

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos””

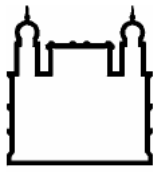
por

Vanessa Barreto Fassheber

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“O processo de reforma psiquiátrica no município de Barbacena - MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “Cidade dos Loucos””

apresentada por

Vanessa Barreto Fassheber

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Nina Isabel Soalheiro
Prof. Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas
Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 15 de dezembro de 2009.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F249 Fassheber, Vanessa Barreto

O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da "cidade dos loucos". / Vanessa Barreto Fassheber. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
95 f. il., tab., graf.

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Psiquiatria - tendências. 4. Estudos de Casos. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2098151

Dedico esta dissertação a todos os pacientes que passaram parte de suas vidas (ou talvez a vida inteira?) encarcerados em manicômios, sem receber qualquer tipo de auxílio terapêutico. Pacientes que tiveram suas vozes caladas em prol de uma sociedade livre de quaisquer sujeitos desviantes da norma padrão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao orientador e amigo Paulo Amarante, que sabiamente conduziu-me pelo difícil caminho da construção de um trabalho acadêmico. Pelo carinho, pela paciência, pela compreensão e pelos valiosos ensinamentos;

A equipe de Saúde Mental de Barbacena com quem trabalhei. Como lidei com muitos profissionais opto por não destacar os nomes, com receio de ser injusta, deixando de fora algum nome importante.

Aos colegas de Mestrado, em especial a grande companheira Mariana Rangel, por ter sido meu apoio nos momentos difíceis e a Carolina González, pela amizade incondicional;

Aos professores do curso de Mestrado da ENSP, que me forneceram sólidas bases de conhecimento acerca da Saúde Pública, tornando-me uma pesquisadora e uma profissional melhor;

Ao querido professor e amigo Carlos Eduardo Leal Vidal e a sua esposa, Leandra Vidal. Atores de grande relevância no contexto da Reforma Psiquiátrica em Barbacena. Agradeço pela acolhida, pelo carinho, pelas informações preciosas, pelas sugestões acerca deste trabalho e acima de tudo pela amizade.

Aos professores Alexandre Magno e Tatiana Wargas, por terem aceitado participar de minha banca de qualificação, e pelas valiosas sugestões para o andamento deste trabalho.

Aos meus familiares, que estiveram sempre ao meu lado e mesmo diante de tantos obstáculos não me deixaram desistir. Um sorriso, um abraço, um café numa manhã fria, uma palavra amiga. Atitudes sem as quais eu certamente não teria chegado até aqui.

Aos amigos de toda uma vida, aos amigos da faculdade, aos amigos do curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP. Aos amigos! O que seríamos sem eles?

“Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim de sua liberdade. O homem estava a mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta que não sabe o que fazer com a sua liberdade: ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente’. “Em vez de liberdade ele encontrara o vazio”, porque “junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro”, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida”.

(BASAGLIA, 2005, p. 80)

RESUMO

O presente trabalho propõe um estudo de caso acerca do processo de transformação em saúde mental do município de Barbacena-MG, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Partiu-se do estudo da criação da assistência psiquiátrica no estado mineiro, delineando os principais fatores presentes na história da psiquiatria mineira.

Para tal realizou-se a busca documental em relatórios, reportagens, projetos e demais fontes primárias. O estudo foi dividido cronologicamente em três períodos históricos distintos: o primeiro momento representou o auge do manicômio enquanto poder supremo da psiquiatria, destacando o período da constituição da assistência psiquiátrica em Barbacena até o ano de 1979, quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o município. O segundo período compreendido entre os anos de 1979 e 2000 buscou delinear as primeiras denúncias acerca do modelo vigente e das primeiras transformações assistenciais. Por fim o foco foi mantido sobre o período 2000 a 2004, quando Barbacena deu início a tentativa de construção de uma rede de serviços substitutivos.

Além da utilização da busca documental foram ainda realizadas análises bibliográficas a partir de conceitos-chave do processo de Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e “Doença Mental entre parênteses”. Os dados obtidos foram ainda complementados com o recurso do diário de campo.

A construção de uma rede de saúde mental em Barbacena é uma experiência tardia. A partir do ano 2000 diversos serviços substitutivos foram criados, como Caps, Naps e Serviços Residenciais Terapêuticos. Ao mesmo tempo ocorreu o fechamento e descredenciamento de hospitais psiquiátricos, culminando em uma significativa redução de leitos. Apesar do avanço evidenciado, a rede de saúde mental apresentou pontos vulneráveis, exigindo, portanto a criação de novos serviços e a reformulação de serviços já existentes.

ABSTRACT

The present research considers a case study about the process of transformation in mental health of the Barbacena city in the context of the Brazilian psychiatric reform. The research started with the study of the creation of the psychiatric assistance in the state of Minas Gerais, delineating the psychiatric history.

It was used documentary search in reports, news articles, projects and others primary sources. The research was divided chronologically in three periods: the first one represented the apogee of the asylum while to be able supreme of psychiatric, the period of the beginning of the psychiatric ones until the year of 1979, when Italian psychiatrist Franco Basaglia visited Barbacena. Its second moment enters the years of 1979 and 2000 the research shows the first denunciations concerning the manicomial model and of the first transformations. Finally the focus was kept on the period between 2000 and 2004, when Barbacena began the attempt of construction of a substitutive network of cares in mental health.

Beyond the use of the documentary search they had been still used bibliography analysis from keywords Psychiatric Reform, Desinstitutionalization and "Insanity between parentheses". The data still had been complemented with the resource of diary notes.

The implantation of a network in mental health in Barbacena is a delayed experience. From the year of 2000 many services substitutes had been created, as Caps, Naps and Therapeutic Home Services. At the same time was closed some hospitals culminating in a significant reduction of stream beds. Although the advance of the city network, it has presented vulnerable points. It's necessary the creation of new services and the reformularization of some existing services already.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE NOVAS PRÁTICAS E SABERES PARA A SAÚDE MENTAL.....	16
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	19
2.1 O ESTUDO DE CASO.....	22
2.2 ANÁLISE DOCUMENTAL	24
2.3 A ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA	26
2.4 O DIÁRIO DE CAMPO	32
3 OS PRIMEIROS TEMPOS EM BARBACENA ATÉ O ANO DE 1979.....	35
4. A REPERCUSSÃO DO HOSPÍCIO DE BARBACENA NA SOCIEDADE E AS PRIMEIRAS MUDANÇAS: DE 1979 A 1999.....	47
5 DE 2000 A 2004: CONSTRUINDO A NOVA REDE DE SAÚDE MENTAL.....	60
5.1 BREVES APONTAMENTOS SOBRE OS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL.....	60
5.2 A CONTINUIDADE DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO – FUNCIONAMENTO DA REDE E DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS	87
GRÁFICOS	88
TABELAS	90
TABELA 1 – REDE DE SERVIÇOS EXISTENTES ATÉ 2004	90

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Barbacena: a cidade das rosas e a cidade dos loucos

Optei por iniciar esta dissertação apresentando a forma pela qual iniciou-se meu interesse pelo campo de estudo. Mais do que explicar o que eu fui fazer em Barbacena, eu senti necessidade de explicar ao leitor como eu, então na época estudante do 7º período de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora cheguei até Barbacena.

Desde a faculdade já me interessava pela Saúde Mental. Como é sabido há muito pouco tempo as faculdades passaram a incorporar tal disciplina em suas grades curriculares e em sua grande maioria como matérias optativas. Na época da graduação não tínhamos nem esta opção. O máximo que vimos foi alguma legislação básica do SUS na disciplina “Psicologia da Saúde”. (que obviamente por questão de extensão do conteúdo e do enfoque da disciplina não incluíam as legislações em Saúde Mental)

O interesse pela área levou-me a participar da seleção de estagiários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS - de Juiz de Fora, na qual fui aprovada. Iniciei o estágio trabalhando diariamente, com carga horária de 20hs semanais, sempre no período da tarde. Trabalhava diretamente com uma colega da mesma turma, que também foi selecionada para o estágio.

Conforme o estágio foi se desenvolvendo, iniciamos por conta própria um projeto de pesquisa. Tínhamos curiosidade em saber como Juiz de Fora acolhia sua demanda em Saúde Mental possuindo somente um CAPS I e um pequeno ambulatório, isto em uma cidade de aproximadamente 500.000 habitantes

Aos poucos nosso interesse voltou-se para os manicômios. Como estariam hoje os hospitais psiquiátricos após a reforma? Estariam eles mais humanizados? Existiriam ainda os eletrochoques? As grades? As punições? Pelo menos era isso que ouvíamos e líamos: “Os hospitais estão mais humanizados”

Decidimos então escrever um projeto de pesquisa sobre a Humanização no hospício. Queríamos saber o que havia mudado, tanto no tratamento destinado aos internos, quanto em relação as condições físicas e estruturais dos estabelecimentos, e principalmente a concepção dos profissionais que ainda atuavam nos manicômios.

Estariam eles trabalhando a Reforma Psiquiátrica dentro do hospital?

Escrevemos o projeto e submetemos a apreciação da Psicóloga do CAPS de Juiz de Fora, que nos supervisionava. Queríamos sugestões de que campo poderíamos pesquisar e orientação para a efetivação da mesma. Qual hospital? Como desenvolver esta pesquisa?

Tal profissional nos apontou a precariedade da rede de Saúde Mental de Juiz de Fora e deu-nos então uma sugestão valiosa: procurar o psiquiatra que coordenava a rede de Saúde Mental de Barbacena e fazer desta cidade o campo de nossa pesquisa.

Este psiquiatra trabalhava atendendo em seu consultório particular em Juiz de Fora e ficava em Barbacena três dias da semana, conforme seu contrato com a Prefeitura. Um novo caminho se abriu: a temível cidade dos loucos? A cidade que chegou a abrigar um dos maiores manicômios da América Latina? A sensação foi a de que estávamos diante de um campo muito complexo para duas meras graduandas.

Mas encaramos o desafio. Adentramos num consultório lotado, e aguardamos o momento em que seríamos recebidas. Por fim fomos convidadas a entrar, e fomos recebidas de forma muito amistosa. Fumando seu cigarro, tal psiquiatra perguntou o que pretendíamos exatamente em Barbacena. Explicamos um pouco sobre nossa idéia de estudar a humanização nos manicômios e entregamos ao mesmo o nosso projeto por escrito.

O coordenador de Saúde Mental de Barbacena folheou rapidamente. Momentos de apreensão para nós. O que será que ele estava achando? Minutos de silêncio, que não findavam. Enfim disse: “Isto tá péssimo. Como é que vocês podem querer estudar um processo de humanização no manicômio? Isso não existe!”

O primeiro pensamento foi de que tudo estava perdido. Após acender o segundo cigarro, o médico iniciou o relato da experiência da Reforma em Barbacena. Escutávamos encantadas, como se um novo mundo se abrisse diante de nós. “Pra que estudar manicômio? Temos é que estudar a saída do manicômio, o além manicômio”, dizia o mesmo.

De repente descobrimos que uma cidade de aproximadamente 120.000 habitantes já tinha 08 lares abrigados, um Caps, um Naps Álcool e Drogas, um centro de convivência, dentre outros serviços, e uma rede bem mais complexa e estruturada que a da nossa cidade. Descobrimos que o município contava com

diversos parceiros para levar o Projeto adiante. Do Ministério Público à Igreja Católica eram muitos atores envolvidos em um projeto muito dinâmico.

Ao fim da conversa recebemos uma proposta tentadora, que mudou radicalmente o rumo de nossas vidas. O psiquiatra disse que estava apenas aguardando autorização da Prefeitura e das autoridades competentes para desativar um manicômio privado, com aproximadamente 400 internos. Recebemos então o convite para estagiar na coordenação de Saúde Mental de Barbacena. Nosso objetivo seria trabalhar a desinstitucionalização desses pacientes. Nossos olhos brilhavam. Não pensamos duas vezes e aceitamos. Despedimo-nos já combinando que na próxima semana iniciáramos o trabalho. O CAPS de Juiz de Fora perdeu naquele exato momento duas estagiárias.

Trocamos um estágio em nossa cidade, com bolsa e horário fixo por um estágio sem bolsa, em que teríamos que ficar no município de Barbacena de quinta a sábado. Trancamos matérias, reformulamos nossa grade horária na faculdade e encaramos o desafio. Talvez o maior de nossas vidas.

Íamos e voltávamos de carona com o próprio coordenador. Toda semana a mesma rotina. Saíamos quinta-feira antes de o dia clarear, carregando malas com tudo o que era necessário para se “sobreviver” numa cidade gélida. Dormíamos no quatinho de enfermagem do Sanatório Barbacena, onde se realizaria nosso trabalho. Camas? Não. Dormíamos no chão, no mesmo colchão emborrachado dos internos. O frio era intenso, o que nos obrigava a levar muitos cobertores para suportar a noite. Em uma dessas noites ocorreu-me o pensamento: “Será que todos os internos têm cobertores?”. Preferi não mais pensar no assunto naquele momento, já estava exausta.

Fomos muito bem acolhidas por toda a equipe, tanto pelos profissionais que ainda estavam no Sanatório quanto pela equipe que atuava na Coordenação de Saúde Mental. Passávamos parte do tempo no Sanatório trabalhando com os internos e parte participando de reuniões com o Coordenador, parte burocrática do trabalho.

Pagávamos pelo estágio, afinal todas as despesas eram por nossa conta. E hoje posso dizer que paguei muito barato, pensando em tudo o que vivenciei e aprendi em Barbacena.

Ao todo o estágio durou 01 ano e meio. Só saímos de lá quando nos formamos e fomos para o Rio de Janeiro fazer o Curso de Especialização em Saúde

Mental e Atenção Psicossocial, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz.

Durante este tempo tivemos a oportunidade de conhecer toda a rede de Saúde Mental do município. Conhecemos todos os serviços, adentramos as casas, conversamos com os moradores. Passamos alguns dias no CAPS, no NAPS, participamos de reuniões dos serviços, freqüentávamos o Centro de Convivência, na maioria das vezes participando das oficinas. Visitamos ainda todos os hospitais psiquiátricos particulares que ainda existiam no município. Em alguns éramos bem recebidos, em outros nem tanto. Sentíamos nesta segunda situação que representávamos uma verdadeira ameaça aos interesses da direção. Por isso nunca podíamos, neste caso em específico circular livremente pelo hospital. Todas as visitas eram “guiadas” por uma enfermeira, que para todos os nossos questionamentos já havia uma resposta padrão e bem definida. Em uma dessas situações vimos um senhor já bem debilitado usando fralda geriátrica encolhido em seu leito, em posição fetal. Ao questionarmos se não seria possível providenciar um agasalho pra ele, a enfermeira respondeu secamente, já nos conduzindo a outra ala: “É orientação médica, ele tem um problema de pele e a pele dele precisa “respirar”.

Lembro-me de uma experiência em especial que muito me marcou ainda no Sanatório Barbacena. Logo a frente do hospital havia um bar. Os internos faziam suas compras pelo muro, e o atendente vinha até o muro fazer as entregas e receber o dinheiro. Iniciei em especial com um interno, o questionamento de por que fazia várias compras pelo muro. Ele me respondeu: “Porque eu não posso sair.” Digo: “Claro que pode. Gostaria de ir lá, até o bar tomar uma coca comigo”?

O paciente tremia de medo. Medo de sair pelo portão, medo de atravessar a rua, medo de sair dos limites do sanatório, que durante tantos anos o “protegeu” do mundo lá fora. Ajudei-o a sair e a atravessar a rua. Sentamos no bar, como clientes e ele comeu sua coxinha com coca. Tomei um refrigerante também.

A partir deste dia o paciente me esperava todos os dias: “Doutora, vamos lá no buteco tomar coca-cola?”. E nós íamos. Fiquei muito satisfeita ao saber que em um dos dias que eu não estava no Sanatório ele mesmo sozinho saiu, atravessou a rua e foi até o bar fazer seu lanche. De acordo com o Coordenador de Saúde Mental do município e nosso supervisor, eu era a responsável pela fundação da “oficina de buteco”.

O tempo foi passando e cada vez mais eu aprendia na prática o que era a tal

“Reforma Psiquiátrica”. Compreendi que humanizar o manicômio não traria benefício algum aos internos, ao contrário, como sabidamente foi me dito um dia: eu tinha mesmo que pensar o “além do manicômio”.

Passei a me apoiar nas idéias de Basaglia para construir minha monografia de graduação acerca de Barbacena. Fiz um trabalho onde descrevi o passado histórico do município, e entrevistei as 08 moradoras da primeira Residência Terapêutica e busquei identificar as perdas e ganhos que as mesmas haviam obtido com a saída do hospício.

Com autorização da UFJF fui orientada por um psiquiatra, pesquisador e professor da Faculdade de Medicina de Barbacena. Este professor além de ter atuado em diversos dispositivos da rede, tinha um trabalho muito importante no sentido de documentar o momento vivido por Barbacena, e eu sentia que isso não estava sendo feito por muitas pessoas. Percebia que um grande momento histórico se apresentava e poucos escreviam sobre ele. Tratava-se de um ator chave no processo, que possuía grande conhecimento da história manicomial de Barbacena e também da luta pela Reforma que estava se implantando. Trabalhamos juntos e formei com nota máxima na disciplina em que deveria ser avaliada pelo trabalho final de conclusão de curso.

Após a formatura e a mudança para o Rio de Janeiro, comecei a trabalhar em um projeto de pesquisa mais profundo, ainda mantendo meu foco em Barbacena. No curso de especialização, escrevi um projeto onde não mais objetivava saber somente o que os internos ganhavam ou perdiam ao sair do hospício. Meu novo objetivo era mais amplo: eu queria saber e questionar o processo de Reforma Psiquiátrica que vinha ocorrendo no município. Processo este muito recente, que teve início com a inauguração do CAPS no ano de 2002, se formos pensar na construção de uma rede substitutiva ao manicômio.

Com este projeto ingressei no Mestrado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Por ter mudado de cidade e por questões técnicas, eu e meu orientador optamos por fazer um estudo de caso. Um estudo de caso que se propusesse a analisar o processo de Reforma Psiquiátrica do município de Barbacena.

No meio do Mestrado fui chamada para o concurso público da Prefeitura de Belo Horizonte. Mudei-me então novamente de cidade. Estando em Belo Horizonte, fiz várias novas visitas ao município de Barbacena, em especial ao meu antigo

orientador da graduação, e a sua esposa, coordenadora do projeto das Residências Terapêuticas. Voltei novamente ao famoso “Museu da Loucura”, implantando em 1996 em uma antiga ala do famoso manicômio de Barbacena, hoje conhecido como CHPB–Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, sob gestão da rede estadual, a FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Embora meu objetivo estivesse concentrado no período de 2000 a 2004, as novas visitas me permitiram perceber novos ângulos e peculiaridades de tudo aquilo que eu já havia visto. Porém na época eu estava ainda aprendendo, e hoje como profissional que atua na ponta de um serviço substitutivo pude enriquecer e muito meu diário de campo, com novas idéias e novos olhares.

Hoje trabalho como técnica de Saúde Mental no CERSAM-Leste, em Belo Horizonte. Trata-se de um serviço semelhante a um CAPS, porém com suas particularidades, que não cabe discutir aqui neste espaço. Trabalho também num Centro de Referência e Treinamento em Doenças Infecto Parasitárias, onde o público atendido é em sua maioria portadores do vírus HIV.

Mesmo com o término da minha experiência em Barbacena, julguei relevante levar adiante este estudo. Permanece para mim a questão: Como é fazer um processo de Reforma num município com uma cultura manicomial tão arraigada? Como estava se desenvolvendo esse processo? Até aonde chegamos? Como presenciei somente o período até o ano de 2004, optamos por levar este estudo até tal data. E proponho-me a tentar responder as questões acima colocadas ao longo deste trabalho.

Nesta dissertação assumo como principal questão a análise do processo de assistência psiquiátrica do município de Barbacena, desde a instalação do modelo tradicional até o início do processo de Reforma Psiquiátrica bem como seus impasses. O foco se manteve no período 2000-2004, onde foi construída uma rede de Saúde Mental no município. Para tal foi utilizado como metodologia o Estudo de Caso. Adotaram-se as técnicas de Análise Documental, Análise Bibliográfica e a utilização do Diário de Campo. Espero assim de algum modo contribuir para analisar a história de um rico processo ainda em curso, e que por isso mesmo carecerá de novos pesquisadores que possam dar continuidade ao estudo e ao registro de um processo tão dinâmico.

1 INTRODUÇÃO

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE NOVAS PRÁTICAS E SABERES PARA A SAÚDE MENTAL

A história da loucura foi tradicionalmente marcada por diversas rupturas. Michel Foucault (1978) trouxe a descontinuidade da loucura em sua obra “A História da Loucura na Idade Clássica”. A loucura seria apropriada como especialidade médica, instituindo assim a primeira ruptura do antigo modelo de assistência aos alienados. Na transição de modelos sociais, tornou-se necessário medicalizar e conter a loucura. “A loucura, sobretudo, quando está associada à indigência (e cada vez mais é o que ocorre) coloca problemas de ordem pública, cuja repressão deve ser reorganizada de modo homogêneo a nível nacional” (CASTEL, 1978, p. 50).

Daí a necessidade de banir do espaço social todos aqueles que de alguma forma poderiam trazer problemas para a tal ordem pública. Reclusos em instituições que não tinham quaisquer objetivos terapêuticos, esses indivíduos carregavam o estigma de loucos, perdendo sua identidade e o direito à cidadania. Neste contexto, a mudança do modelo assistencial psiquiátrico, a chamada Reforma Psiquiátrica, emergiu como tentativa de dar uma outra resposta social ao problema da loucura, propondo novas práticas que visavam a transformação do modelo da estrutura manicomial e da concepção da doença mental.

Esta transformação iniciou-se sobretudo no período do pós-guerra em países como França, EUA, Inglaterra e Itália, onde novos dispositivos de assistência em Saúde Mental foram criados. Essas experiências proporcionaram a mudança do lugar destinado à assistência do hospital para o território, reestruturando os serviços de saúde mental por regiões da cidade. A psiquiatria democrática italiana promoveu uma ruptura no paradigma psiquiátrico, o que não se reduziu à transformação do hospital nem à criação de serviços territoriais.

A experiência italiana foi a grande influenciadora do modelo da reforma psiquiátrica brasileiro, com as primeiras mudanças se iniciando na década de 80 e se concretizando no final dos anos 90. O hospital, lugar tradicionalmente destinado à loucura, perdeu sua supremacia em detrimento dos novos serviços substitutivos.

Um dos fatores que contribuiu para a instituição da reforma em nosso país foi

a constituição do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, ao final da década de 70. Questionou-se tanto o subsistema nacional de Saúde Mental quanto as práticas e saberes clássicos das instituições psiquiátricas. A partir dos anos 80 eclodiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que passou a adotar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste momento, toda a sociedade brasileira foi convocada a refletir sobre os novos rumos da atenção em Saúde Mental.

A cidade de Barbacena tem grande importância no cenário descrito. Tradicionalmente foi responsável pela demanda psiquiátrica de Minas Gerais, constituindo-se em uma referência do modelo manicomial. Após denúncias a respeito da falência terapêutica e estrutural paralelo ao processo de Reforma Psiquiátrica, Barbacena passou por uma série de mudanças que culminaram em uma reestruturação do seu sistema de Saúde Mental através da criação de uma rede de serviços substitutivos de cunho territorial.

O presente trabalho propõe uma reflexão acerca do processo de transformação em saúde mental do município de Barbacena, Minas Gerais. Partiu-se do estudo da criação da assistência psiquiátrica no estado mineiro, delineando os principais fatores presentes na história da psiquiatria mineira.

Posteriormente buscou-se traçar a história da criação do Hospital Colônia de Barbacena, marco que viria a definir o município como a referencial manicomial do estado. A partir de então Barbacena iniciou um processo de crescimento no número de leitos psiquiátricos em seu território, inicialmente públicos, e em momento posterior incrementados pela iniciativa privada.

O Hospital Colônia cresceu de forma desordenada, e sua falência enquanto recurso terapêutico ficou clara. Emergiram então diversas denúncias, tanto por parte de funcionários, como da sociedade de um modo geral. Tais denúncias atingiram seu ápice no ano de 1979, quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou Barbacena e comparou o famoso Hospital Colônia a um campo de concentração nazista.

Diversos setores se mobilizaram no intuito de denunciar e mostrar para a sociedade o que efetivamente ocorria no interior do hospício, que padecia com a falta de condições dignas para tratamento.

Tal movimentação propiciou um conjunto de reformas que visavam uma certa reestruturação do hospital, no sentido de humanizá-lo.

Somente a partir de 2000 Barbacena sofreu mudanças mais radicais no que

tangia a Reforma Psiquiátrica em seu território. Iniciaram-se medidas de desospitalização com fechamento de um hospital privado – Sanatório Barbacena- e a criação de um centro de atenção psicossocial, além da implantação de residências terapêuticas.

Para a realização da análise do processo ocorrido em Barbacena, foi realizada a busca de informações documentais, tais como relatórios, reportagens, projetos e demais fontes primárias que permitiram a compreensão do momento vivido pelo município. A presente dissertação foi dividida em três partes principais:

A primeira constitui-se no estudo dos “primeiros tempos” em Barbacena, quando o manicômio ainda era o poder supremo da Psiquiatria. Neste momento, Barbacena ainda era referencia manicomial para todo o estado e também para outros municípios não-mineiros. Era neste período que existia o famoso “trem-de-doido”- que levava os insanos ao Hospital. A estação final do trem ficava aos pés do Morro da Caveira, localização do Hospital Colônia de Barbacena. Todos que para lá eram enviados dificilmente saíam dali. Até 1979 a situação pouco mudou, e esta primeira parte compreendeu o estudo até o referido ano.

Na segunda parte o foco foi mantido no período 1979 a 2000. Reportagens e filmes denunciaram a situação insustentável ao qual estavam submetidos os internos. As denúncias ganharam força após a visita de Franco Basaglia a Barbacena, no ano de 1979. Este período foi caracterizado por um certo rearranjo, com algumas mudanças já na tentativa de “humanizar”o manicômio.

A Terceira parte compreende o estudo da Reforma Psiquiátrica de Barbacena do ano de 2000 aos dias atuais. A partir deste momento evidenciou-se a criação de uma rede de Saúde Mental, com serviços substitutivos e uma maior organização no sentido de evitar novas internações. É um período de grandes transformações, tanto no aspecto cultural, social, jurídico, clínico e especialmente no campo da construção de novos saberes.

Por fim, nas Considerações Finais tentou-se então lançar um olhar crítico a todo o processo ocorrido em Barbacena. Trata-se de um município que em poucas décadas transformou-se de referencia manicomial para referencia em reestruturação em saúde mental. Tentar entender este processo é um caminho importante para pensar no que já vem sendo ou já foi realizado e ainda rever e propor novas e possíveis práticas e saberes.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem como foco um município conhecido por anos como a “cidade dos loucos” que vem há alguns anos construindo sua rede substitutiva de Saúde Mental: Barbacena-MG. Dada a natureza do objeto, propomos a análise do processo de Reforma Psiquiátrica deste município, analisando as políticas públicas de saúde mental adotadas, bem como o planejamento e a montagem efetiva da rede.

Partiu-se então para uma pesquisa de base qualitativa, recorrendo a alguns autores para obter base para a pesquisa. Foi utilizado o Estudo de Caso, sendo adotadas as seguintes técnicas: Análise Bibliográfica, Análise Documental e Diário de Campo. Chegamos a resultados que podem contribuir para outras experiências em curso e até mesmo ao próprio município, no sentido de pensar e repensar suas práticas e construções.

Para Minayo (1996, p. 16) a metodologia é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. A autora acrescenta ainda que a metodologia engloba as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Minayo aponta (1999) ainda uma tendência contemporânea para a valorização daquilo que é vivido, de base qualitativa, das ciências que se ocupam dos significados, das motivações, dos valores. Ao invés de reconhecer na subjetividade uma questão problemática para a construção científica, seria preciso introduzi-la no interior da análise, considerando que nas ciências sociais o objeto é também sujeito e a produção científica é sempre uma criação que carrega a marca de seu autor.

A autora destaca ainda que a delimitação do objeto carece de diversas aproximações e que este será sempre uma questão vinculada a uma série de descobertas e indagações anteriores (MINAYO, 1999). Outro autor que podemos considerar ao pensar tal questão é Becker (1993), que virá a corroborar um “modelo artesanal de ciência”, em que o pesquisador deveria sentir-se livre para criar os métodos de realização da sua pesquisa, e onde a metodologia diz respeito essencialmente à organização das formas de relação entre o pesquisador e as pessoas e grupos a serem estudados (BECKER, 1993). Este mesmo autor reafirma

que um bom trabalho não se avalia pelo uso de um método em particular, mas sim pelo fato de o método adotado apresentar imaginação e permitir que se perceba um bom problema e se encontre uma boa maneira de estudá-lo.

O que uma pesquisa qualitativa oferece, portanto, é uma interpretação que se assume como tal, não se candidata como “a verdade”, mas como uma “versão científica” da realidade (GEERTZ, 1989). A importância da análise consistiria em dialogar as interpretações dos sujeitos com base na situação social em que se inserem ou nas quais são influenciadas

Tanto Becker (1996) quanto Minayo (2002) reafirmam que um bom trabalho não se define pelo uso deste ou daquele método em particular, mas sim pelo fato de o método adotado apresentar imaginação e permitir que se perceba um bom problema e se encontre uma boa maneira de estudá-lo. Nada substitui a intuição científica do pesquisador para detectar os problemas importantes para o momento sócio-histórico em que vive e as boas hipóteses que dêem sentido explicativo a esses problemas

Contudo, é significativo considerar as dificuldades de uma pesquisa qualitativa. Uma delas é a impossibilidade de replicar os resultados, o que se encontra totalmente ligado à natureza de seu objeto e de suas premissas metodológicas.

Entretanto, retomando novamente Minayo (1999) observou-se que uma vez que trabalham com a inserção direta e contínua do pesquisador no cotidiano de grupos e instituições, a abordagem qualitativa de pesquisa permite uma fidedignidade maior de seus constructos à realidade empírica e à experiência dos sujeitos pesquisados.

Estudar um processo dinâmico, em curso, uma experiência que não estava acabada: este se constituiu no cenário que tínhamos em mãos. Pensando, portanto numa pesquisa de base qualitativa, partimos para um estudo crítico sobre o processo de transformação da assistência em Saúde Mental do município de Barbacena, com enfoque para o período que teve início no ano 2000.

Retomando o método adotado, realizou-se uma pesquisa de revisão bibliográfica específica em base de dados, onde foram coletados dados em documentos oficiais do município, textos especializados, artigos já publicados sobre a reforma no município, dissertações de Mestrado, Teses de Doutorado e artigos veiculados na imprensa.

A pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas deu-se considerando artigos em língua portuguesa, dada a especificidade do tema. Os principais termos de busca utilizados foram: Barbacena, Hospital Colônia e Reforma Psiquiátrica em Barbacena.

Para a pesquisa Bibliográfica dos termos Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica e Doença Mental, optou-se por realizar a busca somente em livros e artigos já publicados, uma vez que se trata de temas recorrentes na área com autores já consagrados que trabalham com os mesmos.

Em relação a trabalhos acadêmicos já realizados sobre Barbacena e seu histórico manicomial, localizaram-se três Dissertações e uma Tese, que forneceram significativas informações sobre o período do hospital colônia.

A primeira delas foi a dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Ciências Políticas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, de autoria de Maristela Duarte, intitulada “Ares e Luzes para mentes obscuras: O Hospital Colônia de Barbacena 1922-1946”, defendida no ano de 1996. A autora reconstruiu a história do famoso manicômio utilizando entrevistas com funcionários e ex-funcionários, bem como analisando documentos do próprio hospício. Seu estudo aponta dados drásticos sobre as condições a que estavam submetidos os internos do hospício.

Foi ainda trabalhada a Tese de Doutorado da mesma autora, defendida na Universidade Federal Fluminense, em 2009. Intitulada “De ‘Ares e Luzes’ a ‘Inferno Humano’. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso”. Apresentado ao Programa de Pós- Graduação em História, a autora deu continuidade ao trabalho já desenvolvido no Mestrado, ampliando sua análise histórica sobre o Hospital Colônia.

Outra dissertação importante que norteou também este trabalho foi a de Mary Cristina Barros e Silva, intitulada “Repensando os Porões da Loucura. Um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena”, apresentada ao Mestrado em História no ano de 2005, também na UFMG. Esta autora fez um estudo histórico, utilizando documentação do hospital e tecendo em ordem cronológica a situação da instituição, inclusive ilustrando seu estudo com fotografias da época.

Por fim encontramos ainda a dissertação de Mestrado de Rosane Resgalla, intitulada: “A Travessia do Hospício para a Residência Terapêutica: A conquista de um porto seguro?”, apresentada em 2004 ao Mestrado de Enfermagem da UFMG. Este trabalho forneceu-me subsídios em especial no que tange ao dispositivo

Residência Terapêutica, uma vez que a autora focou na experiência de tais serviços.

Recorreu-se ainda a busca de alguns poucos livros já publicados sobre o tema, reportagens de diversas épocas e documentos oficiais do município. Deste modo, tornou-se possível proceder a uma análise do processo ocorrido em Barbacena, que permitiram a compreensão do momento vivido pelo município.

2.1 O ESTUDO DE CASO

Trata-se, portanto, de um Estudo de Caso, onde a Reforma Psiquiátrica no município constitui-se no objeto de pesquisa. De acordo com Yin (2002) o estudo de caso poderá ser: exploratório; descritivo ou explanatório (causal), sendo mais freqüente os estudos de caso com propósitos exploratório e descritivo.

A estratégia de pesquisa depende do tipo de questão da pesquisa; grau de controle que o investigador tem sobre os eventos; ou o foco temporal (eventos contemporâneos X fenômenos históricos).

O Estudo de Caso é preferido quando: o tipo de questão de pesquisa é da forma “como” e por quê?; quando o controle que o investigador tem sobre os eventos é muito reduzido; ou quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos dentro do contexto de vida real. Considerou-se tal perspectiva a mais adequada diante da realidade e do material que tínhamos em mãos para trabalhar.

Ainda de acordo com Yin (2002) existem alguns pontos questionáveis nos estudos de caso. A falta de rigor, a influência do investigador, a dificuldade de generalização e o tempo demandado para concluir o estudo são alguns pontos negativos. Entretanto julgamos ser este o método mais apropriado para estudar uma realidade tão única e peculiar como a de Barbacena, cidade que até hoje é lembrada como “cidade dos loucos”

Neste estudo de caso propusemos a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real; Daí a preferência pelo uso de tal técnica. Por se abordar um processo ainda em curso, cabe dar a ele um foco mais restrito. Ainda recorrendo a Yin (2002, p. 104), podemos pensar nas aplicações dos estudos de casos. São elas:

Explicar ligações causais em intervenções ou situações da vida real que são complexas demais para tratamento através de estratégias experimentais ou de levantamento de dados; Descrever um contexto de vida real no qual uma intervenção ocorreu; Avaliar uma intervenção em curso e modificá-la com base em um Estudo de Caso ilustrativo; Explorar aquelas situações nas quais a intervenção não tem clareza no conjunto de resultados.

O Estudo de Caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa que vem conquistando crescente aceitação nas diversas áreas em que se aplica. É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. É uma investigação que se assume como particularística, debruçando-se sobre uma situação específica, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico.

Evidencia-se como um tipo de pesquisa que tem sempre um forte cunho descritivo. O pesquisador não pretende intervir sobre a situação, mas dá-la a conhecer tal como ela lhe surge. Pode utilizar vários instrumentos e estratégias. Entretanto, um estudo de caso não precisa ser meramente descritivo. Pode ter um profundo alcance analítico, pode interrogar a situação. Pode confrontar a situação com outras já conhecidas e com as teorias existentes. Pode ajudar a gerar novas teorias e novas questões para futura investigação. As características ou princípios associados ao estudo de caso se superpõem às características gerais da pesquisa qualitativa.

Em suma pode-se conceber que os estudos de caso tentam representar os diferentes pontos de vista presentes em uma situação social: a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a verdadeira. Assim, o pesquisador procura trazer essas diferentes visões e opiniões a respeito da situação em questão e colocar também a sua posição. Os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa, ou seja, os resultados de um estudo de caso podem ser conhecidos por diversas maneiras: a escrita, a comunicação oral, registros em vídeo, fotografias, desenhos, slides, discussões, etc. Os relatos escritos apresentam, em geral, um estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de linguagem, citações, exemplos e descrições.

A preocupação então seria como coletar da forma mais fidedigna possível os dados para compor minha dissertação. Para tal apoiei-me em Pope & Mays (2005), que reforçam a importância de se escolher um método de coleta adequado, no intuito de minimizar a má-interpretação dos resultados e assim comprometer todo o estudo. Deste modo tornar-se-ia possível assegurar que os critérios da pesquisa tivessem confiabilidade e validade. Como vantagem do Estudo de Caso os autores ressaltam que: “Um aspecto diferenciador, mas não singular, da pesquisa por estudo de caso é o uso de múltiplos métodos e fontes de evidências para estabelecer a validade do constructo” (POPE; MAYS, 2005, p. 66).

A abordagem de Estudo de Caso, portanto, pode ser vista como um meio importante de combinar de forma sistemática dados e métodos, no intuito de validar achados. Obviamente o propósito da construção do estudo é maximizar a confiança nos achados, mas a interpretação necessariamente envolverá um certo julgamento de valores e daí o perigo do viés. Justamente por isso torna-se tão importante a análise documental, que nos fornece dados já selecionados e estudados por outro pesquisador / autor.

2.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Definida a abordagem qualitativa de metodologia e o estudo de caso como método a ser adotado, dada a natureza do objeto, partiu-se para a escolha da forma como os dados seriam coletados. Por se tratar de um processo histórico bem definido, adotou-se a análise documental e bibliográfica como técnicas de coleta de dados para o estudo. Foi necessário partir para a análise de documentos históricos, já que tínhamos como propósito nesta pesquisa reconstruir os tempos áureos do manicômio de Barbacena, fechando no ano de 2004, de modo que fosse possível proceder a uma análise do processo de Reforma Psiquiátrica que vem se desenvolvendo no município.

A análise documental é uma técnica de coleta pouco utilizada na pesquisa qualitativa. Porém não deixa de fornecer informações significativas para o trabalho. Pode ser aliada a outras técnicas de coleta, de forma a complementá-las ou a evidenciar fatos ainda não surgidos na pesquisa. No caso desta pesquisa foi aliada

ao diário de campo, que será explicitado mais adiante. Spink (1997, p. 124) destaca a importância da análise documental, que não deixaria a desejar em relação, por exemplo, a um dado coletado através da fala do sujeito:

[...] um recorte de jornal, uma fotografia de uma cena de rua ou o diário oficial de um governo são tão representativos (no sentido de estar presente) quanto uma entrevista ou discussão em grupo. Nenhum é mais representativo do que o outro, todos – por existirem num determinado momento – têm uma presença, tornando redundante a própria noção de representatividade.

Ainda de acordo com Spink (1997), os documentos de domínio público são, portanto, produtos sociais que se tornam públicos. Passam a ficar expostos para análise por fazerem parte do espaço público, por terem sido adotados como públicos por um meio que permite a responsabilização. São capazes de refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia ou, no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal. Daí sua relevância para a pesquisa:

Os grandes jornais diários tendem a guardar suas edições durante anos, o que permite aos pesquisadores voltarem a eles de forma mais ordenada, buscando compreender as entrelinhas dos movimentos políticos, econômicos e sociais sutis, e às vezes não tão sutis, alterações nas práticas discursivas. Tempo, aqui, não precisa ser medido em anos ou partes de um século; às vezes, seguir o cronômetro interno das ações (seus horizontes próprios) pode ser uma fonte de questões e reflexões (SPINK, 1997, p. 139).

Ou seja, pesquisar em jornais, ou outro tipo de mídia estabelecida, prevê que haja um reconhecimento prévio das regras a partir das quais os textos são gerados. Requer também a disposição de ler e dar ordem e sentido ao que foi lido. O mais importante numa pesquisa é que o pesquisador tenha a capacidade de ampliar o olhar para ver o texto mais amplo dentro do qual o texto específico está sendo produzido.

Minayo (2002) aponta que o pesquisador que se propõe a analisar documentos sejam eles do passado ou atuais precisa, para compreendê-los, manter uma postura de extremo respeito pelo material que tem em mãos, supondo que por maior falta de objetividade que eles apresentem em uma primeira impressão, tais materiais, sempre apresentarão uma base de racionalidade e de sentido. Portanto

torna-se dever do pesquisador levar com o máximo de seriedade o documento com o qual trabalha.

Desta forma o pesquisador só estaria apto a analisar a fundo, com finalidade de extrair conteúdo significativo de qualquer material documental se trabalhar em uma direção de fazer presente, na interpretação as razões do autor. O “discurso” escrito sempre expressará de algum modo um saber compartilhado com outros e demarcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura.

De acordo com VÍctora et. al. (2000, p. 72), “são objeto de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias) e públicos (livros, jornais, revistas, discursos)”.

Uma das principais vantagens da pesquisa documental é o meio como se elabora o seu conteúdo, e o fato do mesmo estar sempre disponível para a análise. A coleta do material de interesse, através da fonte documental, é mais rápida, garantindo-se, portanto, maior controle e domínio por parte do pesquisador.

É relevante pensar que a historicidade não se deu pronta ao homem. Vaz (1997) destaca que houve todo um processo, em que, primeiro, as ‘coisas’ se dotassem de historicidade, que o homem se encontrasse como um ser dotado de uma história e que nesta, de alguma forma, lhe dita o que pode ser, pensar e fazer. Somente se afastando dos fatos, o homem pôde enfim perceber e documentar sua própria história, situando-se no tempo

Como o material coletado foi muito extenso, incluindo livros, artigos de jornais e revistas, leis, regulamentos e relatórios de gestão, tornou-se necessário classificar os documentos com critérios pré-definidos. Daí a divisão desta pesquisa em períodos históricos cronologicamente bem demarcados.

2.3 A ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

Para a realização da pesquisa bibliográfica, partiu-se de alguns conceitos-chave considerados cruciais para quem se propõe a estudar um processo de Reforma Psiquiátrica. Esses conceitos possibilitaram analisar os dados coletados a partir de uma base teórica consistente, guiando a análise dos dados principais coletados nessa pesquisa, tanto aqueles coletados em diário de campo, quantos

aqueles coletados através de livros, artigos, jornais etc.

Os conceitos eleitos foram divididos em duas categorias: uma mais geral e uma mais específica. Para a categoria mais geral partiu-se para a busca em livros e artigos já publicados sobre Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização e Doença Mental entre Parênteses. Na pesquisa mais específica pesquisou-se Barbacena, Hospital Colônia e Reforma Psiquiátrica em Barbacena.

O primeiro conceito-chave trabalhado é o de **Reforma Psiquiátrica**. Sabemos que no Brasil o Movimento da Reforma Sanitária foi sendo construído em paralelo com Movimento da Reforma Psiquiátrica. Este, de acordo com Amarante (2007), prevê uma radicalização dos princípios da Reforma Sanitária, de inclusão, solidariedade e cidadania. Amarante (2007) destaca quatro campos fundamentais desse processo: o primeiro deles seria o Campo teórico-conceitual, que engloba desconstrução, reconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade).

Tem-se ainda o Campo técnico-assistencial, que a partir de e simultaneamente à construção dos conceitos acima (como, por exemplo, da transformação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social, acolhimento, cuidados, emancipação, autonomia, possibilidade de exercitar a diferença etc.), a construção de uma rede de novos serviços, mas não apenas serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional.

Mais dois campos fariam ainda do processo social complexo que constitui a Reforma. Um deles é o Campo jurídico-político, que abrange a revisão das legislações sanitária, civil e penal no que diz respeito aos conceitos de “doença mental”, “psicopatia” e “loucos de todo o gênero”, e construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e ingresso social.

Finalizando os campos definidos por Amarante (2007) contamos ainda com o campo sociocultural, que emerge como consequência, e também simultaneamente, de todas as demais ações listadas anteriormente, através de investimentos nos campos epistemológico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político, e a partir de ações específicas no campo sociocultural, busca-se transformação do imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade e assim por diante.

Desta forma, entende-se, nesta análise, que a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma reformulação de um modelo, ou rearranjo de algo já preexistente. Considera-se aqui a Reforma enquanto ruptura de um paradigma. Entende-se a reforma não apenas como desconstrução do modelo assistencial. Amarante (2007, p. 63) deixa claro a amplitude do processo:

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos novas situações pressupõem que existam novos atores sociais, com novos – e certamente conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, de pertencimento de classe social [...] Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Uma boa definição para Reforma Psiquiátrica pode ser visualizada no livro fruto do Seminário Comemorativo dos 25 anos do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da ENSP – FIOCRUZ, ocorrido em 2007.

A Reforma Psiquiátrica [...] é um processo contra-hegemônico, ou seja, um processo que caminha no sentido oposto ao da dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos, políticos, sociais ou científicos. Por isso é necessário construir reflexões que questionem os dispositivos e as estratégias de dominação, produzindo assim outros valores e subjetividades, outras visões de mundo [...]. Por isso nosso investimento no surgimento de outros agentes sociais: os usuários, os familiares, os trabalhadores não reduzidos a técnicos, mas sujeitos. Dito de outra forma, a importância do surgimento de sujeitos coletivos conscientes e ativos, que resistam a processos de anulação de suas identidades. (AMARANTE, 2007, p. 75).

Outro conceito chave importante e que serviu de base para a pesquisa realizada é o de **desinstitucionalização**. É notável a influência da experiência de desinstitucionalização italiana na Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com Bezerra e Amarante (1992, p. 48), a corrente basagliana “tem sido a mais importante para aqueles que se empenham na verdadeira transformação psiquiátrica”. Tal constatação refere-se ao fato de ter sido esta a única experiência a ser capaz de efetivamente promover uma mudança radical no paradigma psiquiátrico até então vigente. Outras experiências ocorreram em países como Estados Unidos, França, Inglaterra, dentre outros países. Porém nenhuma delas foi capaz de efetivamente romper com o manicômio e destruí-lo. Para conhecer melhor tais experiências, vide

Desviat (1994). Esta pesquisa aborda diretamente o processo italiano, que foi o que efetivamente rompeu com o paradigma manicomial e foi o grande influenciador da experiência brasileira.

Os processos de Reforma Psiquiátrica têm ressaltado a não-hospitalização como ideal, e em geral todos tem a desospitalização como uma de suas etapas. A desinstitucionalização é presente os mais importantes processos de Reforma Psiquiátrica em curso, tendo o sentido de uma verdadeira desconstrução. (AMARANTE, 1996).

Franco Basaglia promoveu na Itália, uma reforma que desmontou os manicômios, propondo toda uma nova lógica no olhar acerca da loucura. O movimento italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana, assumiu como principal ideal o fim dos manicômios. Não se propunha mais a remodelação do manicômio ou sua humanização, mas sim sua extinção de forma radical. Sobre a humanização do manicômio, Rotelli (2001, p. 70) diz:

Enfim, não é mais questão de humanizar o manicômio. O manicômio é usado com todo o seu poder, contra si mesmo; para desmascará-lo de fato, para esvaziá-lo, decompô-lo, superá-lo e impedir a duplicação imediata. Um trabalho longo, de profilaxia e de higiene mental contra aquele contágio de prevenção.

Basaglia apontava o caráter médico-psiquiátrico da doença mental. A psiquiatria tomaria a loucura como da ordem clínica, ao trazê-la para o contexto científico. Dessa forma, a ação seria toda centrada na cura da doença. Parte-se então de um novo olhar e um novo lidar com a loucura. É sugerido o termo “sofrimento” ao invés de doença mental. Conforme desataca Amarante (1996) e Rotelli (1992), a partir deste novo enfoque tornou-se possível contribuir para que o objetivo da cura dê lugar a um conjunto cotidiano de estratégias que permitem a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, de subjetividades, utilizando espaços coletivos.

Cabe destacar que o conceito de desinstitucionalização é visualizado de forma distinta do conceito norte-americano, que volta-se mais para a desospitalização. Além de pressupor a saída dos pacientes das instituições psiquiátricas sem uma preocupação direta com a montagem de uma rede que oferte os cuidados necessários para que o sujeito não mais necessite de internação, o conceito norte-americano não pressupõe o fim dos manicômios.

Diferentemente da desospitalização, a desinstitucionalização promove uma ruptura radical com os alicerces do manicômio e com toda a ideologia que o sustenta. De acordo com Rotelli et. al. (2001, p. 29), trata-se de um:

Trabalho prático de transformação que a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema [...] é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la [...] a ênfase não é colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente.

Basaglia destaca que o sujeito institucionalizado depara-se com um local que seria a priori de tratamento, ou seja, um local inofensivo. Porém não é isso o que ocorre a partir do momento que este sujeito se vê envolvido em todo o arcabouço de poder e ideologia que envolve o manicômio. Em suas palavras, o sujeito:

Vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação (BASAGLIA, 1965, p. 24).

Goffman (1961), em seu livro *“Manicômios, Prisões e Conventos”* aborda a questão do malefício que o manicômio produz sob o sujeito. O autor ressalta que o hospício é o produtor da “mortificação do eu”, se referindo às diversas formas de rebaixamento, de degradações, humilhações e profanações do eu sofrida pelo internado. “O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado” (GOFFMAN, 1961, p. 24).

A desconstrução do hospital psiquiátrico não é por si suficiente para garantir que haja o processo de desinstitucionalização. Não se trata somente em destruir e reconstruir, mas sim de repensar e modificar práticas que existem há séculos. É necessário que todo o processo passe pelo contexto social e cultural, de modo a atingir as velhas concepções acerca da loucura, como podemos ver claramente na obra de Foucault (1978) como o tratamento moral, as punições, o louco como um ser perigoso, a necessidade de isolar para tratar, dentre outras.

O indivíduo no manicômio perde totalmente a sua identidade. Assim como na fábula relatada no início desta dissertação, ao adentrar o manicômio o sujeito é desprovido de todos os seus desejos. Há toda uma ordem médica a ser seguida. O sujeito não pode se expressar, não pode mais ser o que era até então. O sujeito se

transforma apenas em um número de prontuário. E é justamente essa “violação do eu” que tanto a experiência italiana questionava.

Acerca da experiência de desinstitucionalização promovida em Trieste, Basaglia destaca o caráter permanente do processo, que não termina no momento em que o manicômio é desativado: “a luta pela desmontagem do manicômio não terminaria com o abrir as portas, pois existe todo um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva a ser realizado” (BASAGLIA, 1965, p. 81).

Trata-se de um processo social complexo, portanto. Basaglia (1965, p. 38) dirá que a desinstitucionalização está comprometida com um excluído que

Jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque todo ato seu está circunscrito e definido pela doença. [...] somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido. [...] ele poderá contestar a realidade, seus porta-vozes – nós, os psiquiatras – e sua própria doença como monstruosidade social.

A partir de então podemos pensar o conceito de “**doença mental entre parênteses**”. De acordo com Basaglia (1966), não é possível realizar uma análise científica da doença mental sem antes colocá-la entre parênteses. O modo pelo qual a doença foi classificada também careceria de tal cuidado.

Basaglia defende que para entender a doença mental é necessário antes de tudo questioná-la, de modo a buscar a compreensão de sua fundamentação. A partir da contextualização do fenômeno que abarca a doença poderia-se enfim localizar de algum modo o fundamento do fenômeno.

Para além de categorizações, Basaglia (1966) pensará principalmente no lugar que o indivíduo ocupa em sua sociedade, pensando principalmente nas relações hierárquicas pré-existentes.

Amarante (1996), a partir de uma leitura basagliana, afirma a importância de colocar a doença mental entre parênteses, uma vez que passa a ser necessário “ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença” (AMARANTE, 1996, p. 78). O autor propõe que a inversão está em não colocar o doente mental entre parênteses, mas sim a própria doença mental. Ressalta ainda que o “colocar entre parênteses” é comumente confundido com a negação da doença, o que não é verdadeiro. O termo refere-se ao fato de enfim a psiquiatria ter sido capaz de

elaborar conceitos de sintomas e doenças sobre fenômenos aparentemente incompreensíveis. Nas próprias palavras do autor:

Assim, a necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação, isto sim, da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria em dar conta do fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento ; significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações , as superestruturas , produzidas tanto no interior da instituição manicomial , em decorrência do estar institucionalizado , quanto no mundo externo , em consequência da rotulação social que é fortemente autorizada pelo saber psiquiátrico (AMARANTE, 1996, p. 80).

Amarante, ainda dentro de uma leitura basagliana ressalta ainda a importância de colocar não só a doença mental entre parênteses, mas também a clínica:

Mas enfim, se é necessário e possível colocar a doença entre parênteses, é também necessário e possível colocar a clínica entre parênteses. Poderíamos dizer que inicialmente a clínica foi uma estratégia de conhecimento de pesquisa [...] do médico inclinado, debruçado sobre o leito do "paciente"; e o "paciente" ao leito sob o olhar do médico. A necessidade do isolamento proposto por Pinel (isolar para conhecer) permitiu ao médico a observação sistemática e continua das doenças e sintomas (AMARANTE, 1996,p. 63)

Em suma podemos entender que a expressão colocar a doença mental entre parênteses não significa negar a doença mental, mas sim recusar e submeter-se ao positivismo do poderoso saber psiquiátrico, principalmente no que tange em manter o domínio sobre o explicar e compreender a loucura. A clínica seria, portanto, um processo que nos possibilita ver o que precisa ser visto e ao mesmo tempo escutar o que nos está sendo dito.

2.4 O DIÁRIO DE CAMPO

Nesta pesquisa, adotou-se também um instrumento considerado um dos mais básicos de registro de dados de pesquisa, o mais arcaico e vastamente utilizado em especial pelos antropólogos: o diário de campo. Durante todo o tempo de atuação em Barbacena (entre os anos de 2003 e 2004, totalizando 01 ano meio de estágio) foram registradas anotações de impressões sobre os serviços visitados, sobre os

usuários e também sobre a equipe profissional. Foram ainda registradas observações, experiências e sentimentos, para posteriormente pinçar os dados mais relevantes para a pesquisa.

O diário de campo é uma forma de anotação pessoal desenvolvida a partir de contato com a realidade e das vivências percebidas nas atividades teórico práticas. Propõem-se alguns itens para ordenamento do diário. O Diário de Campo é composto pelo registro de notas referentes às vivências vinculadas ao campo da pesquisa e outras experiências. Nele ficam registradas as informações referentes aos acontecimentos, na seqüência em que ocorrem, podendo ser registradas ao vivo e/ou imediatamente após, e complementadas posteriormente. Ainda são registradas as reflexões pessoais: idéias, percepções e sentimentos surgidos durante a ação, nos contatos formais e informais, registradas – ao vivo ou mais imediatamente possível – em forma de breves lembretes e posteriormente através de anotações mais elaboradas.

De acordo com Víctora (2000), o antigo caderno manuscrito já foi superado pelos laptops/notebooks, mantendo-se, contudo a idéia de um diário detalhado e organizado em datas definidas. Para a realização desta pesquisa foram abertos registros diários, armazenados em um laptop com relatos de ocorrências, peculiaridades do trabalho, falas e ações dos pacientes/usuários, etc.

O diário de campo eletrônico constituiu-se em um importante registro que permitiu a incorporação de dados fiéis e detalhados de cada visita ao campo, independente das demais técnicas utilizadas. A própria autora ressalta que muitas vezes são as informações do diário de campo que nos fornecem base para analisar os dados coletados por outras técnicas. Cabe ainda ressaltar que o diário não se constitui em relatório, uma vez que este trata-se de um documento público que se baseia numa seleção de dados que o pesquisador prepara para apresentar.

Em uma revista de serviço social foi localizado o artigo de Lewgoy & Arruda (2004) em que os autores delineiam o sentido do diário de campo para uma pesquisa e sua relevância. O diário de campo seria um instrumento capaz de possibilitar o:

Exercício acadêmico na busca da identidade profissional, a medida que através de aproximações sucessivas e críticas, o pesquisador pode realizar uma reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios. É um documento que possui um caráter tanto descritivo e analítico

quanto investigativo e de sínteses provisórias e reflexivas (LEWGOY; ARRUDA, 2004, p. 123-124).

A manutenção de um diário digital ocorreu durante todo o período de realização da pesquisa. Como nem sempre é possível levar ao campo um laptop, em algumas situações os relatos foram primeiramente manuscritos e posteriormente digitados. Além de guardar os dados em um meio mais seguro, este momento representou um espaço importante para reflexão acerca das falas ouvidas, tanto de técnicos como de usuários, dos fatos ocorridos dentro do Sanatório.

3 OS PRIMEIROS TEMPOS EM BARBACENA ATÉ O ANO DE 1979

Agrupar os doentes mentais nas Santas Casas e em cadeias públicas era prática comum no Brasil até a criação de hospitais psiquiátricos. No momento em que a psiquiatria começou a ganhar espaço no país, passando a ser reconhecida como ciência, iniciou-se certa reivindicação de um local específico para tratar a loucura, em especial vinda da classe médica. Destacava-se neste momento a precariedade oferecida a tal clientela nas Santas Casas, e, portanto a criação de um espaço específico para tratar a loucura que “representaria uma conquista da ciência, mas antes de tudo seria uma vitória dos próprios doidos, colocando-os sob o controle exclusivo do alienista” (ENGEL, 2001, p. 195).

Até a criação do primeiro hospital especializado para doentes mentais em Barbacena, o Estado de Minas Gerais contava somente com duas alternativas para o encaminhamento de tal população: os anexos para loucos existentes nas Santas Casas de Misericórdia e o Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. Outro possível destino para tal grupo era a cadeia pública, demonstrando a clara faceta de limpeza social a que a loucura estava submetida na época.

As internações se davam em sua maior parte nas Santas Casas dos municípios de São João Del Rei e Diamantina. Além das internações realizadas nas Santas Casas do próprio estado, havia um convênio firmado com o Hospício do Rio de Janeiro, desde 1882, que garantiam um número de leitos específicos para encaminhamentos do estado de Minas Gerais (MAGRO FILHO, 1992).

A não renovação do convênio do Hospício Nacional com Minas Gerais paralelo ao excessivo gasto com a manutenção dos alienados do Estado nas Santas Casas culminou na proposta da criação da assistência aos alienados mineiros no ano de 1900. Colocou-se em discussão qual seria o lugar adequado para tais sujeitos, sendo notória, portanto, a busca pela criação de um novo ambiente “terapêutico”.

Sobre o espaço ideal para os alienados, Magro Filho (1992, p. 26) destaca:

O alienado seria vigiado, cuidado, teria atenção e carinho, mas não nesse lugar familiar. O lugar para ser vigiado e cuidado deveria ser outro, onde reinassem a calma e a disciplina; onde os exercícios físicos fossem praticados no intuito de desviar a energia acumulada no cérebro; um lugar em que as condições de higiene moral fossem as mais favoráveis possíveis

e as que mais o impressionassem. Além disso, o louco era considerado perigoso a si e aos outros, portanto não deveria ficar junto aos outros doentes nos hospitais gerais; e se podia ser prejudicial aos outros, cabia ao poder público intervir no sentido de proteger, de salvaguardar a ordem, a moral e a segurança pública.

A criação da Assistência aos Alienados de Minas Gerais é oficializada através da Lei 290 de 16 de agosto de 1900. O projeto é posteriormente regulamentado pelo Decreto 1.579 A, de 21 de fevereiro de 1903, que foi elaborado pelo médico e senador Joaquim Dutra e expedido por Francisco Sales, na época Presidente do estado mineiro (TOLLENDAL, 1974). Barbacena é então designada como a cidade onde será instalada a assistência aos alienados do Estado. Neste momento, no Rio de Janeiro, tem-se o empenho pela criação de uma Lei nacional para os alienados, conforme destacada Machado (1978, p. 79):

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber os loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos Presidentes ou Governadores dos Estados, cria uma Comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados.

Em 1903 é criado o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, que viria a se tornar num dos maiores hospícios do país. A partir de então tornou-se possível ao estado mineiro centralizar os recursos que eram destinados a diversos locais de tratamento em uma única instituição, bem como a assumir a responsabilidade pelo cuidados com os alienados do estado, sem necessitar de realizar convênios ou a requerer auxílio a outro estado.

Há neste momento uma importante mudança na história da cidade de Barbacena. Sabe-se que o município recebeu este nome como forma de gratidão ao governador da capitania de Minas Gerais, Visconde de Barbacena, que elevou o antigo arraial à condição de vila em 1791 (SAVASSI, 1991).

Barbacena até então era conhecida como uma cidade produtora de rosas, vindo mesmo a ser conhecida como “cidade das rosas”. A partir da inserção de um hospício em seu território, Barbacena virá com o passar do tempo a ser nomeada como a “cidade dos loucos”. Tal estigma se concretiza após a instituição do Hospital Colônia de Barbacena.

Barbacena já era, neste momento, uma cidade com forte tradição política. Duas famílias se destacavam neste contexto: Andradas e Bias fortes. Logo no início da República, o município foi cotado para ser a nova capital de Minas Gerais. Porém Barbacena não foi escolhida para tal, e teria, portanto, recebido o hospício como “prêmio de consolação” (MAGRO FILHO, 1992). É fácil perceber que para os moldes da época ter em seu território um hospício do porte do Hospital Colônia era uma grande benfeitoria, uma vez que investimentos seriam gerados para a cidade.

Contudo existem outras possíveis versões para explicar o porquê do município de Barbacena ter sido escolhido para sediar um manicômio de tamanha importância. Barbacena está localizada em uma posição estratégica, sendo um ponto que liga a região central do estado ao Rio de Janeiro, formando um importante “corredor” de passagem entre ambas as regiões, facilitando inclusive o trânsito de “alienados” de outras partes do país para Barbacena. Duarte (1996), em dissertação de mestrado realizada sobre o Hospital Colônia dos anos de 1922 a 1946, compara os chamados “trens de doido” de Barbacena à “Nau dos Loucos” que Foucault destacou na obra História da Loucura na Idade Clássica.

O psiquiatra mineiro Ronaldo Simões Coelho, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, ressaltou que outro fator que poderia ter sido preponderante na escolha de Barbacena como a cidade que sediaría os cuidados com a loucura em Minas Gerais seria o fato da capital mineira, Belo Horizonte, ter sido fundada por um barbacenense. (COELHO, 1979).

José Theobaldo Tollendal, Diretor do Hospital Colônia entre os anos de 1969 e 1983, em entrevista concedida a Hiram Firmino (1982, p. 56) resalta que foi primordialmente uma questão política que levou o Hospital Colônia para Barbacena:

Este hospital foi criado em Barbacena por questões meramente políticas. Jamais foi considerado o aspecto médico-terapêutico desta cidade que, a meu ver, deveria ter sido a última a ser escolhida para esse fim. Ao invés de construir este hospital lá em Muriaé, em Carangola, numa região mais quente, eles preferiram aqui por interesses pessoais. A preocupação não foi com a saúde de ninguém, e sim fazer disso aqui uma fonte de empregos, de votos para os senhores políticos da região.

Moretzsohn (1989) delineia na obra História da Psiquiatria Mineira um panorama do desenvolvimento da psiquiatria, transcrito a seguir:

[...] os diferentes estágios ou períodos históricos que têm caracterizado, a evolução da psiquiatria, como os períodos místico, medieval, orgânico, psicológico etc., têm seus correspondentes na área hospitalar com suas

fases asilar, carcerária, hospício, hospital, ambulatória, etc. Em Minas Gerais, no meu entender, esses períodos podem ser assim definidos ou classificados:

1º Período: Antigo – Anterior à criação da Assistência psiquiátrica em Barbacena: antes de 1900;

2º Período: Medieval – (Asilar) – Hospital Colônia de Barbacena: 1903;

3º Período: Renascentista – (Hospitalar) – Instituto Raul Soares: 1922;

4º Período: Moderno – (Casa de Saúde) – Casa de Saúde Santa Clara: 1937;

5º Período: Contemporâneo – (Ambulatorial) – Introdução das drogas psicotrópicas e dos conceitos psicanalíticos: 1960 (MORETZSOHN, 1989, p. 7).

Nesta categorização, Moretzohn (1989) concebe o Hospital Colônia de Barbacena como uma das estruturas mais “primárias” dentre os manicômios existentes no estado. O termo “medieval” nos remete à loucura como desrazão, a ausência de tratamento e a segregação do louco do espaço social. E foi isso o que ocorreu ao se pensar na localização ideal para a construção do Hospital Colônia de Barbacena. O Hospital Colônia deu a Barbacena um status diferenciado no que tange à psiquiatria mineira. O município transformou-se em ponto de referência no tratamento daqueles considerados insanos (MAGRO FILHO, 1992; MORETZSOHN, 1989).

Além de tal status, a criação de uma instituição psiquiátrica pública em Minas Gerais corroborou a concepção da visão da loucura como algo não aceitável socialmente. Goffman (1974, p. 287), destaca que:

[...] o hospital psiquiátrico no contexto histórico em que se desenvolveu, é uma entre várias instituições destinadas a servir de residência para várias categorias de pessoas realmente perturbadoras.

Instaurada a necessidade de se ter uma instituição para tratamento de alienados em Minas Gerais e definido que Barbacena seria o município sede, o Estado adquiriu então as dependências do Sanatório de Barbacena, antiga instituição para tratamento de tuberculosos, fundado em 1870 e localizado no alto do Morro da Caveira. Uma estação ferroviária localizada na encosta do morro foi criada ainda na época do sanatório, com o intuito de receber todos aqueles que eram enviados para a cidade: loucos, mulheres devassas, aleijados, tuberculosos e toda a sorte de desvalidos. Deste cenário provém a famosa expressão “Trem-de-Doido”, que reforçou a idéia nacionalmente famosa de que Barbacena era a “Cidade dos Loucos”.

Em dissertação de Mestrado intitulada “Repensando os Porões da Loucura: Um Estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena”, a historiadora Mary Barros traçou a trajetória desta instituição através um olhar bastante minucioso, reconstruindo cronológica e historicamente importantes passagens e momentos da história do hospital. Acerca da estrutura física do mesmo na ocasião de sua fundação, Barros (2005, p. 35) destacou que:

O hospital era composto por dezesseis pavilhões, com enfermarias, refeitórios, celas e pátios cimentados. Cercado por altos muros, era semelhante a uma prisão. De certa forma, este tipo de estabelecimento asilar era condizente com a cultura social da época de sua construção, que considerava os que se internavam ali como pacientes incuráveis que poderiam transmitir a loucura hereditariamente. O indivíduo era tratado como alguém muito agressivo, perigoso e inadaptável ao convívio familiar, o que explicava sua segregação e reclusão.

A localização do Hospital, já quase na saída da cidade, levou Hiram Firmino a apontá-lo como o último estágio público da loucura em Minas:

O hospital se limitava às instalações do antigo sanatório, no Morro da Caveira, até que, entre 1918 e 1922, foi construída a Colônia, onde os doentes passaram a desenvolver a agricultura, além de outras atividades a que já se entregavam anteriormente (FIRMINO, 1982, p. 82).

Desde a fundação do Hospital Colônia as condições físicas do prédio já deixavam a desejar. Tal situação foi destacada pelo presidente do Estado, Dr. Arthur da Silva Bernardes, dirigida ao Congresso Mineiro:

[...] O que existe organizado e funcionando, embora representasse ao tempo um meritório esforço e um grande passo do Estado para a proteção dos doentes mentais e, sobretudo, da sociedade, deixou, há muito de corresponder às exigências da nossa cultura, pelo antagonismo aos princípios mais correntes da psiquiatria. Não tem, sequer, a capacidade para o número crescente loucos de todo o gênero, cuja guarda incumbe ao poder público, bastando assinalar que a Assistência está sempre repleta, com uma lotação muito superior à normal e que um sem número de pedidos aguarda, constantemente, na Chefia de Polícia a ocorrência de vagas, enquanto os infelizes loucos povoam as cadeias ou vagam pelos povoados estradas, com risco próprio e alheio. Belo Horizonte, 15 de junho de 1920. Arthur da Silva Bernardes (MORETZSOHN, 1989, p. 29).

A clientela acolhida no Hospital de Barbacena era muito vasta. Para tal local eram enviados “loucos” de diversas partes do país. A demanda crescente de internações e a ausência de altas faziam com quem o Hospital Colônia aumentasse

cada vez mais o seu número de internos. Qualquer pessoa que fosse enviada à Barbacena no “trem-de-doido”, meio mais comum na época, ou por qualquer outro meio, dificilmente sairia de lá.

A criação de um hospital psiquiátrico na cidade além de permitir a centralização de recursos que antes eram aplicados em diversas santas casas em um só local possibilitou ainda um maior grau de comprometimento do Estado, que passaria ele próprio a arcar com suas questões sanitárias. Tem-se início então a criação de um espaço que seria por muitos anos a referência para o tratamento da doença mental em todo o Estado. Inicialmente o município só internava homens. Porém em 1904, após uma adaptação no antigo prédio do Sanatório, passa-se a também a abrigar pacientes do sexo feminino.

Já em 1905 surgem reclamações sobre as condições internas do hospício. Em 1907 é instituído o trabalho como terapêutica para os alienados. A agricultura passa a ser um dos métodos mais usados. Acredita-se que o ideal seria recriar as condições de vida externas dentro do hospício, e por isso, os internos deveriam trabalhar.

É sabido, no entanto, que a atividade laborativa servia para atingir outros fins além de terapêuticos. O Estado estava com problemas de finanças desde 1899 e o número de pacientes crescia significativamente. Daí a constituição da Colônia em Barbacena, que veio a ser inaugurada em 1911. O mais curioso é que somente pobres e indigentes eram obrigados a trabalhar. Internos particulares não necessitariam de tal “terapêutica”, conforme destaca Magro Filho (1992, p. 40):

Ora, por que os internados particulares não necessitariam trabalhar? Fica claro que o indigente, o pobre, o marginal, considerados como um infrator de uma norma social de conduta, deveriam agora redimir-se trabalhando, não para sua melhora, mas sim em favor do Estado. Afinal, se os objetivos terapêuticos do não eram realizados – já que o número de internados crônicos se elevava e o número de mortos também- o mesmo não se pode dizer do objetivo produtivo da Colônia.

Além da agricultura, os doentes trabalhavam ainda na confecção de peças de roupas, consertos de estradas, limpeza de pastos, etc. Fica evidente que a Colônia atendia a duas finalidades bastante distintas: aliviar o sofrimento dos doentes por meio do labor e aliviar o “sofrimento” financeiro do Estado.

Novas mudanças ocorrem. Em 1913, é baixado um Decreto que afirma que um indigente só poderá ser aceito na assistência se for perigoso ou representar

algum tipo de ameaça para a sociedade. Valoriza-se aqui a figura do louco “dócil”, que não representaria quaisquer riscos para a comunidade onde se insere.

Apesar de todas as reformas legais, a questão da assistência aos alienados ainda não estava resolvida. O hospício de Barbacena, mesmo sofrendo diversas reformas entre 1911 e 1922, já não mais comportava tantas internações. Para suprir tal demanda, é criado em 1922 o Instituto Raul Soares em Belo Horizonte e em 1929 o Manicômio Judiciário em Barbacena e o Hospital Psiquiátrico do município de Oliveira- MG.

Até 1922, data em que foi criado o Instituto Raul Soares, o Hospital Colônia ainda se mantinha como única instituição para tratamento – leia-se internamento- de doentes mentais em todo o Estado de Minas Gerais. O Hospital acabou “marcando” Barbacena com um estigma que persiste até hoje. Até bem pouco tempo atrás – ou talvez até os dias atuais - pensava-se em Barbacena, pensava-se em “cidade dos loucos”, “trem-de-doido”, e expressões diversas que nomeavam o município como berço da loucura em Minas Gerais. Estigma este que o município veio tentando desconstruir.

Conforme mencionado, além do Hospital Colônia, Barbacena veio ainda a receber em seu território, no ano de 1929 um manicômio judiciário. Inicialmente nomeado como Manicômio Judiciário de Barbacena, passa se chamar Manicômio Judiciário Jorge Vaz, em homenagem a seu primeiro diretor, o Dr. Jorge de Paula Vaz. Hoje é denominado Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz. Esta instituição assumiu a responsabilidade de guarda e tratamento de pacientes inimputáveis e a elaboração de laudos periciais, feitos por junta oficial de médicos psiquiatras, que possam elucidar a Justiça no trato legal desta matéria (VIDIGAL, et al, 2008) Mais um local de “tratamento” da loucura se instala na já então famosa “cidade dos loucos”.

O número de internações no período cresceu vertiginosamente, o que se manteve após décadas. Barros (2005) fez um estudo comparativo a partir da demanda crescente dos internamentos psiquiátricos no Brasil ao longo do século XX. Foi proposta uma análise do crescimento da população, de acordo com estatísticas do IBGE e do crescimento das internações em manicômios, ao qual concluiu:

De uma forma geral, os dados retirados de alguns anuários estatísticos do IBGE referentes ao Brasil comprovam que a população brasileira aumenta ao longo do século XX. O aumento de internamentos poderia ser proporcional ao aumento da população. Esta afirmação faria sentido se não fosse pelo fato de que, a partir dos anos 70, com os movimentos de antipsiquiatria, os internamentos declinassem e a população brasileira continuasse crescendo. Dados como esse confirmam que, mais do que seguir uma tendência demográfica, os internamentos eram realizados com base em conceitos historicamente datados (BARROS, 2005, p. 36).

Internações em ritmo crescente, criação de novas instituições para acolher tais internos: assim se deu o crescimento no número de leitos psiquiátricos no estado mineiro. No período de 1930 a 1964 Minas Gerais contava já com 05 instituições públicas de assistência a alienados. Além do Hospital Colônia de Barbacena (1903), existiam ainda o Instituto Raul Soares (1922), o Hospital Psiquiátrico de Oliveira (1924), o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (1947) e o Hospital Galba Veloso (1962). Apesar da construção desses 04 novos hospitais após a fundação do Hospital Colônia, ainda eram freqüentes os encaminhamentos para Barbacena, principalmente de pacientes provenientes de Belo Horizonte (MAGRO FILHO, 1992).

O ano de 1934 é tido com um marco na história do Hospital Colônia. Neste ano o Hospital é legalmente denominado de Hospital Colônia, sendo que bem antes de tal data os internos já eram obrigados a trabalhar, como já foi visto anteriormente. Barros (2005), a partir da análise e documentos internos da instituição, destaca que as verbas destinadas às despesas não se faziam suficientes, necessitando, assim, de um investimento suplementar que poderia ser alcançado através do trabalho dos internos, além da tendência de valorização do trabalho como terapia, recorrente no período:

O ano de 1934 pode ser considerado uma referência oficial devido às modificações na legislação quanto à criação da colônia e no aparato burocrático da instituição porque o trabalho dos internos indigentes já era utilizado em larga escala. O Hospital, em 1916, já utilizava a colônia, assim como oficinas, olarias e carpintarias (BARROS, 2005, p. 34).

O trabalho dos internos passou então a ser condição relevante para a manutenção financeira da instituição: “A colônia chegava a produzir, portanto, um valor aproximado de um terço do orçamento alocado ao asilo” (MAGRO FILHO, 1992, p. 40).

Diversas irregularidades tornaram o Hospital Colônia de Barbacena alvo de

constantes reclamações por parte de sua diretoria. Pavilhões em péssimo estado de conservação, número excessivo de pacientes, inexistência de tratamento, falta de medicamentos e alimentos. O elevado índice de óbitos da população interna é assustador e denuncia as péssimas condições a que os internos são submetidos. Alvim (1956, p. 134) destaca:

É um espetáculo deveras deprimente, que a população de Barbacena assiste constrangida, a passagem de doentes pelas ruas, mal vestidos, estropiados e contrafeitos, como se fossem levas de gado tangidos para o curral, em demanda do hospital, que dista uns 2 ou 3 quilômetros da estação.

Essa procissão macabra de espectros humanos desfila tristemente pela cidade, procurando as ruas mais discretas para fugir à curiosidade popular [...]. Isto se passa, senhores, em um país onde os governantes e poderosos se resfolegam em cadilacs de luxo!

Alvim destaca ainda que seria de extrema relevância a ampliação dos recursos destinados ao hospital:

Só recursos amplos teriam tornado possível imprimir novos rumos à administração da casa. E como com estes não poderíamos contar, tivemos, muita vez (*sic*) e muito mau grado nosso, de cruzar os braços impotentes ante males e desconfortos que quiséssemos ver sanados (ALVIM, 1956, p.133).

A situação do Hospital já era considerada grave nesta época. Com déficit financeiro, problemas nas instalações, escassez de mão de obra, tornava-se cada vez mais difícil para o Hospital manter e absorver a demanda crescente de internações.

Magro Filho (1992, p. 89), citando Alvim (1956), enumera a precária situação do Hospital Colônia:

- pavilhões em ruínas, danificados pelo tempo;
- excesso de lotação, em torno de 300 a 400 %;
- ausência de pavilhões para moléstias intercorrentes e de salas de partos; as mulheres tinham seus filhos nas enfermarias gerais 'em meio a confusão reinante'; as crianças cresciam no hospital convivendo com todo aquele horrível quadro de dor e sofrimento;
- inexistência de tratamento aos pacientes; viviam nus, dividindo a cama com outro paciente, menores lado a lado com adultos, numa incômoda intimidade, sem nome. 'apenas um número no prontuário do hospital.
- insolvência financeira do hospital. Os poderes públicos não enviavam os recursos necessários para a manutenção sequer de alimentos dos pacientes [...].

O estado mineiro continua a passar por graves problemas no que tangia a assistência aos alienados. Aos poucos foram criados pequenos hospitais particulares, que também com graves dificuldades financeiras, acabam por recorrer a subvenções do Governo Estadual. Em 1953 já somavam 16 instituições psiquiátricas particulares em Minas Gerais: Casa de Saúde Santa Clara, Casa de Saúde Santa Maria, Clínica Pinel e Clínica Santa Tereza em Belo Horizonte; Sanatório Espírita em Uberaba; Sanatório Espírita e Casa de Saúde Morel em Uberlândia; Casa de Saúde Guilherme de Souza e Casa de Saúde Aragão Vilar em Juiz de Fora; Casa de Saúde Esperança em Matias Barbosa; Abrigo Raquel Ribeiro em Santa Rita do Jacutinga; Fazenda do Rosário em Ibirité e por fim Casa de Saúde Xavier, Sanatório Barbacena, Casa de Saúde Santa Isabel e Casa de Saúde São Vicente de Paula em Barbacena.

Duarte (2009) em Tese de Doutorado reforça que o Estado priorizou neste momento a assistência médica individual e curativa, abstendo-se de criar políticas públicas assistenciais no campo da Saúde Coletiva. A autora ressalta que o Hospital Colônia voltou-se de forma exclusiva a manter o controle e o isolamento dos internos, que continuavam chegando das mais diversas localidades.

Neste momento, Barbacena contava com um Hospital Colônia e um Manicômio Judiciário pertencentes ao poder público e 04 hospitais pertencentes ao poder privado: Casa de Saúde Xavier, Casa de Saúde Santa Izabel, Sanatório Barbacena e Clínica Mantiqueira. A cidade, já conhecida como a “cidade dos loucos”, responsável pela maior parte da demanda psiquiátrica do estado ampliava sua capacidade de receber insanos. De todos os lugares, com todas as moléstias, males e desvios. De todos os sexos, idades, raças. Insanos, que virariam um numero de prontuário e receberiam um diagnóstico, que selaria para sempre suas vidas.

Duarte (2009) ressalta ainda que num primeiro momento a assistência aos alienados mineiros deu-se principalmente através da expansão de leitos psiquiátricos, seja na iniciativa pública, como na privada. Em 1968, a FEAP (Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica) e a FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) assumem a supervisão e manutenção dos hospitais. Neste período, foi crescente a privatização da saúde mental, com o crescimento dos hospitais privados, que aumentariam ainda mais sua capacidade de oferta de internação.

A precariedade vista neste momento veio sendo denunciada por profissionais do Hospital Colônia, como foi destacada por Duarte (2009, p. 198):

Em diversos momentos as reivindicações dos diretores do HCB junto aos órgãos decisórios do Estado foram evidenciadas, mesmo que não tenham sido atendidas na maioria das vezes. Por meio de artigos científicos alguns psiquiatras também denunciaram a precariedade das condições do hospício, assim como revelavam as práticas de asilamento e terapêuticas realizadas no HCB. A superlotação, a deficiência de pessoal especializado, a precariedade das condições de trabalho, os maus tratos, a má-alimentação, a deficiência de vestuário e as péssimas condições de hotelaria cristalizaram-se no Hospital.

A expansão de leitos, portanto, não foi acompanhada por melhorias na assistência psiquiátrica, ao contrário, o que se viu foi toda uma desestruturação que culminaria em mortes e superlotação de pacientes.

Até o ano de 1979 o Hospital Colônia recebeu outras denominações: Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) em 1971 e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), nome utilizado a partir da vinculação da instituição à rede FHEMIG, no ano de 1977.

Neste período retratado o que se viu foram precárias condições de asilamento e tratamento da vasta clientela, superlotação, cronificação dos pacientes, maus-tratos, e um elevado índice de mortalidade (DUARTE, 2009). As denúncias de trabalhadores da área pouco repercutiram na sociedade e o manicômio mantinha-se como estrutura maior no tratamento dos pacientes psiquiátricos.

No contexto social brasileiro, ao final dos anos 70, diversas dimensões davam a densidade da construção de um Estado de Direito: O Movimento Nacional pela Anistia, as históricas greves de trabalhadores, a reorganização político-partidária, o movimento contra a carestia, as reivindicações pelas mudanças na saúde, criavam possibilidades impares na vida social (AMARANTE, 1998).

Neste cenário emergiram novos atores sociais, com discursos inovadores, que objetivavam novas práticas, bem como a construção de novos saberes. Foi constituído o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, com comissões de saúde mental, que aqueceram os debates acerca da situação da assistência psiquiátrica brasileira. Outro agente importante que surgiu no período foi o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, o MTSM, que viria a se tornar a *posteriori* no principal personagem de importantes projetos de transformação da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 1998).

Acerca do Hospital de Barbacena, Duarte (2009, p. 232) enfatizou que poucas

mudanças foram efetivadas no período até 1979:

[...] ocorreu uma perversa transformação no interior do Hospital Colônia de Barbacena. Quando analisadas as práticas do HCB constatou-se que a violência simbólica expressas nas concepções e nas práticas e também legitimada pelas políticas de saúde mental, bem como pelos regulamentos das instituições psiquiátricas, teve os seus contornos extrapolados. Verificou-se ali o uso de mecanismos punitivos no controle dos pacientes que consistia no emprego de práticas explícitas de violência física e moral.

A autora ressaltou ainda que, o que deveria significar “ares e luzes” tornou-se na verdade em um “inferno humano”, que representaria ao invés da cura, o terror, a dor e a morte. Eis um breve panorama do Hospital Colônia no período até o momento estudado.

4 A REPERCUSSÃO DO HOSPÍCIO DE BARBACENA NA SOCIEDADE E AS PRIMEIRAS MUDANÇAS: DE 1979 A 1999

Até então a discussão sobre o tratamento sub-humano a que eram submetidos os alienados em Barbacena e em outras partes do país estava restrita somente ao meio médico. Contudo tamanha é a propagação de tal situação que os políticos e a imprensa passam a ocupar-se dela. Novas e crescentes denúncias apontam a falência e a ineficácia do modelo vigente de assistência aos alienados.

No ano de 1961 uma emissora de TV exibiu um filme denunciando a grave situação dos internos do Hospital Colônia de Barbacena. Neste mesmo ano uma série de reportagens é publicada na Revista “O Cruzeiro”, enfatizando as denúncias exibidas no filme:

O comum são montes de capim fétido, ninho de moscas [...] No pátio dos homens, encanamentos arrebatados deixam escapar detritos de esgoto, nos quais os débeis mentais chafurdam como porcos [...]. A água há muito não corre em alguns dos pavilhões destinados às mulheres. Elas saciam a sede com urina [...] (REVISTA O CRUZEIRO, 1961 apud FILHO, 1992, p. 131).

O Jornal “O Diário da Tarde” publicou uma série de reportagens sobre este mesmo hospital:

[...] quinhentos homens nus, de cabeça raspada, colavam-se ao cimento do pátio, rastejando como cobras, as costelas à mostra, a pele aderida ao esqueleto. A associação de idéias foi imediata – aquilo era uma edição melhorada, não há dúvida, dos campos de concentração de Auschwitz e Bergen-Belsen [...] (INÁCIO apud MAGRO FILHO, 1992, p. 130).

As denúncias repercutiram e toda a sociedade foi chamada a se deparar com a lastimável situação da assistência psiquiátrica do município e de todo o Estado. Tais denúncias ganham voz e força com a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia em Julho de 1979. Basaglia visita o Brasil, no contexto do III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

Este congresso marca uma virada histórica em Minas Gerais. Além dos

técnicos e outros profissionais da área, participaram ativamente familiares, usuários e sindicalistas do setor saúde. A participação dos jornalistas também foi representativa. No entanto as presenças mais importantes foram as de “duas figuras internacionais inesquecíveis: Franco Basaglia e Robert Castel. As denúncias das violências nos hospitais, alguns visitados por Basaglia – inclui-se aí Barbacena – o desrespeito aos direitos humanos, foram mostrados pela imprensa provocando grande impacto” (CAMPOS, sem data definida).

No livro *“A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil”*, são reunidas as principais conferências de Basaglia proferidas em 1979. Amarante et al (2005, p. 196), destacam que o psiquiatra italiano “abriu um novo horizonte ético, teórico, prático, cultural, e podemos dizer que as Conferências de 1979 marcaram decisivamente caminhantes e itinerários do projeto de transformação da instituição psiquiátrica em terras brasileiras”.

A visita de Basaglia ao Brasil foi determinante para o curso da Reforma Psiquiátrica brasileira. Um dos momentos mais importantes de sua passagem pelo país foi o momento em que o psiquiatra visitou Barbacena e destacou: “É necessário lutar, transformando concretamente as instituições a partir de dentro” (BASAGLIA, 1979, p. 136-138). Ao visitar o Hospital Colônia de Barbacena, Basaglia demonstrou perplexidade com a situação, comparando-o a um campo de concentração nazista.

Franco Basaglia liderou as mais importantes experiências de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste, esta última em especial. Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental. A experiência de Basaglia serviu de inspiração para a Lei 180, aprovada na Itália em 13 de maio de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades de cuidado e assistência.

No III Congresso Mineiro de Psiquiatria, Basaglia renovou as denúncias já existentes e acompanhou a apresentação de propostas de reformulação da política de saúde mental. Considera-se que a presença de Basaglia tenha sido o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Estado de Minas Gerais. Porém, como veremos mais a frente o processo não foi contínuo e da mesma forma em todos os municípios mineiros. Em Barbacena, teve o início da fase que nomeamos por “Humanização do Manicômio”, que veremos mais adiante.

Neste mesmo ano, impulsionado pela denúncia de Basaglia, o jornalista Hiram Firmino visita diversas instituições psiquiátricas públicas do Estado, dentre elas o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). Traça de tal forma seu trabalho: “Um itinerário que começa aqui, no Hospital Galba Velloso, e termina quase fatalmente em Barbacena, depois de um estágio pelo Raul Soares e pelas clínicas particulares que em nada contribuem para a humanização da psiquiatria” (FIRMINO, 1982, p. 15).

Em 1982 seu relato é publicado em um livro intitulado “*Nos porões da loucura*”, obra que reúne diversas matérias publicadas no jornal “Estado de Minas”. Firmino destaca a precariedade do atendimento prestado aos 1360 internos, que contavam somente com 06 médicos.

O Relato do jornalista expôs a situação do Hospital de Barbacena, do Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, e do Hospital Galba Velloso, também na capital. Firmino menciona a visita de Basaglia:

Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que havia feito uma revolução no hospital psiquiátrico que dirigia, em Gorizia, e passara a ser o mentor de um movimento mundial pró-humanização dos hospícios, ainda veio a Belo Horizonte, nesta época, para engrossar o movimento. [...]. Horrificado com o que viu e não acreditava existir mais no Brasil, Basaglia comparou o Hospital “Galba Velloso”, de Belo Horizonte, onde é feita a triagem de todos os doentes mentais do Estado, via INAMPS, a uma “cadeia pública”. Chamou os médicos e enfermeiros do estabelecimento de “carrascos” e os seus diretores de “carcereiros”. Quanto ao manicômio de Barbacena, Basaglia classificou-o como “um campo de concentração nazista (FIRMINO, 1982, p. 11).

No livro supra-citado o jornalista iniciou seu relato pelo Hospital Galba Velloso, fundado em 1962 em Belo Horizonte, cuja gestão seria de responsabilidade estadual, através da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, FHEMIG. O capítulo destinado a descrever tal instituição foi denominado de “O terrível Galba”:

Começamos pelos quatro “consultórios” sombrios, anexos à portaria, onde os pacientes são examinados em tempo recorde. Depois, pelo “Posto de Sedação”, onde são sumariamente drogados para internamentos. Tudo escuro. Sem ar, sem verde. Uma mesinha de metal, muita seringa, ampolas de injeção. Um corredor comprido e, longo à direita, a “Ala dos Neuróticos”, a primeira enfermaria. Um dormitório, espécie de copa-e-sala acoplada a um quatinho de remédios e um pátio horrível. Quinze pacientes homens caídos pelo chão, encostados nos muros, andando a esmo, no mesmo lugar. Um ambiente pequeno, desolado. Nenhum banco para se assentar (FIRMINO, 1982, p. 17).

Posteriormente Firmino descreveu a visita ao Instituto Raul Soares, fundado em 1922 em Belo Horizonte, com intuito de se tornar centro de referência em ensino, pesquisa e assistência aos portadores de transtornos mentais no Estado de Minas Gerais. Trata-se de um hospital também vinculado a rede estadual (FHEMIG). Até hoje tal instituição mantém-se com grande número de atendimentos no estado, respondendo sobretudo pelo atendimento de urgência a pacientes não munícipes de Belo Horizonte e pelo atendimento de urgência em álcool e drogas.

A primeira impressão do instituto impressionou o jornalista:

A primeira visão, uma surpresa. O Instituto Raul Soares é um bosque maravilhoso. Um hospital, jamais um hospício, cercado de flores por todos os lados. O segundo estágio público da loucura é uma imensa área verde. Equivalente a cinco quarteirões. Espatódias, flamboyants, boungaivilles floridos. Holofotes. Um monumento de mármore, homenagem ao centenário do ex-governador de Minas. Um refúgio, além de Barbacena, de todos os loucos pobres do estado. Os mendigos e os bêbados sem Instituto, nome ou endereço (FIRMINO, 1982, p. 33).

Recebido pelo diretor da instituição, o jornalista logo percebeu que a beleza externa da fachada do imponente Instituto Raul Soares não condizia com a realidade interna, com as condições a que eram submetidos os internos e com o tipo de tratamento empregado:

O Instituto Raul Soares foi mostrado por fora. Entrevistou-se o diretor, que confessou ter orgulho da instituição. Agora é mostrado o hospício que ele encerra. O “orgulho” do Estado. Suas enfermarias. Os corredores sombrios e os pátios. Os homens doentes. Homens, mulheres e um rapaz, de 16 anos apenas. Como no Galba, nenhum tratamento. Terapia alguma. Só drogas, confinamentos e eletrochoques. Reinternação de 55% dos casos. Pobres, pobres e pobres. Marginalizados e desesperançados pelo próprio diretor em seus comentários. Indivíduos que não querem luxo e riqueza. Querem um psiquiatra, um psicólogo. “Um cigarrinho pra passar o tempo”. Apenas um pito, como na beira do rio. Ou do inferno que já experimentaram ali, antes de chegar a Barbacena (FIRMINO, 1982, p. 40).

O Instituto Raul Soares a época da entrevista já se encontrava, portanto, sem condições de oferecer tratamento adequado a aqueles que ali se encontravam internados. O diretor do hospital, em entrevista concedida a Firmino deixa claro que a porta de entrada para internação era aberta, e que a clientela era variada. Loucos levados pela polícia, por familiares, pelos vizinhos, por ambulâncias das prefeituras de cidades do interior. Em muitos casos, os pacientes eram jogados na porta da

instituição, sem qualquer tipo de identificação.

O mais curioso é que apesar de já contar com dois grandes hospitais psiquiátricos públicos e algumas clínicas particulares, a capital mineira ainda encaminhava a maior parte de seus “insanos” para Barbacena, como se evidencia no seguinte trecho da entrevista com o diretor do Instituto Raul Soares:

Jornalista- Como se processa o internamento aqui?

Diretor - Para vocês terem uma idéia, em julho passado, nos chegaram aqui 556 pacientes. Nós admitimos apenas 324, o que não acontece nas clínicas particulares. O único problema que tivemos foi durante a greve do pessoal de enfermagem e dos atendentes.

Jornalista - O que aconteceu?

Diretor - Ué? Eu tive de mandar os loucos para Barbacena. Fiquei praticamente sozinho aqui (FIRMINO, 1982, p. 38).

Apesar de visitar as três principais instituições de tratamento psiquiátrico do estado, Firmino manteve o enfoque de sua obra no Hospital de Barbacena. A matéria-denúncia assume um tom pessoal, quando o jornalista deixa em seu trabalho muitas de suas impressões pessoais e sentimentos:

Por que Barbacena é uma prisão? Uma mente, uma medida econômica, não um coração? Uma prisão perpétua, campo de concentração? Um hospício, jamais um hospital, uma casa de saúde? Ou “Centro Psiquiátrico”, como o governo quer rotular? Qual a razão das grades, dos eletro choques, das celas e dos altos muros acinzentados? A luta obstinada dos pacientes pela liberdade, pelo suicídio? Por que a população brasileira não gosta nem de ouvir falar dali? Trata-se realmente de uma viagem sem retorno? Uma peregrinação ao principal celeiro de cadáveres das nossas faculdades de medicina? E por que uma realidade tão desumana como esta perdura até os dias de hoje, se Barbacena é justamente uma terra de políticos influentes? É o que respondemos hoje, antes de percorrermos os seus pátios, e as suas enfermarias. O lugar, a vida que ali não é vida. É apenas uma passagem. Sofrida e dolorosa. Real (FIRMINO, 1982, p. 50).

Ainda em 1979, também influenciado pela presença de Basaglia em Barbacena e por suas constatações, o diretor e produtor mineiro Helvécio Ratton dirige seu primeiro filme. Seu curta intitulado “*Em nome da razão*” retratou a difícil condição a que eram submetidos os internos de instituições psiquiátricas, e é quase todo filmado dentro do Hospital de Barbacena. A câmera revelou todos os ambientes do hospital - pavilhões de velhos, aleijados, crianças, homens e mulheres. As seqüências são interligadas pela imagem de um longo e escuro corredor do hospício e uma “louca” que canta uma música. Texto narrado em *off* propõe uma reflexão sobre a função social do manicômio a quem servem os hospitais psiquiátricos, quem

são as pessoas enviadas para lá, qual o processo de “cura” e recuperação a que eram submetidos. O filme é encerrado com depoimentos de familiares de um paciente (RATTON, 1979).

Em uma cidade que durante os meses de inverno a temperatura cai a zero grau é nítido o sofrimento de quem possui um vestuário pobre, como destaca o diretor da instituição, José Theobaldo Tollendal a Firmino (1982, p. 57):

[...] Quero dizer que, aqui em Barbacena, durante os meses de inverno, a temperatura cai a zero grau. Permanecendo assim durante vários dias. Pensem bem o que isto significa para os nossos doentes? Pessoas que têm vestuário pobre, apenas uma roupinha de brim, um cobertorzinho por cima do corpo?.

Já se contabilizou algo em torno de 100 óbitos em um único inverno no CHPB (MAGRO FILHO, 1992), o que fez com que esta instituição ficasse conhecida por ser uma das principais fornecedoras de cadáveres para faculdades de Medicina de todo o país.

Pacientes nus e sujos, machucados e jogados no chão, escuridão nos corredores, falta de ventilação, cheiro de podridão no ar. Paredes sujas de fezes e urina empoçada pelo chão. Meninos de 12 anos convivendo em um mesmo ambiente que homens de 70 anos. Esse foi o cenário no qual Firmino se deparou o que mostra que muito pouca coisa havia mudado desde as reportagens e denúncias de 1961. O antigo asilo continuava a tratar seus internos de forma cruel.

Duarte (2009) destacou que no período havia pouco debate interno na instituição. As críticas vieram então da sociedade, que passou a se ocupar da questão da assistência psiquiátrica de Barbacena. Em suas próprias palavras: “[...] o hospital tornou-se primordialmente uma instituição manicomial com características de “guardiã da sociedade”, buscando controlar todos os atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores tidos como anormais [...]” (DUARTE, 2009, p. 230).

Já dentro de um processo de redemocratização no país, o mesmo cenário se configurou. Como já retratado, a visita de Basaglia fez com que Barbacena ganhasse projeção internacional. Foram mantidas as denúncias que apontavam para a falência e ineficácia do modelo vigente de assistência aos alienados. Diversas transformações foram evidenciadas, indicando uma clara tendência do município a reformular o seu modelo assistencial.

O período de redemocratização em nosso país seguia a pleno vapor. Ocorriam fortes críticas sociais, de modo que toda a sociedade civil se via convocada à construção de uma realidade com bases distintas das visualizadas durante a ditadura militar. No setor da saúde pretendia-se promover um debate visando a sua democratização e a transformação das políticas públicas voltadas para a área, além de ampliar a noção de saúde, incluindo o seu caráter sócio-econômico (CEBES, 1979).

O fim da década de setenta ficou marcado pela consolidação de um projeto político constituído no Brasil, nos quais se inseriam a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. Neste cenário, estavam incluídas as críticas ao modelo manicomial. Este, não poderia caminhar junto com um processo que visava a libertação, como o preconizado pelo novo momento político e social. Iniciaram-se então o surgimento de novas tentativas de lidar com a questão da loucura. Os serviços implantados na tentativa de absorver a população manicomial ganham maior visibilidade e efetividade a partir do final dos anos 80.

No ano de 1980, como forma de se posicionar em relação as denúncias crescentes, o governo mineiro implantou um projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica pública, o que possibilitou a emergência de reformulações nos hospitais públicos mineiros, como evidenciam Vidal et al (2008). No ano seguinte, foram criados vários serviços no hospital: uma unidade específica para atendimentos a pacientes agudos, um ambulatório e diversos módulos residenciais dentro do próprio CHPB, que serão destacados mais adiante.

Vidal et al (2008) ressaltam ainda que o tratamento dos pacientes sofreu um processo de humanização: passou-se a constituir equipes multidisciplinares e ocorreu um processo de remodelação da estrutura física das enfermarias. Tal reformulação não se iniciou somente no hospital público, mas também nas clínicas particulares, que tiveram que se adaptar ao novo modelo de tratamento.

Neste período foi construído dentro dos limites do hospital os chamados “módulos residenciais”, com cinco casas, com capacidade para 24 moradores em cada uma delas. De acordo com Mariano (1997, p. 9) a construção dos módulos representou:

Um novo modelo de tratamento que tenta fazer com que o interno fique o mais próximo possível dos padrões, condutas e comportamentos da

comunidade que circunda o hospital. Este é o modelo mais avançado, pois dá ao pacientes condições de se autogerenciar.

As casas vieram a ser chamadas pelos internos de “as casinhas”. Os módulos apresentavam aspecto de casa, porém recebiam cuidados como os hospitalares. Os primeiros pacientes a serem desintituconalizados do CHPB foram os provenientes das “casinhas”, considerados os mais aptos para o projeto de Residência Terapêutica.

Mariano (1997, p. 9) descreve ainda as alterações sofridas pelo CHPB e entrevista o então diretor da instituição, Dr. Jairo Toledo:

Caso o paciente necessite de internação, irá conviver num espaço privilegiado, totalmente recuperado pelas últimas administrações, recuperação esta que foi intensificada atualmente. Celas fortes, corredores imundos, grades e outros aviltamentos foram definitivamente abolidos, dando lugar a áreas ajardinadas, alojamentos dignos que privilegiam, até onde é possível, a individualidade de pacientes que circulam livremente ou se ocupam de oficinas terapêuticas.

O diretor do CHPB destaca que os Módulos Residenciais constituem-se no projeto mais avançado do hospício. Nesta mesma época outros projetos são desenvolvidos, tais como o NEPA – Núcleo de Ensino e Pesquisa em Alcoolismo, que atuava como um hospital-dia no qual o paciente trabalha e ao mesmo tempo recebia atendimento multidisciplinar.

Outro projeto do município dentro da reestruturação psiquiátrica foi a criação do UAI – Unidade de Apoio ao Idoso, que teria como objetivo “proporcionar condições dignas de vida aos pacientes idosos, oferecendo instalações e tratamento adequados”. Havia ainda um projeto de construção de um Centro de Convivência Geriátrica. Em texto próprio, o diretor destaca ainda outras mudanças que ocorreram no CHPB:

A infra-estrutura foi melhorada, ou em alguns casos, criada. A relação com os poderes públicos foi estreitada. Dependemos do poder público, já que somos entidade da Fhemig – Federação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais – (*destaque do autor*). As celas que antes guardavam pessoas hoje guardam mantimentos, tecidos e toda sorte de material. Eu fiz questão de preservar certos aspectos, para que as pessoas não se esqueçam das coisas que aconteciam aqui (TOLEDO, 1997, p. 8).

Outra mudança importante a ser destacada foi a criação do Ambulatório do

CHPB, criado na década de 80, já numa perspectiva de humanização do tratamento. Este serviço objetivava prestar em regime de plantões atendimento de urgência no sentido de evitar a internação. Além de oferecer suporte ao CHPB, o Ambulatório atendia ainda a municípios vizinhos.

O papel de ensino da instituição também foi reforçado, com o início da Residência Médica em Psiquiatria da FHEMIG, estágios, treinamentos e aperfeiçoamentos diversos. De alguma forma a cidade carecia de “aprender” a lidar com seus loucos por uma nova ótica. Ótica esta que estava longe de ser uma efetiva Reforma Psiquiátrica, porém que já apontava novos caminhos para Barbacena

Ao final da década de 90 os plantões no ambulatório já não mais eram ofertados somente por um psiquiatra que trabalhava sozinho, mas sim por toda uma equipe multidisciplinar, dos quais participavam psicólogos, assistente social. O mínimo era de 03 profissionais por plantão, e o atendimento era realizado por toda a equipe. Ainda não existia neste momento nenhum outro serviço de acolhimento a crise no município, e o ambulatório abarcava toda essa demanda.

O Hospital Colônia de Barbacena sofreu mudanças estruturais, em especial entre os anos de 1985 a 1986. Neste momento o Hospital Colônia passa a ser renomeado de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, em um processo de humanização da instituição, que incidiu na área assistencial (RESGALLA, 2004). Contudo o município conservou ainda o modelo hospitalocêntrico e o paradigma psiquiátrico, do manicômio como centro de toda a estrutura de assistência municipal.

Na segunda metade da década de 90, a questão passa aos poucos a deixar de ser a humanização do manicômio. Passou-se a pensar em substituição gradativa do manicômio por serviços substitutivos, adoção de estratégias sanitárias e dispositivos sociais. Em artigo sobre estratégias da reforma psiquiátrica barbacenense Alvarenga e Novaes (2007, p. 583) destacam que:

A proposta tornou-se viável graças à conjuntura local, ou seja, quando um grupo do poder municipal se mobilizou e operacionalizou a reforma psiquiátrica. Tal processo foi sustentado pelo então Secretário de Saúde e por agentes locais em Saúde Mental, com o apoio do governo municipal, apesar da oposição e resistência de outros atores, para quem a reestruturação colocaria em risco a hegemonia do saber e/ ou capital advindo da “Indústria da Loucura”.

Já dentro da perspectiva de mudança, inclusive das políticas públicas,

Barbacena cria o “Museu da Loucura”. Instalado dentro das dependências do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena em 1996, o museu foi desenvolvido pelo projeto Memória Viva da Fundação Municipal de Cultura de Barbacena e financiado pela Prefeitura Municipal de Barbacena.

Neste espaço pode-se encontrar vasta gama de materiais que remetem aos tempos áureos do manicômio. São diversos documentos, imagens e equipamentos que constroem a história da psiquiatria mineira. Todo o trajeto da visitação é ordenado cronologicamente e são evidenciados três períodos distintos do manicômio: Do momento de sua criação, em 1903 até o ano de 1934, onde se considera um período de bom funcionamento institucional; de 1934 a 1979, onde destaca-se o declínio das práticas e um certo apogeu a psiquiatria como forma de repressão, e por fim do período de 1979 em diante, que é apontado no museu como o início de um processo de reestruturação assistencial. Evidencia-se que tal processo teve como ponto de partida a visita de Franco Basaglia, que foi neste mesmo ano ao manicômio.

Em 2002, a revista Museus Mineiros publicou uma matéria destacando este peculiar museu. A referida matéria chama a atenção para o fato do museu servir como uma “revelação do passado”, de modo que as questões ali retratadas não tornem a se repetir. O acervo do museu é constituído por materiais já existentes no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena e também por doações. Destacam-se painéis fotográficos, textos e alguns pertences pessoais do primeiro diretor, Dr. Joaquim Dutra. Objetos curiosos também estão expostos no local, como o primeiro telefone instalado na cidade (no antigo Sanatório).

Contudo o que mais chama atenção no museu são os instrumentos relacionados ao tratamento psiquiátrico destinado aos antigos internos: aparelhos de eletroconvulsoterapia; grades e algemas, materiais de instrumentação cirúrgica e objetos confeccionados por pacientes nas atividades de laborterapia.

O Jornalista Rodrigo Hilário (2003), em matéria publicada no Jornal Correio Braziliense, relatou sua impressão ao visitar o local:

[...] Entre as peças expostas, merece destaque uma pequena caixa preta, com alça e fecho, parecida com uma maleta. Aparentemente inofensivo, o objeto é sinônimo de horror e crueldade. Trata-se do eletroconvulsor - o aparelhinho usado para dar descargas elétricas de até 120 volts nas têmporas dos doentes mentais (CORREIO BRAZILIENSE, 2003).

Hoje sabe-se dos efeitos causados pela eletroconvulsoterapia. Hilário (2003) destaca que não era raro relato de pacientes que após serem submetidos ao “tratamento” sofriam luxações, fraturas e até mortes por paradas cardiorrespiratórias. O autor destaca ainda:

Nos painéis expositores tem ainda uma seringa de espessura semelhante à de um tubo de desodorante; conjunto de agulhas (que não eram descartáveis); algemas de ferro; instrumentos para manipular medicamentos, como balanças de precisão, centrífuga manual, microscópio e formas para comprimidos. Existem também objetos que tentam resgatar um pouco da história dos que viveram ali, como cédulas, moedas, bonecas, pratos e canecas metálicas, bolsas, e uniformes – os “azulões”.

Apesar de toda a riqueza de peças e materiais diversos, pode-se dizer que uma das partes mais impressionantes do museu é uma pequena sala que remonta um centro cirúrgico da época, retratando a realização da lobotomia. Esta se constituía em uma intervenção cirúrgica na região dos lobos frontais e temporais do cérebro, que de um modo geral serviriam para “acalmar” pacientes esquizofrênicos. Tal procedimento foi realizado em larga escala nos anos 40, em especial devido ao grande número de casos psiquiátricos trazidos pela II Guerra Mundial.

Contudo a Lobotomia entrou em desuso a partir da década de 50, em especial pelas críticas acerca dos danos irreversíveis causados ao cérebro, e também devido aos sérios efeitos colaterais sobre a personalidade e a vida emocional dos pacientes, que começaram a ser relatados. Pode-se ainda salientar na época o surgimento de novas drogas antipsicóticas e antidepressivas, que ofereciam melhores resultados para o tratamento.

Numa tentativa de mostrar as transformações sofridas pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena ao longo dos anos, existe também no museu, desde o ano de 1994, uma mostra intitulada “Um novo olhar”. A idéia foi promover um registro fotográfico de cada “morador” como são chamados os pacientes que moram nas casas existentes dentro do espaço hospitalar de modo a: “[...] valorizar cada morador como ser humano único, além de apresentar o novo cotidiano dentro do hospital, traduzido em momentos de descontração e individualidade, graças a atividades terapêuticas” (Revista Museus Mineiros, 2002)

Além dos painéis fotográficos, existem no museu diversos painéis com textos sobre a história do hospital colônia e também trechos de músicas e poemas de autoria dos próprios internos, como é o caso da música criada pela interna Sueli

Aparecida Rezende. A paciente canta a música na íntegra no documentário de Helvécio Ratton, *“Em nome da razão”* (1979):

Ô seu Manoel, tenha compaixão
Tira nós tudo dessa prisão
Estamos todos de azulão
Lavando o pátio de pé no chão
Lá vem a bóia do pessoal
Arroz cru e feijão sem sal
E mais atrás vem o macarrão
Parece cola de colar balão [...]
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vem as funcionarias
Que são as putas mais ordinárias

(Trecho extraído de painel do Museu da Loucura – De autoria da interna Sueli Aparecida Rezende, paciente do Hospital Colônia de Barbacena desde os 10 anos de idade, falecida em 2006. Retirado na íntegra do documentário “Em nome da Razão, de HELVÉCIO RATTON)

Logo na entrada do Museu o visitante se depara com uma enorme placa de autoria do artista barbacenense Edson Brandão, responsável pelo projeto museográfico do Museu da Loucura, com os seguintes dizeres:

Antes que você torça o nariz e sinta náuseas diante das faces grotescas e corpos arruinados pelo hospício e pela vida, saiba que pelo avesso eles falam de beleza, saúde, alegria, bem-estar e esperança. Compare-se a estas pessoas (sim, são pessoas, membros da nossa espécie homo sapiens (grifo do autor) gerados em ventres humanos) e descubra que a sua ocasional infelicidade é insignificante, que sua ligeira depressão é frescura, que suas rugas são lindas e que o mundo chato em que você vive é o paraíso. Estes infelizes existem para lembrá-lo que sua felicidade é mais real do que você imagina. Sinta-se igual a eles. Você é apenas o outro lado da moeda (Texto extraído de painel na entrada do Museu da Loucura – Autoria de Edson Brandão)

É importante pensar o Museu da Loucura com um olhar crítico. A idéia de preservar a tradição da Psiquiatria Mineira é louvável, até mesmo porque sabe-se que somente com o estudo do passado, podemos produzir o presente, e em especial, podemos repensá-lo, reformulá-lo e reconstruí-lo. Porém Lobo (2005), em texto não publicado chama atenção para o fato de que o Museu atuaria como uma espécie de carta de confissão, em que a Ciência, no caso a Psiquiatria, assumiria sua culpa pela forma como tratou os doentes mentais ao longo de tantos anos.

A falta de uma legislação específica e questões locais e políticas limitava o

alcance das novas transformações. Somente a partir do final da década de 90, o município conseguiu ingressar em um novo processo, que podemos conceber como uma iniciativa no sentido de promover uma Reforma Psiquiátrica, através do planejamento de implantação de novos dispositivos assistenciais.

5 DE 2000 A 2004: CONSTRUINDO A NOVA REDE DE SAÚDE MENTAL

5.1 BREVES APONTAMENTOS SOBRE OS PRINCIPAIS DISPOSITIVOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Diante de um processo de humanização do espaço hospitalar, Barbacena se viu diante de novas leis que a impeliram a posicionar-se de forma mais efetiva no que tangia as práticas em Saúde Mental do município. As principais leis e portarias da Reforma Psiquiátrica surgiram a partir de 1991. São elas: as portarias 189/91 e 224/92 que criaram e regulamentaram os novos serviços em saúde mental e atenção psicossocial, (Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS, hospitais dia, centros de convivência, unidades psiquiátricas em hospital geral, visita domiciliar, etc.) - anteriormente existiam apenas as possibilidades de internação hospitalar e consulta ambulatorial como procedimentos em assistência psiquiátrica; em 2000 a Portaria/GM nº 106 - de 11 de fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residências Terapêuticas; a Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002 que definiu e estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial; e principalmente, a Lei nº 10216 - 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- antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

Essa base política criou os alicerces para que o município pudesse enfim ingressar em seu processo de Reforma Psiquiátrica, buscando construir uma rede substitutiva ao hospital e não somente complementar, além de cessar a busca pela humanização do manicômio e manter o foco no que deveria ser criado fora do manicômio, para abarcar toda a população de internos que deveriam sair do espaço asilar.

Este capítulo terá como base principalmente o Relatório de Gestão de Saúde Mental do Município de Barbacena-MG, do período de 2000 a 2004 (BARBACENA, 2004), reportagens, além do diário de campo. Surgirão durante o texto, diversos dados estatísticos. Todos provêm do Relatório de Gestão Municipal, datado de 2004 (BARBACENA, 2004).

O Relatório de Gestão de Saúde Mental foi apresentado em um evento aberto, intitulado “Seminário de Gestão em Saúde Mental: da Ideologia à Prática”, realizado no auditório da Faculdade de Medicina de Barbacena, ao final do ano de 2004. O evento contou com a participação de autoridades municipais do setor, inclusive do Prefeito do município e ainda do Secretário de Estado da Saúde. Além de tais autoridades, compareceram em massa os trabalhadores de Saúde Mental da rede.

O objetivo do relatório foi divulgar as ações e serviços de Saúde Mental, realizadas de janeiro de 2001 à novembro de 2004, bem como prestar contas ao poder público, entidades não governamentais, movimentos sociais, dos progressos e percalços da implantação de uma rede em saúde mental no município. Foi apresentado neste documento as principais realizações dos programas e projetos em Saúde Mental, bem como informações sobre seu desempenho, no intuito de que tais informações pudessem subsidiar as medidas e ações do Poder Público Municipal (Executivo, Legislativo e Tribunal de Contas), do Ministério da Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e dos movimentos sociais.

Foi ainda proposto que o relatório servisse como um auxiliar na reflexão sobre as questões que emergiram no processo e contribuir para a construção de novas possibilidades para a melhoria da qualidade assistencial no município. Neste seminário tiveram a palavra o Prefeito, o Secretário Estadual de Saúde, o então Coordenador de Saúde Mental do município e os demais coordenadores dos serviços substitutivos da rede municipal. O evento foi documentado em vídeo pela imprensa local e regional.

A partir deste evento e do documento tornou-se possível compreender o início do processo de Reforma Psiquiátrica em Barbacena. Até o ano de 2000 para atender a clientela de Saúde Mental existiam somente os hospitais psiquiátricos e um ambulatório que funcionava dentro do espaço hospitalar (Ambulatório da FHEMIG, que estava sediado dentro do CHPB).

O relatório apontou a grave situação em que o município estava submetido no que tangia a sua assistência em psiquiatria. Somente sobre o CHPB, o relatório mostrou que: “Os levantamentos oficiais apontam que aproximadamente 60.000 pessoas morreram sem a assistência devida neste hospício, desde a sua fundação. Estima-se que ocorriam 60 óbitos por semana e sabe-se que, durante décadas, este hospital foi um dos maiores fornecedores de cadáveres para as faculdades de

medicina no país” (BARBACENA, 2004, p. 5).

Para dar início a um planejamento do projeto de Reforma do município, em 2001 a equipe técnica e a coordenação de Saúde Mental realizaram um mapeamento dos usuários de todo o sistema psiquiátrico da cidade. Este levantamento, de caráter quantitativo, permitiu conhecer a clientela hospitalar, no que dizia respeito à procedência, idade, tempo de internação, situação previdenciária e vínculo familiar. Além disto, buscou-se mapear os serviços já existentes de cuidados em Saúde Mental.

Partiu-se para um levantamento realizado por um censo hospitalar, que tinha como objetivo mapear a população alocada nos manicômios à época. Deste modo a Coordenação de Saúde Mental e a equipe técnica tiveram como objetivo delinear um projeto a ser apresentado ao gestor e ao Conselho Municipal de Saúde que, em síntese, objetivava uma mudança no modelo assistencial.

Os dados obtidos apontaram para um sistema constituído basicamente por assistência hospitalar, através da internação e de um único ambulatório da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) para atendimento extra-hospitalar. Concluiu-se ainda que era numerosa a população asilar nos 05 hospitais psiquiátricos existentes (04 privados e 01 público), na época, na cidade, totalizando um número de 1336 leitos (Barbacena, 2004, p.32)

O projeto orientou-se para a tentativa de construção de uma rede substitutiva, Neste projeto foram determinadas as principais funções, ações e políticas em saúde mental, tendo como base o ano de 2001 para o início das atividades.

Ainda de acordo com o relatório, como principais funções elegeu-se como missão central reverter a lógica hospitalocêntrica através da constituição de serviços territoriais de natureza substitutiva; adotar uma coordenação técnica, de caráter normativo, da Saúde Mental, do Sistema Único de Saúde (SUS), do município de Barbacena; e por fim o planejamento do desenvolvimento de políticas e ações de saúde mental na perspectiva da prestação de serviços de atenção integral, criando-se condições para se trabalhar com planejamentos e metas.

Em relação as ações propostas constavam a implantação de rede substitutiva reguladora do sistema, criando-se dispositivos assistenciais e mecanismos mais eficazes no controle de internações e dispositivos assistenciais estruturados para o processo de desospitalização. Outro ponto importante foi a preocupação em destacar a necessidade de supervisão técnica e revisão continuada do projeto

assistencial dos Programas de Saúde Mental desenvolvidos, tais como, do CAPS Municipal, Residências Terapêuticas, dentre outros serviços e dispositivos.

Assim tornar-se-ia possível a capacitação de Recursos Humanos, a partir do desenvolvimento de estratégias de qualificação e treinamento em Saúde Mental, que proporcionaria ao município uma mão de obra mais qualificada e que trabalhasse de acordo com as diretrizes do processo de Reforma. Neste item mostrou-se ainda a necessidade de supervisão, controle e avaliação da prestação de serviços contratados de Atenção à Saúde Mental do Sistema Único de Saúde do município de Barbacena, fator que permitiria à equipe saber sobre o andamento dos trabalhos e a qualidade dos mesmos.

Verificou-se ainda a importância de fazer uma estruturação protocolada das fontes e fluxo de informações. Seria então desenhado um mapeamento de fluxos e contra-fluxos, com as atribuições de cada instancia para todos os setores. (Tabela 1; Fluxogramas 1 e 2)

Cada serviço foi mapeado, sendo definida de forma mais objetiva sua função e seu papel na rede municipal de serviços substitutivos em Saúde Mental. Levantou-se ainda a proposta de parcerias intersetoriais e interinstitucionais. Isto de fato deu um caráter diferenciado ao processo no município e permitiu o aceleração do mesmo.

Em relação aos projetos propostos o que mais chamou atenção foi a organização de rede de Saúde Mental municipal, a criação dos lares abrigados para acolher pacientes crônicos egressos de instituições psiquiátricas, o tratamento de pacientes agudos, e finalmente a descredenciamento do SUS de leitos hospitalares utilizados para pacientes crônicos à medida que seus usuários fossem sendo desospitalizados, possibilitando assim que os recursos financeiros investidos na rede hospitalar fossem realocados na rede dos serviços de atenção à saúde mental.

Com auxílio do Ministério Público, que atuou em parceria e de forma incisiva junto a coordenação, foram desinstitucionalizados um total de 150 pacientes, oriundos de hospitais tanto da iniciativa pública como da privada (BARBACENA, 2004). O auxílio do Ministério Público foi um fator decisivo no processo de desinstitucionalização barbacenense. Notava-se grande dificuldade em negociar com os hospitais privados e conseqüentemente em dar altas aos pacientes que em sua maioria já estavam há muitos anos nas instituições. Tais hospitais resistiam ao máximo a perda de leitos, sendo necessária a intermediação do Ministério Público

como agente regulador das altas.

Seguindo as diretrizes da Coordenação Nacional de Saúde Mental foi criado no ano de 2002 um CAPS Municipal – CAPS tipo II. As concepções de trabalho e dinâmica de funcionamento o caracterizavam como equipamento regulador da rede, atuando como porta de entrada para as internações, isto é, funcionando como instância responsável pelas internações e avaliação de solicitações de renovações de AIH's – Autorização de Internação Hospitalar, o que anteriormente era realizado pela porta de entrada do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena/FHEMIG.

Com funcionamento de 12 horas, 07 dias na semana, com leitos de observação e de retaguarda noturna o CAPS veio a causar impacto significativo sobre o número de internações, desde sua implantação. (Gráfico 1). O gráfico aponta para a redução das internações em hospitais psiquiátricos do município a partir da implantação do CAPS Municipal, que vem a funcionar numa lógica de porta de entrada do sistema. Constituindo-se, portanto, como uma central de regulação de leitos psiquiátricos, além de prestar atendimento às emergências psiquiátricas, contando com 08 leitos retaguarda.

A proposta de reformulação da assistência em saúde mental discutida e trabalhada com várias instâncias sociais e deliberativas do SUS permitiu a implantação de uma rede de serviços substitutivos, de natureza territorial. Tratamentos em unidades abertas como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia Álcool e Drogas, Centro de Convivência e oficinas terapêuticas, valorização da expressão artística de uns e da capacidade de trabalho produtivo de outros em espaços protegidos passaram a ser assimilados positivamente pelo contexto cultural local. Foi então se construindo uma rede de novas possibilidades na tentativa de debater e por fim modificar o discurso que segregava como alienados e perigosos, os portadores de doença mental.

Em 2001 antes da implantação deste projeto, o município contava com 1.336 leitos em 05 hospitais psiquiátricos com grande concentração de leitos, sendo 01 na rede pública e os demais conveniados ao SUS/MG, porém de administração privada. O número de internações e reinternações de pacientes agudos ou em crise era de 130 usuários por mês sendo em média, deste número, 40 com transtornos relacionados a álcool e drogas (BARBACENA, 2004).

Com a implantação do CAPS Municipal, tornou-se possível criar um mecanismo para tentar conter o abuso de internações, uma vez que todas as

internações e solicitações de renovações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do município teriam que, obrigatoriamente, passar por este dispositivo. Sabemos da importância deste dispositivo como porta de entrada, para evitar novas internações. De acordo com o Ministério da Saúde, o Caps seria:

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.13).

Os principais usuários do serviço são portadores de transtornos mentais severos. Cada usuário que passa a ser atendido no CAPS conta com um terapeuta de referência, que é o profissional que monitorará juntamente com o usuário o seu projeto terapêutico individual, além de ser o responsável pelo contato com a família. De acordo com o relatório, como balanço final o CAPS conseguiu reduzir em 83% o número de internações psiquiátricas, analisando os dados de internações antes e após a implantação do serviço (BARBACENA, 2004)

Com um regime de atendimento diário, o CAPS Municipal de Barbacena configurou-se como um dispositivo assistencial voltado para a atenção integral à clientela, constituindo-se em um importante espaço de acolhimento e cuidados em saúde mental. Este serviço foi também responsável pela assistência aos moradores das Residências Terapêuticas, montadas na cidade no período estudado.

O CAPS Municipal proporcionou novas formas de atenção ao portador de doença mental, vindo a desenhar-se, no cenário das mudanças nas políticas e ações em saúde mental de Barbacena, como um espaço possibilitador do desenvolvimento de laços sociais e interpessoais. Laços estes fundamentais para o estabelecimento de novas possibilidades não apenas de tratamento, mas de vida, ao portador de doença mental e sua família. Os números apontam para a manutenção do CAPS como principal serviço de acolhimento a crise, em seus diversos tipos de regime (Tabelas 3,4 e 5).

Deflagrado o processo de Reforma Psiquiátrica de Barbacena, inicia-se, um trabalho em rede contando com a reestruturação do antigo Núcleo de Estudos e Prevenção ao Alcoolismo (NEPA), também da rede estadual FHEMIG, para se constituir o Hospital Dia – AD, neste espaço. O serviço foi enfim credenciado em 2003 pelo Ministério da Saúde, como CAPS AD. Após a reformulação deste serviço a queda de internações por abuso de etílicos e drogas caiu em 80% (GRÁFICO 2). Como aponta o gráfico, o Hospital Dia-AD, unidade também substitutiva, apontou para a significativa redução no número de internação em álcool e drogas.

Funcionando dentro do CHPB/ FHEMIG, o Hospital Dia-AD (forma como foi nomeado no município) oferecia atendimento ambulatorial para dependentes de álcool e droga, oficinas terapêuticas e leitos de observação. Este serviço representou um importante dispositivo na rede substitutiva de Saúde Mental ao contribuir para a redução de internações psiquiátricas decorrentes de uso e dependência de álcool e drogas.

O serviço no período avaliado pelo relatório, desde a sua constituição, apresentava uma média de 420 atendimentos ambulatoriais mensais aos usuários de álcool e drogas e média de 37 usuários em atendimento de procedimento de Hospital-Dia. Apontou-se ainda diminuição no número de acolhimentos ao longo dos anos e a manutenção de um baixo número de internações por este serviço. Outro fator que merece destaque foi o aumento do número de encaminhamentos para o Pronto Atendimento (PA) que, na nova configuração da rede de saúde mental municipal assumiu um importante papel ao atuar como responsável pelas emergências de álcool e droga.

Neste mesmo local funcionava o Ambulatório do CHPB, criado na década de 80, já numa perspectiva de humanização do tratamento. Este serviço tentou ofertar atendimento de urgência no sentido de evitar a internação, porem constituiu-se naquele momento em um dispositivo isolado, sendo incapaz de assumir tal função.

Mais recentemente este serviço passou a ser responsável pela triagem e posterior encaminhamento para oficinas terapêuticas (dentro do próprio CHPB), CAPS Municipal e Programa de Saúde da Família (PSF). Este dispositivo que anteriormente atuava de forma isolada, passou enfim a operar dentro da rede municipal de serviços extra-hospitalares. O ambulatório representou um aumento quantitativo e qualitativo da resolutividade do serviço, contudo era nítido que ainda não estava devidamente inserido na rede, funcionando como um serviço a parte,

necessitando ainda ser reestruturado em sua integração com rede de saúde mental.

A criação de um Centro de Convivência, inaugurado em julho de 2003 foi outro grande passo na Reforma municipal. Embora não tenha sido criado por iniciativa da coordenação municipal de saúde mental, este espaço constituiu-se em um local de circulação de usuários, além de pessoas da comunidade, de um modo geral. Situado no Instituto José Luiz Ferreira, entidade ligada à Igreja Católica, oferecia oficinas de atividades artesanais, visando a ressocialização e reintegração do usuário na comunidade.

O Centro de Convivência, de caráter comunitário, oferecia atividades de música, artesanato, culinária, dentre outras. A participação da comunidade foi crucial para aproximar a sociedade do “louco”, de modo que muitos estigmas pudessem ser defeitos em tal dispositivo.

A parceria estabelecida com a Igreja Católica foi decisiva, uma vez que além de coordenar as atividades do Centro de Convivência, o Instituto veio mais adiante a ser o responsável pela administração das finanças das Residências Terapêuticas, implantadas a *posteriori* no município. Os dados do relatório apontam que a frequência mensal em média era de 370 pessoas das quais 70% da comunidade e 30% de usuários da Saúde Mental.

Acerca da administração das Residências terapêuticas, O Instituto José Luiz Ferreira possuía total autonomia para gerir as casas, no que tangia a seu aspecto financeiro, prestando contas à coordenação de Saúde Mental mensalmente. Alvarenga & Novaes (2007, p. 582) ressaltam a aliança com o terceiro setor como um importante passo na reforma barbacenense, abordando: “as inovações na modalidade de gestão em saúde mental no município, que passou a contar com a participação de uma instituição do no trabalho referente aos dispositivos residenciais terapêuticos” (Para aprofundamento da parceria realizada ver artigo de ALVARENGA & NOVAES, 2007).

Um dos pontos-chave do processo da Reforma em Barbacena consistiu na busca pela integração entre a Saúde Mental e o PSF. Essa parceria garantiria a oferta para os usuários do atendimento básico em saúde, direito de qualquer cidadão. Significa reconhecer que o “louco” não carece somente de tratamento psiquiátrico, mas sim de acompanhamento e em alguns casos tratamento clínico. Significa dar a estes indivíduos o status de cidadão.

Outro fator que mereceu destaque foi o aumento do número de

encaminhamento para o Pronto Atendimento (PA) que, na nova configuração da rede de Saúde Mental do município assumiu um importante papel ao atuar como responsável pelas emergências de álcool e droga e pelas emergências psiquiátricas noturnas, uma vez que o CAPS funcionou somente no período diurno. Faltava até então um local para as emergências noturnas gerais e momentos de crise em álcool e drogas. Tais usuários fatalmente eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos. Com a abertura do Pronto Atendimento e inserção de psiquiatra neste serviço, tornou-se possível criar um local específico para acolher tal demanda, e mais uma vez evitar que o sujeito ingressassem em uma internação.

Constituída a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental do município tornou-se possível pensar em estratégias para retirar pacientes dos hospitais psiquiátricos e tratá-los nos serviços extra-hospitalares. Nesse sentido, foi inaugurado em 2000 o primeiro Serviço Residencial Terapêutico da cidade, constituindo-se, portanto, em um projeto piloto (BARBACENA, 2004).

O Ministério da Saúde instituiu então, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), que avalia os hospitais psiquiátricos através de indicadores de qualidade pré-determinados pelo Governo. Este programa representou um ponto chave da reforma no município.

Após avaliação negativa no PNASH, o município interviu e fechou um dos principais hospitais privados da cidade, o Sanatório Barbacena. Após o resultado de descredenciamento desta instituição pelo SUS, o município desinstitucionalizou os pacientes que nela encontravam-se internados.

Neste contexto tornou-se necessário implantar 08 Residências Terapêuticas. Tais dispositivos receberiam os pacientes do Sanatório que tivessem indicação para o projeto, após avaliação da equipe de Saúde Mental do município. Pacientes não indicados receberiam encaminhamento para o hospital público da cidade (CHPB / FHEMIG) ou alta, voltando assim para o convívio familiar.

A viabilização da implantação das Residências Terapêuticas na rede substitutiva em Saúde Mental deu-se a partir do ano de 2000, quando o Ministério da Saúde lançou as portarias 106/MS e 1.220/MS, determinando as regras e o financiamento específico para estes serviços. Através destes documentos, o Governo determinou que a residência deveria garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tivessem possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuíssem vínculos

familiares. Além disto, foi ressaltada também a função do serviço de promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

No ano de 2003, o Governo lança o programa “De Volta para Casa”, que vem a ser um grande incentivador para o projeto de desospitalização. Através da Lei Nº 10.708 e sua posterior regulamentação pela portaria Nº 2.077 de 2003, fica instituído que podem ser beneficiários do programa portadores de transtornos mentais que permaneceram internados “[...] por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003, p. 03).

O auxílio, no valor de R\$ 240,00 mensais é concedido pelo período de 01 ano, sendo que o mesmo pode ser renovado quando necessário aos propósitos da reabilitação do paciente. A suspensão do auxílio se dá quando o beneficiário falece, é reinternado em instituição psiquiátrica ou quando se alcançam os objetivos de sua reintegração social e conquista de autonomia.

Por estar inserida em uma rede de serviços substitutivos, a Residência Terapêutica é contemplada pelo programa. Este auxílio permitiu que os moradores pudessem se inserir nas relações de sociais, através da aquisição de bens e serviços. Aprendendo a lidar com o dinheiro, com a nova rotina da casa e com a comunidade que o cerca, o ex – paciente passa por uma verdadeira reconstrução de sua identidade.

Seguindo a tendência atual das políticas de Saúde Mental, que se orienta pela ampliação da rede substitutiva, em 2003 foram implantadas mais 10 casas e em 2004 a cidade ganhou 08 novas residências, totalizando ao final do ano de 2004 um total de 20 dispositivos residenciais.

As Residências Terapêuticas de Barbacena eram custeadas pelo município, que como forma de gestão do serviço optou por firmar uma cooperação com uma entidade filantrópica, o Instituto José Luiz Ferreira. O município fazia o repasse do recurso financeiro referente ao custeio das casas à entidade filantrópica, que o administrava e redistribuía para as residências.

Esta cooperação permitiu à equipe técnica manter-se somente na parte assistencial, uma vez que se desvinculando da gestão das casas, os técnicos do município puderam dedicar-se de forma integral aos trabalhos com os moradores. Esta disponibilidade foi crucial, uma vez que ao passarem a residir em uma casa,

tais sujeitos são defrontados com outra realidade, e precisam reelaborar todo o seu universo de significados. Foi preciso, portanto, que cada morador tivesse uma escuta e uma avaliação diferenciada, o que exigiu um trabalho intensivo por parte dos técnicos.

Pitta (1996) ressalta que a residência incluída no território atua mais significativamente com o papel reabilitador se estiver articulada com os demais serviços da rede de Saúde Mental, como os CAPS, NAPS, Oficinas Terapêuticas, etc. A Residência Terapêutica na cidade de Barbacena faz parte de uma rede de serviços substitutivos e está inserida no próprio território, para facilitar a integração dos moradores com a comunidade. Os moradores fazem acompanhamento médico e psicológico no CAPS e muitos freqüentam atividades de Oficinas Terapêuticas oferecidas na rede.

5.2 A CONTINUIDADE DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO – FUNCIONAMENTO DA REDE E DESCREDENCIAMENTO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Embora as internações tenham sido bastante reduzidas, quando necessárias passou-se a priorizar rede pública – representada no município pela FHEMIG. Nesta unidade de agudos, o município contava com 24 leitos para internação integral, porém, apenas masculino até o ano de 2004. Por este motivo, ainda necessitava-se da rede privada, para usuários do sexo feminino.

Ainda na esfera das internações, pode-se apontar a mudança na prática de renovação de internação hospitalar (AIH), a partir da implantação do Caps Municipal em 2002, que passa a assumir o papel de supervisor hospitalar no sistema.

Outro fator veio a enriquecer o quadro de transformação da política assistencial psiquiátrica no município de Barbacena, em 2003. Nesta época, o Sanatório Barbacena foi fechado pelo PNASH/versão 2003 (Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos), e imediatamente após o resultado de credenciamento desta instituição pelo SUS, o município tomou as providências cabíveis para intervir no hospital em setembro de 2003 e desinstitucionalizar os pacientes que nele encontravam-se internados.

Nesta conjuntura foi realizado um ajustamento de conduta envolvendo o

Departamento Municipal de Saúde Pública de Barbacena/DEMASP e o Sanatório Barbacena, tendo como mediador o Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

Todo o quadro de recursos humanos foi alocado no referido hospital psiquiátrico pelo DEMASP, enquanto a pessoa jurídica do hospital Sanatório Barbacena demitiu todos os funcionários do seu quadro. Por este motivo, tratou-se de um processo oneroso ao município, que teve um déficit mensal por volta de 15 mil reais, mas ao mesmo tempo possibilitou à equipe, nos três meses do ajustamento, uma gerenciabilidade significativa sobre a regulação de todo o funcionamento do hospital, bem como da lógica de funcionamento clínico da instituição. Isto permitiu com que a equipe pudesse ter acesso irrestrito ao campo de reabilitação mesmo que em curto prazo, de cada paciente, o que gerou efeitos satisfatórios em relação ao número de pacientes desinstitucionalizados (67%), de acordo com dados apontados pelo relatório

Em Dezembro de 2003 a Casa de Saúde Xavier, outra clínica privada conveniada ao SUS, do município de Barbacena, solicitou rompimento contratual com o Sistema, rescindindo o contrato que vigorava até 31 de dezembro de 2003. Fato este que foi gerado pelas implicações da proposta assistencial de redução de internação do CAPS Municipal, que por seu modelo substitutivo reduziu significativamente o número de internação de agudos, deixando de “abastecer” o hospital continuamente com clientela de pacientes agudos. Nesta conjuntura, os pacientes asilares passaram a representar número insuficiente para custeio da referida clínica psiquiátrica, motivo pelo qual esta veio a alegar estar sem condições de atender às exigências do SUS e que, portanto, solicitou descredenciar-se do sistema.

Como desdobramento de tal conjuntura e, entendendo que a simples realocação destes pacientes para outros hospitais, significaria um retrocesso para Reforma Psiquiátrica a nível Municipal, Estadual e Federal, a Prefeitura de Barbacena determinou-se a providenciar o processo de desinstitucionalização destes usuários através da abertura de mais 08 Serviços Residenciais Terapêuticos e o respectivo custeio dos mesmos.

Realizou-se, então, um ajuste de conduta entre o Departamento Municipal de Saúde Pública de Barbacena/DEMASP e a Casa de Saúde Xavier, sob mediação do Ministério Público, em dezembro de 2003. Este processo acenou com um diferencial em relação à intervenção no Sanatório Barbacena, visto que optou-se por um

trabalho conjunto da equipe do DEMASP e da equipe da Casa de Saúde Xavier, na desinstitucionalização dos pacientes internados nesta instituição. Tratou-se de um processo menos oneroso ao DEMASP porém, com redução relevante do grau de autonomia da equipe em relação à clínica.

Diante de entraves orçamentários, optou-se por transinstitucionalizar os pacientes, em totalidade, da Clínica Casa de Saúde Xavier para a Casa de Saúde Santa Isabel, onde em março de 2004 foi feito um novo ajustamento de conduta que previa um tempo até outubro do mesmo ano para o processo de desinstitucionalização daqueles pacientes.

O encaminhamento dos pacientes da Casa de Saúde Xavier à Casa de Saúde Santa Isabel deu-se por esta última apresentar uma proposta de investimento na estrutura clínico-assistencial e parceria técnica que se afinava com as propostas da gestão no tocante as diretrizes da reforma psiquiátrica e por ser uma instituição mais receptiva as abordagens da equipe de Saúde Mental responsável pelo projeto de Reforma Psiquiátrica do município.

Assim sendo, a equipe do DEMASP trabalhou juntamente com a equipe da Casa de Saúde Santa Isabel e foram desinstitucionalizados 18 pacientes, oriundos da Casa de Saúde Xavier, conforme acordado previamente.

Como desdobramento da transformação das políticas e ações no campo da saúde mental no município de Barbacena, a estratégia de desinstitucionalização de pacientes asilares veio a incidir sobre a Clínica Mantiqueira, do mesmo município – a única clínica privada que até então não havia sofrido nenhuma intervenção por parte do município. Esta veio a sofrer intervenção do Departamento Municipal de Saúde Pública/DEMASP em setembro de 2004, a partir do momento em que a atual gestão entendeu que, por haver vagas nas residências terapêuticas, deveria propor à clínica que trabalhasse em prol da reforma psiquiátrica e portanto, conjuntamente com a equipe de saúde mental do município, promovesse a desinstitucionalização de pacientes asilares – seguindo a política do Ministério da Saúde de redução progressiva dos hospitais de maior número de leitos.

Tal ação se deu com o apoio do Ministério Público e assim foi possível a retirada de mais 13 pacientes provenientes da Clínica Mantiqueira, também privada. Todos foram avaliados pela equipe de Saúde Mental do município e estavam aptos a ocuparem as vagas existentes nas casas. Destaca-se ainda que além de intervir nas instituições privadas, o município desinstitucionalizou também pacientes

oriundos do CHPB/FHEMIG, a única instituição psiquiátrica da cidade pertencente à rede pública. Contudo, o foco foi ainda mantido no setor privado. Em suma, no período 2000-2004 foram desinstitucionalizados 150 pacientes, sendo 72 oriundos do CHPB e os demais da rede privada.

A criação de uma rede de serviços alternativos ao hospital foi de grande importância para que a Reforma Psiquiátrica pudesse ocorrer no município. Sem os serviços substitutivos tornar-se-ia inviável a retirada de pacientes das instituições psiquiátricas para o tratamento no espaço extra-hospitalar. A desinstitucionalização não pode acarretar a desassistência aos portadores de sofrimentos psíquicos, mas sim possibilidades mais humanas de tratamento.

Como forma de gestão dos dispositivos residenciais, o Departamento Municipal de Saúde Pública de Barbacena/DEMASP optou pelo estabelecimento de uma relação de cooperação com uma entidade filantrópica, o Instituto José Luiz Ferreira. Nesta experiência de cooperação, o gestor público fica responsável pelo repasse do recurso financeiro referente ao custeio a entidade filantrópica, porém, tomando para si a responsabilidade assistencial aos moradores das residências terapêuticas.

Este contexto de flexibilização da gestão permitiu a resolução de problemas no campo das políticas públicas em saúde mental de forma mais ágil, bem como possibilitou a equipe técnica disponibilidade maior para se dedicar as questões assistenciais demandadas pelo projeto. Este convênio vem atendendo à grande parte das questões que dificultavam a implantação da reforma psiquiátrica no município, permitindo a operacionalização e viabilização deste processo.

Observando o histórico realizado até então, conclui-se que são significativas as transformações ocorridas nos serviços de saúde mental de Barbacena. Contudo cabe a nós questionar se este processo constitui-se efetivamente em um processo de Reforma Psiquiátrica, analisando criticamente o processo de mudança ocorrido no período de 2000 aos dias atuais.

Sabemos que ao longo da década de 80, deu-se um lento, porém progressivo processo de desmobilização das instituições manicomiais ainda existentes em Barbacena. As internações foram suspensas e as grades, removidas. Três pavilhões foram reformados para abrigar serviços de saúde pública que atendem à população em geral – durante as obras, dezenas de ossadas foram desenterradas.

Além do CHPB, restaram ao final de 2004 apenas duas clínicas psiquiátricas

particulares na cidade: Casa de Saúde Santa Izabel e Clínica Mantiqueira. O ambulatório do CHPB passou a fazer parte da rede. Nas palavras do então coordenador de Saúde Mental à época: “Pela primeira vez em Barbacena a Unidade de Internação de Agudos do CHPB, pública, passa, seguindo a lei 8080 a ser o hospital de referência no município para internação, pondo fim ao absurdo “rodízio igualitário”, regularmente praticado na antiga porta de entrada municipal (BARBACENA, 2003).

O que existia até então era um rodízio de internações. Ou o paciente era encaminhado ao CHPB, da rede FHEMIG ou a um dos dois hospitais privados que ainda existiam na cidade: Clínica Santa Izabel ou Casa de Saúde Mantiqueira. O fim ao rodízio foi um modo de evitar as internações na iniciativa privada, que não buscam, de um modo geral, as internações de curta duração, tal como preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O produto final da pesquisa em forma de relatório representa o aprimoramento da fase de sistematização dos dados. Este relatório é que nos apresentará os dados da pesquisa já trabalhados, permitindo ao pesquisador chegar a conclusões acerca da relação entre o material coletado e as teorias utilizadas (VÍCTORA, 2000).

A análise é realizada através do debate que os temas e os dados apontam. Essa análise incluirá as referências bibliográficas, o modelo teórico, juízos de valor e deve finalmente propor as conclusões. O principal da discussão final é apresentar a relação entre as hipóteses de trabalho e sua confirmação ou não, através da pesquisa realizada. Os resultados vão sendo apresentados e, enfim, discutidos.

A explicação científica é a finalidade da ciência. Na explicação da realidade, buscamos realizar os princípios subjacentes aos achados da pesquisa. A finalidade dessa pesquisa, portanto, é identificar um processo ainda em curso, identificar os seus fenômenos, compreendê-los e, por fim, tentar responder a questão principal da pesquisa, ou seja, identificar se Barbacena conseguiu efetivamente romper com o modelo manicomial e ingressar num efetivo processo de reforma psiquiátrica, tal como preconizado pela nova legislação brasileira em saúde mental.

Pensar em analisar um processo de Reforma Psiquiátrica em curso não é uma tarefa das mais simples. Sabemos que estamos lidando com um processo dinâmico, sujeito a interferência de diversos fatores e inúmeros agentes, que contribuem e direcionam o mesmo. Deste modo, qualquer análise nesse sentido sempre parecerá incompleta e insuficiente.

Por este motivo buscamos neste trabalho analisar o processo de Reforma Psiquiátrica vivenciado pelo município de Barbacena-MG valendo-se de alguns dados primários e considerando de forma preferencial a formação e consolidação da rede de serviços substitutivos, bem como a

paralela diminuição de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos, fossem eles públicos ou privados.

Para possibilitar um estudo mais específico, abordamos somente o período que compreendeu do ano de 2000 ao ano de 2004, por ser este o período em que ocorreram transformações mais significativas no município, em especial ao que diz respeito a construção de novos serviços substitutivos e a redução de leitos nos manicômios ainda existentes. Não deixamos de abordar os períodos anteriores, até porque explicitar a história manicomial do município, bem como suas primeiras transformações, ocorridas a partir da década de 80 tornou-se fator-chave para a compreensão do processo de Reforma Psiquiátrica de Barbacena. Nesta conclusão mencionaremos ainda, de forma breve, algumas mudanças importantes ocorridas após 2004, que mesmo não sendo o foco do estudo merecem ser citada dada sua relevância.

Certamente o trabalho ficaria muito enriquecido se fosse dada voz aos atores do processo, através da realização de entrevistas. Contudo por uma questão de logística e de objetivos optamos por neste estudo não adotar tal técnica. Construimos um norte para que em outro momento outro pesquisador possa apropriar-se dos dados aqui destacados e avançar nesta pesquisa.

Como vimos ao longo do texto, o município estudado não foi escolhido de forma aleatória. Muito ao contrário: Barbacena tem um peso histórico significativo quando pensamos em práticas manicomiais, tendo assumido sozinho durante anos toda a demanda psiquiátrica do Estado de Minas Gerais, além de receber ainda pacientes provenientes de todo o país.

Como pudemos observar, a construção de uma rede em Saúde Mental no município de Barbacena é uma experiência tardia, considerando os anos em que o município esteve excluído da tendência nacional e internacional de transformação da assistência em saúde mental. A partir do ano de 2000 notamos que ocorreu uma evolução significativa em relação aos anos anteriores, quando pela primeira vez Barbacena alinhou-se as propostas das coordenações estaduais e nacional de

Saúde Mental.

No ano de 2000 pouco foi feito, porém a idealização e realização de um censo hospitalar podem ser destacadas como um passo importante para todo o processo que estaria por vir. Tornar-se-ia inviável pensar em desinstitucionalização de pacientes sem saber com quais pacientes se estava trabalhando. Este trabalho do município permitiu ao mesmo conhecer melhor e mais a fundo sua clientela psiquiátrica, bem como obter dados epidemiológicos relevantes para o planejamento da reforma municipal: idade dos pacientes, diagnósticos, tempo de internação, existência de vínculos familiares, dentre outros.

Em 2001 o processo de implantação da rede passou a incorporar as prioridades próprias da demanda na cidade, o que aumentou sua capacidade de refletir a ação da equipe que atuava junto ao processo de Reforma no município. O processo desencadeado neste momento, no âmbito da saúde mental, pôde criar condições para um aprimoramento da capacidade de trabalho da equipe, especialmente incorporando a avaliação como um instrumento cotidiano, entendido não apenas como o cumprimento de uma norma anual, mas capilarizando este processo nos níveis descentralizados e contribuindo para a efetiva implantação dos pressupostos da reforma psiquiátrica na assistência em saúde mental na cidade de Barbacena, respeitando todas as suas diretrizes e princípios.

No ano de 2001 o município de Barbacena ainda contava com grande concentração de leitos em hospitais psiquiátricos. O número de internações e reinternações de pacientes agudos ou em crise eram de 130 usuários por mês sendo em média, deste número, 40 com transtornos relacionados a álcool e drogas (BARBACENA, 2004).

É notável a expansão de serviços substitutivos ao longo do período estudado e a redução de leitos psiquiátricos. Podemos dizer que Barbacena conseguiu construir uma ampla rede em um curto período de tempo. Porém o trabalho não está findado, pensando que ainda existem outros pontos vulneráveis da rede e até mesmo serviços que ainda não foram criados.

Um destes serviços é o CAPS infantil. Tal clientela é atendida pelas APAE's. O município não oferece nenhum tipo de ambulatório ou qualquer outro serviço direcionado a crianças e adolescentes. Além da criação deste novo serviço seria de suma importância a ampliação do atual CAPS para CAPS tipo 3, de modo que o serviço fosse capaz de abranger urgências noturnas e em finais de semana. Tal

demanda no período estudado era toda direcionada ao Pronto Atendimento, e atualmente é acolhida pela Santa Casa de Misericórdia da cidade. Ou seja, um paciente em surto “fora” do horário de funcionamento do CAPS está fadado a percorrer um longo trajeto institucional até chegar a um serviço substitutivo que possa acolhê-lo. Entrando novamente em surto o ciclo se repete.

Outra questão ainda necessária para que o processo de reforma barbacenense se consolide consiste na garantia de atendimento hospitalar de agudos e criação de leitos de retaguarda para que os pacientes sejam atendidos em sua totalidade na rede pública. Os hospitais privados ainda participam de forma ativa de rede de Saúde Mental municipal, acolhendo pacientes e gerando AIH's. O ideal seria que os mesmos fossem atendidos pelos serviços substitutivos públicos e que a internação ocorresse, se necessário, por um período breve e em leitos de retaguardas destes mesmos serviços, no caso de Barbacena especialmente o CAPS.

Por fim podemos ainda destacar a necessidade do fortalecimento da parceria Saúde Mental e PSF. Tanto no período estudado como nos dias atuais o PSF tem prestado atendimento de forma mais efetiva somente aos usuários residentes em Residências Terapêuticas do Município. Para os demais usuários o atendimento ainda é confuso e varia de acordo com a equipe de ESF envolvida e a região atendida. Há que se considerar a questão da alta rotatividade dos profissionais de tais equipes, tal como visto em um panorama nacional.

Mais recentemente, no período posterior ao abordado neste estudo Barbacena foi destacada pelo Ministério da Saúde como modelo para a implantação de um novo sistema de atendimento psiquiátrico. Deste modo, a cidade recebeu o primeiro Núcleo de Apoio à Desinstitucionalização (Nudes) do país. O serviço tem como objetivo promover a reintegração social dos internos, incentivando seu retorno às famílias e oferecendo condições para que vivam com o máximo de independência em residências supervisionadas:

Barbacena será referência para os próximos núcleos, que serão instalados em municípios de perfil semelhante, como Feira de Santana, na Bahia, e Paracambi, no Rio de Janeiro. A cidade mineira foi escolhida por ter implantado em 2000 um sistema de ressocialização, que reduziu o

número de internações mensais de 120 para 12 e já alojou 145 ex-internos em 22 residências, onde vivem em grupos de até oito pessoas.

Em edição especial, o Jornal “Estado de Minas” de 07 de setembro de 2008 publicou um suplemento narrando a história do manicômio em Barbacena e sobre as transformações ocorridas no município. O artigo intitulado “*O Fim dos porões da Loucura*” delineou todo o processo histórico que cunhou Barbacena como cidade da loucura. A matéria ressalta que atualmente todos os investimentos têm sido realizados no sentido de fortalecer o tratamento do paciente sem tirá-lo de seu contexto familiar, sendo que a família atua como importante coadjuvante na construção do projeto terapêutico do mesmo.

Eis que a matéria aponta para um nó da Reforma:

Entretanto em algumas situações de crise, o paciente as vezes precisa de um ambiente protegido e a internação é necessária. É verdade que a rede pública dispõe ainda de recursos insuficientes para a assistência psiquiátrica; a desativação de grande número de leitos não teve a correspondência necessária nos serviços substitutivos a internação, mas sem dúvida, houve um avanço (O ESTADO DE MINAS, 2008).

De acordo com o atual diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Mauro Borgo, a instituição tem ainda 240 pacientes crônicos. Percebemos a drástica redução de leitos hospitalares, porém não podemos deixar de notar que ainda existem pacientes asilados em Barbacena. Ainda existem hospitais psiquiátricos: dois privados e um público e ainda existem internações. A questão de Barbacena não parece ser a de aperfeiçoar o modelo, mas sim de superá-lo de forma radical, e nem em criar uma rede paralela que não seja substitutiva, mas sim enfrentar radicalmente o modelo hospitalar e criar efetivamente uma rede substitutiva, capaz de dar conta por si só da demanda psiquiátrica municipal.

Há no que tange a assistência hospitalar psiquiátrica em Barbacena uma importante contradição. A Reforma Psiquiátrica é promovida pelo município, que toma para si a responsabilidade de reformulação da assistência em Saúde Mental, tal como preconizam as novas diretrizes do SUS. Contudo o principal hospital público atuante no município é estadual, o que nos leva a questionar a lógica da saúde pública no município, uma vez que de acordo com os princípios do SUS a responsabilidade pela assistência e a gestão da mesma deve ser do gestor municipal.

Não podemos deixar de considerar os avanços apresentados pelo município: a criação do CAPS, de Residências Terapêuticas, o fechamento e descredenciamento de hospitais privados, a desinstitucionalização de pacientes, as parcerias estabelecidas com atores sociais diversos (Igreja Católica, Ministério Público, Comunidade, etc.). Todas estas ações representaram contribuíram para colocar Barbacena em uma posição de destaque no cenário nacional. Contudo não podemos deixar de refletir acerca das falhas da rede e de como a mesma ainda carece de novos serviços e até mesmo da reestruturação de serviços já implantados, de modo que os mesmos ganhem mais autonomia e infra-estrutura que o tornem capazes de acolher a demanda psiquiátrica seja ela qual for e especialmente em qualquer horário. Apesar de todos os avanços, o hospital ainda permanece atuante na rede municipal de Saúde Mental. São pontos de discussão e sugestão que deixamos para os profissionais atualmente envolvidos com o processo de Reforma do município. Barbacena ainda tem muito por onde caminhar, mas certamente não mais é a velha “cidade dos loucos”.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. T.; NOVAES, C. O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre o gestor público e o terceiro setor. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. Rio de Janeiro. V.14, n 2, p. 571-593, abr-jun, 2007.

ALVIM, Clóvis de Faria. Assistência ao doente mental. **Revista da Associação Médica de Minas Gerais**, vol.VII, set/ dez, p.119-153, 1956.

AMARANTE, P.(coord). **Loucos pela Vida**: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente: outras** Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE P; ROTELLI F. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Amarante P, Bezerra Jr B, organizadores. **Psiquiatria sem Hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992, p.41-55.

BARBACENA. **Relatório de Gestão em Saúde Mental**. Período de janeiro de 2001 à novembro de 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas. Barbacena, 2004.

_____. **Informativo da Coordenadoria de Saúde Mental do Departamento Municipal de Saúde Pública de Prefeitura Municipal de Barbacena**. Ano I, n 1, Julho/Agosto, 2003.

BARROS E SILVA, M.C. **Repensando os Porões da Loucura**. Um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de História da Universidade Federal de Minas Gerais em 2005.

BASAGLIA F (1965). A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: Amarante P, organizador. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 23-34.

_____. (1966). Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: AMARANTE, P (org). **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p.35-59.

_____. (1967). Apud AMARANTE. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. (1979). **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria/SNAS nº 189 - De 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. Portaria de 1992 que normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Quase que a totalidade desta portaria já foi superada por outras normas. Estão válidas ainda, no entanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios. As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02.

BRASIL. Portaria/GM nº 106 - De 11 de fevereiro de 2000 Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

BRASIL. Lei 10216 de De 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

BRASIL. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

BECKER, H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec. 1993.

_____. The Epistemology of qualitative research. In: Richard J. et al (Orgs.) *Ethnography and Human Development*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996. Extraído de MINAYO. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. (Orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BEZERRA JR B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Amarante P, Bezerra Jr B, organizadores. **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992, p.113-26.

BIRMAN. Cidadania e Loucura: um paradoxo. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, pp.71-90.

BRASIL, **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, C.R. Cidadania, Sujeito, Cersam e Manicômios. **Revista Metipolá: Publicação do Centro de Referência em Saúde Mental da Região Leste – CERSAM-LESTE**. Belo Horizonte, sem data definida.

CEBES. A Questão Democrática na Área da Saúde (1979). In: FLEURY, S; BAHIA, L; AMARANTE, P. (org). **Saúde em Debate: Fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007, p. 11-3.

COELHO, Ronaldo Simões. Barbacena 1900-1980. In: Congresso **Mineiro de Psiquiatria 3**, Nov 1979, Anais. Belo Horizonte.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica. Coleção Loucura e Civilização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CORREIO BRAZILIENSE. **A memória da loucura**. HILÁRIO, Rodrigo. Disponível em:<http://www2.correioweb.com.br/cw/EDICAO_20030116/vid_mat_160103_1.htm>. Acesso em: 23 set. 2008.

DUARTE, Maristela Nascimento. **Ares e Luzes para mentes obscuras**: O Hospital Colônia de Barbacena 1922-1946. Dissertação de Mestrado em Ciências Políticas. Departamento de Ciências Políticas, UFMG, Belo Horizonte, 1996.

_____. **De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano”**. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso. Tese de Doutorado em História. Departamento de História, UFF, Niterói, 2009.

ENGEL, M. G. **Os Delírios da Razão**: Médicos, loucos e Hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FIRMINO, Hiran. **Os porões da Loucura**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GOFFMAN, E. Manicômios. **Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LEWGOY A.; ARRUDA M. Novas tecnologias na prática profissional de professores universitários: a experiência do diário digital. In: **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004,

MACHADO. **Danação da norma: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGRO FILHO, João Baptista. **A tradição da loucura**. Minas Gerais: 1870/1964. Belo Horizonte: COOPMED/ Editora UFMG, 1992.

MARIANO, J.A. Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena respira liberdade. **Revista Psicodrama**, Ano 8, n 1, 1997. Editora: Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos.

MINAYO, M.C. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

_____. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec /ABRASCO, 1999.

_____. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. (Orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORETZSOHN, J. A. **História da Psiquiatria Mineira**. Belo Horizonte: COOPMED, 1989.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção a saúde**. Porto Alegre, ARTMED, 2005.

RATTON, Helvécio. **Documentário: Em nome da Razão**, de. 20 min. 1979.

REGALLA, R. **A Travessia do Hospício para a Residência Terapêutica: A conquista de um porto seguro?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Belo Horizonte, 2004.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

TOLEDO, J. As Origens do CHPB. **Revista Psicodrama**, Ano 8, n 1, 1997. Editora: Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos.

TOLENDAL. Ricardo José. **Levantamento histórico do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**. Barbacena, s/n, 1974.

SAVASSI, Altair José. **Barbacena 200 anos**. Vol.1. Vol.2. Belo Horizonte: Lemi S. A, 1991.

SPINK. M.J. **Práticas Discursivas e Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1997.

VAZ, P. **O Inconsciente Artificial**. São Paulo: Unimarco, 1997.

VÍCTORA C.G et al. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

YIN, R. **Case Study Research**: Design and Methods, Third Edition, Applied Social Research Methods Series, Vol 5 (Paperback). California, Eua, 2002.

ANEXOS

GRÁFICOS

Internações após implantação do CAPS Municipal

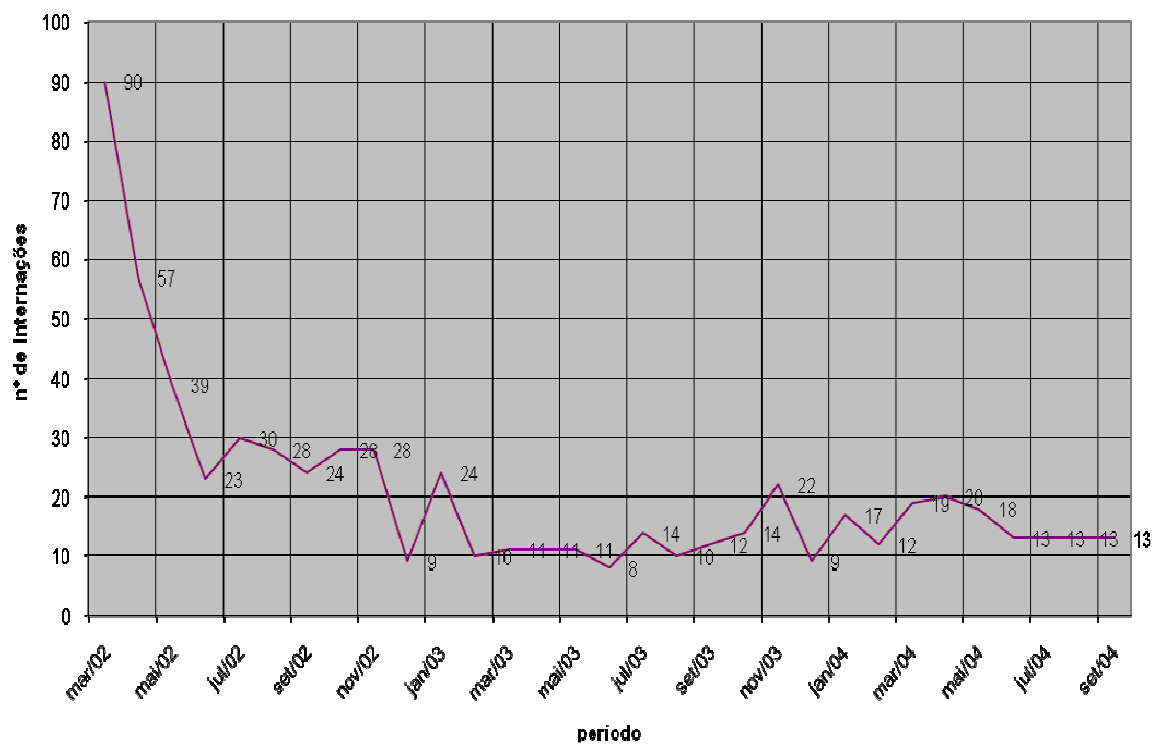


Gráfico 1 – Internações após implantação do CAPS Municipal

Fonte: (Barbacena, 2004)

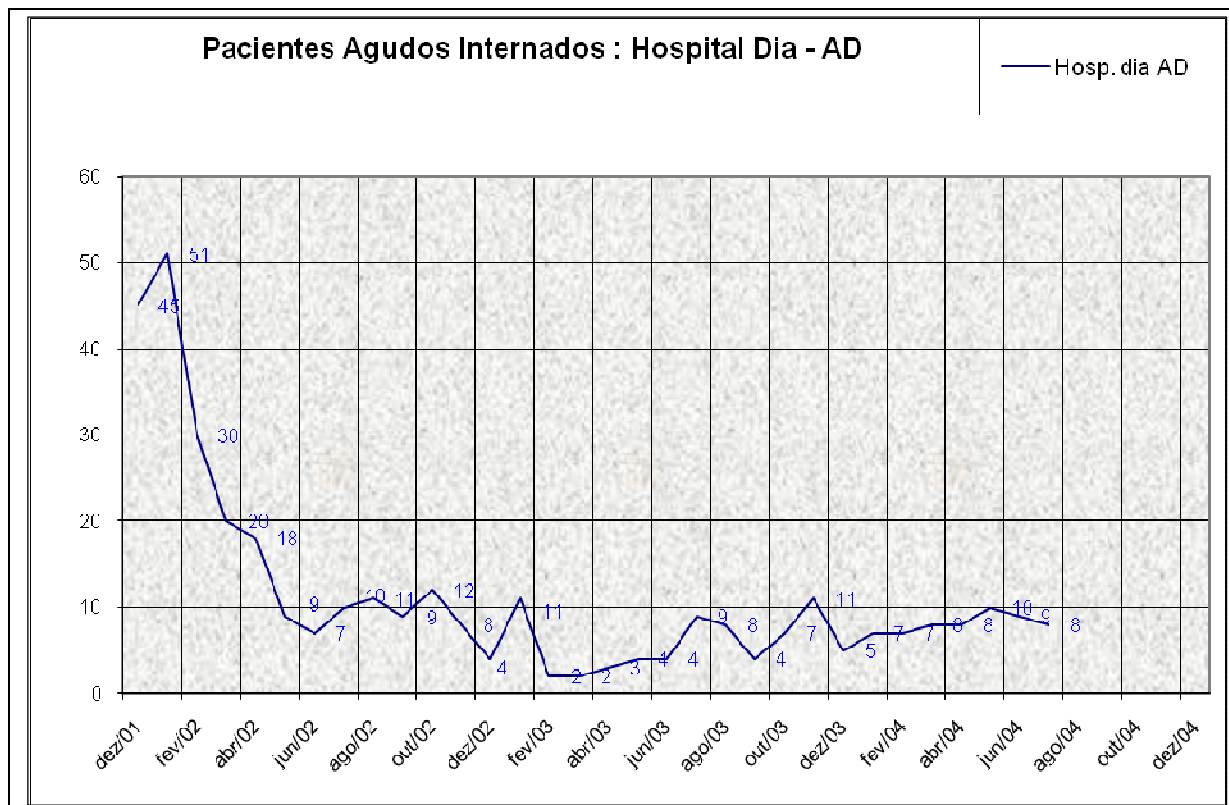


Gráfico 2: Pacientes Agudos Internados no Hospital Dia-AD

Fonte: (Barbacena, 2004)

TABELAS
TABELA 1 – REDE DE SERVIÇOS EXISTENTES ATÉ 2004

PRONTO ATENDIMENTO		PLANTONISTA PSQUIATRA DEVE PASSAR A VISITA DIÁRIA PELA MANHÃ NOS LEITOS PSQUIÁTRICOS	PLANTONISTA PSQUIATRA PODERÁ SER SOLICITADO PELO PA, PARA AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA	EMERGÊNCIAS DE ÁLCOOL/DROGA COM APOIO DE INTERCONSULTAS DO PLANTÃO PSQUIÁTRICO
CAPS MUNICIPAL	EMERGÊNCIAS PSQUIÁTRICAS DIURNAS DIARIAMENTE	ATUALMENTE FUNCIONA COMO CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS PSQUIÁTRICOS	SERÁ LIBERADA AIH P/ OS LEITOS DE RETAGUARDA DE PACIENTES DO SEXO FEMININO P/ O HOSPITAL SANTA IZABEL	
HOSPITAL DIA ÁLCOOL/DROGA	ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIA DE HOSPITAL-DIA	QUANDO FOR NECESSÁRIO INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA O PACIENTE SERÁ ENCAMINHADO AO CAPS MUNICIPAL C/ A SOLICITAÇÃO	ATENDIMENTO DE AMBULATÓRIO DE ÁLCOOL E DROGA, OFICINAS TERAPÊUTICAS E LEITO DE OBSERVAÇÃO.	LEITO DE RETAGUARDA PASSA A SER UTILIZADO PELO PLANTÃO PSQUIÁTRICO, NO HORÁRIO NOTURNO.
AMBULATÓRIO DO CHPB	SOMENTE RECEBERÁ P/ ESTUDO DA RESIDÊNCIA CRIANÇAS ENCAMINHADAS PELA CLÍNICA DA APAE	ALTA HOSPITALAR PSQUIÁTRICA AGENDAMENTO NO AMBULATÓRIO	A DEMANDA É ATENDIDA PELO ACOLHIMENTO, QUE ENCAMINHARÁ PARA O TRATAMENTO ADEQUADO.	ENCAMINHAMENTOS PARA OFICINA TERAPÊUTICA CAPS, MUNICIPAL, PSF E CENTRO DE CONVIVÊNCIA
RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	EMERGÊNCIAS CLÍNICAS ENCAMINHAR AO PA E PSQUIÁTRICAS AO CAPS MUNICIPAL	CONTROLE CLÍNICO E PSQUIÁTRICO ATRAVÉS DO PSF	ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NO AMBULATÓRIO DO CHPB	ENCAMINHAMENTOS PARA OFICINAS TERAPÊUTICAS E CENTRO DE CONVIVÊNCIA.

FONTE: (BARBACENA, 2004)

Tabela 2- Objetivos, propostas, realizações e resultados obtidos

Objetivos Propostas, Realizações e Resultados Obtidos

<i>METAS PROPOSTAS</i>	<i>REALIZADO</i>	<i>RESULTADOS OBTIDOS</i>
<p><u>Pacientes Agudos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação do CAPS Municipal (modelo substitutivo a internação psiquiátrica) • Cadastramento do Hospital-Dia Álcool e Drogas • Revisão do papel do ambulatório de Saúde Mental (CHPB– FHEMIG) • Criação de um Centro de Convivência 	<ul style="list-style-type: none"> • IMPLANTAÇÃO DO CAPS MUNICIPAL, em 01 de março de 2002, com transferência para as mãos da Gestão da porta de entrada do sistema psiquiátrico. • Cadastramento em julho de 2003 do Hospital-Dia Álcool e Drogas, funcionando como unidade substitutiva. • Ambulatório CHPB/FHEMIG é parcialmente integrado a rede de Saúde Mental • Inauguração do Centro de Convivência, em julho de 2003. Espaço este, atualmente, de circulação de usuários do CAPS Municipal, além de pessoas da comunidade, de um modo geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Com a delegação ao município da regulação do sistema ocorreu no período desta gestão a redução de 83% das internações. • Redução em aproximadamente 80% as demandas de internação para esta população de usuários. • Aumento quantitativo e qualitativo da resolutividade do serviço, porém devendo ainda ser reestruturado em sua integração com rede de saúde mental. • Frequência mensal em média de 370 pessoas das quais 70% da comunidade e 30% de usuários da Saúde Mental (10 usuários do CAPS freqüentando regularmente as oficinas)

<u>Pacientes Crônicos</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Desospitalização através da implantação de 20 residências terapêuticas, atingindo uma clientela de aproximadamente 160 pacientes asilares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de 20 Residências Terapêuticas com 150 pacientes desospitalizados, revisão das FCES de 1336 leitos em 2001 para 600 leitos credenciados pelo SUS em 2004. 	<ul style="list-style-type: none"> • 150 usuários moradores em processo re-socialização e reconstrução de sua autonomia e laços sociais e o descredenciamento do SUS de duas Clínicas Privadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Projeto de altas trabalhadas, para retorno ao convívio familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Altas trabalhadas com retorno de oito pacientes asilares para o domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno integral e pleno à sua estrutura familiar com suporte assistencial garantido e monitorado.
<ul style="list-style-type: none"> • Participação das atividades oferecidas pelo Centro de Convivência 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 moradores das Residências Terapêuticas freqüentando regularmente as oficinas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reabilitação psicossocial em seu espaço mais legítimo de circulação permeados na comunidade
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusão no Programa de Volta para Casa (PVC) e aquisição de benefício da LOAS (BPC), para o maior número possível de pacientes desospitalizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • 150 pacientes desospitalizados incluídos no PVC e 22 pacientes desospitalizados com aquisição simultânea do PVC e BPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de poder de seus bens próprios de consumo potencializando a construção de sua autonomia e singularidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Construção da parceria da Saúde Mental com o Programa Saúde da Família (PSF). 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração da equipe e ações da Saúde Mental ao Programa de Saúde da Família a partir de agosto de 2004, que até novembro vem abarcando 12 Residências Terapêuticas implantadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da Clínica do PSF, Projeto Piloto em funcionamento de uma equipe matricial e fortalecimento da proposta de territorialidade para as casas bem como para o PSF.

<p><u>Atenção a Criança e Adolescente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Criação de ambulatório especializado para esta clientela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração da equipe de Saúde Mental com a APAE, que na ausência de um ambulatório para crianças e adolescentes, tem atendido as demandas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Com a inserção da APAE no fluxo da rede houve melhora relativa da atenção a esta clientela, porém ainda se faz necessária a criação de um projeto municipal de maior amplitude para se atender a todas nuances da pluralidade de demandas desta população.
--	--	--

Fonte: Barbacena, 2004

Tabela 3 - atendimentos Mensais - CAPS Municipal

2002

MES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÃO INTENSIVO 1 A 3DIAS					62	333	247	235	209	242	221	223
SEMI INTENSIVO 4 A 12 D					25	43	51	67	74	64	53	56
INTENSIVO 13 A 25 D					14	25	34	29	23	27	27	26
TOTAL:	0	0	0	0	101	401	332	331	306	333	301	305

Sem dados no sistema

CAPS Municipal ainda não implantado no sistema

Fonte: Barbacena, 2004

Tabela 4 - atendimentos Mensais - CAPS Municipal

JAN/03 A DEZ/03

MES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÃO INTENSIVO 1 A 3DIAS	258	206	200	170	193	170	217	210	218	210	218	220
SEMI INTENSIVO 4 A 12 D	68	71	56	57	49	73	63	60	64	62	57	40
INTENSIVO 13 A 25 D	35	24	23	21	28	26	38	38	48	51	46	31
TOTAL:	361	301	279	248	270	269	318	308	330	323	321	291

Fonte: Barbacena, 2004

Tabela 5 - atendimentos Mensais - CAPS Municipal

JAN/04 a OUT/04

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
NÃO INTENSIVO 1 A 3DIAS	232	243	241	239	241	224	222	256	267	265		
SEMI INTENSIVO 4 A 12 D	57	45	46	59	46	72	77	74	67	71		
INTENSIVO 13 A 25 D	36	27	38	33	36	30	39	46	37	32		
TOTAL:	325	315	325	331	323	326	338	376	371	368		

Fonte: Barbacena, 2004