211 ²	68 ¹		184 ²
Nº beneficiário PVC ¹					26	163	355	552	719	825	859

Fonte: Elaboração própria – 2010.

Observações:

- 1- Quadro confeccionado a partir dos dados contidos nos consolidados e outros documentos da ASM/SESDEC (2006 e 2009 e nas publicações Saúde Mental em dados do MS (nº 2; 3; 4; 5 e 6);
- 2- O número (2) se refere aos dados nacionais e o número (1) aos dados estaduais;
- 3- Onde houve discordância numérica entre dados nacionais e estaduais prevaleceu a informação do estado;
- 4- Onde houve discordância entre os dados da ASM/SESDEC prevaleceu o último consolidado ou o consolidado que apresentou série histórica;
- 5- Alguns indicadores não são encontrados em todas as edições (Consolidados de Indicadores do estado e SM em Dados), o que dificulta a montagem da série histórica e
- 6- Ocorre que alguns dados são apresentados na edição do ano, porém se referem a anos anteriores.

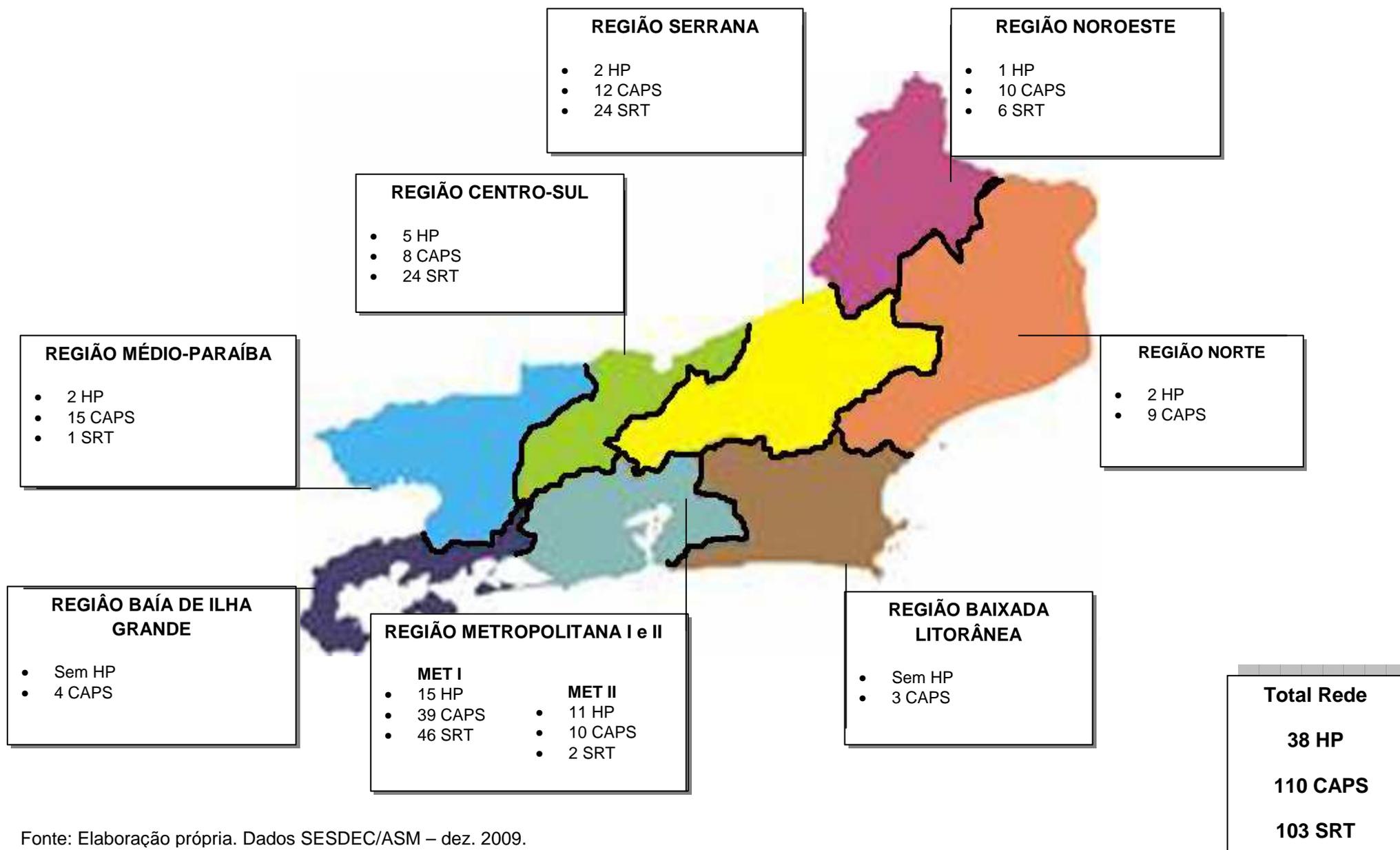
Quadro E: Redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos.

Estabelecimento - local	Natureza	Nº de leitos	Motivo	Data	Status atual	Observações
CSDE-P (Paracambi)	privado	1494	Determinação de auditoria MS – MPF e PNASH	Novembro de 2000	Fechada para internação	+/- 200 internos aguardam alta p/ SRT em seus munic.
HETB	público	280	PNASH	Dezembro de 2005	Fechado	Pendência da transferência das terras
Casa de saúde Santa Cecília (Nova Iguaçu)	privado		Prestador privado cancelou as atividades (deu alta)	2003	Fechada	Houve reinternações em outras clínicas
Clínica de Repouso Valência (Rio de Janeiro)	privado	240	PNASH	Setembro de 2007	Fechada	Transinstitucionalização para IMASJM e IMAS Nise da Silveira
Sanatório Duque de Caxias	privado	240	Prestador privado cancelou as atividades	Dezembro de 2008	Fechado	Transinstitucionalização
Clínica Solar Pedras Brancas (Petrópolis)	privado	120	Progr. Mun. S.M. / Ministério Público Estadual	Março de 2009	Fechada	Transinstitucionalização para Clínica Sta Mônica - Petrópolis
CREDEQ – RJ	privado		Vigilância Sanitária	Dezembro de 2007	Fechado para leitos SUS	
IMAS Juliano Moreira (RJ)	público	680			Fechado para internação	
Clínica Eng. Paulo de Frontin	privado	116	PNASH	Agosto de 2009	Fechada	
CS Volta Redonda	privado	40			Fechada para internação	Poucas transinst. E outros para SRTs

CS Vilar dos Telles – S.J. Meriti	privado	240			Fechada para internação	
Clínica da Gávea (RJ)	privado	120			Fechada para internação	

Fonte: Informações extraídas de documentos da SESDEC/ASM.

Figura 2: Mapa do Estado do Rio de Janeiro por Regiões Político – Administrativas e Rede de Atenção em Saúde Mental.



Fonte: Elaboração própria. Dados SESDEC/ASM – dez. 2009.

Capítulo 5 - O Manejo das Ações para Desinstitucionalização Psiquiátrica.

“Dada sua complexidade, o exercício responsável da gestão pública em saúde mental requer permanentemente verificação e acompanhamento para que não se desvie da direção ética; imperativa quando se pretende uma reorientação consequente do atual estado da arte da assistência psiquiátrica brasileira. Que o Estado do Rio cumpra sua função neste imprescindível processo de transformação” (Gomes, 2: 2008 - Grifos nossos).

O projeto por uma reforma psiquiátrica no Brasil não nasceu por atos legislativos, medidas burocráticas ou por simples consenso. Surgiu em um cenário propício a mudanças, mas enfrentou muitos embates, entraves e conflitos de interesses. Os acúmulos políticos que observamos geraram ações substanciadas pelo entendimento de se constituir sustentavelmente a política para a saúde mental de forma paulatina e consequente.

Um dos enfrentamentos mais contundentes do estado do Rio de Janeiro foi investir nas grandes ações de desinstitucionalização psiquiátrica. A peculiaridade local instigou o estado a produzir ferramentas de gestão capazes de responder de acordo com o momento de cada realidade. As experiências de Paracambi e Carmo são paradigmáticas para demonstrar o universo da micro e da macropolítica nas ações da Assessoria de Saúde Mental (ASM) no período de 1999 a 2009.

Essas duas experiências revelam grandes ações de desinstitucionalização de hospitais privado e público promovidas pelo estado fornecendo elementos para uma compreensão mais abrangente do processo de reforma psiquiátrica nesse âmbito. Além dessas, outras ações encontram-se em curso, como nos municípios de Rio Bonito e Bom Jesus do Itabapoana, ambos com hospitais privados que receberam indicação para descredenciamento do SUS pelo PNASH.

A experiência de Paracambi

A Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi (CSDE-P) foi fundada no ano de 1963 com o objetivo de abrigar os chamados pacientes crônicos ou ‘fora de

possibilidades terapêuticas'. Com capacidade para receber 2.550 internos, foi o maior hospital psiquiátrico privado da América do Sul, com leitos conveniados ao sistema de saúde público.

As tentativas de intervir no quadro de negligência, violência e abandono dos internos datam de 1991 quando os trabalhadores da CSDE-P formalizaram uma denúncia junto à Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro. Na ocasião três deputados estaduais do Rio de Janeiro e representantes dos Conselhos Regionais de Profissionais de Saúde impetraram ação na justiça a fim de impedir novas internações. A partir de então um conjunto de medidas foram encaminhadas, tal como a tentativa de descredenciamento dos leitos junto ao INAMPS⁶⁷ à época.

A despeito dessas iniciativas nos anos seguintes, não houve nenhuma mudança na dita 'assistência' prestada pelo hospital, reiteradamente confirmada ao longo do tempo pelos maus tratos aos pacientes relatados por auditorias anteriores. (Boletim 18 de Maio, 2001; BoletIn - Integralidade em Saúde, 2008).

A permanência dessa realidade constatou que seria necessário um conjunto de ações estratégicas tenazes o suficiente para fazer frente a esse complexo hospitalar, visto que os *lobbies* dos hospitais psiquiátricos privados sempre foram por demais organizados e enquistados em estruturas políticas que os favoreciam.

“Ali tinha uma questão jurídica importante que ele dizia que ia processar o estado, que ia cobrar, é complicada essa história, uma família poderosa, era uma família poderosa, herdeira daquilo lá”
(Entrevistado G).

No entanto, para o município de Paracambi, a tentativa de adequar minimamente uma assistência local extra-hospitalar mostrou alguma diferença: a criação do Pólo de Saúde Mental com leitos psiquiátricos no Hospital Geral com boa triagem e internações breves chegou a reduzir em 80% as internações do município impactando nas internações na CSDE-P.

O entendimento de que, naquele momento, ainda havia baixa institucionalidade de mecanismos de regulação das ações da CSDE-P, serviu

⁶⁷ O INAMPS só foi extinto em 1993 e, nesse ano, já estava no contexto do Ministério da Saúde e do SUS.

para que se iniciasse, a partir de 1992, um trabalho no entorno da instituição, com a construção de rede de atenção em saúde mental.

O ano de 2000 foi o demarcador do início das ações que efetivamente confrontariam a realidade da CSDE-P. Naquele momento, já existia na estrutura do estado uma equipe que vinha se fortalecendo e conformando instrumentos de gestão para atender a convocação institucional do estado em seu papel regulador e indutor de políticas públicas.

Em junho do mesmo ano tornou-se público o relatório da Caravana dos Direitos Humanos que deflagrou, dois meses depois, a auditoria especializada dos Comitês Coordenadores de Auditoria - Psiquiatria (CCAP) 68 do MS.

A Comissão de Auditoria relatou, àquela época, que um dos problemas mais comuns na Casa de Saúde era a falta de justificativa técnica para a permanência dos pacientes que habitavam a CSDE-P há mais de 30 anos. Além desse, outro problema apontado foi o da falta de empenho do setor responsável em reintegrar os internos às suas famílias; segundo a comissão, ainda que houvesse tal interesse, não haveria sequer telefone para realizar os contatos.

A grave situação de calamidade humana foi confirmada e logo ganhou destaque na mídia impressa. A matéria identificava a CSDE-P como um depósito de gente, com pacientes confinados, apáticos e nus pelo chão. Apesar do aporte financeiro que era de grande monta:

“A Doutor Eiras é inteiramente mantida por verbas federais. Ao contrário da matriz, Zona sul, na filial de Paracambi todos os 1.570 pacientes dependem das diárias do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano passado, o governo repassou R\$ 13,147 milhões à casa de saúde, pouco menos que orçamento da prefeitura de Paracambi” (Revista Época, 2000).

E que não se traduziram em condições minimamente dignas de existência humana. A lógica do lucro sempre sobrepujou qualquer intenção de

⁶⁸ O Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) em maio de 2001 reconheceu através do Prêmio Hélio Beltrão a qualidade do trabalho, criatividade, alcance e tecnologia utilizada nessa especialidade, que forneceu a constatação do modelo lógico dos CCA como uma experiência inovadora em Gestão Pública (sna.saude.gov.br/.../Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202002.pdf).

assistência, ratificando o interesse financeiro e a falácia de tratamento do setor privado conveniado ao SUS. A realidade de Paracambi refletia características nefastas longamente cristalizadas na assistência contratada pelas autoridades sanitárias desde os anos 60.

Durante anos, diversas foram as tentativas de intervenção na clínica – sem qualquer êxito. Todavia, com a repercussão do relatório da Caravana criou-se a oportunidade para que efetivamente fosse encaminhado o seu fechamento.

Tal percurso foi tão complexo que identificamos quatro fases desse processo até o ano de 2009: a intervenção técnica e política com o estado (de 2000 a 2003); a intervenção negociada por parte da coordenação estadual com a direção médica da clínica (primeiro semestre de 2004); a intervenção jurídica, com o MS a frente do processo (a partir de junho de 2004); e a intervenção conduzida pelo município (retomada da gestão plena do sistema), que acompanha e fiscaliza as ações de assistência até os dias atuais para os 260 pacientes que ainda habitam a clínica.

A 1ª (primeira) fase – a intervenção técnica e política liderada pelo estado – iniciou-se em Novembro de 2000, a partir da auditoria do Ministério da Saúde em que foi redigida a Nota Técnica nº 45, a qual determinou a edição da Portaria MS nº 1.218, de 01/11/2000 – alterando a condição de gestão do município. O município, portanto, passou de condição plena de gestão para gestão básica do sistema – em que este fica destituído do controle das ações de fiscalização e vigilância dos serviços contratados, tendo em vista o teor do relatório da Caravana (Boletim 18 de Maio, 2001).

A portaria (PTGM 1218/00) então visava:

“Art. 2º Determinar que a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro adote as providências necessárias para assegurar a continuidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, nas Unidades Assistenciais atualmente submetidas à gestão do município de Paracambi”.

Como em outro texto sobre a função do estado:

“Acreditamos que esse lugar, legitimamente reconhecido pela Norma Operacional Básica 96, quando bem ocupado, desloca essa instância para uma posição de importante protagonista na cena pública,

em que muitas vezes sustenta a condução das ações diante de períodos de baixa governabilidade municipal” (Gomes et al, 2006).

Em uma revista semanal sobre a auditoria realizada:

“Um relatório em que se pedem providências imediatas será entregue ao Ministro José Serra. (...) As medidas previstas podem incluir a transferência de pacientes ou a intervenção do ministério no hospital, onde vivem 1.570 internos” (Revista Época, 2000).

Constavam no relatório medidas como o fechamento da clínica com transferência dos pacientes para outras instituições – o que para a ASM estaria na contramão do processo consequente de desinstitucionalização que vinha sendo construído através da convocação de todos os atores envolvidos e da negociação de estratégias políticas dirigidas a uma desinstitucionalização responsável e particular aos casos clínicos. Procurava-se evitar a transinstitucionalização como a ocorrida em Vargem Alegre em 1997, pois tal medida acaba por gerar maiores distâncias e enfraquecimento de vínculos afetivos agravando a longa história de permanência institucional.

Dessa forma, com a ASM assumindo o mandato do estado definiram-se outras providências: a suspensão de novas internações por tempo indeterminado; realização de diagnóstico clínico e psicossocial da população internada com vistas à confecção de projetos terapêuticos individualizados e a criação da Comissão de Acompanhamento Técnico (CAT) (saudemental.med.br/Parac.htm).

“Foi então descartada qualquer proposta de intervenção ou fechamento da instituição, porque estão lá cerca de 1500 pacientes internados; portanto, antes de qualquer ação era necessário que se conhecesse essa clientela” (Gomes, 6: 2001).

A partir do delineamento dessas circunstâncias, o estado aprovou sucessivas Resoluções que criaram as bases legais para as ações de desinstitucionalização que se iniciariam: A Resolução nº 1554 de 7 de novembro de 2000, na qual foi constituída a Comissão de Acompanhamento Técnico (CAT) dos pacientes internados na CSDE-p; a resolução nº 1555 que

determinou a suspensão de novas internações e a realização do diagnóstico clínico e psicossocial.

O formato do diagnóstico situacional da clínica deu-se através da realização do Censo Clínico e Psicossocial⁶⁹ dos pacientes internados na CSDE-P, com intuito de subsidiar o Plano Emergencial para a Reorientação da Assistência na CSDE-P (Res.SES 1554/00). O fornecimento de informações técnicas orientou as ações de transformação não apenas do hospital psiquiátrico, mas também da rede pública assistencial precária e insuficiente dos municípios populosos que compõem a Baixada Fluminense.

Em outro momento desse processo foi aprovada a resolução nº 1566 que criou dois grupos de trabalho junto aos municípios internantes na CSDE-P, especialmente os da Baixada Fluminense: O Grupo de Apoio Técnico (G8) e o Grupo Técnico Interinstitucional.

O primeiro, contava com oito profissionais de saúde que trabalhavam como facilitadores da reinserção dos internos da CSDE-P na rede de atenção dos seus municípios de origem e na sensibilização dos coordenadores municipais para a implantação da rede psicossocial (vale lembrar que naquele momento o mecanismo de indução era a CIB 54 e as antigas portarias ministeriais 189 e 224 de 1992). O segundo grupo possuía ampla representação entre a ASM e os maiores municípios de internação.

“(...) Paracambi foram dois grandes grupos, esse G8 e a gente quando fechou as internações para que não ocorressem altas intempestivas e desassistidas nós botamos um plantão que era a Comissão de Assessoramento Técnico [CAT- outro grupo] que ficava de 2ª a 2ª constituído por um médico, e outro profissional de saúde, (...) porque nós não fizemos intervenção na casa de saúde, nós estávamos ali em um trabalho que era de partilhamento, o estado estava fazendo valer o seu mandato público naquele estabelecimento. (...) o que o plantão da CAT fazia era uma gestão do caso clínico para incursão na rede local, garantindo que se esse sujeito saísse Segunda-feira, Terça-feira ele já estava dentro do CAPS. A marcação não era de papel, então você tinha toda a rede, a rede quente” (Entrevistado X).

⁶⁹ Apesar de surgirem no texto informações distintas sobre o número de pacientes internados na CSDE-P, estamos considerando como dado oficial o que consta no relatório do Censo Clínico e Psicossocial: São 1510 leitos contratados pelo SUS e na ocasião do Censo foram identificados 1494 pacientes internados.

Observamos a introdução da dimensão clínica intrínseca quando se trata de sujeitos em sofrimento psíquico, quando se acolhe a particularidade de cada caso, “(...) *com esse processo de desinstitucionalização assistida, e assistida mesmo, porque a gente tinha um relatório individual onde estava cada um desses pacientes*” (Entrevistado X).

Ao Ministério da Saúde coube a contrapartida da injeção de recursos na casa de dois milhões de reais para alavancar a construção de dispositivos substitutivos nos municípios que acolhessem o retorno de seus munícipes e o financiamento do Censo Clínico e Psicossocial (diagnóstico) dos internos da CSDE-P, além da alteração no poder de gestão de verbas do município de Paracambi (saudemental.med.br/Parac.htm).

Em decisão conjunta, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, sustentaram a entrada do Ministério Público Federal a fim de promover mediação das partes através do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), fortalecendo o estado para trabalhar as ações frente à CSDE-P.

Esta sequência de falas discorre sobre a ingerência na micropolítica institucional:

“A gente conseguia ter governabilidade em nível mais micro, com muitos pacientes saindo e a garantia de que eles estavam assistidos, mas com muita, com muita desassistência ainda no interior da casa de saúde em muitos lugares”.

“Os TACs foram cada vez mais incisivos, e a gente precisava, eu me lembro de montar um plano que a gente tinha seis meses para mexer com toda a casa de saúde, mas a gente não tinha governabilidade nós éramos... E aí começou a ficar claro, muito claro que a gente já tinha conseguido fazer furo no muro até onde dava. E a gente tinha conseguido chegar ao nosso limiar de governabilidade técnica e política”.

“Então a gente não tinha governabilidade para além da CAT do hospital, entendeu? Porque o hospital não era nosso. Aí que eu estou falando que logo depois começou claramente o momento de - Aqui tem que começar a intervenção!” (Entrevistado X).

Naquele primeiro momento muitos pacientes saíram em função de referências familiares ou substitutas (outra família que lhes fosse melhor),

permanecendo um contingente sem referências e com demandas de dispositivos mais complexos como as residências terapêuticas.

Além do processo cuidadoso e, por isso, trabalhoso e paulatino, havia tensões pelos fortes embates entre CSDE-P, CAT e Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais (AFDM).

“(...) o [diretor médico] não concordava com as altas (...) eles chamavam os familiares e tinha uma sala dentro da Eiras... A AFDM tinha uma sala dentro da Eiras, estruturada do lado da secretaria, onde ficava o tempo todo (...) jogando pesado contra” (Entrevistado G).

A ASM reconheceu a necessidade da intervenção jurídica:

“(...) no processo de intervenção você tem maior ingerência no hospital inteiro (...) teve, por exemplo, uma melhoria radical da condição de vida das pessoas que estavam ali no hospital (...). Todo mundo foi lá pra dentro, você não podia ir, você ficava na beira. Você ficava na porta, então você tinha que ficar o tempo inteiro numa negociação com o staff do hospital e passar pela CAT, as altas passavam pela CAT, depois não, acabou o staff do hospital, era o staff do município com as equipes que o ministério colocou, ou ajudou a colocar” (Entrevistado X).

Por anos, foram vários os TACs decorridos, e com isso grande a dificuldade dos municípios da Baixada Fluminense para absorver todos os seus municípios. O município de Paracambi falhou nos acordos até chegar em 2004 quando:

“(...) após a recusa dos proprietários do hospital em efetivar o ajustamento de conduta, exigência do Ministério Público Federal, que visava a melhoria da assistência aos internos e a redução do grande número de óbitos, ocorre a intervenção pelo poder público na Dr. Eiras Paracambi” (BoletIn - Integralidade em Saúde, 2008).

A 2ª (segunda) fase – a intervenção que identificamos no processo de desinstitucionalização da Eiras – foi iniciada pela 3ª gestão⁷⁰ da ASM. Podemos dizer que foi uma intervenção informal negociada entre a

⁷⁰ Essa nova coordenação foi assumida a partir do convite da gestão que se desligava, tendo em vista que dentro da equipe da ASM não havia um sucessor ao cargo.

coordenação de saúde mental e o diretor médico⁷¹ da CSDE-P, além de um representante do Ministério da Saúde. O objetivo foi facilitar e acelerar a entrada efetiva nos diversos pavilhões do hospital, pois, naquele momento, o trabalho da CAT havia se esgotado, e também não tinha governabilidade no interior do hospital.

A atual situação clínica dos internos era desconhecida, uma vez que eram impedidas as entradas espontâneas dos membros do estado.

“(...) fechava aquela porta de ferro às 6h da tarde só abria no dia seguinte às 7h, era uma realidade mesmo de campo de concentração, eu acredito. Então a realidade é amarrar. É sedar e amarrar e passar a noite e amanhecer assim e tal. Então, hanseníase, lepra, tuberculose existiam na Eiras sem a gente ter um domínio. Sem falar da desnutrição, porque quando fizemos a intervenção da Eiras o valor calórico total da dieta dos pacientes era de 600, 800 calorias, que é um SPA rigoroso” (Entrevistado G).

Os óbitos aconteciam em números elevados e já identificados em 2000 pelo Censo Clínico e Psicossocial. Em todo o estado do Rio de Janeiro a CSDE-P liderou o ranking dos hospitais em número de óbitos (45) no período de janeiro a dezembro de 1999 (SIH/SUS/DATASUS).

Coincidentemente chama-nos a atenção uma nota do Departamento de Psiquiatria da FBH, referida a esse mesmo período.

“Outros indicadores, pesquisas, estatísticas, estudos e publicações especializadas reforçam que a rede SUS de assistência aos doentes mentais está ineficiente e vem se deteriorando, dia a dia, especialmente, a partir de 1999, quando se recrudescer a implantação pelo SUS da política chamada ‘reforma psiquiátrica’” (Spinola, Outubro de 2009).

A 3ª (terceira) fase – a intervenção jurídica – veio ocorrer em junho de 2004, após as tentativas provisórias de reconhecer as necessidades clínicas

⁷¹ No avançar dos fatos a CSDE-P nomeia nova direção médica em Setembro de 2003; “(...) num grande esforço técnico para vencer a insuficiente remuneração do SUS que colocava em risco a qualidade e a segurança do atendimento institucional (...) (Revista Psiquiatria Hospitalar, Outubro 2005).

daquela população, de localizar os problemas mais graves e tentar investigar os óbitos, já naquela ocasião em números alarmantes.

“(...) a Eiras teve uma morte um dia sim e dia não, morreram 18 pacientes no mês de Junho de gripe, basicamente, porque se você fosse acompanhar as causas mortes eram assim: Um dia ele amanheceu com o nariz vermelho, no outro dia espirrou, no terceiro teve febre, no quarto respirava mal, bronco pneumonia... Morreu” (Entrevistado G).

Um documento assinado pelas três instâncias de governo destituiu a direção clínica da CSDE-P e a partir de então teve início outra fase com grandes melhorias em termos de viabilizar clinicamente a assistência que cada caso demandava em termos de adequação alimentar, incremento de recursos humanos e reformas nas estruturas físicas da Eiras.

“A Eiras tinha camas de cimento que já tinham uma canaleta na altura do quadril para cair na canaleta do esgoto porque o xixi já escorria direto por ali. E tinha argolas nas paredes, nos braços e nos pés, que já era um lugar cimentado nas paredes para amarrar as pessoas” (Entrevistado G).

- 4ª (quarta) fase – condução do processo pelo município de Paracambi.

Interessante perceber que para todos os múltiplos atores envolvidos nas diversas fases da complexa ação da CSDE-P, possivelmente esses guardaram em si duras experiências que foram plasmadas e que, ética e humanamente, jamais poderão acontecer novamente.

Como para equipe envolvida pelo custo subjetivo diário no trabalho miúdo, do passo a passo, da ponta; poderíamos dizer, tomando emprestada a fala de um gestor em outra situação, que *“(..) era um trabalho pequeno, porém maiúsculo”* (Entrevistado G).

“(...) havia um trabalho bellissimo da secretaria de três anos segurando aquela CAT, que não era fácil aquilo, porque só você entrar na Eiras e voltar a segunda vez...” (Entrevistado G).

Ou pelo dever dos deputados que participaram da Caravana em denunciar as atrocidades dos hospitais psiquiátricos e dos auditores do MS que

diante de tamanho flagelo foram capazes de auditar de forma tão peculiar ao ponto de serem premiados pelo MPOG.

Ou através do importante ator que tem sido o Ministério Público que cobrava o cumprimento dos TACs para a conclusão do fechamento.

“(...) já estava sob o TAC que tinha que diminuir tantos pacientes por ano. O primeiro TAC dizia que tinha que fechar em 2002. E foi uma negociação permanente com o MP e que se tornou um excelente parceiro porque jogava pesado juridicamente o que a gente não podia fazer” (Entrevistado G).

Como também para os gestores que tinham que assegurar a cada esquina, sob o risco de esgarçamento do projeto, o mesmo rumo ético, político assumido e indeclinável.

“Nós temos que acabar com os manicômios, não tenham dúvida disso. É muito bom ouvir o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que vai levar adiante a proposta de redução de leitos; e é muito importante ouvir o Secretário de Estado de Saúde dizer que não vai recuar em relação à Casa de Saúde Dr. Eiras. Volta e meia eu sou obrigado a ligar para o Secretário para falar coisas relativas à Dr. Eiras de Paracambi. Porque ficou parecendo que existem alguns recuos da parte da política do Ministério da Saúde em relação a isso. Não são recuos, são pressões que têm que ser administradas e têm que gerar respostas também. As pressões existem e eu digo mais, acho as pressões legítimas, fazem parte da vida política. (...) Então política é pressão, é resposta à pressão. Mas a política também é ter uma clareza, um norte, e esse norte funcionar como sustentação de todos os nossos movimentos” (Delgado, 5: 2001).

Todavia, não houve um consenso quanto à realidade que era tratada, e o outro lado da moeda apresentou-se da seguinte forma na Revista de Psiquiatria Hospitalar do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais:

“O Instituto Dr. Manoel Eiras [IDME] (antiga Casa de Saúde Dr. Eiras) (...). Ao longo do tempo prestou relevantes serviços à população de todo o estado do Rio de Janeiro, especialmente, da Região Metropolitana e dos Municípios limítrofes a Paracambi, através da atuação de conceituada equipe multidisciplinar e da realização de projetos terapêuticos específicos para cada grupo de patologias” (Revista Psiquiatria Hospitalar, Outubro 2005).

“A partir de 8 de Novembro de 2000 as internações foram suspensas pela resolução SES nº 1555, sendo certo que o ato governamental quebrou a dinâmica institucional levando à compulsória

demissão de aproximadamente 100 profissionais da equipe multidisciplinar que cuidavam dos doentes agudos (...) (Idem).

“Neste contexto se fez necessário uma análise descritiva dos diversos acontecimentos no âmbito político, administrativo e judicial que desde 1999 vinham interferindo negativamente nas condições de funcionamento do IDME” (Idem).

O que culminou, de acordo com a matéria, na ‘arbitrária intervenção’ em junho de 2004:

“O projeto visando redimensionar as funções e os objetivos da complexa estrutura médico-hospitalar, inclusive prevendo uma parceria público-privada, tudo contextualizado na realidade assistencial e perfil dos pacientes internados, das necessidades da população da região Metropolitana do Rio de Janeiro, foi apresentado em Outubro de 2003 e discutido com a aquiescência da autoridade estadual do SUS. Entretanto, em Junho de 2004, quando se negociava a parceria, a Administração Municipal de Paracambi apoiado pelo Estado e Ministério da Saúde, preferiu uma intervenção, alegando motivos inconsistentes e inverídicos, em vez da parceria proposta que daria um especial aproveitamento ao espaço médico social existente” (Revista Psiquiatria Hospitalar, Outubro 2005).

O relato da revista ratifica a transformação que ocorreu dentro da ASM, a partir de 1999, corroborando o reconhecimento de inflexão da condução política quando da assunção do Projeto Político em Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro.

“Não estou dizendo que porque teve a intervenção da Eiras fechou o Juquery. Não, imagina! São Paulo e Rio não precisam um do outro para fazer as coisas, mas de qualquer maneira você começa a produzir o imaginário coletivo de que é possível intervir em hospital privado sim, tirar as pessoas.” (Entrevistado G).

A experiência de Carmo

O Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB) no município de Carmo foi construído na década de 40, no período de expansão dos hospitais públicos. Pelas suas características era chamado de Colônia - grandes enfermarias com estilo pavilhonar para abrigar elevado número de internos e afastados do centro urbano, nesse caso incrustado no interior da Região Serrana.

Apesar de sua natureza público-estadual, ocorriam muitas distorções próprias da permissividade generalizada das instituições asilares. Por exemplo, o diretor do HETB possuía cargo vitalício há 30 anos, o número de profissionais lotados nessa unidade superava o número de internos (280), a carga horária semanal era de 24 horas de trabalho, havia funcionários residentes na área do hospital entre as graves faltas na unidade.

“Era assim, eram 24 horas o plantão e aí ia só na outra semana. Essa multidão de gente. Podia sentar cada 3 e botar um paciente no colo. Ao cumprido assim pra cuidar. E tinham 10 dentistas para uma população de banguelas, porque só tinha gente banguela lá. Começar a demitir, dizer: ‘Não quero tantos dentistas aqui, não preciso nesse momento. Não preciso de dentista dando plantão à noite (...)’ ”
(Entrevistado G).

Em 2001, a ASM já possuía um lastro de experiência que vinha adquirindo por confluências de fatores no processo da CSDE-P, uma instituição privada. E a partir de então, cabia ao estado tomar o encargo de agir sobre graves distorções que ocorriam no seu hospital psiquiátrico. Uma estratégia inclusive de somar legitimidade às suas ações de enfrentamento de redução de leitos.

Em abril daquele mesmo ano a SES realizou uma visita técnica no HETB a fim de iniciar as ações de reorientação da assistência. Consta que nessa visita estiveram presentes membros da ASM, Superintendentes de Saúde e Saúde Coletiva e da Vigilância Sanitária, e autoridades sanitárias do próprio município. Essa circunstância ilustrou a estratégia articulada por ocasião dessa gestão.

“Como a gente tinha muito pouca governabilidade política, e a gente sabe que máquina do estado, qualquer máquina institucional de grande porte ela é jurássica, as coisas, os processos se perdem. Você para implantar são seis meses. Não nós fizemos uma rede interna potente muito importante, nós mapeamos, foi um planejamento estratégico. A gente mapeou, sentamos a equipe, nós mapeamos as pessoas, e os pontos que era fundamental que a gente tivesse uma rede de conversação contínua e estabelecemos isso” (Entrevistado X).

Embora a ASM estivesse revestida de recursos político-institucionais e acompanhada por grandes parceiros, o longo caminho percorrido por quatro

anos foi marcado por situações acirradas em decorrência de ações corretivas sobre a condução institucional negligente e acumpliciada com interesses e privilégios que foram constatados.

“Eu me lembro que a gente tinha que ficar no hotel, na época da intervenção, que começou a mandar gente embora e começaram as ameaças de morte. Eu me lembro que a gente ia para dormir no hotel do Carmo com a orientação que você ficasse num quarto que tinha uma janela que dava para a praça para se você precisasse escapar, digamos assim” (Entrevistado G).

A visita técnica foi fundamental para traçar o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica do HETB, que previu medidas de impacto como: a suspensão das internações em caráter provisório; a eliminação de espaços utilizados para o isolamento dos pacientes; a implantação de porta de entrada para internação no hospital geral filantrópico; o mapeamento de áreas construídas e previsão de obras emergenciais; além de discussão conjunta para formular o projeto terapêutico individualizado dos internos (Honorato, 2007).

Assim, como em Paracambi, o instrumento de diagnóstico situacional utilizado foi o Censo Clínico e Psicossocial ajustado para nova realidade.

A população que residia no hospital era constituída em parte por pessoas com baixíssima autonomia e intercorrências clínicas que demandavam cuidados intensivos; mais da metade da população se encontrava asilada há mais de dez anos e com parcela significativa de munícipes do Rio de Janeiro.

Um ano depois o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Carmo assinaram um Termo de Co-gestão a fim de fazer valer a proposta de reorientar a assistência prestada. A direção foi exonerada e o Conselho Técnico-Administrativo (CTA), criado pela SES e composto pelas duas esferas de poder, assumiu a coordenação dos projetos. Apesar das mudanças, parece que ainda não havia consensos ou legitimidade para fazer avançar as ações. Então, implantou-se um Colegiado de Gestão incluindo funcionários do HETB.

No final de 2002, o Ministério Público Estadual mediou as responsabilidades de cada parte envolvida com a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta, com prazos e penalidades previstos. Entre as ações

estava encomendada a construção de 20 residências terapêuticas (Honorato, 2007).

“E aí Carmo eu acho que a estratégia naquele momento foi realmente implantar as residências lá dentro, lá no município de Carmo. Em um primeiro momento dentro do hospital, depois a gente começou a ver que não funcionaria, continuar micros hospitais ali dentro daquele espaço físico que já era espaço cronificado, com aquela idéia, ideologia de um hospital psiquiátrico, de um hospício, e aí a gente começou a ir para a cidade implantar as residências fora da área do hospital” (Entrevistado K).

O desenho de desinstitucionalização em Carmo privilegiou os dispositivos de residências terapêuticas, em função dos 220 internos recenseados que demandavam de moradia. Para em torno de ¼ dessa população foi possível estreitar os laços familiares e para a grande maioria o serviço residencial terapêutico (SRT) foi a única solução para saída do hospital. Isso se fez notar pelo número elevado de SRT no município, incluindo alguns preparados para os cuidados intensivos.

Um ano após (2002) o início do processo de reorientação da assistência, o município já contava com 5 SRTs, e em 2005 chegou a somar 29 residências por ocasião do fechamento do HETB em dezembro, diminuindo para 25 unidades pelo consolidado de maio de 2009.

Quadro F – Série histórica da implantação dos SRTs no município de Carmo.

Ano Equipamento	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
SRT	5	5	16	29	27	25	24	25

Fonte: Dados extraídos do Consolidado de Indicadores de Maio de 2009 (SESDEC/ASM).

Apesar de todas as dificuldades encontradas na realidade do hospital, o estado conseguiu manejar o processo de desospitalização contando com a parceria do município ao ponto de consolidar esse elevado número de unidades – que representa um trabalho intensivo de 24h e de custo alto. O que possivelmente não ocorreria sem contar com a forte retaguarda da SES.

A redução do número de unidades estava relacionada a alguns desdobramentos interessantes que ocorreram com a saída do hospital.

“(...) foi montado um número x de residência num primeiro momento e que depois se conseguiu localizar a família, então teve morador de residência que foi morar com sua própria família. Teve morador de residência que quis alugar a própria casa e saiu da residência e foi morar sozinho, alugando, bancando isso com o benefício que conseguiu depois enfim...” (Entrevistado K).

Carmo foi considerado como um destino certo para a internação de pessoas do estado inteiro. Poucos do próprio município, alguns de regiões distantes e a maioria oriunda do entorno do município.

Essa quantidade de SRTs para promover o início do processo de desinstitucionalização mostra a realidade do estigma e do abandono sofrido pelos internos de longa permanência institucional – em geral as famílias eram orientadas a internar os seus longe do seu domicílio devido ao preconceito e isso facilitava o rompimento de laços.

Como exemplo, o município de Paracambi que recebeu pacientes oriundos do município do Rio de Janeiro:

“(...) desses 200 pacientes, você tem que ver uma série de questões aí, alguns era porque um dia estiveram registrados aqui, o último registro era Município do Rio, outro por que efetivamente tinham famílias, tinha um forte movimento da AFDM, era muito assim essa coisa de deixar bem longe do Município do Rio” (Entrevistado X).

Para ilustrar uma fala espontânea e assertiva de um familiar em busca de internação, a qual abre a discussão em torno do papel que esse recurso pode ocupar no imaginário social:

“(...) estabelecer um sistema de regulação tão eficiente que consiga evitar aquelas internações que são clássicas: Esse cara está entrando e não vai sair tão cedo, aquele cara que entra para morar. Esses como dizem os parentes: ‘Não, doutor, eu vim procurar aqui, não vim buscar tratamento não, vim buscar internação para a vida’. (...) elas falam isso porque é um sentimento cultural que vem dos últimos 70 anos (...)” (Entrevistado J).

Diferentemente de Paracambi, que precisou de um trabalho intenso junto aos municípios do entorno para a implantação dos equipamentos de assistência e recebimento dos seus munícipes, Carmo precisou negociar internamente a aceitação dos pacientes fora do hospital. *“Fomos várias vezes à Assembléia discutir com os vereadores porque queriam fazer uma lei que proibisse alugar casa para paciente porque desvalorizava o imóvel (...)”* (Entrevistado G).

A grande resistência que havia dava-se pelo fato de que, assim como o município de Paracambi, Carmo possuía uma vida social, econômica e mesmo cultural que girava em torno do hospital psiquiátrico. No entanto,

“Quando a população entendeu que não ia mais conseguir viver em função do hospital e que continuariam ganhando de alguma forma com os moradores das residências terapêuticas então a gente começou a ter facilidade de aluguel de imóvel, de, enfim, da vizinhança ali aceitar” (Entrevistado K).

A passagem anterior mostra talvez como efeito dominó, os desdobramentos gerados a partir das ações concretas, políticas e até administrativas quando conduzidas pela transversalidade da clínica que se dá na cidade ou no território, no ombro a ombro desconstruindo subjetivamente posições cristalizadas pelo preconceito e exclusão social.

“É claro que se a gente tivesse tido talvez mais tempo a gente talvez não tivesse montado tantas residências em Carmo, talvez a gente tivesse tentado mais montar essas residências no entorno, em outros municípios, para não ficar uma concentração muito grande de residências em Carmo, no meu ponto de vista há certo risco” (Entrevistado K).

A preocupação desse gestor é relevante tendo em vista o risco de tornar vulneráveis os equipamentos de logística e manutenção cara e complexa concentrada em um único município. A depender das mudanças político-partidárias ou transições de governos que possam endossar ou sucatear os serviços, a sustentabilidade de uma política pública torna-se maior quando a responsabilidade é partilhada por todos aqueles implicados no processo, nesse caso, os municípios internantes em Carmo.

No decorrer dessa ação em Carmo até o fechamento definitivo do HETB em dezembro de 2005, o hospital chegou a sofrer uma avaliação feita pelo PNASH que o reprovou, com toda uma gama de medidas investidas por ocasião da Co-gestão. Determinou, portanto, adequações imediatas a serem conferidas três meses depois pela revistoria.

Cabe ressaltar que o manejo do instrumento do PNASH pela ASM visava induzir pactuações para adequações exigidas pela avaliação, entre assessoria e direções dos hospitais, fossem esses públicos ou privados. No caso do HETB, visto que não se comprovaram as mudanças necessárias, a PT nº 150 de 18 de junho de 2003 o indicou para o descredenciamento junto ao SUS.

Novas mediações do MP através do TAC foram compromissadas com vistas a finalizar as atividades do HETB.

“A ação da ASM muda então sua direção. Já não se trata de reorientar a assistência e reabrir o HETB (embora com número limitado de leitos para internação), como era o projeto original. A tarefa passa a ser o planejamento do fim do hospital. Isto implica na potencialização das atividades técnicas voltadas para a ressocialização e desospitalização da clientela, com ênfase nos projetos das residências terapêuticas e na preparação da clientela” (Honorato, 2007).

O PNASH foi determinante para a extinção do hospital psiquiátrico em Carmo. Ganharam os ex-internos, potencializados para estar na vida, e, certamente, na dinâmica da cidade.

Na visão de um gestor:

“(...) eu acho que como o estado entrou muito dentro dos hospícios isso também ajudou a enxergar um lugar – o mundo sem hospício. Eu acho que fez um caminho ao contrário porque na realidade houve um investimento maciço aqui nessa época no fechamento de hospitais. A gente achava que era impossível intervir na Eiras e fechar o Teixeira Brandão” (Entrevistado G).

Ações em curso: Rio Bonito e Bom Jesus do Itabapoana.

As estratégias de gestão da ASM constituíram-se ao passo dos enfrentamentos delineados no campo de trabalho, precisamente a partir de insumos trazidos pelos diagnósticos situacionais que subsidiaram as ações e

marcadamente em dois momentos a confecção dos Planos de Saúde Mental do Estado (PESM).

No triênio 2007 – 2010 (2º PESH) um dos eixos temáticos de trabalho proposto foi o da desinstitucionalização que sinalizou em abril de 2007, 7.245 leitos no estado, dos quais cerca de 3.826 eram de longa permanência institucional – cuja metade com concentração no município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, uma das direções determinadas no PESH foi:

“Estabelecer planos de desinstitucionalização progressiva para a clientela dos quatro hospitais psiquiátricos do Estado privados e conveniados ao SUS indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria” (PESH 2007-2010).

As ações de desinstitucionalização decorrentes do 2º PESH ainda estão em curso, sendo que dois hospitais já foram fechados. Através dos dados do Consolidado de maio de 2009 e do PESH 2007, podemos observar o status do processo em curso no quadro a seguir.

Quadro G – Instituições indicadas para o descredenciamento pelo 2º PNASH

Instituições	Natureza	Leitos totais	Leitos (LP) (Incluídos nos leitos TT)	Observações
Clínica de repouso Valência	Privada	80	55	Fechada em Set. de 2007
Clínica Eng. Paulo de Frontin	Privada	116	58	Fechada em Agosto de 2009
Hospital Colônia de Rio Bonito	Privada	480	384	Fechada para internação em Setembro de 2009
Clínica de repouso Itabapoana	Privada	320	73	Ainda interna

Fonte: Consolidado de 2009 e PESH, 2007 (SESDEC/ASM).

No diagnóstico situacional do 2º PESH⁷² (Abril de 2007) a situação de piora na qualidade da assistência prestada pelos hospitais foi detectada como um dos impasses.

⁷² Observamos que a realização do 2º PESH ocorreu após a rodada de avaliação dos hospitais o que certamente possibilitou o ajuste de rota dos trabalhos.

“A avaliação dos hospitais psiquiátricos pelo PNASH-psiquiatria também tem revelado que alguns hospitais apresentam resultados desfavoráveis, tendência que se acentuou na última avaliação, de 2006” (SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM, 3: 2007).

Essa informação comparativa à aplicação de 2002/2003⁷³ nos chama atenção para os efeitos das estratégias de pactuação⁷⁴, acompanhamento e regulação realizada junto aos hospitais psiquiátricos. Ainda que pesem os esforços da ASM e das coordenações municipais, em constituir termos de compromissos, o dado aparenta uma contra reação que merece uma investigação dos fatores que levaram aparentemente a maior negligência por parte desses hospitais.

Segundo um gestor, ao tratar das pactuações em Rio Bonito uma questão merece cuidado:

“Aí claro que tinha uma questão muito séria e que era a pressão do Conselho de Psicologia. E todas as entidades de direitos humanos que colocavam uma questão que procede, mas que talvez fosse inviável naquele momento. Se você cada vez desinveste mais no hospital as pessoas que estão lá vão ficar cada vez mais passando necessidades. Então cabe fazer isso? Ir reduzindo leitos e deixando as pessoas numa situação de penúria maior? Porque claro que não vai ter investimento. Ou tem que fazer uma coisa radical e fechamento completo que aí realmente não era possível e também não interessava ficar fazendo transinstitucionalização” (Entrevistado T).

À instância estadual cabe pactuar⁷⁵ a redução de leitos entre prestadores e gestores municipais, justificado pelo caráter regional do serviço prestado pelo hospital psiquiátrico, além de prever medidas de reinserção social dos pacientes egressos da longa permanência institucional. As condições são estabelecidas pelo Termo de Compromisso e Ajustamento entre as partes envolvidas, planejando, de acordo com a realidade local, o volume da redução de leitos.

⁷³ O 1º PESH foi confeccionado durante a aplicação do 1º PNASH - psiquiatria.

⁷⁴ As pactuações foram formas de conceder ‘autonomia gerenciada’ com regras determinadas para os diversos atores que constituíam o cenário: prestadores, secretários, coordenadores municipais; induzindo às responsabilidades pertinentes a cada um.

⁷⁵ *“Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviço e controle social” (PT GM 52/04).*

Assim, a pactuação da redução de leitos torna-se uma estratégia gradual de enxugar o componente hospitalar e primar por melhores condições de assistência ao passo que se constitui a rede. Então o PNASH avalia, reavalia e, sendo o caso, indica para o descredenciamento. Nesse momento é feita a pactuação para adequação das condições mínimas de funcionamento, a negociação de qualquer peculiaridade local (alguns hospitais dificultam a entrada das equipes de referência do paciente) e a redução planejada dos leitos, diminuindo sucessivamente o porte do hospital e aumentando as diárias de acordo com o porte reconfigurado. Com novos valores de remuneração evita-se o congelamento das diárias (fixadas pela PT SAS/MS nº 77/02) para garantir melhores condições para os pacientes ainda asilados.

“Exatamente nessa pactuação que eu falei era isso, você colocava a portaria 52 e 53, você fazia a redução mesmo indicado para descredenciamento você fazia o remanejamento da diária de acordo com o ‘quanti’ do hospital. Isso fazia parte. Mas isso em parte cobria, mas em parte você também entende que se você supõe que está fechando você vai desinvestir, não vai investir aquele dinheiro naquilo” (Entrevistado T).

Outra questão que surge é sobre o risco iminente em decorrência dos efeitos das normativas, pois uma vez reajustadas essas diárias, a diferença é ter outro destino que não o de investir na assistência aos internos. Isso pode ser parte da explicação dos resultados piores na qualidade de assistência aferida pela 2ª aplicação do PNASH. Algo que cabe, portanto, uma fiscalização sobre a aplicação do recurso da reestruturação do porte hospitalar, bem como a necessária fiscalização do uso do recurso financeiro realocado, fruto da redução de leitos, mantidos nos tetos municipais e estaduais a fim de realmente ser utilizado para a composição dos equipamentos da rede local de serviços de saúde mental de base comunitária. Conforme previsto também pela PT 52.

O dado fornecido pelo PNASH, quando comparado entre as aplicações, mostra a importância do instrumento para subsidiar o monitoramento das ações dos hospitais nos intervalos da aplicação do PNASH que deve ser anual.

No entanto, garantir a sua aplicação é condição de possibilidades de investimentos em várias frentes de trabalho.

A experiência de Rio Bonito

No município de Rio Bonito, na região metropolitana II, pelo consolidado de maio de 2009, o Hospital Colônia ainda mantinha 480 pacientes.

“Por exemplo, Rio Bonito é uma Eiras vertical, é um horror. Então ao invés de ter aquela coisa espalhada, enorme, é um prédio que tem um segundo andar de mulher que você não tem como subir. É uma coisa assim (...)” (Entrevistado G).

A estratégia de gerir o resultado da indicação para descredenciamento dada à baixa pontuação (< 61%) do hospital pela reavaliação do PNASH auxiliou na redução do nº de leitos em Rio Bonito. As pactuações estabelecidas visavam à redução gradativa de leitos como forma de evitar o descredenciamento abrupto e, conseqüentemente, acarretar desassistência ou a transinstitucionalização da maior parte dos internos, uma vez reconhecida a ausência de rede.

O manejo ético do instrumento, no caso o PNASH potencializou o gestor ao determinar as condições do pacto frente ao risco de descredenciamento sofrido pelo prestador privado. O instrumento quando bem manejado torna-se indutor de políticas públicas a partir dos diversos desdobramentos que possibilita.

“Então todas as vezes que convocava nem sempre eles iam, então era uma tensão, porque era uma cidade pequena e tinha todo esse jogo político mais misturado, não é? O prefeito, a dona do hospital e tal. Embora estivesse na oposição, mais conhecia a secretária desde pequena. Aquelas coisas familiares, não é?” (Entrevistado T).

O diagnóstico situacional dessa ação de desinstitucionalização também se deu através da realização do Censo por parte das coordenações de saúde mental dos municípios internantes com o apoio dos representantes da ASM que compunham o GT daquela região. O Censo é um instrumento utilizado em várias experiências com potencial de retratar clínica e psicossocialmente a situação da população longamente institucionalizada, um trabalho de conhecimento de seus munícipes e levantamento das necessidades frente a cada demanda.

Os desdobramentos do PNASH levaram à produção de outras normativas em nível federal e estadual para o Caso do Hospital Colônia de Rio Bonito. Em vista da homologação das revistorias (PT SAS nº 501 de setembro de 2007), suspendendo novas internações e o descredenciando, em julho de 2008, por solicitação do gestor estadual de saúde do Rio de Janeiro em concordância com o gestor municipal de Rio Bonito e direção do Hospital Colônia (PT/SAS nº 379/08), foi prevista a reclassificação do hospital (em 560 leitos, classe XII) pelo PRH sob considerações de garantir assistência hospitalar de qualidade.

Amparada pela PT nº 52, que prevê planejamento específico para desinstitucionalização dos hospitais de grande porte, em outubro desse mesmo ano pela deliberação CIB – RJ nº 547, foi aprovada a redução de 80 leitos

Segundo o PESH de 2007, foram mapeados os municípios⁷⁶ com internos em Rio Bonito a demandar articulação junto a essas localidades a fim de constituir rede e se responsabilizar por seus municípios.

Um dos trabalhos de grande relevância da Assessoria foi o de fazer a articulação com as equipes do interior e envolvê-las em sua função.

“Em Rio Bonito os pacientes de Araruama, se Araruama resolver, Cabo Frio resolver seca vai virar uma clínica pequenina, não sei se vai ter interesse de manter uma clínica pequenininha”
(Entrevistado N).

A afirmação sugere que o hospital psiquiátrico preza pelas grandes proporções e conseqüentemente por alta densidade de pacientes que se deduz como forma de ganho a partir do volume. Lógica perfeitamente adversa à assistência focada nas necessidades e demandas particularizadas de cada sujeito. E com isso o PNASH e o PRH tornam-se o ponto nevrálgico das relações entre o poder público e as esferas privadas.

Em 2009, nova vistoria foi realizada em um intervalo de um ano em que conselhos de saúde denunciaram condições estruturais aterradoras sob as quais vivem 436 internos. Incrivelmente, essa realidade perdura a despeito de sucessivos acontecimentos de adequação de outras unidades frente às

⁷⁶ Macaé, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Niterói, Tanguá, Silva Jardim e Itaboraí.

exigências do poder público e mesmo até de medidas radicais de fechamento súbito proposto pelo Ministério Público Estadual.

Por ocasião das ‘novas’ denúncias, jornalistas acompanharam a vistoria e relataram a aviltante condição sob as quais estavam submetidos os internos do Hospital Colônia de Rio Bonito. O que rendeu breve prisão da direção do hospital, indiciada por armazenar remédios com validade vencida (rjtv.globo.com – Bom Dia Rio – 17/09/2009).

Pelo relato de um gestor, a situação de negligência e maus tratos do Hospital Colônia de Rio Bonito é crônica. Em 1994, alguns profissionais e conselhos como o de farmácia, engenharia, arquitetura, serviço social e psicologia já teriam interditado o hospital.

“Eles foram embora e nada aconteceu. Tanto é que Rio Bonito ainda está aí depois de 94, em 2004, quase dez anos depois nada tinha acontecido, e foi descredenciado mesmo em 2005. Pelo PNASH. Não pode mais internar, mas a gente sabe que sempre acaba caindo gente lá não sabe como, não é? Mas a Comissão da Reforma tem relatórios perfeitos, bem casados com a gerência de saúde mental e que ainda esbarram na dificuldade grande que ainda é o manicômio o grande empregador da cidade e que ainda é o dono do manicômio quem manda na metade da cidade. “(...) Chegou num ponto agora de dificuldade extrema, que a dona falou assim: ‘Ah, então não vai entrar mais ninguém, então não sai mais ninguém’. Mas não pode fazer isso que é cárcere privado, não pode” (Entrevistado N).

A experiência de Bom Jesus do Itabapoana

O município de Bom Jesus do Itabapoana sedia a Clínica de Repouso Itabapoana com 320 leitos contratados pelo SUS. Embora a clínica esteja situada na região noroeste do estado do Rio de Janeiro, alguns municípios capixabas internam nessa instituição devido à proximidade geográfica (o município faz limite com o estado do Espírito Santo).

A fim de conhecer a realidade local e posteriormente intervir nela, a ASM utilizou-se de outro instrumento para o diagnóstico situacional. Nesse caso, foi identificada a necessidade inicial de um levantamento da atenção hospitalar em dados quantificados: número de leitos; volume de internações e quais os municípios servidos por determinados hospitais, em função da pactuação regional estabelecida para os hospitais psiquiátricos.

Para entender esse fluxo de internações, foi confeccionado o mapa de migração em internações psiquiátricas no estado que gerou adiante insumos para o 1º consolidado de indicadores em saúde mental.

De acordo com o segundo PESM, a Clínica de Repouso Itabapoana seria alvo de planejamento e pactuações entre ASM, secretário municipal e coordenação de saúde mental para que de forma progressiva se providenciasse a desinstitucionalização do hospital.

Ocorreu que na realização do primeiro PNASH foi possível criar a porta de entrada pública conforme estabelecido no primeiro PESM em 2002, no entanto, ela vacilava no controle a depender das mudanças de gestão local. Já por ocasião da segunda avaliação do PNASH em 2005, o hospital foi indicado para o descredenciamento pela portaria SAS nº 501 que homologou o resultado da revistoria.

Iniciaram-se as pactuações para adequações e reduções do nº de leitos entre o gestor do município sede, a ASM e a direção do hospital com assinaturas no Termo de Compromisso e Ajustamento a ser encaminhado ao Ministério da Saúde para autorizar a redução. Nesse caso o processo foi dificultado por alguns entraves.

“O que não teve [encaminhamento] foi Bom Jesus que era uma clínica que até vinha às reuniões, tinha um jogo político pesado lá, eles manipulavam o Conselho Municipal de Saúde, porque a clínica tinha uma importância grande” (Entrevistado T).

Em Bom Jesus do Itabapoana também havia o misto de relações e interesses, em que a agenda pública estava comprometida com os prestadores privados e operava sob influências familiares.

“Por essa situação de quem manda na política é o dono do estabelecimento que é sogro do diretor geral. Então é uma coisa familiar, uma indústria familiar e com braços que avançam por todos os setores” (Entrevistado N).

A estratégia seguinte foi de tentar negociar junto ao estado do Espírito Santo as internações em outras regiões como a do Norte e Serrana, em um esforço de secar essa capilaridade com o hospital de Bom Jesus.

Outra estratégia prevista no segundo PESH em 2007 foi pactuar com a mediação do MP a elaboração de um TAC a fim de envolver inicialmente os municípios internantes do próprio estado para assumir responsabilidades junto aos internos do hospital e articular as coordenações de ambos estados (RJ e ES) para o tratamento da questão da longa permanência de pacientes oriundos do estado do Espírito Santo.

Em 2009 face aos resultados positivos provenientes do PRH, houve necessidade de estabelecer novo reagrupamento das classes do parque hospitalar, no qual já há o predomínio de hospitais de pequeno e médio porte. Para tal, foi editada a PT GM nº 2.644 de outubro de 2009 que configurou em 4 níveis (NI, NII, NIII e NIV) que variam de acordo com o porte hospitalar.

Quadro H - Níveis de porte hospitalar estabelecidos pela PT GM nº 2.644/09.

Classe	Porte	Antiga Classe (PT52/04)
NI	Até 160 leitos	I e II
NII	De 161 a 240	III e IV
NIII	De 241 a 400	V, VI, VII, VIII
NIV	Acima de 400	IX a XIV

Fonte: PT GM nº 2.644/09.

A portaria reajustou as diárias, mantendo maior repasse financeiro aos hospitais de menor porte e criou incentivo adicional de 10% para as internações de até 20 dias para as classes NI e NII sob informe da alta para paciente agudo. No entanto, os hospitais que tiveram indicação para descredenciamento no estado não receberam a reclassificação de acordo com o porte (PT SAS nº 404 de Novembro de 2009 – habilita o HP à nova classificação) e conseqüentemente não tiveram suas diárias reajustadas.

O Hospital Colônia de Rio Bonito e a Clínica de Repouso Itabapoana, juntamente com oito hospitais do país indicados para o descredenciamento pelo último PNASH realizado, foram alvo de outra portaria, MS nº 426 de dezembro de 2009, a qual estabelece que esses hospitais necessitam de novas pactuações para a finalização do processo de desinstitucionalização dos pacientes internados. Assim, permanecem nas classes que se inseriram em outubro de 2009 de acordo com a PT nº52/2004 até o seu descredenciamento.

Quadro I – Estabelecimentos submetidos a PT MS nº 426/09.

Razão Social	Nº Leitos SUS (CNES- Out.09)	Classes (PT 52/04)
Hospital Colônia de Rio Bonito	480	X
Clínica de Repouso Itabapoana Ltda	320	VI

Fonte: PT MS nº 426/09.

Capítulo 6 - O papel do hospital psiquiátrico na atenção em saúde mental: projetos em disputa.

“Do Hospital Psiquiátrico parece que não se possa mais dizer qualquer coisa, que tudo já esteja dito, que todos já saibam aquilo que a respeito dele se poderia dizer.

Essa convicção muito difundida faz com que dos manicômios não se possa mais falar, sem passar a ser escutado com um certo incômodo, como se se desejasse introduzir uma figura retórica do discurso, um pleonasmo ou ainda uma hipérbole: da miséria do manicômio já se sabe como é o pior dos males” (Saraceno, 1999: 61).

A descrição dos meandros e rotinas do hospital psiquiátrico (HP) parece um fenômeno que rompe com qualquer especificidade geográfica ou histórica. Ao ler, por exemplo, o livro do Erving Goffman (*Manicômios, Conventos e Prisões*) e sua descrição meticulosa da instituição psiquiátrica, essa apresenta-se muito familiar às vivências descritas anteriormente. Idêntica sensação é proporcionada pelos relatos das entrevistas – o que nos leva a crer na existência de algo de universal no *modus operandi* do hospital psiquiátrico que o mantém na sua função primordial de segregação social desde quando concebido.

O estado do Rio de Janeiro nesses últimos dez anos buscou, de algum modo, enfrentar o cenário de desassistência em saúde mental e os acúmulos institucionais de uma atenção marcadamente baseada no hospital. O quadro encontrado na ocasião da realização do primeiro PNASH no estado (2002/2003) revela a surpresa manifestada por outras áreas da SES com a situação (tão corriqueira) no cotidiano asilar:

“Então, quando eles se viram, a vigilância, o pessoal da farmácia, a nutrição tendo que entrar num hospital psiquiátrico compreendido a partir daí como um hospital, como uma obstetrícia, como uma clínica pediátrica, como um CTI, era engraçado de ver a reação deles, porque eles diziam: ‘Mas como que pode existir, por exemplo, um hospital que tem 400 pessoas, mas só tem 50 talheres’. ‘Como que é?’ Pois é. É isso, a lógica é que o paciente come em 40 segundos, 30 segundos, não é? E já faz a comida mole também. Porque não tem dente, também é de colher porque vai se picar com a faca. Então fica um dominó de lógica toda arrumadinha. É preciso que alguém empurre para o contrário e diga: ‘Não...’” (Entrevistado G).

Na fala de outro gestor, quando esse faz referência ao processo de desinstitucionalização em Carmo, percebe-se também como a experiência asilar ainda reproduzia condições de vida degradantes naquele âmbito:

“(...) e a gente teve assim relatos maravilhosos de pessoas que dentro do hospital só andavam nuas, arrancavam a roupa o tempo todo, não se comunicavam, ficavam lá pelo... Porque era uma fazenda, então ficava lá no meio das árvores escondidos, não chegava perto de ninguém e que depois que foi para residência só andava de roupa, de óculos escuros, jogava sinuca no bar da esquina (...)” (Entrevistado K).

Como vimos, as estratégias da ASM para enfrentamento dessa situação no estado foram variadas, mas a principal orientação para a mudança do modelo foi a adoção de uma estratégia gradativa de descentramento do aparato hospitalar especializado na rede:

*“Nada contra os hospitais psiquiátricos, só que eles não podem ser o centro da rede, não é? E eu até acho que eu não acredito que **nenhum projeto de desinstitucionalização ele possa prescindir de um hospital psiquiátrico de um dia para outro**, eu acho que isso é um **processo lento e gradual**. Porque você tem milhões de atravessamentos. Hospital psiquiátrico sim, a internação não. Acho que são coisas diferentes. Mas no Brasil com a nossa história eu acho que ele tem que estar sempre na imagem objetivo⁷⁷ de qualquer gestor, mas eu não sei quando isso vai acontecer, e se vai acontecer, mas eu acho que **a aposta tem que ser essa, nessa direção**” (Entrevistado X – grifos nossos).*

A direção da gestão estadual, desde o início do processo, apontava para a relação, ainda que transitória, de integração com o componente hospitalar especializado como parte da rede de atenção, juntamente com os equipamentos extra-hospitalares, induzindo-os à conformação de uma atenção hospitalar não asilar. A principal preocupação era a de não causar

⁷⁷ “A noção de ‘imagem objetivo’ tem sido usada na área do planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido” (Mattos, 2006: 41).

desassistência destacando-se assim a importância de se garantir o acesso aos serviços substitutivos e potencializá-los para uma assistência que fosse resolutive.

“Eu acho que o cenário de uma sociedade completamente sem o equipamento do hospital psiquiátrico é possível, mas eu não sei te dizer se chegaremos lá. O que eu posso te dizer é que eu acho que não se deve cerrar, fechar hospitais psiquiátricos se não se conta com uma alternativa de acesso ao tratamento eficaz (...) Eu não faço disso mais uma afirmação de natureza digamos, de uma certa pedagogia da reforma psiquiátrica. Eu sempre trato isso agora do ponto de vista concreto da gestão, das limitações reais, mas eu acho que isso é possível. Também não vejo no cenário internacional um país que tenha terminado completamente com o hospital psiquiátrico, com a centralidade do hospital psiquiátrico sim, com a centralidade. Isso o Brasil já terminou porque eu acho que o hospital psiquiátrico ele é central em alguns contextos no Brasil, não é mais um cenário do Brasil” (Entrevistado Z).

Observamos que a dimensão clínica da assistência necessariamente apareceu nos discursos dos entrevistados. Podemos dizer que esse consenso manteve-se ao longo de dez anos – trata-se de um processo de Reforma Psiquiátrica com esforços de mudança de modelo perpassado pela clínica dos sujeitos acometidos pelo sofrimento psíquico.

Nessa trajetória outro aspecto consensual foi a proposta de redução do porte do componente hospitalar especializado. Assim sendo, uma vez assumido o compromisso clínico, manter uma realidade de macro hospitais ou ainda de grande volume de internos mostrou-se incoerente.

“Se vai seguir existindo uma parte do componente da assistência que será de hospitais psiquiátricos não sei te dizer. Nesse caso eu acho que é um pouco especulativo porque alguns lugares não vão conseguir construir respostas só territoriais ou respostas no hospital geral que dão conta, que possam dar conta de toda a complexidade do problema, por exemplo, do paciente com transtorno mental severo e persistente, do paciente com transtorno bipolar que está em crise, do paciente que tem co-morbidade de droga com a psicose, ou com transtorno bipolar que são os casos mais graves aí” (Entrevistado Z).

A entrevista desse outro gestor corrobora as anteriores no que tange a gradual substituição do modelo de atenção, a importância da clínica e seu desdobramento eventual de internação, e realça a necessidade de se conjugar um trabalho com o hospital geral na rede de saúde mental.

*“Enfim, todo esse discurso aí contra a reforma e a favor dos hospitais psiquiátricos. É o que eu sempre defendi, é o que eu realmente acredito, é que eu acho **que essa substituição vai ser muito gradativa. Que nesse momento, eu acho que em alguns momentos a internação se faz necessária sim.** A gente procurava isso também eu acho que é um ponto importante, garantir que essas portas de entrada também não só fosse porta de entrada para atendimento à crise, mas se tivessem leitos de curta permanência no hospital geral⁷⁸ (...) a gente acredita muito nesse caminho que em alguns momentos uma internação de curta duração no hospital geral pode impedir, ou seja, vai desconstruir naquele momento aquela crise, a pessoa não vai precisar de um hospital psiquiátrico”* (Entrevistado K - grifos nossos).

Nessa proposta, o hospital geral (HG) público atuaria como uma retaguarda intermediária ou um dispositivo para avaliar a necessidade de internação em um hospital psiquiátrico público ou privado⁷⁹.

*“Agora, em outras situações a pessoa vai precisar realmente ir para o hospital psiquiátrico. E aí o que a gente tem de opção? Que fossem hospitais com menor número de leitos, com uma qualidade de assistência realmente digna, eficiente, de curta permanência, internações mais curtas, acompanhadas por um programa de saúde mental, acompanhados pela família, enfim, que aí sim seria um **modelo ideal**”* (Entrevistado K – grifos nossos).

⁷⁸ “Foi outra ação para municípios de pequeno porte a criação dos leitos psiquiátricos no hospital geral para segurar. Então isso era uma ação bem simples que fazia muita diferença. Tinha elevado o grau de internação por álcool, por alcoolismo então isso caía barbaamente. Município que assim caía quase 80% de um mês para outro a internação com uma ação só de visibilidade do fluxo e atacado.” “(...) às vezes a gente induzia mais a implantação de leitos de suporte para álcool do que para os casos de surto psicótico, de crise, então era muito delicado, ia muito de acordo com a realidade local do município e com a possibilidade que o coordenador municipal tinha de contratualizar com essas unidades hospitalares” (Entrevistado X).

⁷⁹ O prestador privado representava, em final de 2006, 80,57% dos hospitais psiquiátricos do estado (MS/SAS, 2006).

Interessante notar que esse entrevistado revela nitidamente a condição de funcionamento do HP, dentro de um ‘modelo ideal’. Atesta, como os demais, um caráter provisório do recurso hospitalar especializado, com maior qualidade de assistência – o que reflete também o propósito do PNASH.

Desse modo, reforça também, como proposta de longo prazo, o deslocamento do atendimento à crise em HG, consoante o que identificamos no PESM/2007: *“Garantir o acesso do paciente psiquiátrico em crise a um atendimento de qualidade no seu território, em unidade geral e pública”* (SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM, 2007: 23).

“Alguns leitos psiquiátricos, leitos em hospital geral e que obviamente essa rede extra-hospitalar fosse fortalecendo cada vez mais a gente vai precisar contar menos com esse recurso da internação. E agora, vai ser um processo de substituição por uma condição mesmo da qualidade de assistência, de uma clínica que vai ter outra direção. Mas que vai dizer que totalmente vão ser fechados todos os hospitais psiquiátricos, não vai precisar de leito nenhum, em momento nenhum, eu não acredito nisso, eu acho que é alternativa nesse momento sim” (Entrevistado K – grifos nossos).

Dito de outra forma, sustentar a expansão da rede substitutiva e qualificá-la foram os processos definidos para oportunizar uma inflexão no modo de operar a atenção psicossocial no estado, com o objetivo de prescindir do HP a até da situação limite que a crise e a internação impõem.

Esse foi claramente um caminho tomado pela ASM nesses anos, sustentado em uma política de desinstitucionalização, denominado por um entrevistado, como “ético consequente”. Tal orientação perpassou a fala de boa parte dos entrevistados demonstrando certo continuísmo e afinidades de posicionamentos entre gestões.

Contudo, registramos também em algumas falas outro entendimento para a função e lugar do hospital na reforma, reafirmando a importância desse aparato de atenção.

“(...) eu acho que a gente passou a usar a própria expressão hospital psiquiátrico não para designar o serviço psiquiátrico, e sim para designar o manicômio, eu acho que virou sinônimo dele. Quando na

verdade o hospital psiquiátrico ele não é necessariamente um manicômio. Pode ser um excelente hospital psiquiátrico” (Entrevistado J – grifos nossos).

E ainda:

“(...) o hospital psiquiátrico virou uma caricatura, de tanto que ele funcionou mal durante tanto tempo ele virou uma caricatura. Então assim a necessidade do doente de ter um leito adequado, direitinho essa daí é imperativa, e ele não tem esse leito adequado direitinho que funcione bem, ele tem o leito ruim lá, e aí fica uma briga de Flamengo e Fluminense, Palmeiras e Santos, sei lá que briga é essa, entende? Quem é da reforma quem é da instituição. Quer dizer, você tem gente que fica indignado com o abandono, com o encarceramento de pessoas” (Entrevistado N).

Percebemos nessas falas a intenção de tornar o HP um equipamento mais resolutivo e inserido em uma proposta de reforma psiquiátrica, sem qualquer crítica à sua permanência ou ao legado institucional que carrega. As críticas ao hospital são lidas como disputas passionais, e todo discurso é esvaziado de sentido, despolitizado⁸⁰.

Ao avançarmos um pouco mais nessa linha de argumentação, aparece então a preocupação em se reformar o HP, além de estabelecê-lo como central ao modelo.

“Então, quando eu falo de recurso para o extra-hospitalar não é para acabar com o hospital, é para justamente chegar ao hospital e poder construir um hospital, ou se encontrar maneira de reconstruir essa entidade como uma produtora de saúde e não produtora de doença. (...) O que é um hospital? Hospital é lugar de produzir saúde, para corrigir um problema que a pessoa tenha... Sei lá! Ela foi atropelada, precisa botar pino, vai botar pino, sei lá que diabo for” (Entrevistado J – grifos nossos).

Continuando:

⁸⁰ Observamos que os atores que assumiram a coordenação de saúde mental no estado, mantinham a defesa pela Reforma Psiquiátrica, ainda que com entendimentos e práticas por vezes díspares uma das outras.

*“Houve um momento que alguém, alguém da reforma, não me lembro, alguém da luta antimanicomial, não me lembro essa coisa de quem foi... Mas teceu algum comentário do tipo: ‘Não, tem que fazer um monte de CAPS para acabar com os hospitais’. Eu disse: ‘Minha querida, os hospitais não vão acabar nunca. **Tem que fazer um monte de CAPS para os hospitais poderem funcionar. O CAPS é uma coisa a mais para ele funcionar, mas como hospitais que são**”* (Entrevistado J – grifos nossos).

As falas são curiosas porque mostram o risco que reside na manutenção da estrutura hospitalar e a força que tal aparato possui para reafirmar condutas biologizantes e corretivas do indivíduo.

Toda a crítica para a superação do saber psiquiátrico, do paradigma doença-cura, ou como discute Rotelli (2001), do paradigma racionalista problema-solução, é encapsulado nesse discurso. O reducionismo desse tipo de abordagem dentro da saúde mental incorre necessariamente no comprometimento da divulgada resolutividade dos serviços.

A clínica sobre a qual se discute na reforma psiquiátrica não é a de recondução a uma norma, tal qual o modelo biomédico define para os acometimentos de ordem física. A clínica que se quer é uma clínica de muitos atores e de multiplicadas ações conjuntas com o objetivo de resgatar possibilidades de o indivíduo estar na vida de outra forma, a partir da sua diferença e singularidade.

Esse debate revela, mais uma vez, que a reforma psiquiátrica carrega alguns desafios que circunscrevem o HP que vão desde a constituição concreta e efetiva de novos aparatos de atenção capazes de lidar com a crise e principalmente de acolhê-la (passando pela formação de profissionais de saúde sensíveis e implicados com a reforma e com uma nova postura no lidar com situações que envolvem saúde mental) até a transformação de nossa realidade social e cultural, possibilitando a diversidade de olhares e práticas em nosso meio.

Em última instância, a dificuldade mostra-se intrínseca ao ser humano, que na fala de um gestor, aponta para o impasse diante da loucura:

“(...) inquestionável como o medo da loucura, o medo de apanhar é uma coisa de uma universalidade, que no limite é medo de apanhar. ‘Ah, vai agitar’. Falam que não tem sentido, mas é o apanhar porque vai quebrar. É esse medo humano, universal da sua fragilidade, diante dessa força da loucura. Então a resistência que tem médicos e enfermeiras é da ordem do que a gente não está conseguindo negociar ainda, é difícil. Muito difícil” (Entrevistado G).

Continuando:

“Eu acho que é uma questão de formação mesmo, eu acho que a formação em relação a psiquiatria... A psiquiatria tem um movimento pendular, uma hora basta ser guarda e ser forte, e ser homem que trata de doido. Porque pega, mata, arrebenta, amarra. Daqui a pouco tem que ter doutorado, porque para entender de doido tem que feito tanto curso que então ninguém é capaz. Mas no hospital geral o preconceito é baseado nessas duas coisas: Total falha na formação, na capacidade de conter a dor do outro. E isso passa por toda a área médica” (Entrevistado G).

As divergências quanto ao papel do hospital especializado é um ponto importante para debate, pois é nesse ponto que residem algumas das principais dificuldades no desenvolvimento da reforma e na definição de estratégias de gestão consensuadas.

O que verificamos no relato dos gestores e também nos dados de saúde mental no estado foi uma grande dificuldade para o desenvolvimento das duas estratégias alternativas de atenção à crise e substitutivas ao hospital especializado – o HG e o CAPS III.

Assim, o leito em HG seguiu como uma política permeada por tensões e dificuldades.

“Ah, o hospital psiquiátrico tem que acabar, tem que ser no hospital geral’. Até agora o Rio de Janeiro não conseguiu abrir... A gente reabriu agora o de Santa Cruz a duras penas, porque os gestores não querem ter uma enfermaria psiquiátrica dentro de um hospital geral, não querem ter uma enfermaria de crise dentro de um pronto socorro que já é cheio com baleado, com gente na maca. Eles não querem ter. E a saúde mental quer por decreto que isso venha acontecer, e isso acaba não acontecendo. Tem duas situações de hospital que são evidentes: silêncio e assepsia não correspondem a nossa necessidade de tratamento em saúde mental” (Entrevistado N).

“Eu acho que o Brasil pode perfeitamente ainda reduzir esses 36 mil leitos aí à metade. Mas tem que ampliar os leitos de hospital geral, tem que melhorar o componente de hospital geral. Hoje eu diria para você que o principal desafio que nós temos na reforma é fazer com que o hospital geral de fato, de fato, e não da boca para fora, participe do esforço do atendimento em saúde mental. Participe, participe internando pacientes graves, mas não internando como se fosse um hospital psiquiátrico, fazendo alas psiquiátricas fechadas. Porque isso não interessa, internando e fazendo atendimento como várias experiências no mundo existem com uma articulação bem feita com a rede” (Entrevistado Z – grifos nossos).

“Eu acho que é um desafio danado, mas também acho que é um leito para alguns casos e não para todos. Porque no hospital geral ou você conta com um suporte interessante de visita domiciliar, e de carro para poder sair com esse paciente para algum lugar. Ou o espaço de convivência e de circulação com esse paciente no hospital geral é mais restrito (...)”. “E acho que o hospital geral tem que ter o acompanhante. Que você tem que fazer o laço, aproveitar para ensinar para a pessoa como que é aquilo, que doença doida é essa, como que isso acontece, mas não tem marcador clínico” (Entrevistado G).

Além disso, outros equipamentos possíveis, como o CAPS III, não encontraram nesses anos espaço para viabilização no estado – o que na percepção de um entrevistado reflete a dificuldade de um enfrentamento real dos conflitos que a reforma suscita.

“Eu acho que a reforma fez conviver dois discursos, que como convivem no tempo histórico, fica parecendo que eles são possíveis de conversar, eu acho que não são. Por uma questão de paradigma, que é a existência do hospital psiquiátrico especializado, e o dispositivo aberto do tipo CAPS (...) eu acho que os CAPS III são um grande desafio não é por causa de carga horária, não é por causa de 24h não. É porque ele faz confrontar dois discursos que diluídos na distância da contemporaneidade do hospital - Rio Bonito e os CAPS. (...) por isso, que eu acho que a gente tem medo de CAPS III, porque o CAPS III convoca colocar na prática as idéias chamadas de revolucionárias” (Entrevistado G).

Na seqüência, esse gestor problematiza o funcionamento do CAPS III em outros estados, mostrando que fazer a reforma não significa apenas a

constituição de novos aparatos assistenciais, mas a efetiva transformação de práticas e saberes.

“Porque no CAPS III para torná-lo viável do ponto de vista econômico resolveram a solução econômica que ficou em cima de recursos humanos. Então o que elas fazem? Elas colocam a noite... Isso não é a lógica do hospício? À noite, fica no CAPS só auxiliar de enfermagem (...) onde foi parar o meu discurso da multidisciplinaridade, de ter um entendimento multifacetado da loucura, que ela não pode ser reduzida a sintomas, nem a ausência, nem exagero de neuraminas, mas que de noite fica só com uma auxiliar? (Entrevistado G).

Vemos, portanto, que a implantação de equipamentos específicos e substitutivos à internação em HPs ou a inclusão da assistência em saúde mental em nível de internação nos HGs mostra-se longe de uma sólida concretização. Tal fato corrobora a percepção de centralidade do HP quando relacionado a uma função de caráter preventivo, levando a identificá-lo como um mandatário da sociedade, como um guardião da ordem social e não como lugar estrito de assistência temporária.

No que tange possíveis implicações cíveis e/ou criminais para doente mental, cabe ressaltar que faz pouco tempo que o novo Código Civil⁸¹ reviu o termo ‘estigmatizante’ – utilizado para designar os que possuem um modo peculiar de existir e, por vezes, intenso mal estar e sofrimento psíquico. Entretanto, o novo código manteve a condição indistinta de ‘incapacidade absoluta’.

Para o Código Penal de 1940, no artigo 22, dada à incapacidade de entendimento do caráter criminoso de um fato, o doente mental foi isento de pena, tornando-se inimputável e irresponsável. No lugar da ‘pena’ foi estabelecida pelos artigos 76, 77 e 78 a ‘medida de segurança’ fundamentada no grau de periculosidade do acusado. Sua finalidade, em resumo, é

⁸¹ O novo Código Civil entrou em vigor em janeiro de 2003, após quase trinta anos do início dos debates, trazendo algumas mudanças para a área da psiquiatria forense. Por exemplo, o termo ‘os loucos de todo o gênero’ por ‘os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o necessário discernimento para a prática desses atos’ (www.psiqweb.med.br).

prevenção contra um estado iminente de perigo. E nesse caso cabe a reclusão por tempo indeterminado.

A lei 10.216 previu direitos aos portadores de sofrimento psíquico, considerando-os como sujeitos de direitos, porém não influenciou a condição sócio-jurídica que, segundo os códigos civil e penal, permaneceram qualificados como genericamente incapazes e presumidamente perigosos.

As condições explicitadas anteriormente acabam por exercer influências no imaginário social, ratificando práticas que se desejam superadas. Além disso, a internação involuntária é outro nó no contexto do estado, trazendo questões específicas para a regulação dos leitos.

“E uma coisa que não valia nada, que a gente tinha pilhas e mais pilhas de registro eram as internações involuntárias que era uma coisa fantástica isso. Porque a gente não conseguia, no que nos caberia, que era alguma maneira talvez interpelar a clínica e dizer sim, o que aconteceu com essas internações involuntárias e se constituíram comissão. (...) A obrigação é da direção da clínica, propor uma comissão com psiquiatra externo para 72 horas, e mais alguém da esfera judiciária. Não sei exatamente quem, fazerem uma comissão para avaliar se em 72 horas esse paciente tem direito de sair ou se ele deve ficar. Imagina! Você fazer uma junta tríplice, psiquiatra de dentro, psiquiatra de fora, e alguém da justiça para avaliar o caso desse direito dessa pessoa de sair. E em 72 dar uma solução” (Entrevistado G).

No caso da internação involuntária, ainda que exista a portaria nº 2.391/02⁸², que regulamenta o controle das internações (inclusive as internações psiquiátricas involuntárias (IPI) de acordo com a Lei 10.216/02), essa prática pode ser travestida por outros interesses e servir de forma

⁸² Esta portaria estabelece que no caso da internação psiquiátrica involuntária, o estabelecimento de internação (que pode ser privado ou público) deverá fazer a comunicação da internação ao Ministério Público através do Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, no prazo de 72 horas. No seu artigo 10, estabelece que caiba ao gestor estadual do SUS constituir uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias que fará o acompanhamento dessas internações após as 72 horas do comunicado, juntamente com o MP. E no art. 13 estabelece que caiba ao diretor clínico da instituição de internação comunicar ao gestor estadual do SUS a listagem com os nomes dos pacientes internados e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária.

escamoteada como sequestro social, pois enquanto não houver uma prática rígida de controle dessas internações, haverá o risco de elas serem perpetuadas para uso indistinto e assim alimentar a esfera privada de internações com esses pacientes.

Creemos que o trabalho cuidadoso e ético do reconhecimento de uma IPI⁸³ deveria estar na alçada do serviço de porta de entrada pública, que faria a comunicação ao MP, e no trabalho conjugado com a Central de Regulação. Dessa maneira, privilegiar-se-ia o hospital psiquiátrico público para o encaminhamento desse paciente, o qual seria resguardado da possibilidade de uma internação *ad aeternum*.

Como o campo da saúde mental é por natureza lugar de confronto, recuos, conflitos e incompletudes, cremos que deva haver sempre algo por fazer, típico da característica do que é processual, sem um final antevisto.

Dessa forma, pensamos como imagem objetivo a ‘tomada de responsabilidade’ dos HGs públicos e a implantação dos serviços tipo CAPS III como instâncias acolhedoras para esses casos de internações involuntárias devido ao fato de estas traduzirem-se em espaços de maior visibilidade, passíveis de maior controle e não estarem sob a lógica do lucro. Ressalte-se com isso o esforço por uma assistência de melhor qualidade, aliançados com princípios genuínos da reforma psiquiátrica, sobretudo em seu aspecto maior de tensão que envolve a situação dos leitos para internação.

Com isso, cremos que talvez tenhamos voltado a uma questão abordada no quarto capítulo – a relação entre os interesses privados que permeiam a condução da política na área da saúde, que deve ser estritamente pública.

Os hospitais psiquiátricos públicos deveriam, portanto, assumir provisoriamente (até a total desospitalização) a função de acolher e assistir os internos de longa institucionalização que residem em hospital psiquiátrico privado contratado pelo SUS.

⁸³ “(...) a eliminação da internação psiquiátrica é um resultado indireto de um processo social mais amplo de transformação, que libera da necessidade da internação porque transforma as necessidades sociais e as respostas institucionais (Rotelli, 2001: 53).

*“Claro, porque supõe-se, e é correto supor, que como no hospital público não existe a lógica do lucro a permanência inadequada por mais tempo que o necessário do paciente não vai se observar lá, e a capacidade de gestão é maior obviamente. Não, isso tem sentido. Agora, de qualquer maneira a tendência do modelo é ir substituindo esses hospitais especializados privados ou públicos por hospitais gerais e a rede territorial. Mas eu quero concordar com você que os **hospitais públicos poderiam ter uma protagonismo maior nesse cenário**” (...)*
*“O problema é que **os hospitais públicos teriam que de alguma maneira funcionar como uma retaguarda estratégica temporária para poder permitir essa saída do hospital privado. E de uma maneira geral nós não temos contado com o hospital público para essa função de estratégia, de retaguarda estratégica temporária**”*
(Entrevistado Z – grifos nossos).

Em linhas gerais, podemos dizer que a trajetória de desinstitucionalização no estado não prescindiu do HP, apesar das grandes ações de desinstitucionalização ocorridas e do fechamento de hospitais. Vimos que ao longo dos anos houve esforços concretos de controle do uso dos leitos e de fiscalização dos hospitais, expandindo e qualificando a rede de atenção como suporte para a demanda de cuidados para evitar a irrupção de uma crise, nos momentos de intenso sofrimento psíquico ou mesmo no acompanhamento posterior à crise. Contudo, a situação de crise, grosso modo, segue sendo tratada ou cuidada nos hospitais especializados ainda que de formato mais reduzido e mais articulado à rede.

Então, se houve consenso entre gestões, marcado pela confirmação da necessidade de internação em algum momento de vida de certos pacientes; se trabalhamos com o norte conceitual de uma reforma como processo que transcende a medidas técnico-administrativas ou de reformas hospitalares; e se existe proposta produzida por essa reforma de serviços 24 h para internação. Há que se perguntar o porquê de não haver até finais de 2009 nenhuma implantação do equipamento substitutivo à função, de lidar e cuidar do sujeito em crise, que é o CAPS III.

Ora, qual resposta à crise se deseja? Seria no equipamento que operasse de modo pontual e exclusivo à assistência ao sujeito cujo intenso

sofrimento dispensa outras formas de cuidados e necessita do acolhimento da internação?

A resposta deve se constituir ao longo do percurso, porém, hoje, é o modelo do hospital psiquiátrico que responde de alguma forma à crise e segue perpassado por outras finalidades, cuja qualidade de resposta tangencia, por exemplo, o problema da porta giratória.

Isso nos faz supor que o efetivo descentramento do HP ocorrerá na medida em que se possa oferecer e viabilizar acesso aos serviços que sejam realmente substitutivos quando em situação de crise, ou seja, substituir as internações em leitos psiquiátricos nos HPs.

Assim, a fala cautelosa de alguns gestores e a incerteza sobre o desfecho quanto à extinção do hospital psiquiátrico revelam algo longínquo que talvez permaneça como o *leitmotiv* do processo de reforma psiquiátrica.

Considerando – a partir do outro lado do telescópio.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar” (Eduardo Galeano⁸⁴).

A lente do telescópio aproxima o olhar e traz para perto de nós aquilo que nos interessa e nos oportuniza o envolvimento; quando olhamos pelo outro lado do telescópio, conforme alertado pelo personagem do filme ‘Uma janela para Lua’, descrito no início deste trabalho, reconhecemos outros movimentos e nos aproximamos daquilo que buscamos.

Ao primeiro olhar, um contexto de grande porte hospitalar faz supor a necessidade de processos de desinstitucionalização semelhantes a qualquer outro processo que tenha características próximas, todavia quando nos aproximamos e observamos as particularidades que perpassam uma construção específica, percebemos que é necessário reconhecer as diferenças e buscar entendê-las dentro da realidade em que operam.

O compasso da ação de desmonte de uma estrutura hospitalar e manicomial deve ser marcado pelo esforço de atender a particularidade de cada caso. Esse é um dos desafios do processo, que envolve políticas públicas, financiamento público, normativas, dispositivos de atenção coletivos, e, essencialmente, a clínica.

Pensamos que não se trata de propor apenas uma reforma, mas muitas – particulares e referidas a cada experiência. Assim, ainda que com diretrizes importantes, inflexíveis e únicas advindas de política nacional, as experiências de reforma serão sempre únicas nos diferentes espaços onde se processam.

Quando olhamos mais de perto a trajetória de construção da política estadual de saúde mental no estado do Rio de Janeiro, reconhecemos uma

⁸⁴ Citado por Paulo Amarante em: Saúde Mental e Atenção Psicossocial. RJ: Ed. Fiocruz (2007: 104).

história particular, de conflitos, desafios e conquistas, com uma identidade própria, porém não linear – com diferentes concepções e importantes divergências internas.

Os primeiros oito anos de construção dessa política foram marcados por uma orientação clara de desenvolvimento de um projeto de desinstitucionalização comprometido com uma resposta ética e consequente aos manejos da atenção. As diferentes intervenções e experiências de desospitalização, a criação de novos dispositivos assistenciais e todo o esforço empreendido na negociação e pactuação junto aos municípios e prestadores denota bem esse percurso. Nesse contexto, a desinstitucionalização definiu-se como responsabilidade e comprometimento da Coordenação na garantia do suporte assistencial necessário ao usuário e família, e com a clínica no centro da decisão. Ainda nessa proposta, o papel do hospital psiquiátrico definia-se à medida que este não servia ou feria o projeto de atenção (rede assistencial). Ou seja, fechavam-se leitos caso não houvesse acordo ou consenso acerca do projeto assistencial pactuado.

Os dois últimos anos de condução da política de saúde mental no estado, especialmente a partir de meados de 2008, já denota uma fronteira difusa no encaminhamento do projeto político-institucional desenvolvido até então. Algumas mudanças bastante significativas expressam esse momento: ao mesmo tempo em que uma importante resolução (Res nº 235/2008) foi criada e o estado definiu um dos indicadores para o Pacto pela Vida - a redução do volume de internação e mobilizou diversos atores na elaboração do 2º PESM, também começou a ocorrer perda do espaço político conquistado pela ASM dentro da SES. Tal cenário resultou na assunção de um nome externo à equipe para a coordenação, a 'opção' pela não aplicação do 3º PNASH, a paralisação da res. 235 e a rearticulação do setor privado.

O arrefecimento na condução do projeto político de saúde mental tal qual fora delineado no início dos anos 2000 faz supor uma fragilização do pacto assistencial definido com municípios e prestadores. Da mesma forma, parece amornar a problematização do funcionamento do HP na rede de atenção, bem como os desdobramentos pertinentes a um projeto de desinstitucionalização

que tenha como imagem objetivo a extinção do HP. No entanto, cabe ressaltar a intenção de recuperar a função do HP como potente recurso à crise.

São dois períodos político-institucionais (ver quadro C) claramente diferentes, apesar do relativo consenso dentro da ASM, no decorrer dos dez anos, quanto a necessidade de internação, bem como da inserção do hospital psiquiátrico nessa rede. No que tange o primeiro período, visava-se colocar em questão a assistência prestada nos hospitais e buscar novos compromissos para construção de soluções que prescindissem desse aparato, enfim, alternativas que evitassem a internação e retirassem o hospital como principal recurso para atenção. Significava, então, buscar reforços nos municípios para a construção de uma rede efetiva de atenção em saúde mental.

Ora, estamos falando do maior parque manicomial do país, de uma realidade concreta de interesses bastante difusos onde predomina o prestador privado de serviços. Qualquer tentativa de mudança transforma esse cenário em um campo de batalha, tanto política, institucional ou mesmo social. Nesse sentido, é explícito que o primeiro período (1999-2008) inseriu-se em um contexto favorável à atuação de uma coordenação comprometida com uma reforma, que conseguiu avançar, ainda que com restrições importantes, no desenvolvimento de um novo modelo. Também é explícito que o contexto do segundo período reproduziu uma lógica que pode favorecer o setor privado, com implicações importantes para a manutenção do projeto desenhado de constituição de uma rede de atenção substitutiva ao hospital.

Na proposta de desinstitucionalização, prevista na reforma italiana, visava-se a eliminação da internação psiquiátrica e a extinção do HP. Tal modelo deixava claro que a eliminação da internação seria resultado de amplas transformações sociais e institucionais. A eliminação da internação psiquiátrica não significava a desassistência, mas o reconhecimento da necessidade de se constituir serviços substitutivos no território (Kinoshita, 1987).

Iniciamos na construção de uma proposta de desinstitucionalização ético-consequente (primeiro período) o caminho de desenvolvimento de uma atenção pelo cuidado que poderia levar-nos talvez a um projeto de desinstitucionalização tal como operado na Itália (obviamente assumindo

nossas particularidades). Em oito anos avançamos muito e deixamos alguns lastros de mudança espalhados pelo estado, mas, ao que parece, há um grande risco de retrocesso ou estagnação; estagnação essa que já está em processo desde meados de 2008 – o que por si só já é um retrocesso.

Há um conflito presente no rumo da política de saúde mental neste estado, um conflito que nos remete à necessária reflexão acerca do papel do hospital no projeto de atenção em saúde mental, especialmente dos riscos inerentes à manutenção desse equipamento especializado no contexto de um sistema de atenção.

É preciso reconhecer o peso que o hospital psiquiátrico ainda mantém na organização do modelo assistencial no Rio de Janeiro. Seja na perspectiva de manter o hospital psiquiátrico como um recurso de internação para atender as situações de crise ou como abrigo para os pacientes institucionalizados que não têm outro destino. E enquanto o recurso do hospital persiste como alternativa possível de destino mantém-se a produção de novos pacientes institucionalizados. O que poderíamos chamar ‘os crônicos da reforma’, alimentando a manutenção desse cenário ainda desalentador de desassistência nos hospitais e a reprodução de um modelo que favorece grupos importantes de poder.

É fato que não prescindiremos do hospital psiquiátrico de um dia para outro. Também é fato que a internação é um recurso necessário em muitos casos, mas podemos e precisamos pensar em alternativas factíveis de enfrentamento do *status quo* do hospital na rede de atenção em saúde mental no RJ, de modo, inclusive, a subsidiar uma política de continuidade e sustentabilidade política, institucional, social e fundamentalmente clínica.

Assim, se entendermos que a internação deve ser por tempo determinado, pontual e bem manejado na atenção à crise e não simplesmente como fins de segregação, podemos pensar que essa função de internação poderá ser realizada em outro equipamento de 24h com possibilidade de acolhimento em leitos que não sejam os de um hospital especializado.

Se pretendermos uma assistência de múltiplos atores, no território permeado por referências sobre o contexto daquele que experimenta intenso sofrimento, essa será prestada nos diversificados serviços que atendam às distintas demandas dos usuários e não no *locus* constitutivo da psiquiatria (que segue exercendo seu poder de confisco e de saber sobre a doença) – cuja ação fragmentária não interessa ao campo multifacetado da saúde mental.

Falamos das novas possibilidades e condições de existir, negando o ‘*a priori*’ das estanques condições determinadas na tentativa de objetificação do sujeito – aderido à condição de doente, incapaz, irresponsável e presumidamente perigoso. Com isso, entendemos que a desinstitucionalização passa necessariamente pela ruptura da resposta socialmente construída para a loucura desde o nascimento do HP, e deduzimos que há uma interseção entre esses aspectos: a manutenção do HP retroalimenta o lugar social destinado ao louco pela sociedade.

Uma instigante reflexão que Pál Pelbart (1990: 135) nos convida a fazer sobre os manicômios mentais traz o reconhecimento por parte de nós acerca da intenção de construir barreiras contra a diferença, contra aquele que destoa de uma massa humana, e o que não faz sentido para a racionalidade moderna. “*A nossa razão, a forma hegemônica de racionalidade vigente é carcerária (...)*”. Segue fazendo uma distinção entre louco e loucura, sobre aquele que irá portar e encarnar tudo aquilo que não queremos e afastamos de nós mesmos, e quanto à loucura diz que,

“(...) para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (Pál Pelbart, 1990: 133).

Mas, conforme Kinoshita (1987), a eliminação da internação, (no nosso caso a extinção do HP), requer a transformação de uma sociedade através de um trabalho que incida sobre o alargamento do campo de ação e que conceba o processo de desinstitucionalização como algo sempre inconcluso, que enfrente as cristalizações do modo de pensar e agir sobre a loucura.

Defendemos uma prática que não esteja assentada na relação tutelar com seu objeto, mas em uma relação que faça caber a diferença, que a subjetividade possa aparecer e produzir novos arranjos de se conviver na sociedade.

A cada operador, técnico, técnico de referência ou (diríamos inspirados pelos ventos italianos) um ‘técnico desconstrutor’ ao qual importaria construir-se como sujeito ético, impõe-se a negação das formas de violência e de segmentação. É necessário, portanto, expandir formas de transformação, de inconformação e de invenção de vida, como bem nos diz Lavrador e Dimenstein (2005: 62-63): “*O exercício ético nos descola de um regime de tolerância já naturalizado, de servidão, descaso pelo pensar e pela crítica de nós mesmos*”. Caso contrário, permanecerá a sensação de se trabalhar em um percurso fechado – em que a sociedade demanda do HP uma dada resposta e o HP, por sua vez, responde a essas expectativas da sociedade.

A manutenção de dois modelos – o hospital psiquiátrico e os serviços territoriais – os quais entendemos como não complementares (uma vez que dizemos serviços substitutivos), talvez faça aplacar o conflito intrínseco em nós mesmos frente ao ‘desejo de manicômio’ (Machado e Lavrador, 2001), entre manter o *status quo* e o ímpeto ético pelas mudanças.

Pensamos um serviço de saúde mental que tenha o compromisso de trabalhar pela desinstitucionalização tal como a defendemos, resignificando-se, reorganizando-se a cada final de dia, pondo-se em cheque, aberto às críticas e inventando permanentemente modos de estar junto, acolher e tratar. E este não será o hospital psiquiátrico detentor do ‘a priori’, do ‘saber fazer’, da ‘verdade’ sobre o outro, que jamais se porá sob questão e, portanto, impermeável a qualquer reforma por melhor intencionada que possa parecer. É importante frisar que a assistência no hospital psiquiátrico obedece a uma lógica intrínseca que furtivamente se reinstala.

O HP não possui entre as suas funções a desinstitucionalização como via de trabalho, ou, pelo menos, não da forma como advogamos aqui.

“Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de

reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas em saúde. Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de produzir práticas em saúde. Este é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídas de singularidade” (Alverga e Dimenstein, 2005: 63).

Assim, a reforma psiquiátrica passa pelo trajeto de desinstitucionalização que escolhemos. O campo de ação desinstitucionalizante se complexifica, se adensa na medida em que haja conquistas, como a redução dos leitos psiquiátricos, do porte hospitalar, da fiscalização mais contundente junto aos hospitais que necessariamente sinaliza para outras ações cada vez mais tenazes.

Desinstitucionalizar é um campo aberto para o devir, para a complexidade e os múltiplos desdobramentos possíveis.

Desta forma, parece-nos contraditório (a contradição faz parte da trajetória) forçar o HP a se relacionar com uma rede territorial que se pretende substitutiva, quando ele próprio flerta com a solução e a resposta total para a sociedade.

Face o momento atual da política pública para a saúde mental do estado, estamos convencidos desses enfrentamentos como parte da agenda dos interesses políticos de uma gestão compromissada com o entendimento de uma reforma psiquiátrica que vá além das reformas sobejamente conhecidas ao longo dos anos e em diversos países. E, sobretudo, aliançada com uma forte proposta e conquista pela assistência pública e de qualidade no nosso estado. Sob risco de repercussões indesejáveis e retrocessos para os municípios do estado e também para a representação da política estadual frente ao cenário do país.

Referências Bibliográficas

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. In AMARANTE, P. (Coord.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau editora, 2005, p. 45-66.

ALVES, D.N.S. **Por um programa de apoio à desospitalização. O Programa de Apoio à Desospitalização (PAD) Enquanto Estratégia Nacional de Reabilitação**. In: Pitta, A. (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 27-30.

AMARANTE, P. **Asilos, alienados e alienistas**. In: AMARANTE, P. (org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998a, p. 73-83.

_____. **Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. In: FLEURY, S. (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, p. 163-186.

_____. **Loucos Pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998b.

_____. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, P. (Coord.) Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial . Rio de Janeiro: Nau editora, 2003, p. 45-65.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007, p. 37-59.

_____. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias do Cuidado**. In: ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.

AMARANTE, P.; ROTELLI, F.; **Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: BEZERRA, JR; AMARANTE, P. (orgs.). Psiquiatria sem Hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 41-55.

AROUCA, S. **Entrevista – Tragédia no depósito de velhos**. Revista Isto É: São Paulo, 12 de Junho de 1996.

ASSIS, M. **O Alienista**. São Paulo: Ed. Ática, 1991.

BARROS, D.D. **A Desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução?** In: Revista de Terapia Ocupacional. São Paulo: USP, 1 (2), 1990, p. 101-106.

_____. **Jardins de Abel – Desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Lemos/EDUSP, 1994.

BASAGLIA, F. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, F. A Instituição Negada. Ed. Graal, 1991, p. 99-133.

BIRMAN, J. **A Cidadania Treloucada**. In: BEZERRA, JR; AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria sem Hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p. 71-89.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária**. In: AMARANTE, P. (org.). *Loucos pela Vida*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998a, p. 41-72.

BOLETIM – INTEGRALIDADE EM SAÚDE. **Um pouco de história: Saúde mental já foi o “sustento” do Município de Paracambi**. Rio de Janeiro, 06 de junho de 2008. Disponível em: www.lappis.org.br/.../start.htm?inford... Último acesso em: 08/10/2010.

BORGES, C. F. **Políticas de Saúde Mental e sua Inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.

BRAGA, J. C. S.; GOES DE PAULA, S. **Saúde e Previdência – Estudos de Política Social**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006, p. 41-85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª ed. ampl. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989**. Diário do Congresso Nacional (seção I), 29 de Setembro de 1989, p. 10.696-97 – Justificação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano I, nº 2, janeiro-julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano I, nº 3, dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano II, nº 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano III, nº 5, outubro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano IV, nº 6, junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano V, nº 7, junho de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº379, de 11 de julho de 2008**. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-379.htm. Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009**. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101165-2644?q=. Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.629, de 28 de outubro de 2009**. Disponível em: www.brasilsus.com.br/.../gm/101159-2629. Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.647, de 28 de outubro de 2009**. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101166-2647. Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 426, de 3 de dezembro de 2009**. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/101603-426 . Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 404 de 19 de novembro de 2009**. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/.../101421-404?... Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 423 de 30 de novembro de 2009**. <https://www.brasilsus.com.br/legislacoes/.../101559-423.html>. Último acesso em 08/10/2010.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde –RJ. Prouni-Rio. **Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi (CSDE-P)**. Junho de 2001.

CARVALHO, A.L.; FAGUNDES, H.; FROTA, R. **Regular, supervisionar e acompanhar pacientes internados em Clínicas psiquiátricas do SUS: passos importantes para a desinstitucionalização responsável no Município do rio de Janeiro**. In: ACADEMUS – Revista Científica da Saúde, v.III, nº 4, out./dez. 2004.

CASTEL, R. **O Salvamento da Instituição Totalitária**. In: CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1978, p. 55-95.

CEBES, Comissão de Saúde Mental, 1980 a. **A Psiquiatria no Âmbito da Previdência Social**. In: Revista Saúde em Debate, 10, abr/ mai/ jun., p. 45-48.

CEBES, Comissão de Saúde Mental, 1980 a. **Condições de Assistência ao Doente Mental**. In: Revista Saúde em Debate, 10, abr/ mai/ jun., p. 49-55.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social. Problemas de Saúde Mental.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 1984, cap. 7, 13, 21, 22 e 23.

CERQUEIRA, L. **Por uma psiquiatria social – um levantamento preliminar.** Rio de Janeiro: IPUB, 1968, p. 57-60.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico.** Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

DELGADO, P. G. G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil.** In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (Org.) Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil, 7ª ed. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1987, p. 171-202.

DELGADO, P. G. G. **As Razões da Tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1992, p. 41-53.

DELGADO, P.G.G. **Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social e Direitos de Cidadania.** In: Boletim 18 de Maio - IFB. Rio de Janeiro, ano 8, nº 20, set./out./ nov. 2001a.

DELGADO, P. G. G. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica.** In: VENÂNCIO, A. T. A.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.) Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001b, p. 283-290.

DERRIDA, J. **Entrevista.** In: Filosofias – entrevistas do Le Monde. São Paulo: Ed. Ática, 1990, p. 71-82.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: LIMA, N. S.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIORUZ, 2006, p. 59-81.

FARIA, L.R. A reforma sanitária e o pensamento social brasileiro na Primeira República. In: SANTOS, L.A.C.; FARIA, L.R. A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República. Bragança Paulista, EDUSF, 2003, p. 37-48.

FLEURY TEIXEIRA, S. M. **O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira.** In: BERLINGER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. (Orgs.) Reforma Sanitária – Itália e Brasil. Hucitec -CEBES, 1988, p. 195-207.

FORTES, E. **O Labirinto no qual entrou a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no País.** In: Jornal Brasiliense de Psiquiatria. Brasília, ano III, nº 4 / março, 2006. Disponível em: www.apbr.com.br/jornais/jornal%20brasiliense%20de%20psiquiatria5.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo: Ed. Perspectiva S.A., 1991.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Ed. Graal, 2008, p. 79 -128.

GENTIL, V. **O Labirinto no qual entrou a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no País.** In: Jornal Brasiliense de Psiquiatria. Brasília, ano III, nº 4 / março, 2006.

www.apbr.com.br/jornais/jornal%20brasiliense%20de%20psiquiatria5.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva S.A., 1999.

GOMES, M.P.C.; VIVEIROS, D.S. **Programa de Implantação de Políticas Públicas Extra-hospitalares em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB/NUPPSAM – ASM/SES, 200?. Disponível em: www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/.../saude/extrahospitalares.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

_____. **Paracambi: saiba o que está acontecendo na Casa de Saúde Dr. Eiras**. Entrevista com a Assessora de Saúde Mental SES/RJ. In: Boletim 18 de Maio - IFB. Rio de Janeiro, ano 8, nº17, Nov./dez. 2000 – jan.2001, p. 6-10.

_____. **Ações da Assessoria de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro ainda estão em curso**. Entrevista. In: Bolet In – Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro, 22 de julho de 2008. Disponível em: www.lappis.org.br/cgi/.../start.htm?... Último acesso em: 08/10/2010.

GOMES, M.P.C.; GAUDÊNCIO, A.; VIANNA, L.; FONSECA, L.P.; VENTURA, M.C. **Notas sobre Serviços Residenciais Terapêuticos e processos de desinstitucionalização em uma gestão estadual**. In: Cadernos do IPUB. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ, vol. XII, nº 22, Nov./dez. 2006, p. 121-127.

HOISEL-PITTA, A.M.F. **Sobre uma política de saúde mental**. Dissertação de mestrado em medicina preventiva e saúde mental. São Paulo: USP, 1984.

KINOSHITA, R.T. **Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana**. In: Saúde Mental e Cidadania. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987, p. 67-83.

HONORATO, C.E.M. **O Trabalho político do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização: um estudo sobre integralidade e reforma psiquiátrica**. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2007, cap. 3.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V., **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas**. In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.6, nº2, p. 269-291, 2001.

LIMA, N. S.; FONSECA, C. M. O. ; HOCHMAN, G. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica**. In: LIMA, N. S.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Saúde e Democracia – história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIORUZ, 2006, p. 27-58.

MACHADO, L.D. e LAVRADOR, M.C.C. **Loucura e subjetividade**. In Machado, L.D.; Lavrador, M.C.C. e Barros, M.E.B (Orgs.). Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: ed.Casa do Psicólogo, 2001, p. 45-58.

MACHADO, R. **Uma Arqueologia da Percepção**. In: _____.Ciência e Saber – A Trajetória da Arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988, p. 57-95.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A.

(orgs.). Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006, p.

MELLO, C.G. **Análise do Plano Nacional de Saúde**. In: MELLO, C.G. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1977, p. 65-83.

MERHY, E.E. **O Conhecimento militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. 2005**. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

MOREIRA, D. **Psiquiatria – controle e repressão social**. Belo Horizonte: Ed. Vozes, 1983.

NICÁCIO, M.F. **Da instituição negada à instituição inventada**. In: LANCETTI, A. (org.). Saúdeloucura nº1. São Paulo: Hucitec; 1989, p. 91-108.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **A implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973)**. In: OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Orgs.) (Im)Previdência Social – 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986, p. 201-234.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 70**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio janeiro, maio - ago. 2004, vol.11(2), p. 241-58.

PELBART, P.P. **Manicômio mental – a outra face da clausura**. In Guattari, F.; Deleuze, G. (Orgs) Saúdeloucura nº2, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 131-147.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei da reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

PESSOTTI, I. **A loucura segundo a psiquiatria do século XIX**. In: _____. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994, p.145-170.

_____. **Pinel: um novo enfoque**. In: _____. O Século dos Manicômios. São Paulo: Editora 34, 1996, p. 67-75.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (org). Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil, 7ª ed. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1987, p. 15-73.

REVISTA ÉPOCA. **Depósito de Loucos**. 04 de Setembro de 2000. Disponível em: epoca.globo.com/edic/20000904/brasil5a.htm. Último acesso em: 08/10/2010.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P. (org.). Loucos pela Vida. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998a, p. 149-169.

SANTOS, M.T.C. **A Reforma Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 90: as tramas da política.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2007.

SARACENO, B. **O Hospital Psiquiátrico.** In: SARACENO, B. Libertando Identidades – Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá Ed., 1999, p. 61-75.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Resolução nº 1.554, de 7 de novembro de 2000.** Sem acesso.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Resolução nº 1.555, de 8 de novembro de 2000.** Sem acesso.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Resolução nº 1.566, de novembro de 2000.** Sem acesso.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Resolução nº 2.313 de 2003.** Sem acesso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.218, de 01 de novembro de 2000.** Disponível em: www.brasilsus.com.br/index.php?option=com...id... Último acesso em: 08/10/2010.

SES/Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 50 de, 14 de dezembro de 1999.** Disponível em: www.saude.rj.gov.br/cib/Delibn50.htm. Acesso em 29/07/2009.

SES/Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 50 de, 14 de dezembro de 1999.** Disponível em: www.portal.saude.rj.gov.br/docs/cib/Delib%20n54.doc. Último acesso em 08/10/2010.

SES/Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 203 de, 04 de novembro de 2005.** Disponível em: www.portal.saude.rj.gov.br/docs/cib/Delib%20n203.doc. Último acesso em 08/10/2010.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Plano Estadual de Saúde Mental.** Dezembro de 2002.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Plano Estadual de Saúde Mental.** Abril de 2007.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Consolidado dos Principais Indicadores de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro.** Outubro de 2003.

SES/SESDEC/Subsecretaria de Atenção à Saúde/SVS/ASM. **Consolidado dos Principais Indicadores de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro.** Dezembro de 2006.

SES/SESDEC/SAS/Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado/Gerência de Saúde Mental. **Consolidado dos Principais Indicadores de Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro.** Maio de 2009.

SILVA, A.G. **O Labirinto no qual entrou a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no País.** In: Jornal Brasiliense de Psiquiatria. Brasília, ano III, nº 4 /

março, 2006. Disponível em: www.apbr.com.br/jornais/jornal%20brasiliense%20de%20psiquiatria5.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

SPINOLA, E. Q. **Esclarecimento à Comissão Especial do Senado Federal (Requerimento nº 555/1996) em 30/10/1996.** Disponível em: webthes.senado.gov.br/sil/Comissoes/ESP/.../19961030RO005.rtf. Último acesso em: 08/10/2010.

_____. **O Labirinto no qual entrou a Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental no País.** In: *Jornal Brasiliense de Psiquiatria*. Brasília, ano III, nº 4 / março, 2006. Disponível em: www.apbr.com.br/jornais/jornal%20brasiliense%20de%20psiquiatria5.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

_____. **Os doentes sem fila.** Departamento de Psiquiatria da FBH. Outubro de 2009. Disponível em: www.hospitaldepsiquiatria.com.br/menu_03/.../edit_002.htm. Último acesso em: 08/10/2010.

SPINOLA, E.Q.; ROSA, P. Eiras – **Paracambi. Espaço médico social que deve ser preservado em benefício da população do Estado do Rio de Janeiro.** In: *Psiquiatria Hospitalar*, ano 2 , nº 2, outubro de 2005, p. 28-32. Disponível em: www.hospitaldepsiquiatria.com.br/.../revista_002.pdf. Último acesso em: 08/10/2010.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. **Análise de Políticas de Saúde.** In: In: ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; LOBATO, L; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 42-86.

VILAÇA MENDES, E. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: _____. *Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993, p. 19-91.

Sites:

<http://www.hmattos.kit.net/historiadacasadesaude.html>, acesso em 11/10/2008.

<http://www.portal.saude.gov.br>, acesso em 21/01/2009.

<http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/icaravana.html>, acesso em 20/02/2009.

<http://www.cce.ufsc.br/~nippil/literatura/semana.html>, último acesso em 08/10/2010.

<http://www.sna.saude.gov.br/.../Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202002.pdf>, último acesso em 08/10/2010.

<http://www.saudemental.med.br/Parac.htm>, último acesso em 08/10/2010.

<http://www.rjtv.globo.com> – Bom Dia Rio – 17/09/2009, último acesso em 08/10/2010.

<http://www.psiqweb.med.br>, último acesso em 08/10/2010.

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/699e7584c2b8d1d983256cee005890ef/...>,
último acesso em 10/10/2010.

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/...>,
último acesso em 10/10/2010.

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/36a..>,
último acesso em 28/10/2010.

Anexo 1

PROCESSO POLÍTICO E CONDUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL – HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Bloco 1 – Contextualização

- 1 - O Sr (a) foi coordenador (a) de saúde mental do estado no período de X a X, como se deu o convite para assumir a coordenação? Qual era a sua trajetória profissional prévia ao cargo? Por que acha que o seu nome foi sugerido?
- 2 - Quando assumiu a coordenação qual foi a situação que encontrou? Quais eram os principais desafios? No que tange aos hospitais psiquiátricos e, especialmente, aos leitos de pacientes institucionalizados, qual era o cenário?
- 3 - Quais eram os principais projetos que pretendia implementar enquanto estivesse na coordenação? O que conseguiu desenvolver e o que ficou para trás?

Bloco 2 – As políticas para o hospital psiquiátrico

- 1- O estado do Rio de Janeiro se configura historicamente como o 1º lugar no país, em nº comparativo, de leitos psiquiátricos. Quais ações foram implementadas durante sua gestão para fazer frente a essa realidade?
- 2- A Secretaria de Saúde definiu normativas ou instrumentos próprios voltados para a redução do nº de leitos? Quais? Qual a importância de cada uma delas?
- 3- Como avalia o papel das normativas federais na indução de políticas no estado para a reorientação de modelos assistenciais com o foco nos hospitais psiquiátricos (PNASH e PRH)?
- 4- Quais foram as experiências de redução de leitos psiquiátricos implementadas no âmbito do estado (municipal, estadual, federal)? Como se deu a relação do estado com cada experiência? E como é esta relação,

no caso do município do Rio de Janeiro que concentra o maior nº de hospitais psiquiátricos do estado? O que foi feito com os moradores dos hospitais de grande porte?

- 5- Quais foram as estratégias (distintas) utilizadas para alavancar as mudanças em cada caso?
- 6- Qual a relação com o governo federal – ministério da saúde / coordenação de saúde mental nesses casos?
- 7- Que outras secretarias e órgãos têm contribuído no processo de redução de leitos e organização da atenção nos municípios?
- 8- Qual o papel de outras áreas da Secretaria de Saúde neste processo de redução de leitos (p. ex. Vigilância Sanitária)?
- 9- De que forma o papel da gestão estadual tem contribuído para a formulação das políticas municipais de saúde mental voltadas para a redução de leitos?
- 10- O que foi feito para acompanhar as internações e controlar o uso de leitos?
- 11- Quais os mecanismos de acompanhamento das políticas municipais foram implementados pela coordenação de saúde mental no estado durante sua gestão?
- 12- Como se deu a participação do controle social na implantação das estratégias políticas voltadas para o hospital psiquiátrico durante a sua gestão?

Bloco 3 – organização da rede de atenção

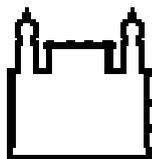
- 1- Quais foram as estratégias adotadas para a organização da rede de atenção? Havia pretensão de ser alternativa ou substitutiva?
- 2- Qual o papel do hospital psiquiátrico na organização da rede?
- 3- Qual a perspectiva do leito em saúde mental na organização da rede?
- 4- A implantação do PNASH e PRH serviu como meios na formulação de estratégias para a organização da rede?
- 5- Quais os desafios para a organização da rede integrada aos demais serviços de saúde?

- 6- Quais os desafios para integrar com outras políticas públicas?
- 7- E quais foram os desafios à expansão e qualificação dos dispositivos da rede de atenção?

Bloco 4 – conceitos de desospitalização e desinstitucionalização

- 1- Na sua avaliação o estado tem desenvolvido ações de desinstitucionalização? Dê exemplos.
- 2- Onde você reconhece a incorporação das diretrizes da reforma psiquiátrica?
- 3- Na sua percepção, o hospital psiquiátrico ainda exerce um mandato social?

Anexo 2



Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado (a) a participar da pesquisa “*Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico*”, desenvolvida por Anna Paula Aparecida de Lima Guitton como parte da dissertação de Mestrado em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ. O objetivo geral do estudo é analisar as políticas públicas para o hospital psiquiátrico no âmbito do Rio de Janeiro nos anos 2000.

A pesquisa é composta por uma série de estratégias metodológicas, como o levantamento de informações, análise documental e de base de dados, além das entrevistas. Cabe dizer que as entrevistas serão gravadas e transcritas, e que ficarão guardadas com a pesquisadora por cinco anos para posterior destruição desse material. O conjunto desses recursos é de fundamental importância para o desenvolvimento da pesquisa. Convém dizer que a análise dos resultados é de responsabilidade da pesquisadora.

As informações obtidas através das entrevistas serão analisadas junto às outras fontes de dados. Sob forma alguma os nomes dos participantes serão divulgados. E você poderá se recusar a participar da pesquisa e abandonar o procedimento em qualquer momento sem penalização ou prejuízo para quem quer que seja, ou mesmo durante a entrevista você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que, porventura, venha a lhe causar algum constrangimento. Sua participação é voluntária e não trará nenhum privilégio de caráter financeiro ou de qualquer outra natureza.

Ressaltamos que sua participação como colaborador trará imensa contribuição para a compreensão da política de saúde mental. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo, através dele, tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, em qualquer momento.

Anna Paula Aparecida de Lima Guitton – mestranda ENSP/FIOCRUZ

Contatos:

Pesquisadora responsável.

Anna Paula Aparecida de Lima Guitton
XXXXXX

Orientadora.

Tatiana Wargas de Faria Baptista
XXXXXXXXXX

Endereço:

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º andar – sala 715
Manguinhos – Rio de Janeiro – Cep: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Tel.: (0xx) 21 25982863

Endereço:

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ
Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo
Manguinhos – Rio de Janeiro – Cep: 21041-210

Declaro que entendi o objetivo desta pesquisa e as condições de minha participação e concordo em participar.

Assinatura do participante

Anexo 3

A Semana – Machado de Assis (1896).

“A fuga dos doudos do Hospício é mais grave do que pode parecer à primeira vista. Não me envergonho de confessar que aprendi algo com ela, assim como que perdi uma das escoras da minha alma. Este resto de frase é obscuro, mas eu não estou agora para emendar frases nem palavras. O que for saindo saiu, e tanto melhor se entrar na cabeça do leitor.

Ou confiança nas leis, ou confiança nos homens era convicção minha de que se podia viver tranqüilo fora do Hospício dos Alienados. No bond, na sala, na rua, onde quer que se me deparasse pessoa disposta a dizer histórias extravagantes e opiniões extraordinárias, era meu costume ouvi-la quieto. Uma ou outra vez sucedia-me arregalar os olhos, involuntariamente, e o interlocutor, supondo que era admiração, arregalava também os seus, e aumentava o desconcerto do discurso. Nunca me passou pela cabeça que fosse um demente. Todas as histórias são possíveis, todas as opiniões respeitáveis. Quando o interlocutor, para melhor incutir uma idéia ou um fato, me apertava muito o braço ou me puxava com força pela gola, longe de atribuir o gesto a simples loucura transitória acreditava que era um modo particular de orar ou expor. O mais que fazia, era persuadir-me depressa dos fatos e das opiniões, não só por ter os braços mui sensíveis, como porque não é com dous vinténs que um homem se veste neste tempo

Assim vivia e não vivia mal. A prova de que andava certo, é que não me sucedia o menor desastre salvo a perda da paciência, mas a paciência elabora-se com facilidade;—perde-se de manhã, já de noite se pode sair com dose nova. O mais corria naturalmente. Agora porém, que fugiram doudos do hospício e que outros tentaram fazê-lo (e sabe Deus se a esta hora já o terão conseguido), perdi aquela antiga confiança que me fazia ouvir tranqüilamente discursos e notícias. O que acima chamei uma das escoras da minha alma. Caiu por terra o forte apoio. Uma vez que se foge do hospício dos alienados (e não acuso por isso a administração) onde acharei método para distinguir um louco de um homem de juízo? De ora avante, quando alguém vier dizer-me as cousas mais simples do mundo, ainda que me não arranque os botões, fico incerto se é pessoa que se governa ou se apenas está num daqueles intervalos lúcidos, que permitem ligar as pontas da demência às da razão. Não posso deixar de desconfiar de todos.

A própria pessoa,—ou para dar mais claro exemplo,—o próprio leitor deve desconfiar de si. Certo que o tenho em boa conta, sei que é ilustrado, benévolo e paciente, mas depois dos sucessos desta semana, quem lhe afirma

que não saiu ontem do Hospício? A consciência de lá não haver entrado não prova nada; menos ainda a de ter vivido desde muitos anos, com sua mulher e seus filhos, como diz Lulu Sênior. É sabido que a demência dá ao enfermo a visão de um estado estranho e contrário à realidade. Que saiu esta madrugada de um baile? Mas os outros convidados, os próprios noivos que saberão de si? Podem ser seus companheiros da Praia Vermelha. Este é o meu terror. O juízo passou a ser uma probabilidade, uma eventualidade, uma hipótese.

Isto, quanto à segunda parte da minha confissão. Quanto à primeira, o que aprendi com a fuga dos infelizes do Hospício, é ainda mais grave que a outra. O cálculo, o raciocínio, a arte com que procederam os conspiradores da fuga, foram de tal ordem, que diminuiu em grande parte a vantagem de ter juízo. O ajuste foi perfeito. A manha de dar pontapés nas portas para abafar o rumor que fazia Serrão arrombando a janela do seu cubículo, é uma obra-prima; não apresenta só a combinação de ações para o fim comum, revela a consciência de que, estando ali por doudos, os guardas os deixariam bater à vontade, e a obra da fuga iria ao cabo, sem a menor suspeita. Francamente, tenho lido, ouvido e suportado cousas muito menos lúcidas.

Outro episódio interessante foi a insistência de Serrão em ser submetido ao tribunal do júri, provando assim tal amor da absolvição e conseqüente liberdade, que faz entrar em dúvida se trata de um doudo ou de um simples réu. Não repito o mais, que está no domínio público e terá produzido sensações iguais às minhas. Deixo vacilante a alma do leitor. Homens tais não parecem artífices de primeira qualidade, espíritos capazes de levar a cabo as questões mais complicadas deste mundo? (...)”.

Anexo 4

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATO DO PRESIDENTE

DELIBERAÇÃO CIB-RJ N.º 54 DE 14 DE MARÇO DE 2000.

APROVA O PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE LONGA PERMANÊNCIA – ETAPA 1.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e considerando:

- Deliberação da 3ª Reunião Ordinária da CIB-RJ, ocorrida em 13 de março de 2000.
- Análise do Relatório Técnico sobre o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública no Estado do Rio de Janeiro, elaborado pelo Grupo Técnico constituído pela Deliberação CIB nº 50, de 14 de dezembro de 1999.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o **Programa de Implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos para Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência, Etapa 1**, descrito no ANEXO I.

Art. 2º - Determinar que os recursos financeiros correspondentes à AIH tipo 5, dos pacientes que tiverem alta para encaminhamento aos Serviços Residenciais definidos nos termos da Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, 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.

Art. 3º - Aprovar a utilização dos recursos dos tetos financeiros de Internação em Hospital Psiquiátrico para custear a implantação e funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial e Oficinas Terapêuticas, definidos pela Portaria MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, segundo os limites financeiros e o cronograma de implantação e funcionamento discriminados no ANEXO II (Serviços Psiquiátricos Extra-hospitalares de Implantação e/ou Consolidação Prioritárias, até dezembro de 2000), e no ANEXO

III (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).

Art. 4º - Esta deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de março de 2000.

GILSON CANTARINO O'DWYER

Presidente

Anexo 5

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235 DE 03 DE MARÇO DE 2008

Qua, 13 de Agosto de 2008 14:03

PUBLICADA NO D.O. DE 07.03.2008

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235	DE 03 DE MARÇO DE 2008
------------------------------------	-----------------------------------

INSTITUI O PLANO ESTADUAL DE APOIO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRELADO A ESTRUTURAÇÃO DA REDE SUBSTITUTIVA DE SAÚDE MENTAL EM BASE TERRITORIAL.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO a Política Nacional de Saúde Mental com base na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a complexidade do processo de desinstitucionalização e o papel do Estado como normatizador e indutor de políticas públicas;

CONSIDERANDO o número excessivo de leitos psiquiátricos no Estado do Rio de Janeiro, na ordem de 7.220 leitos, se configurando acima da média nacional (Fonte: DATASUS/CNES - MAIO/2007);

CONSIDERANDO as Portarias nº 3.409 de 20 de agosto de 1998 e nº 251/GM de 31 de janeiro de 2002, referentes, respectivamente, ao PNASH e ao

estabelecimento de diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde - SUS;

CONSIDERANDO as Portarias GM/MS nº 52 e nº 53, de 20 de janeiro de 2004, que, respectivamente, institui o Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004 e cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004;

CONSIDERANDO a Deliberação CIB/RJ nº 54, de 14 de março de 2000;

CONSIDERANDO que o Estado nunca investiu com recurso próprio para a expansão da rede comunitária;

CONSIDERANDO as dificuldades e a necessidade de ampliar a rede substitutiva à internação psiquiátrica prolongada;

CONSIDERANDO a necessidade de garantir assistência integral aos portadores de transtornos mentais com dependência institucional;

CONSIDERANDO a necessidade de criar condições para implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para o atendimento aos portadores dos transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem suporte social e laços familiares, possibilitando sua reabilitação psicossocial e/ou sua reinserção na sociedade;

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização em Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, no prazo de quatro anos, com a meta de redução de 50% dos leitos utilizados por pacientes com mais de dois anos de internação.

Art. 2º - Estabelecer os critérios para transferência de recursos financeiros referentes ao fechamento de leitos e a conseqüente ampliação da rede substitutiva a partir da publicação desta Resolução.

Parágrafo Único - Considerando o projeto de desinstitucionalização em curso, o fechamento efetivo de leitos e o intervalo de tempo entre a vigência da Deliberação CIB nº 54/2000 e a publicação dessa Resolução, serão incluídos os pacientes que tiveram alta dos hospitais psiquiátricos a partir do dia 01/09/2006 mediante comprovação do fechamento do respectivo leito.

Art. 3º - Considerar como objeto prioritário os Hospitais Psiquiátricos que obedeçam aos seguintes critérios:

I) fechamento de leitos por desempenho insatisfatório no PNASH, ocasionando o descredenciamento dos mesmos junto ao SUS, de acordo com Portaria/SAS nº 1001 de 20 de dezembro de 2002;

II) cumprimento às Portarias GM/MS nº 52 e nº 53 de 20 de janeiro de 2004 que, respectivamente, institui o Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004 e cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004;

III) fechamento de leitos imobilizados, sendo utilizados por pacientes com mais de dois anos de internação.

Art. 4º - Considerar como Municípios alvo desse Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização, todos os Municípios que apresentarem:

I) Plano Municipal de Saúde Mental aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde do ano vigente;

II) comprovação de uma rede substitutiva instalada que possa acolher o paciente no retorno ao território ou que tenham uma proposta de expansão da rede substitutiva com apresentação de cronograma de execução;

Art. 5º - Estabelecer que os recursos financeiros para o suporte desse processo de reorientação, obedecerão ao critério definido abaixo:

Será considerado como critério o fechamento de leitos, com alteração comprovada no CNES, em consequência da alta hospitalar de pacientes com tempo de internação superior a 02 anos.

§ 1º - Determinar o remanejamento de 100% do valor médio da AIH psiquiátrica no valor de R\$ 700,00 para o Teto da Atenção Psicossocial (SIA) do Município que acolher o paciente egresso do hospital psiquiátrico com mais de dois anos de internação ininterrupta, cujo **leito for fechado**.

§ 2º - Determinar o incentivo do Estado com fontes próprias no valor de R\$ 231,00, correspondendo a 1/3 do valor médio da AIH psiquiátrica, conforme planilha com a estimativa do impacto orçamentário-financeiro, em anexo.

§ 3º - Estabelecer que o recurso financeiro, referente ao incentivo, será garantido por orçamento aprovado pela SESDEC/RJ.

§ 4º - Determinar que os recursos financeiros, correspondentes à reorientação da AIH tipo 5 e ao incentivo próprio do Estado, dos pacientes que tiverem alta para encaminhamento aos Serviços Residenciais Terapêuticos definidos nos termos da portaria MS/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, para a própria família ou para outra modalidade de moradia assistida do serviço de referência em saúde mental do Município, sejam utilizados na rede substitutiva em saúde mental do Município que acolher o paciente;

§ 5º - O Município deverá informar à ASM/SESDEC, através de relatório trimestral, o projeto terapêutico individual de cada paciente cujo leito for fechado neste processo de remanejamento.

Art. 6º - Será estabelecido um fundo específico de programação para os recursos financeiros advindos da reorientação.

Art. 7º - Determinar que a Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (ASM/SESDEC-RJ) será o setor responsável pelo monitoramento e avaliação das ações em saúde mental nos Municípios através da realização de visitas técnicas, devendo emitir **parecer técnico trimestral dos projetos terapêuticos, da rede instituída e dos projetos de expansão da rede de saúde mental e dos indicadores de internações psiquiátricas mensais dos Municípios** à Superintendência de Programação em Saúde, com vistas à efetivação da programação dos recursos financeiros aos Municípios.

I) o parecer técnico determinará se o Município está apto ou não para receber a realocação da AIH nas condições explicitadas nos parágrafos 1º e 2º do artigo 5º.

II) a programação dos recursos financeiros para um determinado Município poderá sofrer alteração, sob pena de suspensão da reorientação e/ou do incentivo, quando o parecer técnico não for favorável ao mesmo.

Art 8º - Qualquer movimentação de recursos financeiros para os Municípios deverá ser encaminhada à Câmara Técnica (CT) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para pactuação.

Art 9º - Em consonância com a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde não está prevista a abertura de novos leitos psiquiátricos no Estado do Rio de Janeiro.

Art. 10º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 03 de março de 2008

SÉRGIO CÔRTEZ

Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil

ANEXO

INCENTIVO PERMANENTE ASSOCIADO AO PROJETO TERAPÊUTICO DO PACIENTE

Mês	Leitos fechados/mês com critério para incentivo	1 ano (incentivo Fonte 00: R\$ 231,00)	Leitos fechados/mês com critério para incentivo	2 anos	Leitos fechados/mês com critério para incentivo	3 anos	Leitos fechados/mês com critério para incentivo	4 anos
1	30	6.930,00	390	90.090,00	750	173.250,00	1110	256.410,00
2	60	13.860,00	420	97.020,00	780	180.180,00	1140	263.340,00
3	90	20.790,00	450	103.950,00	810	187.110,00	1170	270.270,00
4	120	27.720,00	480	110.880,00	840	194.040,00	1200	277.200,00
5	150	34.650,00	510	117.810,00	870	200.970,00	1230	284.130,00
6	180	41.580,00	540	124.740,00	900	207.900,00	1260	291.060,00
7	210	48.510,00	570	131.670,00	930	214.830,00	1290	297.990,00
8	240	55.440,00	600	138.600,00	960	221.760,00	1320	304.920,00
9	270	62.370,00	630	145.530,00	990	228.690,00	1350	311.850,00
10	300	69.300,00	660	152.460,00	1020	235.620,00	1380	318.780,00
11	330	76.230,00	690	159.390,00	1050	242.550,00	1410	325.710,00
12	360	83.160,00	720	166.320,00	1080	249.480,00	1440	332.640,00
	Total	540.540,00		1.538.460,00		2.536.380,00		3.534.300,00

OBS: O número de leitos fechados por mês com critério para o incentivo (pacientes com mais de 2anos de internação) são 30 leitos.

REORIENTAÇÃO DE AIH

	Leitos fechados/mês	1 ano (incentivo Fonte 25: R\$ 700,00)	Leitos fechados/mês	2 anos	Leitos fechados/mês	3 anos	Leitos fechados/mês	4 anos
Mês com critério para incentivo			com critério para incentivo		com critério para incentivo		com critério para incentivo	
1	30	21.000,00	390	273.000,00	750	525.000,00	1110	777.000,00
2	60	42.000,00	420	294.000,00	780	546.000,00	1140	798.000,00
3	90	63.000,00	450	315.000,00	810	567.000,00	1170	819.000,00
4	120	84.000,00	480	336.000,00	840	588.000,00	1200	840.000,00
5	150	105.000,00	510	357.000,00	870	609.000,00	1230	861.000,00
6	180	126.000,00	540	378.000,00	900	630.000,00	1260	882.000,00
7	210	147.000,00	570	399.000,00	930	651.000,00	1290	903.000,00
8	240	168.000,00	600	420.000,00	960	672.000,00	1320	924.000,00
9	270	189.000,00	630	441.000,00	990	693.000,00	1350	945.000,00
10	300	210.000,00	660	462.000,00	1020	714.000,00	1380	966.000,00
11	330	231.000,00	690	483.000,00	1050	735.000,00	1410	987.000,00
12	360	252.000,00	720	504.000,00	1080	756.000,00	1440	1.008.000,00
Total		1.638.000,00		4.662.000,00		7.686.000,00		10.710.000,00

OBS: O número de leitos fechados por mês com critério para o incentivo (pacientes com mais de 2anos de internação) são 30 leitos.

PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 09/2008

EMENTA:

**SUSTA OS EFEITOS DA
RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235, DE
03 DE MARÇO DE 2008.**

Autor(es): Deputado PAULO RAMOS

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RESOLVE:

Art. 1º - Fica sustada a **Resolução SESDEC nº 235, de 03 de março de 2008**, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, publicada no Diário Oficial do Executivo de 07/03/2008, que "Institui o plano estadual de apoio à desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro atrelado a estruturação da Rede Substitutiva de Saúde Mental em base territorial".

Art. 2º - Este Decreto Legislativo entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 25 de março de 2008.

**DEPUTADO PAULO RAMOS
JUSTIFICATIVA**

Em plenário.

Legislação Citada

Atalho para outros documentos

Informações Básicas

Código	20080400009	Autor	PAULO RAMOS
Protocolo	13175	Mensagem	
Regime de Tramitação	Ordinária		

Entrada	25/03/2008	Despacho	25/03/2008
Publicação	26/03/2008	Republicação	

Comissões a serem distribuídas

- 01.:**Constituição e Justiça
- 02.:**Saúde
- 03.:**Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/699e7584c2b8d1d983256cee005890ef/...> 10/10/2010

TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 09/2008

PROXIMO >>		<< ANTERIOR		CONTRAIR	+ EXPANDIR	BUSCA ESPECIFICA	
Cadastro de Proposições				Data Public Autor(es)			
Projeto de Decreto Legislativo							
↳ 20080400009							
↳ ↳		* SUSTA OS EFEITOS DA RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235, DE 03 DE MARÇO DE 2008. => 20080400009 => {Constituição e Justiça Saúde Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle }				26/03/2008	Paulo Ramos
↳		_ Distribuição => 20080400009 => Comissão de Constituição e Justiça => Relator: INES PANDELO => Proposição 20080400009 => Parecer: Voto em separado - Pela Injuridicidade				28/08/2009	
↳		_ Vencido => 20080400009 => Comissão de Constituição e Justiça => Relator: DOMINGOS BRAZÃO => Proposição 20080400009 => Parecer: PELA JURIDICIDADE - com voto em separado - Pela Injuridicidade - da Deputada Inês Pandeló e concordância dos Deputados Paulo Melo e Aparecida Gama com o voto em separado				28/08/2009	
↳		_ Distribuição => 20080400009 => Comissão de Saúde => Relator: DR WILSON CABRAL => Proposição 20080400009 => Parecer: Contrário				02/12/2009	
↳		_ Distribuição => 20080400009 => Comissão de Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle => Relator: Sem Distribuição => Proposição 20080400009 => Parecer:					
PROXIMO >>		<< ANTERIOR		CONTRAIR	+ EXPANDIR	BUSCA ESPECIFICA	

[▲ TOPO](#) border=0>

Redação do VencidoTexto do Parecer**PARECER**

DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA AO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 9/2008, QUE "SUSTA OS EFEITOS DA RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235, DE 03 DE MARÇO DE 2008".

Autor: Deputado PAULO RAMOS
Relator do Vencido: Deputado DOMINGOS BRAZÃO
Relator Original: Deputada INÊS PANDELÓ
(PELA JURIDICIDADE)

I – RELATÓRIO DO VENCIDO

Trata-se de projeto de decreto legislativo, de autoria do Deputado Paulo Ramos, que susta os efeitos da Resolução SESDEC nº 235, de 3 de março de 2008.

II – PARECER DO RELATOR DO VENCIDO

A ALERJ, como órgão fiscalizador, tem total competência para fiscalizar os atos do Poder Executivo e de suas secretarias. A matéria em questão diz respeito à redução, até total extinção, dos leitos para pessoas portadoras de transtornos mentais, por ato do Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil, através da Resolução SESDEC nº 235, de 3 de março de 2008.

Louvável é a iniciativa do autor.

Diante do exposto, o meu parecer ao Projeto de Decreto Legislativo nº 9/2008 é PELA JURIDICIDADE.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça, em 18 de agosto de 2009.

(a) Deputado DOMINGOS BRAZÃO, Relator do Vencido.

III – CONCLUSÃO

A COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA, na 19ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de agosto de 2009, aprovou o parecer do Relator do Vencido, Deputado Domingos Brazão, ao Projeto de Decreto Legislativo nº 9/2008, concluindo PELA JURIDICIDADE, com voto em separado, Pela Injuridicidade, da Deputada Inês Pandeló e concordância dos Deputados Paulo Melo e Aparecida Gama com o voto em separado.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça, em 18 de agosto de 2009.

(a) Deputados: PAULO MELO (voto – Pela Injuridicidade) – Presidente, APARECIDA GAMA (voto – Pela Injuridicidade) - Vice-Presidente, DOMINGOS BRAZÃO (Relator do Vencido), INÊS PANDELÓ (Relator Original), LUIZ PAULO, RODRIGO DANTAS, membros efetivos, PAULO RAMOS, suplente.

VOTO EM SEPARADO

AO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 9/2008, QUE "SUSTA OS EFEITOS DA RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235, DE 03 DE MARÇO DE 2008".

Autor: Deputado PAULO RAMOS
Relator: Deputada INÊS PANDELÓ
(PELA INJURIDICIDADE)

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/...> 10/10/2010

I – RELATÓRIO

Trata-se de projeto, de autoria do Deputado Paulo Ramos, que susta os efeitos da Resolução SESDEC nº 235, de 3 de março de 2008.

II – PARECER DO RELATOR

O projeto em tela não apresenta justificativa para que a Resolução SESDEC nº. 235, de 3 de março de 2008, que "institui o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro Atrelado à Estruturação da Rede Substitutiva de Saúde Mental em Base Territorial", seja revogada.

Além disso, não houve exorbitância de competência, razão pela qual não há de se falar em decreto legislativo para sustar seus efeitos. Somente uma nova lei estadual poderia tratar da presente matéria de forma divergente.

Face ao exposto, meu parecer é PELA INJURIDICIDADE do Projeto de Decreto Legislativo nº 9/2008.

Sala da Comissão de Constituição e Justiça, em 25 de junho de 2009.

(a) Deputada INÊS PANDELÓ, Relator.

Informações Básicas

Código	20080400009	Protocolo	13175
Autor	PAULO RAMOS	Regime de Tramitação	Ordinária

Datas

Entrada	25/03/2008	Despacho	25/03/2008
---------	------------	----------	------------

Informações sobre a Tramitação

Data de Criação	18/08/2009	Data de Prazo	01/09/2009
-----------------	------------	---------------	------------

Comissão	Comissão de Constituição e Justiça	Objeto de Apreciação	Proposição
Nº Objeto	20080400009	Data da Distribuição	18/08/2009

Ata	T. Reunião
Publicação da Ata	

Relator	DOMINGOS BRAZÃO
---------	-----------------

Pedido de Vista

Autor	
Data da Reunião	Data da Devolução

Parecer

Tipo	PELA JURIDICIDADE - com voto em separado - Pela Injuridicidade - da Deputada Inês Pandeló e concordância dos Deputados Paulo Melo e Aparecida Gama com o voto em separado	Data da Reunião	18/08/2009
Publicação do Parecer	28/08/2009		

Ata	T. Reunião
-----	------------

Observações:Atalho para outros documentos**▲ TOPO**

Distribuição**Ementa da Proposição**

SUSTA OS EFEITOS DA RESOLUÇÃO SESDEC Nº 235, DE 03 DE MARÇO DE 2008.

Texto do Parecer**PARECER**

DA COMISSÃO DE SAÚDE AO PROJETO DE DECRETO LEGISLATIVO Nº 09/2008, QUE "SUSTA OS EFEITOS DA RESOLUÇÃO SESDEC Nº. 235, DE 03 DE MARÇO DE 2008".

Autor: Deputado PAULO RAMOS

Relator: Deputado DR. WILSON CABRAL

(CONTRÁRIO)

I – RELATÓRIO

Trata-se de Projeto de Decreto Legislativo que susta os efeitos da Resolução SESDEC nº. 235, de 03 de março de 2008. Resolução esta que institui o plano estadual de apoio à desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro atrelado a estrutura da rede substitutiva de saúde mental em base territorial.

II – PARECER DO RELATOR

A Resolução que se pretende revogar está amparada pela política nacional de saúde mental e não exorbita do poder regulamentar do Executivo, motivos pelos quais o meu parecer é CONTRÁRIO à proposição ora examinada.

Sala das Comissões, 24 de setembro de 2008.

(a) Deputado DR. WILSON CABRAL – Relator.

III – CONCLUSÃO

A COMISSÃO DE SAÚDE, na 5ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de outubro de 2009, aprovou o parecer do Relator, CONTRÁRIO ao Projeto de Decreto Legislativo nº 09/2008.

Sala das Comissões, 14 de outubro de 2009.

(a) Deputados ÁTILA NUNES, Presidente; DR. WILSON CABRAL, Vice-Presidente; AUDIR SANTANA e PAULO MELO.

Informações Básicas

Código	20080400009	Protocolo	13175
Autor	PAULO RAMOS	Regime de Tramitação	Ordinária

Datas

Entrada	25/03/2008	Despacho	25/03/2008
---------	------------	----------	------------

Informações sobre a Tramitação

Data de Criação	28/08/2009	Data de Prazo	11/09/2009
-----------------	-------------------	---------------	-------------------

Comissão	Comissão de Saúde	Objeto de Apreciação	Proposição
Nº Objeto	20080400009	Data da Distribuição	28/08/2009

--	--	--	--

<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro0711.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/36a...> 28/10/2010

[Atalho para outros documentos](#)

▲ TOPO