



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - CCHL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TERESINA:
DESVELANDO ATORES E PROCESSOS**

Pesquisador responsável: Joviane Aparecida de Moura
Orientadora: Profa. Dra Ana Beatriz Martins dos Santos Seraine

Teresina, setembro de 2017

JOVIANE APARECIDA DE MOURA

**A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TERESINA:
DESVELANDO ATORES E PROCESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra Ana Beatriz Martins dos Santos Seraine

Teresina, setembro de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras
Serviço de Processamento Técnico

M929i Moura, Joviane Aparecida de.

A implementação da reforma psiquiátrica em
Teresina: desvelando atores e processos / Joviane
Aparecida de Moura. – 2017.

136 f.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade
Federal do Piauí, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Ana Beatriz Martins dos Santos
Seraine.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Políticas Públicas -
Desinstitucionalização. I. Título.

JOVIANE APARECIDA DE MOURA

**A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM TERESINA:
DESVELANDO ATORES E PROCESSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

TERESINA, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Beatriz Martins dos Santos Seraine

(Orientadora e Presidente)

Profa. Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa

(Membro Externo)

Prof. Dr. Ferdinand Cavalcante Pereira

(Membro Interno)

Dedico esse trabalho a todos aqueles que além da dor do sofrimento mental experimentam o amargor da desassistência do poder público.

AGRADECIMENTOS

Meu infinito agradecimento a Deus, por toda a sua misericórdia e amor incondicional, que sempre renova minhas forças. À minha doce mãe e meu doce pai que ensinaram aos filhos “a força que brota do amor”, a minha amorosa família e queridos amigos. Ao meu querido Bruno, por toda a dedicação e companheirismo. Aos sujeitos dessa pesquisa, que tão generosamente se disponibilizaram a participar das entrevistas e que ajudaram a construir a Reforma Psiquiátrica nessa cidade, mudando a vida de tantas pessoas. Ao Programa de Pós-graduação em Sociologia. À Ana Beatriz dos Santos Seraine, minha orientadora, pelos encontros sempre surpreendentes de orientação, por toda a paciência e suporte oferecido. Aos usuários dos CAPS por partilharem comigo seus valiosos ensinamentos. Ao professor Emanuel Lima pela disponibilidade e ajuda. A todos aqueles que estiveram ao meu lado durante essa longa e árdua batalha.

RESUMO

O Brasil está experienciando a Reforma Psiquiátrica, relativa à transição para um novo modelo de cuidado para as pessoas em sofrimento mental em substituição às estruturas asilares. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica está estritamente relacionada com a luta por um Estado de Direito, que garanta a cidadania das pessoas em/com sofrimento psíquico/transtorno mental. Este trabalho visa analisar a implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina, no período de 2005 a 2016 e quais as implicações para a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental da cidade. O presente estudo está delineado em uma perspectiva qualitativa de pesquisa, ancorado na modalidade de pesquisa de campo. Para a coleta de dados foram escolhidas como técnicas a análise documental e realização de entrevistas abertas. Para a interpretação dos dados foi utilizada a Análise temática ou categorial. O campo da pesquisa foi constituído pela Gerência de Saúde Mental de Teresina, a Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí, e o Ministério Público Estadual. A amostra da população entrevistada foi formada por pessoas que fizeram/fazem parte da implementação da Reforma Psiquiátrica na cidade de Teresina e que exerciam função/papel de gestores. Foram ainda entrevistadas a Gerente de Saúde Mental do Estado do Piauí e uma Promotora do Ministério Público Estadual, que teve uma participação essencial na condução desse processo. O desenvolvimento histórico da assistência à saúde mental em Teresina se dará fortemente relacionada ao percurso do Asilo, com a primazia de uma política de hospitalização da loucura como única forma possível de assistência. Temos então uma cultura manicomial marcante e estruturante, com forte presença do poder médico. A capital sustenta uma trajetória de não se implicar com suas reponsabilidades legais na atenção à saúde mental, com forte resistência a implementar uma política alinhada com a Reforma Psiquiátrica. Os primeiros serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos só foram implantados no município devido à ação indutora do Ministério da Saúde e à atuação do Ministério Público Estadual, principal ator indutor da Reforma Psiquiátrica na cidade. A nível de administração pública percebemos a ausência de uma tradição de planejamento e muita informalidade nas ações, além de uma marcante dificuldade de pactuação intergestores. Não há uma tradição de luta antimanicomial e o controle social é muito fragilizado. Somado a isso temos o fato de existirem atores sociais e políticos fortemente alinhados com o modelo manicomial e com grande poder de influência e de decisão junto ao poder público. O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica teresinense foi conduzido a partir do protagonismo das mulheres, pois foram elas que provocaram, cada uma a seu modo e lugar social, a luta pela Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista as peculiaridades do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica teresinense, conclui-se que esse processo se efetivou mais em função da ação de agentes externos, sem planejamento e pactuação de ações e políticas, implicando numa repetição de uma lógica manicomial, reverberando diretamente na não consolidação do processo de desinstitucionalização como desconstrução.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; políticas públicas; desinstitucionalização

ABSTRACT

Brazil is experiencing the Psychiatric Reform regarding the transition to a new model of care for people in mental suffering, replacing the asylum structures. The Brazilian Psychiatric Reform is strictly related to the struggle for a Rule of Law which guarantees the citizenship of people in/with mental suffering/mental disorder. This study aims to analyze the implementation of the Psychiatric Reform in Teresina from 2005 to 2016 and what are the implications for the deinstitutionalization of users of mental health services in the city. The present study is delineated in a qualitative perspective of research anchored in a field research modality. For data collection the documentary analysis and the conduct of open interviews were chosen as techniques. Thematic or categorical analysis was used to interpret the data. The research field consisted of Mental Health Management of Teresina, Mental Health Management of the State of Piauí and State Public Ministry. The sample of population interviewed was formed by people who did/are part of implementation of Teresina Psychiatric Reform who exercised the function/role of managers. Also were interviewed the Mental Health Manager of the State of Piauí and the State Public Prosecutor that had an essential participation in conduct of this process. The historical development of mental health care in Teresina will be strongly related to Asylum course, with a policy primacy of madness hospitalization as the only possible assistance form. Then we have a striking and structuring asylum culture, with strong presence of medical power. The capital sustains a trajectory of not being involved with its legal responsibilities in mental health attention with strong resistance to implement a policy lined up with the Psychiatric Reform. The first substitutive community services to psychiatric hospitals only were implanted in the city due to the inductive action of Federal Health Ministry and to the performance of State Public Ministry which were the main actor inducing of Psychiatric Reform in the city. At public level administration we perceive the absence of a tradition to planning and too much informality actions besides a marked difficulty of agreement between the managers. There is no tradition of anti-asylum struggle and social control is very fragile. Added to this we have the fact that there are social and political actors strongly lined up with asylum model by having great power of influence and decision jointly public power. The process of Psychiatric Reform implementation in Teresina was conducted from the women main role since they were who provoked each in its own way and place the struggle for Psychiatric Reform. Considering the peculiarities of Teresina Psychiatric Reform implementation process it is concluded that this was more effective due to action of external agents, without planning or agreement of actions and policy implying a repetition of a mental asylum logic and reverberating directly in non-consolidation of the process of deinstitutionalization as deconstruction.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Public Policy; Deinstitutionalization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP - Associação, Brasileira de Psiquiatria
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACSM-PI – Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
ALEPI - Assembleia Legislativa do Estado do Piauí
ÂNCORA – Associação dos Familiares, Usuários e Interessados pela Saúde Mental no Piauí
APAC - Autorização de Procedimentos de Alto Complexidade
APP – Associação Psiquiátrica do Piauí
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial tipo III
CEBES - Centro Brasileira de Estudos de Saúde
CEDROGAS - Coordenadoria de Enfrentamento às drogas
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CJM - Colônia Juliano Moreira
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CPPII - Centro Psiquiátrico Pedro II
CT - Comunidade Terapêutica
EC – Emenda Constitucional
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DNSM- Divisão Nacional de Saúde Mental
ETAC – Enfermaria Transitória de Assistência à Crise
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMS – Fundação Municipal de Saúde
HAA – Hospital Areolino de Abreu
HPAA – Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MAC – Média e Alta Complexidade
MINC – Ministério da Cultura
MNLA - Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MOPS - Movimento Popular de Saúde
MS – Ministério da Saúde
MPE - Ministério Público Estadual
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais
PAB – Piso da Atenção Básica
PCPV - Programa Crack é Possível Vencer
PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental
PNASH/Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PSMC – PI – Programa de Saúde Mental Comunitário do Piauí
PSMT- Plano de Saúde Mental de Teresina
PVC – Programa de Volta para Casa
RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REME – Movimento de Renovação Médica
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAPI – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
SHR - Serviço Hospitalar de Referência
SM - Sanatório Meduna
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT – Serviço de Residência Terapêutica
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de
SUS – Sistema Único de Saúde
TAC - Termo de Ajuste de Conduta
TCG - Termo de Compromisso de Gestão
UA ADULTO – Unidade de Acolhimento Adulto
UA INFANTO-JUVENIL – Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 A SAÚDE MENTAL COMO CATEGORIA ANALÍTICA	18
1.1 O aprisionamento da loucura	18
1.2 A institucionalização da loucura	29
1.3 As Reformas Psiquiátricas	31
1.4 A desinstitucionalização	41
CAPÍTULO 2 INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	46
2.1 Políticas Públicas como campo do conhecimento	46
2.2 Assistência à saúde mental no Brasil	53
2.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	56
2.4 A implementação do Sistema Único de Saúde	65
2.5 A Reforma Psiquiátrica como política do SUS	71
2.6 A assistência à saúde mental no Piauí	79
2.6.1 A Reforma Psiquiátrica em Teresina	89
CAPÍTULO 3 SAÚDE MENTAL EM TERESINA: O PROCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	98
3.1 Atraso para iniciar a Reforma Psiquiátrica	99
3.2 A centralidade do Asilo e do poder médico	109
3.3 O fechamento do Meduna e a necessária intervenção do Ministério Público	111
3.4 Dificuldades de pactuação intergestores	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	130
ANEXOS	137

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, relativa à transição para um novo modelo¹ de cuidado para as pessoas em sofrimento mental em substituição às estruturas asilares², está em curso no Brasil. Esse processo se iniciou no final da década de 1970, no contexto da redemocratização do país, sob influência do Movimento da Reforma Sanitária o qual defendia o direito universal e integral à saúde e a organização de um sistema de saúde único e público.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica está estritamente relacionada com a luta por um Estado de Direito, que garanta a cidadania das pessoas em/com sofrimento psíquico/transtorno mental. Yasui (2010) nos faz recordar que se trata de um movimento político, “impregnado ética e ideologicamente” e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

Nessa perspectiva, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde – SUS e estabeleceu que ele deveria ser um sistema universal, integral, descentralizado e hierarquizado, cabendo aos municípios a responsabilidade de prestar atendimento à população, portanto, sendo responsáveis por implementar as políticas de saúde, e à União e aos estados, a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função.

Dessa forma, a descentralização no SUS está pautada na distribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Assim, a assistência e prestação de serviços de saúde, quando descentralizados, deverá prover maior capacidade de gestão e qualidade nos serviços ao garantir também a proximidade do controle e fiscalização dos cuidados por parte dos cidadãos. Quanto mais perto estiver o poder decisório, a nível municipal, mais possibilidade de uma gestão e assistência eficaz (FREIRE, 2012).

Desse modo, a implementação da política de saúde mental e da rede de atenção psicossocial é de responsabilidade dos municípios. São estes últimos, com seus gestores e trabalhadores, que devem implementar e administrar a rede de prestação de serviços e conduzir a assistência à saúde mental, definindo assim, essa política em cada município. Isso porque desde a Constituição de 1988, o país redefiniu as bases do pacto federativo, com ênfase na descentralização e com compartilhamento de competências entre as esferas do governo. Nesse

¹Considerando “modelo” de atenção à saúde como a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações, compondo um tipo de organização que preza por responder a uma determinada demanda, por meio de uma certa racionalidade orientadora das práticas (AYRES, 2009; TRAPÉ; CAMPOS, 2016).

²Estruturas baseadas na exclusão do louco do convívio social.

sistema político, os municípios são entes federados, com autonomia política, administrativa e financeira (embora muitos municípios não tenham capacidade de exercer sua autonomia).

A descentralização das políticas públicas, no intuito de promover o fortalecimento dos municípios, concedendo-lhes um maior protagonismo e força política, delegou a implementação de programas e projetos para o âmbito municipal. Tal fato gera uma série de consequências para essas políticas, visto que muitos aspectos da regionalização da saúde ficaram indefinidos; principalmente no que se referem às questões do financiamento.

Particularmente no que se refere a atenção à saúde mental, de acordo com os estudos de Bastos; Jorge (2013), a má gestão de alguns processos de desospitalização fortaleceu a imagem de que retirar os pacientes psiquiátricos dos hospitais significa deixá-los reféns do abandono social e da desassistência sanitária.

Em Teresina, desde a criação do Asilo dos Alienados (atual Hospital Areolino de Abreu), em 1907, passando pela criação do Sanatório Meduna (hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, fundado em 1952), a assistência à saúde mental esteve restrita ao modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico³; e seu desenvolvimento permaneceu relacionado à ampliação das ofertas de serviço no interior dessas estruturas.

Os primeiros serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial⁴, só foram implantados no município de Teresina devido à ação indutora do Ministério da Saúde (que deixou de financiar leitos psiquiátricos e passou a incentivar serviços substitutivos em saúde mental) e à atuação do Ministério Público Estadual.

Em Teresina, houve uma implementação tardia dos primeiros serviços substitutivos em saúde mental. Até o ano de 2005 (excetuando alguns ambulatorios públicos de psiquiatria que funcionavam desde a década anterior, com alcance restrito e pouca resolutividade), a única opção de assistência para pessoas em sofrimento mental, que não dispunham de recursos financeiros para pagarem por atendimento em clínicas particulares, eram os dois hospitais psiquiátricos da cidade, que já chegaram a somar mais de 800 leitos psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica na realidade teresinense é ainda recente, em construção e repleta de contradições. A história da assistência às pessoas com transtorno mental demonstra que tal temática não é uma prioridade na agenda política municipal. Entendemos ser importante a realização de estudos aprofundados nessa área, afim de que conheçamos e compreendamos esse

³No final da década de 1990, por exemplo, ainda havia em Teresina 580 leitos psiquiátricos (300, no Sanatório Meduna e 280, no Hospital Areolino de Abreu).

⁴Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e atualmente são regulamentados pela RAPS (Portaria do GM N° 3.088). São constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. Estão organizados em seis modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi, CAPSad III.

processo, de modo a contribuir na edificação e consolidação de uma política de saúde mental desinstitucionalizante no município, atuando, assim, na defesa da Reforma Psiquiátrica e do SUS (como um direito à saúde pública, universal e integral); além de fomentar diálogos acadêmicos e profissionais sobre essa temática.

Como trabalhadora do SUS há mais de seis anos, atuando diretamente em dois Centros de Atenção Psicossocial do município de Teresina como psicóloga, me senti inquietada pelo cotidiano dos serviços e pela realidade de seus usuários; questionada em minha prática e de meus colegas. Muitas vezes nos percebemos em um mundo de repetições, com poucos avanços e muitos retrocessos, sem conseguir atender a demanda de forma efetiva, gerando uma profunda angústia em meio as dificuldades enfrentadas. Trabalhamos de forma desarticulada com os outros serviços e as outras políticas públicas; uma lógica que não parece se distanciar muito da manicomial, ou ambulatorial.

Todas essas questões me intimaram a buscar compreender melhor essa realidade. Fui levada a estudar sobre a saúde mental teresinense. Diante das pesquisas já realizadas, principalmente da professora Lucia Rosa, do professor Emanuel Lima, do professor João Paulo Macêdo, dentre muitas outras; resolvi me dedicar ao estudo da implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina e seu impacto na desinstitucionalização dos sujeitos. Compreende-se que essa temática é multidimensional e uma única área do conhecimento não pode dar conta de sua complexidade, assim como uma única área profissional não se encarregaria de atender e acolher as múltiplas dimensões do sofrimento mental.

Desinstitucionalizar vai para além de desospitalizar. Remete-se à inclusão da loucura na agenda da cidade, a construção de redes sociais no território, a promoção de direitos e cidadania, a transformação das relações de trabalho e de poder entre os usuários e as instituições. Isso significa uma transformação que impacte e ressoe na vida (nas vivências, na subjetividade) dos usuários e na sociedade em geral.

Como defende Yasui (2010, p.173), é a “ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano”, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas pelos princípios e valores que buscam reinventar a sociedade. Isso implica transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, “buscando constituir uma ética de respeito à diferença”. É fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente.

É sabido que o processo histórico de municipalização da assistência à saúde guarda muitas contradições. Algumas responsabilidades entre os entes federados e as regras do financiamento ficaram indefinidas, além do fato de que alguns municípios protelaram por muito

tempo a implementação de alguns dispositivos de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, principalmente de áreas historicamente relegadas, como é o caso da saúde mental.

É necessário refletir sobre as dificuldades em transformar o paradigma manicomial vigente⁵. Principalmente, no que diz respeito à implantação de uma rede substitutiva em saúde mental que busque compreender quais as estratégias para a manutenção do modelo asilar, quais interesses e atores envolvidos nesse processo e quais saberes que sustentam tais práticas.

Nesse sentido, propomos um estudo sobre o processo da Reforma Psiquiátrica em Teresina, procurando resgatar e compreender o processo de implementação de tal política e o que tal processo evidencia quanto a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental. Para tanto, o problema de pesquisa que nos norteou foi: a maneira como foi apropriada e implementada a Reforma Psiquiátrica em Teresina, contribuiu para a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental da cidade?

Esse estudo visa, como objetivo geral: analisar a implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina, no período de 2005 a 2016; o que esse processo evidencia e quais as implicações para a desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental da cidade. Como objetivos específicos nos propomos a compreender o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina; averiguar se a implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina está alinhada com os objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira e pelo Movimento da Luta Antimanicomial e identificar os atores políticos que participaram da implementação da Reforma Psiquiátrica na capital piauiense.

Como hipóteses iniciais sujeitas a reelaborações e revisões foi proposto que a forma pela qual a Reforma Psiquiátrica foi apropriada, implementada e gerida em Teresina não oferece resolutividade a sua demanda; contribuindo para a institucionalização e cronificação dos sujeitos, uma vez que poucos são os dispositivos e ações reais de desinstitucionalização.

Trajetórias da pesquisa

O presente estudo está delineado em uma perspectiva qualitativa de pesquisa. De acordo com Minayo (2010), este tipo de estudo permite compreender uma realidade que não tem como ser quantificada, permitindo uma aproximação com o universo de significados, crenças e atitudes dos fenômenos estudados.

⁵ Modelo manicomial - hospitalocêntrico, centrado na doença na medicalização e farmacologização

Está ancorada na modalidade de pesquisa de campo, onde foi realizada uma inserção no contexto de vida cotidiana. Dessa forma, foi possível captar os diferentes aspectos da realidade, principalmente levando em consideração sua complexidade e a diversidade de relações que o campo abrange, as quais atuam na construção do fenômeno pesquisado.

Para a coleta de dados foram escolhidas como técnicas a análise documental e a realização de entrevistas abertas com a finalidade de aprofundar as questões que os dados coletados nos documentos não permitiram explorar suficientemente. Foram utilizados ainda como instrumentos de coleta de dados gravador e diário de campo, necessários para a apreensão dos dados da pesquisa.

A análise documental⁶, é um instrumento que possibilita realizar alguns tipos de reconstruções históricas, pois o documento representa os vestígios da atividade humana em determinado período de tempo; muito frequentemente, permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas em um passado recente. A interpretação coerente dos documentos deve levar em conta a temática ou questionamento inicial. O pesquisador deve promover um encadeamento entre as informações extraídas dos documentos e os questionamentos da pesquisa, o que possibilitará uma interpretação coerente, realizando uma reconstrução de um aspecto qualquer de uma dada sociedade, em um dado momento (CELLARD, 1997).

Foram analisados os documentos oficiais do município (leis, relatórios, portarias, memorandos, circulares, materiais de divulgação, projetos, etc.) relacionados à implementação da política de saúde mental no período considerado, os quais serviram como fontes de informação no resgate histórico desse processo, na elucidação de determinadas questões, como a atual configuração dessa política na cidade.

De crucial importância foi a análise da Legislação Brasileira que trata da criação e implementação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, visto que a política de saúde mental nacional induziu a mudança no modelo assistencial, com a política de redução de leitos psiquiátricos e de financiamento de outros dispositivos de saúde mental, priorizando o atendimento aberto e a criação da rede de atenção psicossocial. Foi acompanhado esse processo de mudança que ocorreu a nível federal, com as mudanças na legislação que é possível compreender vários aspectos da Reforma em nível municipal.

⁶ Entre os documentos analisados foram inclusos, portarias, leis, circulares, decretos, relatórios, projetos, folders, documentos produzidos por órgãos de planejamento, tanto da Fundação de Saúde de Teresina, quanto da Gerência de Saúde Mental do Estado, Termos de Ajuste de Conduta, dentre outros documentos escritos que fizeram parte da história da implementação dessa Política na cidade.

Foram ainda realizadas entrevistas abertas, desenvolvidas a partir de alguns questionamentos sobre a implantação da Reforma na cidade, reativando as memórias dos entrevistados sobre sua participação nesse processo e as peculiaridades do mesmo. Todas elas foram gravadas mediante autorização das (os) entrevistadas (os). Recorre-se, portanto, a esse instrumental metodológico, já que, segundo Gil (2002), a entrevista, entre todas as técnicas de interrogação, é a que apresenta maior flexibilidade. Por essa característica, esse instrumento se mostra mais adequado aos objetivos do trabalho, pois permitiu colher maior quantidade de informações.

Para a interpretação dos dados foi utilizada a Análise temática ou categorial. Essa etapa da pesquisa visa compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar a compreensão de contextos para além do que se pode verificar nas aparências do fenômeno trabalhado.

Segundo Minayo (1998), diferentes são os tipos de análise de conteúdo: de expressão, das relações, de avaliação, de enunciação e categorial temática. Esta última, à qual daremos destaque, se propõe a descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, utilizando-a de forma mais interpretativa, em lugar de realizar inferências estatísticas.

A análise categorial temática funciona em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias para reagrupamento analítico posterior e comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos (MINAYO, 1998). A presença ou a ausência de determinados temas representaria estruturas de relevância, valores de referência e/ou modelos de comportamento subjacentes ao discurso encontrado.

O campo da pesquisa foi constituído pela Gerência de Saúde Mental de Teresina, a Gerência de Saúde Mental do Estado do Piauí e o Ministério Público Estadual. A escolha desses locais se deu devido a história da implementação da Reforma Psiquiátrica no município que teve como atores principais esses três órgãos públicos, além do próprio Ministério da Saúde⁷.

A amostra da população entrevistada foi constituída por pessoas que fizeram/fazem parte da implementação da Reforma Psiquiátrica na cidade de Teresina e que exerciam função/papel de gestores. Foram ainda entrevistadas a Gerente de Saúde Mental do Estado do

⁷A Política Nacional de Saúde Mental tem investido nessas últimas décadas na reversão do modelo assistencial hospitalocêntrico para o modelo de cuidado comunitário com a construção de uma rede de atenção psicossocial. Essa lógica vem acompanhada da condução do financiamento desta política, na medida em que incentiva a redução de leitos, remunerando melhor a Autorização de Internação Hospitalar - AIH de hospitais de menor porte, e destina recursos específicos tanto para custeio dos CAPS quanto para investimento de expansão da rede substitutiva (FREIRE, 2012).

Piauí, devido sua importante atuação na mudança de modelo assistencial na cidade, e uma Promotora do Ministério Público Estadual, que teve uma participação essencial na condução desse processo.

Essas pessoas entrevistadas tiveram importante atuação na Reforma Psiquiátrica teresinense no papel de gestores. Suas memórias, resgatadas através das entrevistas, foram a principal fonte de informação para o estudo; pois durante o percurso da pesquisa, foi constatada a escassez de documentos oficiais tanto no âmbito estatal quanto municipal.

Tal escassez é fruto das muitas mudanças administrativas e burocráticas sofridas pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina⁸, órgão gestor da saúde no município, e pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí – SESAPI, que abriga a Gerência de Saúde Mental do estado.

É válido destacar que este último, a SESAPI, sofreu um incêndio em 2011 o qual destruiu todos os seus arquivos de documentos, incluindo computadores. O Ministério Público do Piauí, por sua vez, passou por algumas mudanças de endereço; e devido a falta de espaço físico, tem uma política de incinerar seus documentos a cada cinco anos.

O presente trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo tem por objetivo apresentar um breve resgate histórico da loucura, refletindo sobre as diversas interpretações dadas a esse fenômeno e os distintos espaços sociais que lhe foram concedidos. Faz, também, uma discussão teórica de alguns conceitos pertinentes ao tema da constituição da psiquiatria enquanto tutora da loucura, com o mandato social de única conhecedora desse objeto e como este saber foi questionado durante a Reforma Psiquiátrica, que trouxe uma nova perspectiva para entender e acolher o sofrimento mental.

O segundo capítulo apresenta um panorama geral sobre políticas públicas, além da contribuição do aporte teórico da Sociologia na compreensão e análise do problema de pesquisa. Faz ainda um recorte histórico sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a implementação do SUS. Por último, traz um resgate sobre a assistência à saúde mental em Teresina.

O terceiro capítulo apresenta a análise do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina, por meio das entrevistas e dos documentos, interligando esses conteúdos às teorias estudadas. Assim, objetiva-se a compreensão dos impactos do processo de

⁸ A Gerência de Atenção Psicossocial de Teresina somente foi criada em 2012, como uma das exigências de um Termo de Ajuste de Conduta que foi celebrado em 2010. Até então o que havia era uma profissional que assumia a função de planejar e coordenar as ações e serviços de saúde mental no município.

implementação da Reforma Psiquiátrica no município, principalmente no que diz respeito ao processo de desinstitucionalização.

CAPÍTULO 1 A SAÚDE MENTAL COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Este capítulo tem por objetivo apresentar um breve resgate histórico da loucura, como manifestação problemática da saúde mental, refletindo sobre as diversas interpretações dadas a esse fenômeno e os distintos espaços sociais que lhe foram concedidos. É feita uma discussão teórica sobre a construção do conceito de *anormal* e da constituição da psiquiatria enquanto tutora da loucura, com o mandato social de única conhecedora desse objeto, e como este saber foi questionado durante a Reforma Psiquiátrica, que especialmente no caso italiano trouxe uma nova perspectiva para acolher o sofrimento mental, ajudando na desconstrução do paradigma manicomial.

Nesse percurso nos apoiamos, principalmente, nas formulações de Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Basaglia, Paulo Amarante e Franco Rotelli. A loucura é uma construção histórico-social, como demonstrou Foucault (2014a, 2014b, 2010) e Goffman (2013, 2015), entre outros. Portanto o conceito de loucura e as formas de lidar com a mesma são amplamente influenciadas pela cultura e pelos ideais sociais vigentes, que determinaram/determinam os critérios de "normalidade" e de "anormalidade".

Amarante (1995) frisa que é importante não perdermos de vista a forma como, em determinado contexto sócio-histórico preciso, se dão as apropriações particulares das demandas sociais e, portanto, como se conformam determinados cenários sociais nas relações com o trabalho, a doença, o desvio e a diferença de forma geral. Assim, podemos atribuir à história uma potência demarcadora de diferença e, com isso, tê-la como instrumento de desconstrução dos dispositivos institucionais percebidos como a-históricos e, assim, eternos, espontaneamente produzidos e imutáveis.

1.1 O aprisionamento da loucura

Resende (2007) nos faz recordar que loucura é uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história. Como demonstra Foucault (2014a) durante toda a Antiguidade e Idade Média, o louco gozou de certo grau de "extraterritorialidade", e a loucura era vivida em um certo "estado livre", circulava e fazia parte do cenário comum.

Mas, isso não significa que a situação do louco era fácil, segundo Resende (2007), a imagem de loucos errantes, pobres, alvos de chacotas e até mesmo da violência dos passantes, que não raro lhes atiravam pedras, não é incomum nos relatos históricos. Goffman (2015)

pontua que a história ocidental dos “loucos” é dramática: pactos voluntários ou involuntários com o demônio, domínio por tendências de animais selvagens, etc.

Resende (2007) atribui a relativa liberdade de que gozavam os insanos nas sociedades pré-capitalistas, ao fato de - embora não haja na literatura referência quanto a magnitude do problema da doença mental - supõe-se que o número de doentes não era grande, as populações eram reduzidas e a expectativa de vida não era longa. O próprio conceito de doença mental era mais restrito do que nos dias de hoje e limitava-se a aspectos eminentemente exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável, principalmente quando este se constituía em um problema para o ambiente familiar e para a comunidade.

Foucault (2014a), em sua “História da Loucura” fez um estudo exaustivo para demonstrar que a loucura é uma construção histórica, não é um dado natural e já teve diversos tipos de interpretação, nem sempre foi considerada uma doença e não fazia parte do rol de interesses da medicina.

Nem mesmo o hospital⁹ era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, como o objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. No século XVII surgiu uma nova modalidade de hospital, o Hospital Geral, criado em 1656, pelo rei da França, não mais exclusivamente filantrópico, o qual passará a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita (AMARANTE, 2005).

Na era clássica, segundo Foucault (2014a), tempo onde predominou o cartesianismo, todos aqueles que, de alguma forma, perturbavam a ordem social, foram enclausurados. A loucura que passou a ser entendida como expressão de desordem social foi retirada do convívio social e colocada junto a todos aqueles que não se adaptavam a nova lógica produtiva. A primeira mudança nessa forma de exclusão ocorreu no século XVIII, quando o saber médico adentra o hospital geral, passando assim a loucura a ser considerada uma doença a ser tratada pela medicina.

Pinel, no final do século XVIII, representou a principal e primeira expressão da figura do médico clínico. Ele inaugurou o tratamento moral, estabeleceu a loucura como problema de ordem moral e postulou o isolamento como essencial para o tratamento da mesma. A obra de Pinel, segundo Amarante (1995) – estruturado sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica –

⁹Em latim, hospital significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade.

representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicas.

Resende (2007) pontua que com Pinel, pela primeira vez, os loucos foram separados de seus colegas de infortúnio e passaram a receber “tratamento psiquiátrico sistemático”, o que representou a semente da assistência psiquiátrica em massa. Assim, pode-se creditar a Pinel ter descartado as lesões cerebrais como causa principal dos transtornos psíquicos e, coerentemente, ter abandonado as sangrias, as purgações e tantas outras práticas análogas.

Segundo Foucault (2014a) antes do século XVII, a loucura não era uma entidade diferenciada, e mesmo o século XVII guardava uma estranha hospitalidade para com a mesma, ela estava presente nas coisas e nos homens, era um signo irônico a embaralhar as referências do verdadeiro e do quimérico. Mas nesse momento histórico novas exigências começam a surgir.

Até a Renascença, nos relatos de Foucault (2014a) a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir daí e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma “condenação ética da ociosidade e numa imanência social” garantida pela comunidade de trabalho. Assim, é rejeitada toda forma de inutilidade social e é nesse contexto que a loucura vai ser varrida aos poucos para fora da cena social, sendo construída uma nova “sensibilidade social” para com a loucura.

Segundo Resende (2007) nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do “normal” e do “anormal”, como viria a acontecer mais tarde, isto porque as formas de organização do trabalho naquelas sociedades eram pouco discriminativas com as diferenças individuais. Tanto o trabalho agrícola como o artesanato para o consumo imediato, ou troca nos restritos mercados da época, tinham em comum a capacidade de acomodar largas variações individuais e de “respeitar” o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador.

Para Resende (2007, p. 23), foram justamente o princípio do fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social. Ao fim do século XV, na Europa, como advento da manufatura inicial, forma rudimentar de divisão social do trabalho, ocasionou uma série de problemas aos artesãos, que não se adequavam àquela nova lógica de produção.

Nessa época empreendeu-se na Europa uma forte repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade (voluntária ou não). Aliado a isso foram criados os hospitais gerais - que não tinham nenhuma função curativa - as casas de correção e de trabalho. Todas

essas instituições eram destinadas a limpar as cidades dos mendigos e “antissociais em geral”, a prover trabalho para os desocupados, punir a ociosidade e “reeducar para a moralidade” mediante instrução religiosa e moral (RESENDE, 2007).

Segundo Figueiredo (2010), a partir do século XVII pode-se observar claramente uma redefinição das relações sujeito/objeto, seja no plano da ação, seja no do conhecimento. A razão contemplativa, orientada desinteressadamente para a verdade e concebida sob o modo receptivo de uma apreensão empírica ou racional da essência das coisas, cede lugar, progressivamente, à ação instrumental.

Na obra de Francis Bacon – na transição entre a Renascença e a Idade Moderna – este novo modo de existência prático-teórico aparece de forma suficientemente sistematizada e nítida para caracterizar “a alvorada de uma nova era”. Inclusive, Descartes compartilha com Bacon do interesse utilitário, apesar de racionalista, opor-se veementemente ao empirismo baconiano (FIGUEIREDO, 2010, p. 12).

A interpretação do mundo ocidental sobre a loucura está intimamente relacionada com as mudanças no campo do conhecimento e da produção de bens materiais. Segundo Amarante e Torre (2001), esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade. Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da ideia de *indivíduo* e se concretiza na consolidação do *sujeito do conhecimento* cartesiano, pautado na racionalidade científica que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento. Esta racionalidade vai permitir o surgimento de um “sujeito da Razão”, para o qual a loucura se torna seu contraponto: “é capturada como sujeito da desrazão” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 74).

O conceito de indivíduo é essencial para compreender o modo de funcionamento capitalista e seu poder sobre os sujeitos e as subjetividades. Pois como demonstra Amarante; Torre (2001), o sistema capitalista precisa de *indivíduos* para funcionar, ou “de um *modo-indivíduo de subjetividade*”, pois ele funda a nova experiência de homem, ligada à interioridade, ao individualismo e, fundamentalmente, à *norma*.

Desde Bacon e Descartes às filosofias da ciência do século XX, a subordinação do conhecimento científico à utilidade, à adaptação e ao controle; bem como a modelação da prática científica pela ação instrumental alcançaram realce cada vez maior. Dessa forma, a tecnologia da ciência e a tecnologia produtiva progredem juntas, amparando-se reciprocamente (FIGUEIREDO, 2010, p. 12).

Sobre essas mudanças promovidas pela modernidade e os avanços do capitalismo, Foucault (2014a, p. 47) relata que no século XVI, entre todas as formas de ilusão, a loucura

traça um dos caminhos da dúvida dos mais frequentados, nunca se tinha certeza de não estar sonhando, nunca se tinha certeza de não ser louco. Mas com a tradição cartesiana “o perigo da loucura desapareceu no próprio exercício da Razão”. O pensamento de Descartes marca uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar a Renascença, “de uma Razão irrazoável, de um razoável desatino”.

Foucault (2014, p. 194) afirma que a história desse “recobrimento” seria a própria história do saber na sociedade ocidental desde a Idade Média: “história que não é a do conhecimento, mas sim da maneira pela qual a produção da verdade tomou a forma e se impôs a norma do conhecimento”. Esse autor mostra que essa transformação acompanha as mudanças essenciais das sociedades ocidentais: emergência de um poder político sob a forma do Estado, expansão das relações mercantis à escala global, estabelecimento das grandes técnicas de produção. Trata-se de “formas de poder-e-de-saber, de poder-saber que funcionam e se efetivam ao nível da ‘infraestrutura’ e que dão lugar à relação de conhecimento sujeito-objeto como nome do saber” (FOUCAULT, 2014b, p. 197).

Durante a segunda metade do século XVII foram criadas várias casas de internamento, sendo possível considerar o ano de 1656 como data de referência, com a fundação do Hospital Geral em Paris. “A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (FOUCAULT, 2014a, p. 48).

Mas nesse período o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma ideia médica, é, antes, uma instância de ordem. Segundo Foucault (2014a), nesse momento histórico a miséria não é mais vista numa dialética de humilhação e de glória, mas em uma certa relação entre ordem e desordem que a encerra numa culpabilidade. Dessa maneira, o internamento dos miseráveis se justifica por duas vezes, a título de benefício e a título de punição.

Em suas formas primitivas, o internamento funcionou como um mecanismo social, o qual atuou sobre uma área bem ampla, na retirada do palco dos sujeitos indesejáveis. E foi sobre esse fundo de sensibilidade social que a consciência médica da loucura pôde formar-se. Foucault (2014a) demonstra que o internamento representou “um papel de organização”: o internamento teve uma função de “reforma moral” e um “aspecto pedagógico”.

Não era apenas a loucura e a pobreza que eram internadas, o enclausuramento se estendeu aos elementos, que de alguma forma, eram heterogêneos ou “nocivos”. Toda uma população matizada – doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos – foi, repentinamente, na segunda metade do século XVII, reclusa em asilos que se tornaram, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. Segundo esse

teórico essa “grande internação” corresponde a abertura e delimitação de um novo “espaço social”, que representa uma singular sensibilidade para com a diferença, própria da “era clássica” (FOUCAULT, 2014a).

Spink (2010, p. 151) frisa que foi o capitalismo avançado, organizado a partir de instituições setoriais – a fábrica, a escola, a prisão, etc – quem impôs a necessidade de administrar um crescente número de áreas da vida humana, “inclusive, ou até especialmente, o aparelho psicofísico dos seres humanos. A gestão das massas setorialmente distribuídas exigiu a criação de uma diversidade de novos instrumentos”.

As condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugurou permitiram a emergência e consolidação de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto do conhecimento, quando a loucura passa a ser considerada como “doença mental”.

Nesse período, a psiquiatria – assim como outros campos do saber – passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Nesse contexto, segundo Amarante (1995), a psiquiatria assume uma matriz eminentemente positivista, com um modelo centrado na medicina biológica que se limita a observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem. A psiquiatria buscava assim se firmar enquanto processo do conhecimento científico (em sua pretensão de neutralidade e descoberta da essência dos distúrbios através de relações de causalidade). Mas uma análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscaram encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais.

Foucault (2010), em seu texto “Os Anormais”, apresenta uma reconstrução genealógica do conceito de “anormal”, mostrando como a psiquiatria se expandiu e se generalizou, encaminhando-se para uma “psiquiatrização” do social, tornando-se a “ciência dos anormais”. Nesse processo é operada a produção da loucura enquanto objeto médico e, com ela, toda uma prática de diagnóstico, medicalização e estruturação de paradigmas que justificavam tal intervenção.

A psiquiatria, tal qual se constituiu no final do século XVIII e início do século XIX, não se iniciou como um ramo da medicina geral, mas antes como um ramo especializado da higiene pública. Foucault (2010) evidencia que, antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, como precaução social.

E para a psiquiatria poder existir como instituição de saber, isto é, como saber médico fundado e justificável, teve que proceder a duas codificações simultâneas. Por um lado, foi

preciso codificar a loucura como doença, tornando patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; procedendo análises (sintomatologia, nosografia, prognóstico, etc) que aproximassem o máximo possível essa higiene pública do saber médico, e que, por conseguinte, permitissem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. Como segunda codificação, foi necessária codificar a loucura como perigo, como essencialmente portadora de perigos, e com isso, a psiquiatria, enquanto o saber da doença mental, podia efetivamente funcionar como higiene pública (FOUCAULT, 2010).

O autor aponta três pontos principais da generalização da psiquiatria: o primeiro ponto foi o encadeamento *psiquiatria-regulação administrativa*, que não faz a loucura aparecer mais sobre um fundo de verdade comum, mas sobre um fundo de ordem coercitiva; o segundo ponto, a nova forma de *demanda familiar de psiquiatria* (a família como consumidora de psiquiatria), a qual recorta a loucura sobre um fundo de sentimentos, de afetos e de relações obrigatórias; o terceiro ponto é o aparecimento de uma *demanda política* de psiquiatria, que isola a loucura sobre um fundo de estabilidade e de imobilidade social.

A respeito da demanda política, Foucault (2010) afirma que se começou a pedir à psiquiatria que fornecesse algo que poderia ser chamado de *discriminante*, um discriminante psiquiátrico-político entre os indivíduos ou discriminante psiquiátrico com efeito político entre os indivíduos, entre os grupos, entre as ideologias, entre os processos históricos.

À psiquiatria foi dada a função de encontrar discriminantes - as discrepâncias que diferenciavam os sujeitos, que apontasse as diferenças entre as pessoas e os perigos nelas escondidos - assim, a psiquiatria pôde se expandir, ganhar novos territórios e se legitimar enquanto saber científico. Desse processo de generalização advém uma série de consequências, com uma patologização da vida cotidiana, das diferenças e das vulnerabilidades sociais.

A psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, “absolutamente necessário para evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura” (FOUCAULT, 2010, p. 101).

Segundo Foucault (2010) essa dupla codificação teve uma história longuíssima ao longo de todo o século XIX. “Os tempos fortes” da história da psiquiatria serão justamente quando as duas codificações se encontram efetivamente ajustadas, um só e mesmo tipo de discurso, de análises e de conceitos que permitiram constituir a loucura como doença e percebê-la como perigo. Dessa forma, a psiquiatria pôde funcionar de fato como ciência médica relacionada à higiene pública.

O paradigma psiquiátrico clássico transformou a loucura em doença e produziu uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, instituiu-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e equilíbrio (...). É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social (AMARANTE, 1995, p. 46-47).

Para Foucault (2010), a partir do momento que a psiquiatria passou a funcionar como saber e poder no interior do domínio geral da higiene pública, da proteção do corpo social, sempre procurou encontrar os segredos dos crimes que podem habitar toda loucura, ou então o núcleo de loucura que pode habitar todos os indivíduos que podem ser perigosos para a sociedade. Essa relação entre loucura e crime e entre crime e loucura foi essencial para que a psiquiatria construísse uma análise da loucura que fugisse a tradicional relação entre loucura e delírio, mas agora tendo a loucura como “núcleo essencial a desobediência, a irredutibilidade, a resistência, a insurreição”.

Para se justificar como intervenção científica e autoritária na sociedade, para se justificar como poder e ciência da higiene pública e da proteção social, a medicina mental tem de mostrar que é capaz de perceber, mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico (Foucault, 2010, p. 103).

Para Amarante (1995), ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Foram assim criadas as condições e possibilidades para a medicalização e a retirada da sociedade, com o enclausuramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de asilamento da loucura para a gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco se torna invisível para a totalidade social e objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes nas instituições organizadas para funcionarem como *locus* de terapeutização e reabilitação. A loucura é, ao mesmo tempo, excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em um outro lugar: “o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social” (AMARANTE, 1995, p. 46).

A psiquiatria criou para si mesma esta prova de reconhecimento da sua realeza, prova de reconhecimento da sua soberania, do seu poder e do seu saber: eu sou capaz de identificar como doença, de encontrar sinais do que, no entanto, nunca se assinala (Foucault, 2010, p. 104).

Nessa mesma época, como demonstra Foucault (2010), a psiquiatria legal, a propósito de um certo número de casos, estava descobrindo que alguns crimes monstruosos e sem motivo,

não eram produzidos simplesmente a partir da lacuna que a ausência de razão assinalava, mas por uma certa “dinâmica móbil de instintos”. A partir desse momento, o *instinto* aparece dentro dessa formação discursiva e vai constituir o grande vetor do problema da anomalia, o qual vai funcionar como o operador pelo qual a monstruosidade criminal e a simples loucura patológica vão encontrar seu princípio de coordenação.

É a partir desse conceito que toda a psiquiatria do século XIX vai poder interpretar como doença todos os distúrbios, todas as irregularidades de conduta, o quais não pertencem a loucura propriamente dita. “É a partir da noção de instinto que vai poder se organizar, em torno do que era outrora o problema da loucura, toda a problemática do anormal, inclusive em nível das condutas mais elementares e mais cotidianas” (FOUCAULT, 2010, p. 112-113).

O instinto, como demonstra Foucault (2010), é um elemento misto que pode funcionar em dois registros, uma engrenagem que permite que dois mecanismos de poder engrenem um no outro: o mecanismo penal e o mecanismo psiquiátrico. Esse conceito permitiu reduzir os termos inteligíveis essa espécie de escândalo jurídico que seria um crime sem interesse, sem motivo; e por outro lado, transformar cientificamente a ausência de razão de um ato num mecanismo patológico positivo. Assim, o instinto vai se tornar o grande tema da psiquiatria, com ele aflora a possibilidade de reinscrever a psiquiatria não apenas num modelo médico que ela havia utilizado desde muito, mas de reinscrevê-la em uma problemática biológica.

Segundo Foucault (2010) essa transformação fomentada pela emergência da temática do instinto no discurso psiquiátrico permitiu o processo que fez o poder psiquiátrico intramanicomial, centrado na doença, pudesse se tornar uma jurisdição geral intra e extramanicomial, não da loucura, mas do anormal e de toda conduta considerada anormal. Portanto, “o instinto” desempenha esse importante papel nesse jogo do saber-poder, pois conseguiu legitimar as diferenças e escalona-las como normais ou anormais.

Foucault (2014c) afirma que no fundo da prática científica existe um discurso que diz que ‘onde há uma verdade a ser dita, a ser desvendada, é o olhar da ciência, a mão da ciência que pode fazê-lo’. Segundo Foucault (2014b), na nossa civilização e ao longo dos séculos, o discurso e prática científica silenciou, deslegitimou e desqualificou muitas outras formas de produção de conhecimento. Pois, embora a ciência seja apenas uma forma singular de produção da verdade, ao longo da história ocidental, em seus jogos de poder, recobriu as outras formas de produção da verdade e impôs sua forma como universal.

Além disso, a psiquiatria do século XIX vai se encontrar nos últimos anos desse século emoldurada por duas grandes tecnologias (que vão bloqueá-la de um lado e dar-lhe novo impulso de outro) que de um lado temos as tecnologias eugênicas, com o problema da

hereditariedade, da purificação da raça e da correção do sistema instintivo dos homens por uma depuração da raça e do outro lado temos a psicanálise como outra grande tecnologia dos instintos, “tecnologia da correção, da normalização da economia dos instintos” (FOUCAULT, 2010, p. 114).

Foucault (2010) demonstra que a psiquiatria teve de transformar em psiquiátrica toda uma série de condutas, de perturbações, de desordens, de ameaças, de perigos que são da ordem do comportamento, não mais da ordem do delírio, da demência ou da alienação mental. Nesse ponto, a psiquiatria toma a seu cuidado todos os efeitos de perturbação que o doente pode induzir na família. Nesse momento aparecem dois novos personagens, “o obcecado” e “o perverso”, por exemplo, se uma pessoa é malvada, ela passa a pertencer virtualmente ao domínio médico.

Nesse ponto, percebemos que a psiquiatria se inscreve junto a outras instâncias disciplinares e “patologiza” o que Foucault (2010, p. 129) chama de “restos das instâncias disciplinares”, transformando a família em consumidora de psiquiatria, com “uma patologia dos maus sentimentos familiares se constituindo”.

A partir desse momento há um processo de ampliação da psiquiatria. Pois, como demonstra Foucault (2010), a psiquiatria vai poder sintomatologizar, ou fazer valer como sintoma de doença, todo um conjunto de fenômenos que até então não tinham estatuto na ordem da doença mental. Daí em diante, segundo esse autor, o que vai permitir que um elemento de conduta, uma forma de conduta, figure como sintoma de uma doença possível, vai ser, por um lado, a discrepância que essa conduta tem em relação às regras de ordem, de conformidade, definidas seja sobre um fundo de regularidade administrativas, seja sobre um fundo de obrigações familiares, seja sobre um fundo de normatividade política e social.

Serão, portanto, tais discrepâncias que vão definir uma conduta como eventualmente sintoma de doença. Por outro lado, será também a maneira como essas discrepâncias vão se situar no eixo do voluntário e do involuntário, um definidor de doença. “A psiquiatria não necessita mais da loucura, não necessita mais da demência, não necessita mais do delírio, não necessita mais da alienação, para funcionar. A psiquiatria pode tornar psiquiátrica toda conduta sem se referir à alienação” (FOUCAULT, 2010, p. 136).

Segundo Resende (2007, p. 28-29), as modernas teorias das origens heredobiológicas da loucura “vieram cair como uma luva” para as funções sociais que a segunda metade do século XIX exigia da psiquiatria, a de referendar cientificamente os processos de exclusão pois as pessoas são “vítimas já não mais das suas lamentáveis condições de vida, mas de taras e degenerações individuais e raciais”.

De tal modo, a psiquiatria se tornou médico-jurídica, essencialmente a ciência e a técnica dos anormais (dos indivíduos anormais e das condutas anormais) e dessa forma o encontro crime-loucura será o caso regular, pois para Foucault (2010), desde 1850 a psiquiatria funciona num espaço que é médico-judiciário e patológico-normativo.

A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir as paixões, de tomar decisões e de ser livre. “Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, se inscreve no eixo paixão-vontade-liberdade” (FOUCAULT, 2014b, p 202).

A era clássica teria começado a apreender a loucura como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos essa primeira percepção teria se organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade (FOUCAULT, 2014b).

Foucault (2014b, p. 203) diz que é assim que se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX:

(...) lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão.

O grande médico do asilo é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX tinham por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabiamente desencadeado. Em um jogo onde o que está em questão é “o sobrepoder do médico” (FOUCAULT, 2014b).

Segundo esse autor, nesse momento o asilo vai assumir o papel que no final do século XVIII era confiado aos hospitais. Permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la. “A loucura, vontade perturbada, paixão perversa, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas” (2014b, p. 202).

Essa exaltação se produz numa época em que o poder médico encontra suas garantias e justificações nos privilégios do conhecimento. O médico é competente, conhece os doentes e as doenças e detém um saber científico. E é isso que permite sua intervenção e decisão. “O

poder que o asilo dá ao psiquiatra deverá então se justificar e ao mesmo tempo se mascarar como sobrepoder primordial produzindo fenômenos integráveis à ciência médica” (FOUCAULT, 2014b, p. 204).

1.2 A institucionalização da loucura

O sociólogo Erving Goffman (2015), em sua “microsociologia” faz uma valiosa análise sobre as instituições psiquiátricas, enfocando o jogo de poder dentro desses estabelecimentos e suas consequências para a vida dos sujeitos internados.

Goffman (2001, 2013, 2015) aborda em diversas obras a temática da loucura e sob vários ângulos, tanto nas suas conceituações das instituições totais, como nos estudos sobre o estigma e a construção do eu na vida cotidiana. Esse teórico utiliza-se em suas pesquisas e teorizações de uma pluralidade de fontes intelectuais, da filosofia a literatura, adotando uma postura antidogmática.

Para esse teórico “Instituição total” é um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Dentre essas instituições faz um destaque para os hospitais psiquiátricos, teorizando sobre “a carreira moral do doente mental” e sobre o “modelo médico”, demonstrando como o poder médico define a situação dos sujeitos internados.

Esse esforço de redução sistemática da autonomia individual levaria, gradativamente, segundo o autor, à “mortificação do eu”, ou seja: a “economia de ação do internado” acaba se tornando cada vez mais restrita.

O hospital psiquiátrico é uma entre várias instituições destinadas a servir de residência para várias categorias de pessoas “socialmente perturbadoras”. Ele atua como um albergue provisório, dentro de uma rede de tais albergues (orfanatos, lares para idosos, etc), para lidar com as pessoas que não estavam autorizadas a ficar na comunidade (GOFFMAN, 2015).

Goffman (2015) aponta que todos os sentimentos, ações, e pensamentos do paciente – presentes, passados e futuros – são oficialmente utilizáveis pelo psiquiatra a fim de que possa fazer diagnósticos e dar receitas. Esse médico tem um mandato difuso, ocupa uma posição que lhe permite dizer o que o internado consegue obter e tudo de que deve ser privado, praticamente qualquer aspecto das condições de vida da pessoa em sua rotina diária pode ser modificado à vontade pelo psiquiatra, desde que seja dada uma explicação psiquiátrica.

Ele demonstrou que as formas de “tratamento” psiquiátrico não tinham acerto suficiente para justificar a prática da psiquiatria institucional, pois a hospitalização prejudicava as oportunidades de vida do sujeito, além disso, saído da internação (com seu isolamento) a pessoa volta para o sistema que é parte natural de sua resposta psicótica, ou seja, a internação não tinha nenhum valor terapêutico.

Goffman (2015) chama atenção para um dos conceitos mais utilizados pela psiquiatria, o “comportamento inadequado do paciente”, o qual é considerado um sintoma da “doença mental”. Nesse aspecto o autor destaca uma grande contradição, pois o “comportamento inadequado” é geralmente comportamento de que alguém não gosta, portanto, as decisões referentes a ele tendem a ser políticas, na medida em que exprimem os interesses específicos de determinado grupo ou determinada pessoa, e não os interesses que possam ser considerados acima das preocupações de qualquer agrupamento específico.

Mais precisamente, segundo a definição do senso comum, a saúde mental é a capacidade para jogar qualquer jogo de vida social, e jogá-lo bem. Inversamente, o fato de recusar-se a jogar, ou o fato de jogar mal, significa que a pessoa está mentalmente doente. Ora, é possível, perguntar quais as diferenças, se é que existem, entre inconformismo (ou desvio) e a doença mental. Deixando de lado, por um momento, as considerações psiquiátricas, sustentarei que essas duas noções – que se exprimem, por exemplo, nas expressões “ele está errado” e “ele está mentalmente doente”- não estão necessariamente em quaisquer fatos observáveis que indiquem, mas podem consistir apenas numa diferença em nossas *atitudes* com relação ao nosso sujeito. Se o levamos a *sério*, se consideramos que tem dignidade e direitos humanos, e se consideramos mais ou menos como nosso semelhante – nesse caso falamos de discórdias, desvios, lutas, crimes e talvez até de traição. No entanto, se sentimos que não podemos nos comunicar com ele, que ele é de certo modo “basicamente” diferente de nós, estaremos inclinados a considera-lo não mais como um semelhante, mas como uma pessoa inferior (raramente como superior); nesse caso dizemos que está louco, mentalmente doente, insano, psicótico, imaturo e assim por diante” (SZASZ, 1958, p. 188, apud Goffman, 2015, p. 293-294).

Na psiquiatria, como demonstra Goffman (2015, p. 296) existe um esforço formal para agir como se o problema fosse de tratamento, não de julgamento moral, mas isso não é mantido de forma coerente. Na realidade é difícil manter a neutralidade ética na psiquiatria, pois a perturbação do “paciente” está intrinsecamente ligada ao fato de agir de uma forma que ofende “as testemunhas”. Dessa forma, esse autor demonstra que a psiquiatria não consegue tolerar a diferença, patologizando-a.

Esse teórico afirma que, embora o conhecimento psiquiátrico muitas vezes não possa colocar o psiquiatra em uma posição que seja capaz de predizer corretamente a conduta do sujeito, o mesmo desconhecimento dá a esse sujeito maior liberdade de interpretação, ele pode apresentar uma imagem do “paciente” que nem pode ser provada nem desmentida. Muitos diagnósticos de síndromes eram vagos e duvidosos, no entanto, na prática, tais categorias se

tornam maneiras mágicas de transformar a natureza do paciente numa única unidade – “uma entidade que está sujeita a serviço psiquiátrico”.

Estou sugerindo que a natureza do paciente é redefinida de tal modo que, como efeito, se não por intenção, o paciente se torna o tipo de objeto no qual se pode executar um serviço psiquiátrico. Transformar-se num paciente é ser transformado num objeto que pode ser “trabalhado”- embora, no caso, a ironia esteja no fato de, depois disso, haver tão pouco trabalho a ser feito (GOFFMAN, 2015, p. 307).

E mesmo assim, segundo o autor, as equipes dirigentes de hospitais psiquiátricos sustentam que as condições de vida dos pacientes constituem uma expressão de suas capacidades e de sua organização pessoal no momento, bem como uma resposta médica a elas.

Quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela harmonia entre as exigências da ordem social, que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes. E Foucault considera que tudo isso é questão de poder: “dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de “ortopedia”” (FOUCAULT, 2014b, p. 210).

Foucault (2014b) demonstra que o que estava logo de início implicado nas relações de poder, era o direito absoluto da não loucura sobre a loucura.

Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância, de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio. É esse triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que constituía como doença, no exato momento em que o “sujeito” que dela sofre encontra-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença (FOUCAULT, 2014b, p. 212).

1.3 As Reformas Psiquiátricas

Mudanças significativas nessa estrutura só começaram a ocorrer após a segunda Guerra Mundial, período de grandes transformações, tornando-se o cenário para o projeto de reforma psiquiátrica contemporânea, com desconstruções e questionamentos ao saber médico. Essas reformas procuraram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico. Franco Rotelli (2001) utiliza a expressão “psiquiatria reformada” para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade.

A concepção de Reforma Psiquiátrica se apresenta como um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura que deve abarcar não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Amarante destaca entre as experiências de Reforma Psiquiátrica: a *psicoterapia institucional* e as *comunidades terapêuticas*, representando as reformas restritas apenas ao âmbito asilar; a *psiquiatria de setor* e a *psiquiatria preventiva*, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim a *antipsiquiatria* e as experiências surgidas a partir de *Franco Basaglia*, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão a própria organização médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados (AMARANTE, 1995).

Foi com Maxwell Jones, em 1959, na Inglaterra, que o termo *Comunidade Terapêutica* se consagrou e passou a caracterizar um processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico; marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar. Já a *Psicoterapia Institucional* refere-se ao trabalho desenvolvido por François Tosquelles, no Hospital Saint-Alban, na França (que depois se expandiu para outros hospitais franceses), onde ele introduziu diversas modificações a fim de tornar o hospital um lugar de “real tratamento” e “cura da doença mental” (AMARANTE, 1995).

A *Psiquiatria de Setor* apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, anterior às experiências de psicoterapia institucional. Esse movimento, segundo Amarante (1995), inspirou-se nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entraram em contato com os manicômios franceses e reivindicaram sua imediata transformação. Adotaram como pressuposto que a função do hospital psiquiátrico deveria ser resumida a um auxílio no tratamento e que internação deveria ser restrita apenas a uma etapa, destinando o principal momento para a própria comunidade.

No entanto, a experiência da psiquiatria de setor não alcançou os resultados esperados, segundo Amarante (1995), tanto pela resistência de grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria; como pela resistência de setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas, acrescido a isso pesou a mais custosa implantação dos serviços de prevenção e ‘pós-cura’.

A *Psiquiatria Preventiva ou Comunitária* surge no contexto da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da *Psiquiatria de Setor* e da *Socioterapia Inglesa*. Nasceu nos Estados Unidos e representou a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais deu lugar a um novo objeto: a saúde mental. Esse movimento buscava não apenas intervir nas causas ou surgimento das doenças mentais, almejando a prevenção das mesmas, mas fundamentalmente a promoção da saúde mental (AMARANTE, 1995).

O preventivismo americano produziu um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional, instaura-se a crença de que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas, senão detectadas precocemente. Dessa forma, a doença mental significando distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Assim, seria urgente a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal (AMARANTE, 1995).

O projeto da psiquiatria preventiva determina que as intervenções precoces evitam o surgimento ou o desenvolvimento de casos de doenças, decretando a obsolescência do hospital psiquiátrico, mas ocorreu justamente o contrário, produziu mais demanda para a psiquiatria, e o modelo asilar foi retroalimentado por tal modelo. Portanto, o preventivismo significou um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátrico para o conjunto de normas e princípios sociais. Nesse território cabe aos saberes psiquiátricos-psicológicos a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal, traduzido em um complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais (AMARANTE, 1995, p. 41).

A *antipsiquiatria* surge na década de 1960, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*), com um grupo de psiquiatras – dentre os quais destaca-se Ronald Laing, David Cooper e Aeron Eterson – profissionais com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. Esse movimento postulava que havia uma inadaptação do saber e da prática psiquiátricas no trato com a loucura, principalmente com a esquizofrenia (AMARANTE, 1995).

Essa é, segundo Amarante (1995), a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. Suas referências culturais são ricas e diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, correntes da sociologia e psiquiatria norte-americana, e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo.

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles, critica a nosografia, denuncia a cronificação asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo. O método terapêutico não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a “análise do discurso” através da “metanóia”, “da viagem” ou delírio do louco, que não deve ser podada (AMARANTE, 1995).

Para esses teóricos o que está em jogo não é o valor da verdade da psiquiatria em termos de conhecimento, de precisão do diagnóstico ou de eficácia terapêutica. Trata-se de transferir para o próprio doente o poder de produzir a sua loucura e a verdade de sua loucura em vez de tentar reduzi-la a nada (FOUCAULT, 2014b).

Amarante aponta que embora a antipsiquiatria tenha iniciado um processo de ruptura radical com o saber psiquiátrico, acabou por elaborar uma explicação causal da esquizofrenia, calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas. Mas de qualquer forma essa tradição trouxe importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução.

O movimento de luta antimanicomial da Itália iniciou-se na década de 1960, denominado como Psiquiatria Democrática Italiana –PDI em 1973. Teve como principal líder Franco Basaglia, psiquiatra italiano, que juntamente com outros profissionais inovadores (como Pirella, Slavich, Schittar, Jervis, entre outros) reinventou os saberes e as práticas em saúde mental, principalmente através das experiências nos hospitais de Gorizia e Trieste. Esse movimento, com o tempo se expandiu e se deslocou da condição de fórum de especialistas a de fórum ampliado de luta por direitos humanos.

Em 1961 Franco Basaglia passou a administrar o Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cidade localizada ao norte italiano, onde promoveu profundas mudanças institucionais, com novas possibilidades de acolhimento à loucura e transformou o manicômio em uma comunidade terapêutica. Porém, ele e sua equipe, no decorrer dessa experiência, perceberam que era necessário bem mais do que fora feito em Gorizia: era preciso fechar o hospital e devolver a liberdade aos sujeitos, inserindo-os novamente na sociedade (OLIVEIRA, 2011).

Na experiência de Gorizia surge a hipótese e a constatação de que um processo de institucionalização “homogeniza”, “serializa” (usando a expressão de Sartre) e objetiva todos aqueles que adentram a instituição. A ideia do ‘duplo’, ou do colocar entre parênteses a “doença mental”, torna-se um ponto de partida obrigatório, e ao qual deve-se retornar sempre, pois continuamente será um novo ponto de partida (AMARANTE, 1994).

O duplo da doença mental é a face institucional do sofrimento mental, é tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do sofrimento das pessoas. É estabelecido a partir da negação da subjetividade, das identidades, da objetivação extrema da pessoa e das noções de periculosidade, irrecuperabilidade e incompreensibilidade da dor mental (AMARANTE, 1994).

Mas as transformações mais radicais na atenção a saúde mental italiana ocorreram a partir de 1970, quando Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de

Trieste, e iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico, com a “invenção” de novas formas de cuidado e de novas estruturas assistenciais e “terapêuticas” em saúde mental que substituíam o hospital psiquiátrico.

Em Trieste Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os ex-internos do hospital (AMARANTE, 1996).

Segundo Goulart (2007) a destruição das instituições psiquiátricas – tradicionais, asilares e segregadoras – foi o principal diferencial da Reforma italiana, que atuou como um movimento propositivo dentro da psiquiatria, tendo gerado práticas, saberes e legislações.

O grande mérito da Reforma Psiquiátrica italiana, segundo Amarante (1995), foi a possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, a não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’. Esse movimento traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça. A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas.

O movimento antimanicomial italiano é considerado uma referência no conjunto de iniciativas de reformas no cenário ocidental, por significar a radicalização de toda uma tendência do pós-guerra de reforma humanizadora das instituições psiquiátricas, convertendo-se em parâmetro para a reorientação das políticas de saúde mental em todo o mundo. Além disso, promoveu uma peculiar aliança entre os profissionais de saúde mental e sua clientela, revelando a dimensão eminentemente política dessa relação contratual. Tal movimento se guiou pela promoção da justiça e da liberdade, pela reconstrução dos vínculos da comunidade com a desrazão, sistematicamente patologizada pela psiquiatria, de modo a promover a tolerância e a solidariedade (GOULART, 2007).

No ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. A partir de 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente e a assistência em saúde mental passou a ser exercida em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia e sua equipe (AMARANTE, 1996).

Goulart (2007) aponta a conquista de uma nova legislação (Lei 180 aprovada em 1978) e a profunda reforma no modelo assistencial como principais resultados objetivos do

movimento italiano. Além disso, foi capaz de produzir uma significativa mudança nos modos de interpretação do sofrimento mental e nas estratégias para o seu enfrentamento. Ultrapassou as fronteiras italianas e do discurso meramente técnico e abalou crenças e preconceitos, traduzido na possibilidade de tolerância e “acolhimento da desrazão”.

A Lei 180 proibia a construção de manicômios, impedia novas admissões, regulamentava as internações compulsórias. Tais inovações na legislação repercutiram não apenas na assistência psiquiátrica, mas também na psicologia, na educação, no direito, na assistência social e na saúde como um todo (GOULART, 2007).

Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse” (BARROS, 1994, p. 53, apud AMARANTE, 1995).

Assim, com Basaglia temos o projeto de uma transformação institucional, com uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica e a desconstrução de tal paradigma, enquanto único saber possível sobre a loucura.

Basaglia foi influenciado pelo pensamento fenomenológico existencial (a partir de Husserl, Minkowski, Binswanger, Strauss), que se tornou um dos principais aspectos de referência teórica e prática, e foi um elemento básico para a operação conceitual da enfermidade mental, que foi assim substituída pelo conceito de “*sofrimento-existência dos sujeitos em sua relação com o corpo social*” (AMARANTE, 1994).

Para Franca Basaglia (1981, p. XXI, apud AMARANTE, 1994), a fenomenologia existencial poderia ser “um primeiro instrumento de desmascaramento do terreno ideológico sobre o qual a ciência se funda, reivindicando a autonomia e a compreensão do ‘dado’, através do conhecimento das diversas modalidades de sua existência”.

Esse estudioso foi também influenciado pelos estudos de Foucault sobre a loucura, através das conceituações desse autor, passou a refletir sobre o projeto institucional da psiquiatria e iniciou um percurso de compreensão deste projeto enquanto instrumento de saber e poder, de controle e segregação (AMARANTE, 1994).

A obra de Goffman exerce importante influência sobre Basaglia, em ideias centrais como o conceito “mortificação”, a ideia de “neurose institucional” e de “instituição total” que possibilitaram a construção de dois conceitos correlatos por Basaglia, que são os de “institucionalização” e o de “poder institucionalizante” (AMARANTE, 1994).

A *institucionalização* é “o complexo de danos” derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando esse se baseia em princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se

incondicionalmente, são expressão, “e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional” (BASAGLIA, 1981, p. 259, apud AMARANTE, 1994). Segundo Amarante (1994) é aqui que podemos encontrar as bases mais primitivas do projeto que se delineia em torno do conceito de desinstitucionalização e que tratará de ser uma das linhas condutoras mais fundamentais do projeto basagliano.

Poder institucionalizante refere-se ao conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando

(...) o doente, fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originariamente sobreposto à doença, não é sempre reversível (BASAGLIA, 1981, p. 250 apud AMARANTE, 1994).

Outros conceitos de Goffman (apud AMARANTE, 1994) como o de “carreira moral do institucionalizado”, “instituição total” e “mortificação”, assim como as observações deste autor sobre o desvio e o estigma serão permanentemente instrumentalizados por Basaglia ao longo de sua teorização e prática.

Segundo Amarante (1994) a luta contra a institucionalização do corpo hospitalar reflete a forte influência de Gramsci para a reflexão sobre o papel do técnico, da ciência e das instituições. O pensamento de Sartre também se faz presente em Basaglia, principalmente na ideia de serialização dos indivíduos institucionalizados.

De Sartre vem a ideia de que a prática de “fixar-se sobre esquemas preestabelecidos”, que nascem como recusa de uma realidade dada, deve buscar na realidade o sentido do renovar-se contínuo, “para não transmutar-se em opressão de si mesmo” (BASAGLIA, 1981, p. 384, apud AMARANTE, 1994).

Algumas premissas do pensamento e da prática de Basaglia estarão presentes por toda a sua trajetória: a luta contra a institucionalização e a tecnificação; a invenção e constituição de uma relação de contrato social e a consciência de que as transformações advêm da prática efetiva de luta nos campos político e social (AMARANTE, 1994).

A tradição basagliana, como relata Goulart (2007), tem uma grande importância para o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No final da década de 1970 ele veio ao Brasil, passando pelo Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais: em 1978 participou do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições; retornou em 1979 a convite de entidades de profissionais de psicologia e psiquiatria, quando ofereceu seminários e participou ativamente

do esforço de denúncias das péssimas condições de assistência dos hospitais psiquiátricos brasileiros.

Essas visitas e seminários contribuíram para o início de reformas em hospitais psiquiátricos e foi essencial para o surgimento do Movimento Antimanicomial Brasileiro (1987), o qual foi determinante para a Reforma Psiquiátrica, que gerou a nova legislação em saúde mental nacional, fortemente influenciada pelo desenho da legislação italiana, e a constituição dos novos serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos (GOULART, 2007).

A luta antimanicomial italiana e brasileira, como movimentos sociais, têm, dentre outros, o objetivo de denunciar as condições de violência a que estão expostas as pessoas que sofrem com transtorno mental e que precisam de algum apoio especializado, de algum “tratamento”. Trata-se de explicitar o preconceito, o abandono e as más condições de cuidados a que essas pessoas são submetidas, uma “terapêutica iatrogênica”, “cronificadora” e opressiva (GOULART, 2007).

Para Amarante (1994) o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos. A ruptura foi operada tanto em relação à psiquiatria tradicional, quanto em relação à “nova psiquiatria” (dispositivo “da saúde mental”), e demarcaria uma mudança aos níveis prático e teórico, tendo como ponto de referimento a negação da psiquiatria enquanto ideologia.

Para Basaglia (1985) a exclusão e a violência estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade e os graus de aplicação dessa violência dependerão da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarça-la. É daí que nascem as diversas instituições, desde a familiar e escolar até a carcerária e a manicomial. Tais instituições podem ser definidas como ‘instituições de violência’.

Esse autor (1985) fala da ‘violência técnica’, como uma forma de extensão da violência, que aparece mais camuflada, onde os profissionais têm o papel de mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento.

Basaglia (1985) afirma que o novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo, o sociólogo, etc., são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos

provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora, e não-violenta, que se perpetue a violência global.

O perfeccionismo técnico-especializado consegue com que o rejeitado aceite sua inferioridade social com a mesma eficiência com que antes impunha, de maneira menos insidiosa e refinada, o conceito da diversidade biológica, que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do *diferente* (...) A ambiguidade da nossa função de terapeutas não desaparecerá enquanto não nos dermos conta do jogo que nos é exigido (...) não há outra solução senão *refutar o ato terapêutico cujo único objetivo é atenuar as reações do excluído em relação ao excludente*” (BASAGLIA, 1985, p. 102-103).

A “doença mental”, enquanto condição comum, assume significados concretamente distintos segundo o nível social do sujeito. Isto não quer dizer que a dor mental não exista, mas sublinha um fato real que deve ser levado em consideração quando se entra em contato com o “doente mental”: as consequências da “doença” variam segundo o tipo de abordagem adotada em relação a ela. Tais “consequências”, não podem ser consideradas como evolução direta dessa “doença”, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o indivíduo. Esta abordagem da questão revela uma “realidade invertida”, onde o problema já não é o sofrimento mental em si, mas sobretudo da relação que se estabelece com o sujeito (BASAGLIA, 1985).

Esse teórico afirma que qualquer sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre as diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da própria subjetividade.

Desta maneira a exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade de seus elementos *críticos*, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabeleceu. A partir destas premissas a relação entre o doente e aquele que toma conta dele é forçosamente objetal, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre somente através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo (BASAGLIA, 1985, p. 109).

Para Basaglia (1985), a degradação, a objetivação e o total aniquilamento que o caracterizam não são a pura expressão de um estado mórbido. Mas, antes, o produto da ação destruidora de uma instituição cuja finalidade é proteger os sãos dos assaltos da loucura. Entretanto, uma vez despido o indivíduo das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que, antes de ser um “doente mental”, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: “é mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade” (BASAGLIA, 1985, p.113).

Basaglia (1985) demonstra que o sujeito foi isolado e colocado entre parênteses pela psiquiatria para que fosse possível a definição abstrata de uma “doença”, da codificação de formas, de classificação dos sintomas, sem precisar temer eventuais possibilidades de ser desmentida por uma realidade que já havia sido negada. O psiquiatra em seu diagnóstico usou de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema (BASAGLIA, 1985).

O “doente mental”, como demonstra Pirella (1985), não pode ser tolerado na sociedade. Sua maneira de apresentar-se e de viver deve ser escondida e reprimida. Mesmo que a farta distribuição dos mais recentes sedativos tenha contribuído para ocultar as aparências mais manifestas da “loucura”, a atitude social em relação a esses sujeitos não mudou. A infração à norma do “viver civil” deve ser punida e a ideologia médica continua a ser mistificadora.

Se a doença está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que “não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo” (BASAGLIA, 1985).

Para Basaglia (1985), uma Reforma Psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas de regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas principalmente enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos. Basaglia então propôs o processo de desinstitucionalização da loucura, que não se limitava ao contexto hospitalar. Ele afirmava que é preciso desenvolver estratégias para os sujeitos que recebem alta do hospital, do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para a sua reintegração, acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico.

Basaglia afirma que a psiquiatria colocou os sujeitos entre parêntesis para se ocupar de uma “doença” abstrata. Ele então propõe colocar a “doença” entre parêntesis para nos ocuparmos das pessoas concretas, em suas experiências, em seus sofrimentos. Ele recusa a aceitação do saber psiquiátrico sobre o fenômeno da loucura e sobre a experiência do sofrimento (AMARANTE; GULJOR, 2005).

1.4 A desinstitucionalização

Desinstitucionalizar é um termo bastante problemático, o qual foi originalmente utilizado com o significado de desospitalização. Nessa perspectiva, como demonstra Amarante; Guljor (2005), denominava uma política que congregava um conjunto razoável de medidas de caráter administrativo que visava diminuir as internações em hospitais psiquiátricos e acelerar as altas hospitalares. Na maioria dos casos, significou a concessão de altas apressadas, sem suporte assistencial aos egressos, quanto à falta de assistência a novos usuários.

A desinstitucionalização entendida e praticada como desospitalização produziu o abandono de muitas pessoas que precisavam de cuidados em saúde mental, e também uma transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários não psiquiátricos, etc) e novas formas (mais obscuras) de internação (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Em muitos casos também os serviços territoriais ou comunitários passaram a conviver com a internação, mas não a substituem, e até confirmam sua necessidade. Em várias situações a “estática” da segregação em uma instituição foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas. Os novos serviços nessa lógica produzem um número maciço e crescente de crônicos, um sentimento difuso de impotência e frustração entre os operadores e a necessidade de locais de internação que funcionem como válvula de escape (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Somente com Basaglia o conceito de desinstitucionalização passou a ser entendido como um processo de crítica prático-teórica ao saber psiquiátrico e às suas instituições. A desinstitucionalização em psiquiatria promovida por Basaglia (1985) tornou-se um processo social complexo, o qual envolveu muitos sujeitos sociais comprometidos com a saúde mental, transformou as relações de poder entre os pacientes e as instituições, produziu estruturas de saúde mental que substituíram inteiramente a internação em hospitais psiquiátricos, que nasceram da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos.

No processo de desinstitucionalização, a ênfase da assistência à saúde mental deixa de ser o processo de cura e passa a ser um projeto de “invenção da saúde”. Nas palavras de Rotelli (2001, p.30), “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”.

A psiquiatria separou um objeto fictício, a “doença”, da existência global e concreta dos pacientes e do corpo social. E sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos legislativos, administrativos (a instituição), todos referidos à “doença”, “é

este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, pag. 28).

Segundo Rotelli; Amarante (1992), a desconstrução não significa simplesmente a destruição do hospital, mas a superação de todo o aparato manicomial, dos paradigmas clínico e racionalistas que o fundamentam. Isso porque destruir o manicômio deve significar o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental, a reconstrução da complexidade existência-sofrimento e a invenção de novas formas de lidar com esse objeto.

Nesse processo de desconstrução, como pontuam Amarante; Guljor (2005), não é possível nos restringir à construção de novas unidades assistenciais. É necessário ampliar o escopo de intervenções para uma efetiva ruptura com valores que há mais de duzentos anos justificam as práticas segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio, “para além de um conjunto de enunciados científicos, a cultura manicomial constitui uma forma “moral” de compreensão da loucura” (AMARANTE; GULJOR, 2005, p. 69).

O primeiro passo da desinstitucionalização foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida. Nesse primeiro passo não se pretende enfrentar a etiologia da doença (renuncia-se a qualquer intenção de explicação causal), e se adota a direção de uma intervenção prática que “remete a cadeia das determinações normativas das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 29).

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar o problema. Segundo Rotelli; Leonardis; Mauri (2001), concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

O processo de desinstitucionalização torna-se a reconstrução da complexidade do objeto. “A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30).

Pois, depois de ter descartado “a solução-cura”, se descobriu que cuidar significa “ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”. O sofrimento psíquico talvez não se anule, “mas se começa a remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33).

Rotelli (2001) nos relembra que a desinstitucionalização é buscada porque o foco da atenção à saúde mental não pode e nem deve ser uma doença ou transtorno (entendido como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). O que deve estar em questão e orientar a prática é a “existência-sofrimento” dos sujeitos e sua relação com o corpo social.

Portanto, para Rotelli, era preciso desmontar esse paradigma para retomar o contato com a existência das pessoas, enquanto “existência-sofrimento”. E essa ruptura também se fundamenta na extrusão da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura. Portanto, a negação da instituição, bem mais que o desmantelamento do manicômio, foi e é a desmontagem da causalidade linear e a reconstrução de uma concatenação de possibilidade-probabilidade. O projeto de desinstitucionalização coincide com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (“e não foi por acaso que tiveram que usar de violência para consegui-lo”) (ROTELLI, 2001, p. 91).

A verdadeira desinstitucionalização será então “o processo prático crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções a este tão diferente objeto”, e ainda, que a falsa desinstitucionalização tenta apenas “mumificar o objeto da Psiquiatria”, deslocando apenas as formas e os modos de gestão mais que qualquer outra coisa, os lugares, “o *look*”, sem fazer alterações substanciais nas relações de poder (ROTELLI, 2001, p. 91).

Portanto, a instituição a ser negada era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos e de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno da loucura. A loucura é sempre fruto de um “poder que produz” e é, portanto, necessário então contrapor-lhe um outro “poder que produz” (ROTELLI, 2001).

Rotelli (2001) afirma que não se trata de negar a existência da doença/sofrimento mental, mas de colocá-lo entre parêntesis para favorecer a manifestação da real existência da pessoa. “É verdade que sempre pensamos que esta não seja uma realidade ontológica, mas uma realidade inventada, no entanto uma dura e viva realidade” (ROTELLI, 2001, p. 92).

A desinstitucionalização implica hoje, em última instância, o “retorno” do indivíduo com transtorno mental ao espaço de convívio social, como parte integrante dessa sociedade e na construção do seu status de cidadão. Assim, a materialização desse processo implica o

estabelecimento e um diálogo com a sociedade que possibilite a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e suporte (AMARANTE; GULJOR, 2005).

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico devem responder de forma transformada às demandas que o asilo absorvia. Precisa elaborar estratégias dinâmicas e individualizadas que salvaguardem e ampliem a riqueza da vida das pessoas, “doentes” ou sãs, ativando os recursos das pessoas.

Tratar? Talvez apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo de um percurso que não vise um valor, mas que restitua ou crie a complexidade e lhe restitua um seu sentido. Curar? Talvez apenas reconstituir a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; também é sobretudo como impossível de se controlar; ampliar aquele resíduo irredutível e ameaçador para o sistema; manter em aberto o suspeito; evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 86).

Rotelli (2001) defende que o trabalho terapêutico deve estar sempre voltado para o processo de desinstitucionalização, voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada, compreendendo que há múltiplos planos de existência, que não podem ser reduzidos a doença ou a uma “comunicação perturbada”. Que tratar significa ocupar-se aqui e agora para se transformar os modos de viver e sentir o sofrimento do sujeito e que, ao mesmo tempo, se transforme a sua vida concreta cotidiana.

A produção de vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentidos, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (ROTELLI, 2001, p. 93-94).

Rotelli (2001) afirma que é necessário um social inventado para uma sociabilidade de outra forma ausente, que seja lugar de revalorização de gestos, de fatos, que de outra forma “se curvam” em sintoma.

Para Guatarri (2012) devemos nos distanciar de paradigmas cientificistas para nos aproximar de um paradigma ético-estético. Construir novas relações com o mundo. Buscar uma tomada de responsabilidade coletiva e uma “ressingularização” da relação com a existência pessoal.

Fugir da serialidade, conceito de Jean-Paul Sartre, que se refere ao caráter repetitivo e vazio de um estilo de existência. Buscar a tomada de responsabilidade em relação a si mesmo

e aos outros, e fazer com que os indivíduos e os grupos se reapropriem do sentido de sua existência em uma perspectiva ética e não tecnocrática (GUATTARI, 2012).

(...) a vida coletiva, concebida segundo esquemas rígidos, segundo uma ritualização do cotidiano, uma hierarquização definitiva das responsabilidades, em suma, a vida coletiva serializada pode se tornar de uma tristeza desesperadora tanto para os doentes como para os “técnicos” (GUATTARI, 2012, p. 165).

Enfatizar a participação do sujeito como agente ativo do seu processo saúde-doença. Guatarri (2012) defende que é preciso construir complexos de subjetivação, instâncias locais de subjetivação coletiva, que ofereçam à pessoa possibilidades diversificadas de recompor uma corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e, de alguma forma, de se ressingularizar.

Os destinos da loucura na modernidade estão diretamente ligados aos avanços do capitalismo como forma de produção econômica e a criação de um poder político sob a forma do Estado. Ao longo da história o louco foi categorizado como perigoso, improdutivo e irracional através de um jogo de poder, que legitimou alguns tipos de conhecimento e deslegitimou outros, assim o seu discurso e modo de existir foi invalidado e seu lugar social reduzido ao manicômio, como metáfora de exclusão e segregação.

A expansão e generalização da psiquiatria trouxe como consequência uma “psiquiatrização” do social e “patologização” do cotidiano, validando cientificamente os processos de exclusão e culpabilizando indivíduos e “raças” por suas condições de existência.

Somente depois da Segunda Guerra Mundial a psiquiatria e suas instituições foram questionadas e confrontadas em seu saber e poder. Nesse período teve início, em vários países, projetos de Reforma Psiquiátrica, alguns mais sutis e outros mais ousados, como o movimento italiano, que desconstruiu práticas e saberes, promovendo a desinstitucionalização da loucura e criando novas formas de acolhida ao sofrimento mental.

É preciso construir um espaço social para outras formas de subjetivação, a diversidade e a “loucura”, criando e recriando novos Territórios Existenciais (nos termos de Guatarri), onde as pessoas possam existir e coexistir, onde a diferença possa ser acolhida e vivenciada, não se tornando sinônimo de doença ou perigo.

CAPÍTULO 2 INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica avançou significativamente nas últimas décadas, com a adoção um novo modelo assistencial com ênfase em serviços de base territorial. Atualmente é uma política pública de governo, parte integrante do Sistema Único de Saúde, constituindo umas de suas principais redes temáticas – a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Paulo Amarante (1995) caracteriza a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo que abrange quatro dimensões essenciais: dimensão teórico-conceitual ou epistemológica; dimensão técnico-assistencial; dimensão jurídico-política e dimensão sociocultural. Nesse capítulo vamos focar a dimensão política, visto que, como citado, ao longo do percurso histórico a Reforma Psiquiátrica no Brasil tornou-se uma política pública.

A dimensão política visa destacar as tensões e conflitos decorrentes das ações que provocam e interrogam a relação entre Estado e sociedade, o que produzem resultados nem sempre ideais, por vezes negociados.

2.1 Políticas Públicas como campo do conhecimento

Políticas públicas, como demonstra Souza (2007), é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e analisar essa ação. É uma área do saber intrinsecamente interdisciplinar, pois envolve uma complexa relação entre Estado e sociedade, pois esta última não apenas influencia e legitima o Estado, como também é, em grande medida, modelada e transformada pelas políticas públicas governamentais.

Souza (2007) considera o embate em torno de ideias e interesses a essência da política pública, sendo assim, é preciso considerar o aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos, com a necessária relação entre Estado, política, economia e sociedade.

A análise de políticas públicas tem uma orientação aplicada, socialmente relevante, multidisciplinar, integradora e direcionada à solução de problemas, além de sua natureza ao mesmo tempo descritiva, normativa e prescritiva (DAGNINO, 2002). Assim, a análise de política deve levar em consideração o contexto social, econômico e político no qual se inserem os problemas enfocados e tem um papel importante na ampliação do conhecimento da ação do governo e pode ajudar a melhorar a qualidade e efetividade das políticas públicas.

Política, como nos lembra Yasui (2010) pressupõe a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, de disputas, alianças. Para a compreensão

de uma política pública é preciso considerar os atores, os recursos (formas de financiamento), as alianças construídas, as arenas decisórias onde tais políticas são discutidas e/ou deliberadas, bem como o contexto institucional que alicerça tal engrenagem.

Cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e disputas em torno de sua decisão passa por arenas políticas diferenciadas. Considerando que, a própria criação de *arenas políticas* em torno de uma determinada política ou programa deve ser entendida como resultado de uma dada política (SOUZA, 2007).

Essas arenas podem ser consultivas ou, ainda, deliberativas, e assumem diferentes formatos: conselhos (municipais, regionais, estaduais, nacionais), comissões, grupos de discussão ou grupos executivos, câmaras (setoriais, técnicas, etc). Um elemento importante na análise das arenas é a sua capacidade de congregar os atores diretamente envolvidos num determinado tema, mesclando representantes de organizações governamentais e da sociedade civil (FLEXOR; LEITE, 2007).

O conceito de *arena política* tem, segundo Côrtes (2009), em geral, um uso metafórico, no sentido de ressaltar a existência de espaços conflitivos estatais, societais ou, mais frequentemente, espaços de interconexão entre as duas esferas, nos quais proposições, atores e grupos de interesse disputam a primazia de suas posições.

Côrtes (2009) também usa o conceito de *arena política* para se referir à noção de espaço político conflituoso, com ênfase sobre o papel dos atores e dos espaços decisórios em processos que levam à definição e redefinição de estruturas setoriais de relações entre tais atores e espaços políticos. O conceito remete às noções de processo, de transformação constante e de demarcação difusa de participantes e de fronteiras entre Estado e sociedade e entre setores de políticas públicas.

Tais participantes são aqui tratados como *atores estatais e societais* ou como *atores em rede*. O conceito de *atores estatais* pode ser atribuído tanto àqueles que ocupam cargos de direção em órgãos dos Três Poderes Republicanos quanto aos que, dependendo do conceito de Estado adotado, participam na construção de consensos que mantêm a hegemonia da classe dominante ou da ação formadora de disposições sociais duráveis, que impõem e inculcam os princípios de hierarquização social (CÔRTEZ, 2009).

Côrtes; Lima (2012) destacam ainda que é preciso enfatizar a diferença entre os conceitos de *atores sociais* e *atores de mercado*, pois não podem ser resumidos no conceito de atores societais. Enquanto os atores sociais estão associados ao conceito de sociedade civil, os segundos estão relacionados com a noção de economia de mercado. Atores de mercado buscam controlar e administrar a produção, maximizar seus lucros no ambiente de trocas mercantis. Os

decisores econômicos, por mais que discutam problemas como os impactos sociais ou ambientais de ações empresariais e decisões estatais, não podem se furtar aos imperativos da produtividade e do lucro, sendo suas ações políticas guiadas por tais imperativos.

Existem ainda, segundo Côrtes (2009) atores cuja posição no contexto da política não pode ser determinada em relação ao Estado, ao mercado ou à sociedade civil. Trata-se de *comunidades de políticas* que agem em contextos de *redes de políticas*. Esse conceito refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial e participam das redes de políticas, tentando afetar processos decisórios (HECLO, 1978, apud, CÔRTEES, 2009).

Podem existir diferenças dentro da comunidade, as quais tendem a se transformar em clivagens partidárias, ou entre facções de partidos. No entanto, a unidade mantém-se enquanto houver consenso político e ideológico em torno de uma determinada visão sobre a explicação para os principais problemas da área em que atua e, principalmente, sobre um conjunto básico e essencial de propostas (CÔRTEES, 2009).

Na área da saúde, *comunidades e redes de políticas* incluem indivíduos de várias instituições, áreas de conhecimento ou profissões. Eles podem trabalhar na prestação de serviços, liderar organizações da sociedade civil, atuar como pesquisadores e acadêmicos ou como gestores. As *redes de política* são formadas pelas relações complexas que se estabelecem entre companhias farmacêuticas, profissionais, prestadores privados de serviços hospitalares, associações de portadores de patologias, dentre outros grupos de interesse, e comunidades de políticas, que têm membros dentro e fora do Governo (CÔRTEES, 2009).

A literatura aponta como os atores sociais mais influentes nas arenas políticas da área de saúde: organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; associações comunitárias; movimentos sociais; entidades de portadores de patologias, deficiências, étnicas e de gênero. Os atores de mercado mais influentes seriam os prestadores de serviços, seguradoras de saúde e também organizações de empresários, com interesses não diretamente vinculados à área de saúde (CORTÊS, 2009).

É a articulação de atores sociais e estatais individuais e coletivos em comunidades de política, como demonstra Côrtes (2009), que pode alterar o formato e os espaços decisórios de arenas políticas setoriais e redefinir a configuração das relações entre atores e, portanto, suas posições nas estruturas hierarquizadas de relações que formam tais arenas.

Côrtes; Lima (2012) sublinham ainda a intrínseca relação entre *redes sociais* e *normas sociais*, as quais se formam mutuamente, pois as *categorias cognitivas* e normativas, convenções, regras, expectativas e lógicas que dão às normas sociais sua força também são

condição para a formação de redes estruturadas que funcionam como os “esqueletos” de campos ou de sistemas de políticas. Enquanto redes geram hierarquias que colaboram na definição e na eficácia das regras, normas sociais dão forma às estruturas e condicionam comportamentos individuais e grupais.

Outros importantes conceitos são as noções de *imperativos cognitivos* e *normativos*. Eles designam ideias, teorias, modelos conceituais, normas, visões de mundo, quadros de referência, crenças e princípios. Os imperativos cognitivos derivam de paradigmas que oferecem descrições e análises que especificam relações de causa e efeito consideradas como inquestionáveis (CÔRTEZ; LIMA, 2012).

A capacidade explicativa de elementos – atores, imperativos cognitivos e normativos – encontrados no setor societal, é utilizado por vários estudiosos para compreender como determinados “problemas” passam a fazer parte da agenda governamental, e qual a importância dada a essas demandas. Pois, a inclusão de uma determinada demanda na agenda pública, depende de uma série de questões, incluindo o lugar social daquela temática e dos sujeitos a serem beneficiados por ela, e quais as crenças e valores que estão ligadas a ela.

Côrtes; Lima (2012) demonstram que as próprias políticas colaboram para a formação de um sistema de ação, um espaço de trocas constituído por relações de poder, no qual ocorre a interação entre múltiplos atores, situados em diferentes organizações. Explicitando ainda que, tanto a construção dos problemas na esfera da sociedade, quanto a seleção daqueles que integrarão a agenda dos governos, dependem dos valores, crenças, posições e interesses dos atores societais e governamentais.

É importante lembrar ainda, a importância das estruturas sociais e das instituições sociais e políticas. Atores societais, estatais ou organizados em redes têm suas possibilidades de reflexão e de ação limitadas por instituições e pela estrutura social que estratifica o acesso a recursos de poder (CÔRTEZ; LIMA, 2012). Os estudos sobre estratificação, estrutura social e desigualdade social e as relações destas últimas com as instituições políticas constataam que existem oportunidades desiguais de acesso a bens e serviços e que disso decorrem possibilidades diferenciadas de exercício de influência sobre processos políticos.

Os critérios de diferenciação e de estabelecimento de hierarquias sociais são considerados, em geral, como fundamentados na posse desigual de recursos e na posição social que os indivíduos e grupos ocupam nas estruturas sociais. Em geral, aqueles que estão no topo das hierarquias sociais de um dado campo, sistema ou subsistema têm mais facilidade de ocupar posições superiores em hierarquias de outros sistemas por meio de mecanismos de conversão

de estoques de recursos acumulados. Dessa forma, esses indivíduos e grupos podem mais facilmente expressar suas preferências, exercer influência sobre os decisores políticos em macro sistemas ou subsistemas políticos, participar da formação de agendas governamentais e exercer certo controle sobre o modo como são implementadas as políticas públicas (CÔRTEZ; LIMA, 2012).

Portanto, para compreendermos a assistência à saúde mental no Brasil, é preciso analisá-la enquanto uma política pública de governo e contextualizá-la em um sistema de governo específico, que, como veremos, traz muitas implicações para essas políticas. No caso brasileiro trata-se de uma República Federativa Presidencialista, formada pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, em que o exercício do poder é atribuído a órgãos distintos e independentes¹⁰.

A Constituição Federal de 1988 definiu os entes federados como autônomos e expressou diretrizes descentralizadoras no que se refere às questões fiscais e tributárias e à implementação de políticas públicas, regulamentadas através de várias leis complementares.

No Brasil, a descentralização se inseriu numa mudança no formato do federalismo centralizado, no qual os estados e municípios eram uma espécie de ‘agentes administrativos’ do governo central, durante o regime militar, para um arranjo federativo cooperativo, caracterizado pela autonomia decisória dos governos subnacionais (RIBEIRO, 2013).

A complexidade inerente ao modelo institucional do federalismo cooperativo, que prevê a existência de competências comuns entre os entes federados e uma rede de relações intergovernamentais, somou-se a falta de convergência entre as diferentes forças políticas sobre o grau de responsabilidade e sobre as atribuições concretas de cada nível do governo na provisão de políticas públicas. A partir de meados da década de 1990 foram estabelecidas diretrizes e políticas deliberadas de descentralização nas áreas da educação, saúde e assistência social, por meio dos quais foram definidas as competências dos três níveis de governo e suas fontes de financiamento (RIBEIRO, 2013).

Segundo Borges (2013) diversas análises argumentam que o mix institucional brasileiro – separação de poderes, federalismo ‘robusto’ e sistema eleitoral proporcional de lista aberta – produz fortes incentivos para a produção de políticas clientelistas e distributivas. Os parlamentares brasileiros são motivados principalmente pela nomeação de cargos na burocracia pública e por políticas de benefícios concentrados e custos difusos.

¹⁰Somos uma República porque o chefe de estado é eleito pela população, por período de tempo determinado. É presidencialista porque o presidente da República é chefe de Estado e também chefe de governo. É federativa porque os estados têm autonomia política (BRASIL, 1988).

Boneti (2007) entende por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, sendo estas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. Para esse autor, a relação direta entre diferentes classes sociais ou entre o Estado e a sociedade civil deve ser relativizada. Esse autor nos lembra que a luta de classes hoje é também promovida por agentes individuais motivada por interesses específicos, cuja afinidade pode configurar o interesse de uma determinada classe social.

Por sua vez, Dagnino (2002) relembra que o conceito de políticas públicas deve levar em consideração múltiplos aspectos: a política é gerada por uma série de interações entre decisões mais ou menos conscientes de diversos atores sociais (e não somente dos tomadores de decisão); política envolve tanto intenções quanto comportamentos; tanto ação como não-ação; pode determinar impactos não esperados; é um processo que se estabelece ao longo do tempo; envolve relações intra e inter organizações; é estabelecida no âmbito governamental, mas envolve múltiplos atores e é definida subjetivamente segundo as visões conceituais adotadas.

As políticas públicas nem sempre têm como finalidade atender às necessidades da população, já que às vezes “cria-se” uma carência falsa para atender interesses particulares, de grupos econômicos, de categorias profissionais, etc., no intuito de buscar a sua cumplicidade para a sustentação do sistema e/ou do grupo dominante. Uma política pública, mesmo com a finalidade de beneficiar o setor público, pode constituir uma estratégia para beneficiar um setor da sociedade mediante a transferência de recursos de outro campo. No caso brasileiro, as políticas públicas também podem ter como objetivo atender a algumas demandas internacionais, como é o caso da própria imagem do país no exterior (BONETI, 2007).

Uma das, dentre vários modelos de análise das políticas, encontra-se o *policy cycle* (ciclo da política), que chama atenção para o caráter dinâmico, ou da “complexidade temporal” nos processos políticos-administrativos da elaboração e implementação de políticas, pois as redes e as arenas de políticas setoriais podem sofrer modificações no decorrer desse percurso.

Ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o *policy cycle* acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública. Nesse modelo de análise, as várias fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase (FREY, 2000).

Saravia; Ferrarezi (2006) frisam a importância de analisar as várias etapas no processo de construção de uma política pública. Eles identificam e conceituam sete etapas nesse processo: a agenda; a elaboração; a formulação; a implementação; o acompanhamento e a avaliação.

A primeira etapa é a *agenda*, que representa a inclusão do pleito ou necessidade social na agenda pública, é o estudo e a explicitação do conjunto de processos que conduzem os fatos sociais a adquirir o status de “problema público”. A segunda etapa é a *elaboração*, a qual consiste na identificação e delimitação de um problema atual ou potencial da comunidade, a determinação de possíveis alternativas para a sua solução, a avaliação dos custos e efeitos de cada uma delas e o estabelecimento de prioridades.

Já a terceira etapa é a *formulação*, que representa a seleção e especificação da alternativa considerada mais conveniente, seguida da declaração que explicita a decisão adotada, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro. A quarta etapa é a *implementação*, que é o planejamento e organização do aparelho administrativo e recursos humanos, financeiro, materiais e tecnológicos necessários para executar uma política.

A quinta etapa, a *execução*, são as ações destinadas a atingir os objetivos estabelecidos pela política. A sexta etapa é o *acompanhamento*, ou seja, o processo sistemático de supervisão da execução de uma atividade. A sétima e última etapa é a *avaliação*, entendida como a mensuração e análise, *a posteriori*, dos efeitos produzidos pela política.

Como o objeto de estudo dessa pesquisa é a implementação de uma política pública de saúde em um município brasileiro, vamos enfatizar o conceito de *implementação* e as questões relacionadas a esta etapa.

Menicucci (2007) chama atenção para a centralidade dos problemas da implementação, pois essa etapa envolve decisões que podem redirecionar a política definida formalmente (é um processo que pode criar novas políticas), sendo a questão da viabilidade política crucial, dado que a sustentação e a legitimidade da política são variáveis fundamentais. Além disso, a implementação exige decisão, iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la, dentre os quais aparecem a disponibilidade de recursos financeiros e o suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente por ela.

A implementação representa um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação e se inscrevem nas rotinas dos agentes implementadores da política. Implementar consiste em aplicar um programa de ação a um problema, o que significa que podem existir perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivadas (FLEXOR; LEITE, 2007).

É nessa fase, como aponta Flexor; Leite (2007), que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos. Em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão específico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, etc.), a distância entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas pode ser mais ou menos importante.

A implementação é, portanto, parte essencial da construção de uma política pública e sua condução está intrinsecamente relacionada a efetividade e alcance dessa política. Assim, para compreendermos como a Reforma Psiquiátrica tornou-se uma política pública no Brasil, vamos nos reportar agora para um breve percurso pela história da assistência à saúde mental e os tipos de políticas criadas para essa demanda.

2.2 Assistência à saúde mental no Brasil

O alienismo participou, com seu projeto de organização do espaço urbano, da manutenção da ordem social e da construção da sociedade brasileira do século XIX e início do XX. A institucionalização do hospício antecede a própria emergência da psiquiatria, quando eram administrados por irmandades religiosas, geralmente ligados às Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do país.

No Brasil os hospícios cumpriram uma função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais “não enquadráveis, indisciplinados” e assumiram uma função “saneadora”, removendo das cidades os elementos considerados potenciais perigos ou representantes da desordem (YASUI, 2010).

A inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, representou o marco institucional da assistência psiquiátrica no país e “surgiu como resposta à loucura e ao louco”, considerado problema social, desencadeado pelo crescimento do número de pessoas livres e ociosas que vagavam pelas cidades mais importantes (ROSA, 2003).

Com o advento da República, ainda em 1890 foi criada a “Assistência Médica e Legal de Alienados”, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da República, e tinha por finalidade organizar a assistência psiquiátrica. Nesse período, a loucura e o louco tornaram-se objeto de especialistas e ganharam contorno de doença mental, assim, passando a ser medicalizada¹¹ e transformada em espaço científico (ROSA, 2003).

¹¹Objeto de intervenção médica.

Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que comungava com as teorias germânicas sobre o alienismo, que ganharam impulso com as etiologias biológicas da doença. A LBHM¹² tinha segundo Costa (1980 apud ROSA, 2004) um programa eugenista, antiliberal, moralista e xenofóbico. Tal liga imputava a gênese dos problemas às próprias vítimas e traduzia os efeitos como causas. “Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degenerava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro” (COSTA, 1980, p. 17, apud ROSA, 2003).

Em 1934 foi promulgada (Decreto N. 24.559 de 03 de julho) a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais. O Decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, composto por representantes das principais instituições relacionadas a psiquiatria e à Justiça. Foi reforçado o poder do psiquiatra na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como o principal meio de tratamento (ROSA, 2003).

A assistência psiquiátrica foi federalizada em 1944 após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM (1941); em 1953 foi incorporado pelo Ministério da Saúde (que havia sido recém-criado), mas continuou o incentivo do governo federal na construção de estruturas asilares. E essa foi a realidade durante todo esse período (excetuando algumas experiências pontuais, como a de Ulysses Pernambucano nos anos de 1930, no Recife e de Nise da Silveira, na década de 1940, no Rio de Janeiro), a assistência psiquiátrica manteve-se monopolizada no modelo hospitalocêntrico, com a assistência centrada na exclusão (ROSA, 2003).

Durante o regime militar, a assistência psiquiátrica brasileira se constituiu por oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos. Resende (2007) relata que com o golpe militar de 1964, a psiquiatria adquiriu o status de prática assistencial de massa, por meio da celebração de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. A psiquiatria foi transformada em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso *lobby* que atuava, e ainda atua, impedindo qualquer tentativa de mudança.

Durante esse período houve uma massificação da assistência psiquiátrica. O estado configurou um duplo padrão de remeter as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais psiquiátricos da rede pública e aos trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada,

¹²A LBHM impulsionava o movimento de higiene mental e profilática do país e extrapolou a ação da psiquiatria para a cultura. Com um viés explicitamente etnocêntrico, a sua ação ganhou mais vigor a partir da Revolução de 1930 (ROSA, 2003).

pela contratação dos seus leitos. O estado se mostra como um agente mercantilizador da saúde, com as políticas sociais transformadas em fonte de lucro (ROSA, 2003).

Nesse período, os hospitais psiquiátricos da rede privada contratada preponderavam na assistência, em relação a rede pública, numa explícita dinamização da função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, que alimentou a “Indústria da loucura” (ROSA, 2003, p. 100).

Em 1967 o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto nº 60.252 de 21 de fevereiro), e em 1970 extinguiu o SNDM substituindo pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, órgão federado responsável pela saúde mental no país, o qual mantinha um discurso preventivista, guiado pela ambulatorização da assistência, com o objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas e os gastos no setor. Mas apesar desse discurso, o governo continuou incrementando o financiamento dos leitos psiquiátricos da rede privada conveniada (ROSA, 2003).

Nesse período já começavam a surgir diversos documentos, oriundos de encontros nacionais e internacionais, que apontavam para uma necessária mudança no modelo de assistência à saúde. Em 1972 houve a III Reunião de Ministros de Saúde, em Santiago, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS, onde se firmou um acordo para a execução de um programa de saúde mental no Brasil e com a proposta de construir uma política de saúde mental (YASUI, 2010).

Em 1973 o Ministério da Previdência aprovou o Manual para Assistência Psiquiátrica, que serviu de base para a Portaria nº 32 de 1974 do MS. Ambos os documentos enfatizavam princípios que orientavam para a psiquiatria de comunidade. Mas tanto o Manual quanto a portaria, segundo Cerqueira (1984, apud YASUI, 2010), foram sabotados, para não diminuir os lucros dos empresários da saúde, nem demonstrar a fragilidade do modelo médico exclusivo.

Paulo Amarante (1995) resume a história da assistência a saúde mental no Brasil propondo uma periodização composta por trajetórias¹³: o período que vai da constituição da medicina mental no Brasil, em meados do século XIX, até a Segunda Guerra Mundial é considerada a *trajetória higienista*– que diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento técnico científico de poder. Instituída pelo poder disciplinar, auxilia na organização das instituições, do espaço das cidades, como um dispositivo de controle político.

¹³ O surgimento de uma trajetória não implica que a anterior não coexista.

Após a Segunda Guerra Mundial surgem em várias partes do ocidente, inclusive no Brasil, novas experiências de cuidado para o sofrimento mental (como a experiência socioterápica, como a comunidade terapêutica inglesa, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesa, dentre outras). Terminam assim, por constituir, após o advento da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana, a *trajetória da saúde mental* - é quando a concepção de prevenção da psiquiatria higienista (a chamada profilaxia) cede lugar a ideia de promoção da saúde mental. Assim é construído um novo projeto: a saúde mental (AMARANTE, 1995).

A partir de então, uma série de experiências são desenvolvidas no Brasil, inspiradas no preventivismo ou nos modelos das comunidades terapêuticas, na psicoterapia institucional e no 'setor'. Nessa trajetória é possível incluir, segundo Amarante (1995) os planos empreendidos pelas políticas públicas. Dentre estes, os principais exemplos são: o 'Manual de Assistência Psiquiátrica', do INPS, e o 'Plano Integrado de Saúde Mental'/PISAM, chamando atenção para o fato de que, em 1970, o SNDM passa a denominar-se DINSAM. Nessa trajetória, em vários estados, são implantados planos sob tais concepções, dos quais destacam-se São Paulo e o Rio Grande do Sul.

Após a trajetória da saúde mental, segue a trajetória da Reforma Psiquiátrica que, para fins didáticos, Amarante subdivide em três etapas principais: a *trajetória alternativa*, a *trajetória sanitarista* e a *trajetória da desinstitucionalização* ou da *deconstrução/invenção*. Por sua complexidade, discutiremos mais detalhadamente a Reforma Psiquiátrica, para compreendermos como esse movimento se institucionalizou, tornando-se uma política pública de governo.

2.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Segundo Amarante (1995) é muito difícil procurar definir quando se inicia o processo de reforma da prática e do saber psiquiátrico, desde a criação do primeiro asilo é possível localizar críticas, resistências e projetos de mudança das instituições e das práticas da psiquiatria. Mas vamos focar a Reforma Psiquiátrica que teve início a partir da década de 1970, no contexto do Movimento Sanitário, e na luta pelo direito universal à saúde.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é composta por distintas, complexas e heterogêneas dimensões, é um processo que traz a marca do seu tempo e para compreendê-la é preciso mencionar suas origens como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor,

exigindo do Estado a concretização de seus direitos. Construiu-se fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da esfera pública, dos bens comuns, colocando em pauta a relação entre Estado e sociedade civil (YASUI, 2010).

Era um contexto marcado pela redemocratização do país - com o ressurgimento dos sindicatos e dos partidos políticos - e reorganização da sociedade, intensificando as discussões sobre a assistência à saúde. Nesse período (principalmente 1977 e 1978) os movimentos sociais ganharam visibilidade, e à luta pela saúde sobressai em decorrência da própria crise financeira da previdência social, que força o governo a repensar o modelo organizacional do setor (ROSA, 2003; PASSAMANI, 2005).

E esse movimento pela democratização da saúde que tomou corpo possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, que permitiram o questionamento do paradigma biomédico dominante nas políticas públicas e nas instituições sanitárias bem como a busca de paradigmas alternativos (PAIM, 1997).

O agravamento dos problemas econômicos enfrentados pelo país, no final da ditadura militar, favoreceu o processo de Reforma Sanitária. A crise financeira, com destaque para a crise da previdência, aumentou as críticas ao modelo de saúde, por parte dos movimentos sociais.

Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram desenvolvidas no Brasil e em alguns países latino-americanos (com estímulo de certos setores da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS), verificou-se, segundo Paim (1997), um renascimento da Medicina Social inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa em meados do século XIX.

Nesse sentido, a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitiu apontar a emergência de um paradigma alternativo em saúde coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade (PAIM, 1992).

Este paradigma, como demonstra Paim (1992), orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava

pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições.

A Reforma Sanitária, segundo Paim (1997), pode ser considerada como movimento, proposta, projeto e processo. É uma *proposta* que encerra um conjunto de princípios e proposições. É também um *projeto* pois consubstancia um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo* porquanto a proposta formulada transformou-se em bandeira de luta, articulou práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História (PAIM, 1997).

Para Paulo Amarante (1995), o início da Reforma Psiquiátrica, pode ser considerada como a *trajetória alternativa*. Nesse período o Brasil vivenciava os últimos anos do regime militar autocrático, quando assistimos inicialmente ao fim do “milagre econômico”, com o início do processo de abertura democrática. São plantadas as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, das associações e demais movimentos e entidades da sociedade civil. Nessa conjuntura crescem os movimentos sociais de oposição a ditadura militar, que começam a demandar serviços e melhorias de condições de vida.

É nesse contexto que surgem em 1976, o Centro Brasileira de Estudos de Saúde – CEBES e o Movimento de Renovação Médica - REME, decorrentes, seja da própria necessidade de discussão e organização das políticas de saúde, (o que já vinha ocorrendo no interior dos sindicatos de trabalhadores do ABCD e das Comunidades Eclesiais de Base), seja da necessidade de discutir as práticas das categorias dos profissionais de saúde (AMARANTE, 1995).

Em 1978 o CEBES e o REME consolidaram uma participação política efetiva, quando fica mais visível o crescimento dos movimentos populares de oposição ao regime, dentre os quais, eles próprios que se tornaram conhecidos e importantes não apenas para o setor saúde, mas para a conjuntura política em geral. Como espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde, o CEBES e o REME possibilitam a estruturação das bases políticas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica começa a ganhar maior independência e identidade própria em relação ao Movimento da Reforma Sanitária, a partir de 1978, no Rio de Janeiro, quando eclodiu a “crise do DINSAM (MS)”, que se forjou a partir das reivindicações dos profissionais que lutavam contra as condições de precarização em suas relações trabalhistas. Essa luta, posteriormente, volta-se contra o modelo assistencial psiquiátrico, pois ao denunciar

as condições de trabalho, o movimento terminou expondo as condições de vida e tratamento nas instituições asilares (ROSA, 2003).

Nesse episódio os profissionais das quatro unidades do DINSAM, todas do Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, deflagram uma greve, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995).

O DINSAM, que desde 1956/1957 não realizava concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar ‘bolsistas’ com recursos da Campanha Nacional da Saúde Mental. Os “bolsistas” eram profissionais graduados ou estudantes universitários com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, trabalho escravo e mortes não esclarecidas (AMARANTE, 1995).

A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, que registraram no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, levando a público a trágica situação existente naquele hospital. Esse ato mobilizou profissionais de outras unidades e recebeu o apoio do REME e do CEBES. Sucedem-se reuniões periódicas em grupo, comissões, assembleias, ocupando espaços de sindicatos e demais entidades da sociedade civil. Nesse movimento são organizados o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos e o Núcleo de Saúde Mental do CEBES (AMARANTE, 1995).

Assim nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, cujo objetivo era constituir-se como um espaço de luta não institucional, um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, para aglutinar informações, organizar encontros, reunir trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. E assim, passou a difundir um ideário de saúde mental e de uma reforma completa na assistência psiquiátrica (ROSA, 2003; AMARANTE, 1995).

Durante um longo período esse Movimento desempenhou o principal papel tanto na formulação teórica quanto na organização de novas práticas. É nesse momento que, segundo o Amarante (1995), começa a constituir-se em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. Chegam até nós os relatos da experiência de Goriza, da Psiquiatria Democrática e da Rede Alternativas à Psiquiatria, fundada em Bruxelas, em janeiro de 1975.

O segundo momento da reforma psiquiátrica é a *trajetória sanitarista*, iniciado os primeiros anos da década de 1980, quando parte considerável do Movimento da Reforma Sanitária, e não apenas da Psiquiátrica, passa a ser incorporado, ou a incorporar-se no aparelho do Estado. Como demonstra Rosa (2003), a redemocratização ampliou os espaços institucionais para vários integrantes do movimento da Reforma Sanitária ocuparem cargos administrativos, inclusive ministeriais, o que possibilitou o progresso de diversas lutas por mudanças normativas, organizacionais e legislativas.

A Reforma Psiquiátrica conquistou assim, espaços dentro do aparelho estatal, no sentido de introduzir mudanças no sistema de saúde. Amarante (1995) observa que a partir de 1985, uma significativa parcela dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental e a direção de importantes unidades hospitalares públicas, sobretudo no Sudeste, estavam sob a condução de fundadores e ativistas do MTSM.

Segundo Amarante (1995) isso gerou múltiplas consequências. Por um lado, essa tática desenvolvida no seio do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos de poder e de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que, com o fim da ditadura, renovam-se as lideranças tecno burocráticas. Por outro lado, se constitui como proveniente de uma outra tática – esta de iniciativa do Estado – de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com o objetivo de alcançar legitimidade, seja para reduzir os problemas agravados com a adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista.

A influência das diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde faz-se sentir com maior ênfase nesse momento, quando se ressaltam os planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária e são destacados aspectos como a universalidade, a regionalização, a hierarquização, a participação comunitária, a integralidade e a equidade (AMARANTE, 1995).

É um momento vigorosamente institucionalizante, como apontado por Amarante (1995). Cresce a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde. Um marco desse período foi a denominada ‘cogestão’, implantado entre os Ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais do DINSAM. Quase ao mesmo tempo, surgem iniciativas de gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos de saúde mental em muitas partes do país, conduzidas com a participação de militantes do MTSM.

O Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, no auge do sucesso da ‘cogestão’ e das experiências locais de integração interinstitucional, vem consolidar

esse período, pois significou a participação efetiva da Previdência Social – maior arrecadador e financiador do sistema de saúde – nas políticas públicas de assistência médica.

O plano do CANASP desdobra-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), preparando o terreno para a confecção do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi impresso na Constituição de 1988. Sendo que a proposta do SUS foi originalmente apresentada pelo CEBES no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979 (AMARANTE, 1995).

O período da Nova República, segundo Amarante (1995), representa o auge da ocupação dos espaços públicos, na medida em que traduz um relativo consenso nacional em torno da eleição de Tancredo Neves, com a construção de um projeto popular e democrático. Ampliaram-se os espaços institucionais para vários integrantes do Movimento da Reforma Sanitária ocuparem cargos administrativos, inclusive ministeriais dentro do governo federal. Fato que, de acordo com Rosa (2003), possibilitou o progresso de diversas lutas por mudanças normativas, organizacionais e legislativas¹⁴.

Neste contexto é realizada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que politicamente representou um avanço para o Movimento da Reforma Sanitária, pois possibilitou, pela primeira vez, a participação de entidades e representantes da sociedade civil em um evento com esta dimensão. É nesta Conferência que a expressão ‘Reforma Sanitária’ torna-se um lema nacional, adotado com significativa amplitude pelos mais variados segmentos da sociedade e, certamente, como instrumento tático de mobilização social em torno de uma reestruturação do setor saúde (AMARANTE, 1995).

Seus debates e resoluções giraram em torno de três eixos: saúde como direito inerente à cidadania e dever do Estado; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento do setor saúde (ROSA, 2003). A VIII Conferência é considerada como um dos principais marcos fundadores do processo de Reforma que levou à criação do SUS, pois estabeleceu os parâmetros normativos que guiaram as propostas daqueles que defendiam a reforma e deu origem à Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que viria, em certa medida, a ser a precursora do “novo” Conselho Nacional de Saúde - CNS¹⁵ (CÔRTEZ, 2009).

¹⁴Segundo Amarante (1995), nesse período o movimento sanitário confunde-se com o próprio Estado.

¹⁵O novo CNS, criado em 1990, passou a ser deliberativo e responsável pela formulação de estratégias e pelo controle da execução da política de saúde nacional. Durante os primeiros anos da década ocupou lugar central na arena política da área. Paradoxalmente, foram as ações de atores governamentais e de atores sociais no CNS que vieram a consolidar o lugar secundário que ele passaria a ocupar nessa arena ao final da década e durante a década seguinte. A principal ação dos atores governamentais nesse sentido, capitaneada por representantes de gestores municipais e estaduais do CNS, foi o conjunto de iniciativas que conduziram à criação das Comissões Intergestores (CÔRTEZ, 2009).

A Comissão foi instalada ainda em 1986 com as finalidades de analisar as dificuldades da rede nacional de serviços de saúde e de sugerir uma nova estrutura organizacional do sistema. Coordenada pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde, era integrada de forma paritária por representantes governamentais e societais.

As propostas da Comissão, o Relatório Final da VIII Conferência e a implementação do Programa do Sistemas Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) fixaram uma agenda de tópicos a serem incluídos na *Constituição Federal* de 1988 que definiria os parâmetros legais do sistema. A comunidade de política *Movimento Sanitário* foi o ator protagonista desta Conferência, durante os trabalhos da Comissão, nos processos de elaboração e implementação do SUDS e nos debates que definiram o teor da seção sobre saúde no texto constitucional (CÔRTEZ, 2009).

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM ainda como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Amarante; Guljor (2005) destacam que nesses dois eventos, os usuários, até então só representados pelos técnicos e nunca levados ao protagonismo, se fizeram presentes junto às associações de usuários e familiares, assumindo seus assentos como delegados e com poder de influência legítima sobre as deliberações da plenária.

A I CNSM propôs como principais deliberações: a reorganização dos serviços assistenciais, reafirmando o princípio da participação de representantes da sociedade civil em todos os níveis do processo decisório; a reversão do modelo hospitalocêntrico em direção aos serviços extra-hospitalares, embasado em trabalhos com equipes multidisciplinares e reforçando a rede pública do setor (ROSA, 2003).

Essa Conferência recomendou ainda a diminuição e a paulatina extinção dos leitos psiquiátricos asilares, bem como sua substituição por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e em serviços comunitários; defendeu os princípios de democratização da admissão por meio de concursos públicos, com a criação de planos de cargos e salários, e definiu condições para a ocupação de cargos diretivos das instituições de saúde mental e para a capacitação de recursos humanos e implementação de pesquisas nos serviços. Reivindicou a restituição plena da cidadania e uma revisão da legislação, pedindo a redefinição do conceito de periculosidade (vista como um juízo de valor), além de sugerir a regulamentação da internação psiquiátrica e exclusão das internações compulsórias (ROSA, 2003).

Esse evento, segundo Amarante (2003), marca o fim da trajetória sanitarista, pois desde a sua organização foi marcada por uma série de conflitos entre membros do MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os dirigentes do DINSAM. Entre essas

desavenças, houve o fato dessas entidades desejarem realizar apenas um congresso de técnicos, principalmente psiquiatras, o que representaria um retrocesso em relação a VIII Conferência. Outro aspecto importante foi a criação de uma comissão organizadora e uma comissão de redação e encaminhamento apenas formada por técnicos, pois temiam perder o controle da situação durante a Conferência.

Nesse período, a nível internacional, voltam a merecer uma atenção mais qualificada as experiências decorrentes da experiência basagliana, sobre as quais existia uma certa desconfiança quanto à possibilidade de êxito, após a morte de Franco Basaglia. Em dezembro de 1986 foi realizada, em Buenos Aires, o III Encontro Latino-Americano da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do qual participaram muitos militantes do MTSM e propiciou uma profunda reflexão quanto ao seu trabalho e pensamento (AMARANTE, 2003).

Assim, a I CNSM marcou o início da *trajetória da desinstitucionalização* ou da desconstrução/invenção. Nesse evento foi tomada a decisão de realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em dezembro do mesmo ano. No Congresso de Bauru foi construído o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’, o MTSM transformou-se em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial - MNLA, e foi estabelecido o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O objetivo da luta deixou de ser a transformação técnico-científica do modelo assistencial, e passou a ser a construção de um lugar social para o sofrimento mental (AMARANTE, 2003).

O lema “Por uma sociedade sem manicômios”, colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural.

Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais, resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura (YASUI, 2010, pag. 45).

Para Amarante; Guljor (2005, p. 73), foi a partir do Congresso de Bauru que houve a transformação da Reforma Psiquiátrica de movimento setorial em movimento social, que “colocou para a sociedade uma proposta de desconstrução/invenção de novos saberes e práticas no que tange à loucura, o ato em saúde e o seu papel social”.

O Congresso de Bauru contou com a participação de lideranças municipais, técnicos, usuários, familiares, estudantes e muitas outras pessoas. Em Bauru haviam ainda diversas lideranças expressivas da Reforma Sanitária, como David Capistrano e Roberto Tykanori, que

lá tinham implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS em São Paulo (YASUI, 2010).

O “Manifesto de Bauru”, aprovado na plenária e distribuído na passeata de encerramento pelas ruas da cidade, marcou o início do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O qual, segundo Yasui (2010), buscou sempre manter uma importante peculiaridade: a de existir como movimento, sem torna-se uma instituição.

Existe como uma utopia ativa, preta de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificavam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos, lugares (YASUI, 2010, p.46).

Nessa trajetória, surgem experiências inovadoras, como a abertura do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS em São Paulo (1987) e as intervenções realizadas pela Secretaria de Saúde de Santos – SP a partir de 1989, as quais iniciaram drásticas mudanças nas formas de assistência à saúde mental na cidade. Em Santos foram reduzidos leitos psiquiátricos, promovendo a desinstitucionalização de internos, com abertura de serviços substitutivos, como Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, com funcionamento 24 horas, residências para os egressos do hospital, além de associações e cooperativas. Dispositivos que davam concretamente conta de toda a demanda antes direcionadas ao manicômio.

Essas intervenções da cidade de Santos tiveram grande repercussão nacional, pois demonstraram de forma inequívoca a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. “Trata-se da primeira demonstração com grande repercussão de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível” (BRASIL, 2005, p. 7).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Segundo Amarante (1995), nesse ponto o movimento pela Reforma Psiquiátrica reencontra suas origens e se distancia do movimento pela Reforma Sanitária. Apesar de todos os desvios de rota, de todas as contradições e paradoxos, o movimento psiquiátrico sempre manteve um viés desinstitucionalizante. Mantinha em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença. Segundo esse autor a tradição sanitária fala mais sobre números do que sobre pessoas, sem conseguir escutar as diversas singularidades a respeito do

sujeito que sofre, com uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação.

Esse processo de transformação deu-se não apenas no sentido da luta cotidiana pela mudança de hábitos, culturas e tecnologias, pela introdução de uma nova ética, mas também por iniciativas de reformulação do papel dos técnicos. Exemplo de tais iniciativas são os diversos cursos de especialização, capacitações e cursos realizados por convênios entre instituições públicas de ensino e hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Após esse período, todo o debate em torno dos direitos e da cidadania transfere-se para o plano da Assembleia Nacional Constituinte. A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde - SUS, orientado para o setor público estatal e universal, independente da capacidade contributiva das pessoas.

2.4 A implementação do Sistema Único de Saúde

A Constituição de 1988 incluiu a Saúde na Seguridade Social, junto com a Assistência Social e a Previdência. Reconheceu, pela primeira vez no Brasil, a cidadania plena, social, que rompeu com a concepção de seguro social da Constituição de 1946, limitada à “cidadania regulada”. Mas a regulamentação desses direitos ocorreu de forma morosa, depois de muita pressão por parte da sociedade civil organizada (ROSA, 2003).

O Sistema Único de Saúde Brasileiro é financiado pelo orçamento da Seguridade Social. Os recursos desse setor são oriundos das três esferas do governo, cujas principais fontes de financiamento são recorrentes de arrecadações de tributos e impostos (FREIRE, 2012).

A participação da Previdência Social na Seguridade Social caracteriza-se por um regime de seguro social, de caráter contributivo e filiação obrigatória, destinado a cobertura de eventos que reduzam ou retirem a capacidade laborativa do segurado. Já a Seguridade Social visa proteção das necessidades básicas de qualquer indivíduo, nas áreas da saúde e da assistência social, sem terem contribuído (DIAS, 2001, apud FREIRE, 2012).

Ao definir um orçamento específico para a Seguridade Social a Constituição buscou assegurar fontes de financiamento para o sistema de saúde, mas às restrições orçamentárias, somou-se o desvio de recursos da Seguridade Social por diferentes mecanismos, como: sonegação ou inadimplência das empresas; utilização de recursos da seguridade social para cobrir despesas do orçamento fiscal ou de outros ministérios; retenção de recursos do seu orçamento (MENICUCCI, 2007).

Dessa forma, a questão do financiamento tornou-se um grande constrangimento para a implementação do SUS, dado, que não foi garantido aporte de recursos suficientes para efetivar a universalização e para a ampliação da rede pública de serviços. Assim, mesmo não negada no discurso, como apontado por Menicucci (2007), a atenção a saúde universal e igualitária foi objeto de um veto implícito e de uma inviabilização sistêmica.

Além disso, a implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro e da Reforma Psiquiátrica se deram em meio a várias peculiaridades, sendo o período de transição democrática com a redefinição do pacto federativo e a criação de diretrizes para a descentralização.

Segundo Menicucci (2007) é uma época marcada internacionalmente pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais, no Brasil a conjuntura da crise fiscal, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, fato que impôs acanhamentos à implantação do SUS, limitando a possibilidade de ampliação dos serviços de saúde necessária para garantir a universalização efetiva.

A implantação do SUS coincidiu com uma conjuntura de crise, reformas econômicas e em um contexto político desfavorável às políticas sociais. Menicucci (2007) demonstra que os efeitos políticos de ajuste dos anos 90 e o contexto nacional e internacional de reordenamento do papel do Estado e de críticas de políticas universalistas são fatores considerados pontos de estrangulamento. Inclusive, a configuração conservadora dos governos que se sucederam no período de transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, que se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais.

A regulamentação do texto constitucional foi retardada, havendo setores contrários à implementação do SUS dentro do próprio governo, além de divergências burocráticas sobre a forma de sua operacionalização. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde ocorreu apenas dois anos após a Constituição e apenas em 1992 o Executivo deu início ao processo de operacionalização do SUS (MENICUCCI, 2007).

Os anos 90¹⁶ foram marcados por uma agenda política que colocou a estabilidade econômica como prioridade, subordinando todos os outros aspectos da vida social ao

¹⁶Na década de 1990 as políticas foram voltadas para o recorte neoliberal. O primeiro presidente eleito democraticamente por voto direto, Fernando Collor, reorientou de forma regressiva a Seguridade Social, com defesa do Estado mínimo no campo social, restrito a programas emergenciais na área assistencial. A ação do Estado se tornou seletiva e focalizada. Collor transformou o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS em Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS e transferiu o INAMPS para o Ministério da Saúde. Em dezembro de 1991 Fernando Collor sofreu impedimento e assumiu Itamar Franco. Mas nesse período o Estado continuou a reduzir investimentos na área social, sobretudo na Educação, Saúde e Previdência (ROSA, 2003).

cumprimento dessa meta. A adoção e defesa desse modelo, especialmente a disciplina fiscal, para a estabilidade econômica do país, converteu-se em um grande obstáculo na implementação e na consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, como a proposta da Reforma Sanitária (YASUI, 2010).

Em 19 de setembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Decreto nº 8.080), que teve o controle social vetado de seus artigos pelo presidente. Mas com a pressão social das entidades representantes da sociedade civil e dos movimentos sociais, o governo incluiu a participação social no controle das políticas de saúde pelo Decreto nº 142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a realização das Conferências e sobre os Conselhos de Saúde, tornando-os obrigatórios. E assim, formou-se a base do arcabouço legal do SUS em 1991, com as Normas Operacionais Básicas - NOB-91 (BRASIL, 1991), que estabeleceu a política de financiamento do setor (ROSA, 2003; YASUI, 2010).

Sobre esses constrangimentos a implementação dos SUS, Menicucci (2007) pontua que a Reforma Sanitária foi o resultado da ação política e organização de novos sujeitos que se aparelharam em torno de uma concepção de saúde, sociedade e atuação do poder público. Por isso aglutinaram aliados e interesses muito heterogêneos, o que se evidenciou na implantação da Reforma, quando se atualizaram as divergências de interesses, que haviam sido escamoteadas em função de uma agregação em torno da retomada do regime democrático e da Reforma Sanitária como um projeto ético de caráter coletivo.

A proposta de um sistema de saúde igualitário, segundo o autor, chocou-se com o legado histórico de uma “sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação” no próprio campo de atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados.

No Brasil a origem da assistência à saúde calcou-se na diferenciação no âmbito da assistência pública por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), até os anos 60, e posteriormente, na distinção entre trabalhadores cobertos por planos privados no âmbito das empresas e os cobertos pela assistência pública.

Essa segmentação não favoreceu a constituição de uma identidade coletiva e de valores que enfatizassem a solidariedade e o igualitarismo que pudessem dar suporte à Reforma, que por seu caráter redistributivo, demandaria coalizações mais amplas. Esses valores não estavam generalizados nem na elite governamental nem na própria sociedade organizada (MENICUCCI, 2007).

Uma outra questão importante apontada por Menicucci é o fato de que os prováveis usuários do SUS, os segmentos excluídos da assistência privada, seja pela menor renda ou pela inserção mais precária no mercado de trabalho, não demonstraram capacidade de mobilização que pudesse dar sustentação à Reforma, que, por suas características, redistributivas, demandaria coalizações mais amplas, particularmente em uma situação institucionalizada de diferenciações e privilégios.

Essa falta de suporte reflete a ausência de uma demanda universalista entre os trabalhadores e categorias profissionais que traduza a existência de uma identidade coletiva e o desenvolvimento de valores solidaristas que pudessem se expressar no apoio efetivo à proposta do SUS (MENICUCCI, 2007).

Esses fatores apontados por Menicucci (2007) colocaram amarras para a consolidação de um sistema de saúde, de fato, 'único'. Como demonstra Paim (1997), além da ausência de uma rede de serviços, os costumes e códigos de conduta desenvolvidos no contexto de experiências com o sistema dual oferecem limitações informais, podendo ser impermeáveis a mudanças no sentido de unificação de assistência à saúde.

Não obstante certas perplexidades que acompanharam o processo reformista, ao lado da crise de financiamento e dos retrocessos político-institucionais, significativos esforços teórico-conceituais e técnico-operativos foram realizados na primeira metade da década de noventa buscando superar as lacunas teóricas e as ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária (PAIM, 1997). Como a operacionalização da Reforma implicava transformações político-institucionais e organizacionais de grande envergadura, e o grande esforço inicial foi promover a descentralização (MENICUCCI, 2007).

O que confere ao nosso sistema de saúde grandes peculiaridades, pois é descentralizado, mas concentra autoridade no governo federal. No modelo brasileiro, o governo federal está encarregado das funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais. Assim, nesse nível do governo está concentrada a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Para ampliar a descentralização foram promovidas uma série de medidas, que buscaram enfrentar as dificuldades de gestão de um sistema de saúde em um estado federativo, como é o brasileiro, para viabilizar a coordenação vertical e horizontal das ações implementadas de forma descentralizada. Foram assim, regulamentadas as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) (BRASIL, 1991, 1993, 1996).

A NOB de 1993 definiu que a adesão dos municípios ao SUS podia se dar por três formas de gestão diferentes: a gestão incipiente, a gestão parcial e a gestão simplificada de serviços. A partir de 1996, as modalidades de gestão do SUS passaram a ser a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal (RIBEIRO, 2013).

Outra medida, formalizada pela NOB/93, foi a criação das Comissões Intergestores Bipartites - CIB, nos estados, e Intergestores Tripartite - CIT no nível federal, como instâncias colegiadas de pactuação entre os gestores nos níveis de governo correspondentes. Essa proposta foi articulada no Conselho Nacional de Saúde por representantes dos gestores municipais e estaduais. Estabeleceu-se assim o desenho institucional de planejamento e de gestão do SUS, caracterizado pela descentralização e pela existência de fóruns permanentes de coordenação vertical e horizontal (CÔRTEZ, 2009).

A ausência de fluxos regulares de recursos para a Saúde gerou um movimento nacional, conhecido como Movimento SOS SUS, em torno da vinculação de recursos para o setor. Mesmo com a resistência da área econômica do governo, a proposta veio a se constituir em norma legal com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000¹⁷, que instituiu os recursos mínimos para o financiamento do SUS sob a forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis do governo (MENICUCCI, 2007).

O embate político de correntes econômicas do governo, contrárias à vinculação de recursos orçamentários para a saúde, forjou uma luta acirrada de forças no Congresso Nacional dificultando o processo de regulamentação da EC 29. Foram 11 anos de embates, sendo aprovado em janeiro de 2012 e sancionada a Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012. O recurso que seria alocado pela União foi aprovado no Art. 5 da Lei nº 141 que se refere a:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012)

Segundo Freire (2012), a aprovação da EC-29 manteve o baixo investimento federal em saúde. Lamentavelmente, mesmo sob protestos, os quantitativos da União, como percentual do PIB permaneceu. Para esse teórico, perdeu-se mais uma grande batalha, com evidente

¹⁷A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu as vinculações de recursos para a saúde: no ano de sua vigência, em 2000, a União deveria destinar, obrigatoriamente, o valor correspondente ao exercício do ano anterior e saúde, acrescido de 5%. Nos quatro anos seguintes, o valor empenhado no ano anterior deveria ser corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Para os estados e municípios, a vinculação é respectivamente, de 12% e 15% da receita total. A Emenda definia ainda que os estados e municípios que destinavam percentuais inferiores ao estabelecido teriam que aumentar os gastos, gradativamente, em um prazo de cinco anos, até os percentuais definidos serem atingidos (RIBEIRO, 2013).

desfinanciamento federal sequencial, o que significa cada vez menos dinheiro federal e mais responsabilização de estados e principalmente de municípios.

No final dos anos 1990 e início de 2000, foram tomadas duas medidas com o objetivo de recuperar a capacidade do governo federal para induzir a utilização dos recursos do SUS: o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec)¹⁸ e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas)¹⁹ (RIBEIRO, 2013).

Com o propósito de se avançar no processo de consolidação do sistema público de saúde brasileiro, os gestores do SUS, representados pelo Ministério da Saúde, CONASS (Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), representaram o compromisso político com os princípios constitucionais do SUS, aprovando em 2006 o Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (FREIRE, 2012).

Vários foram os instrumentos normativos que o Ministério da Saúde publicou a partir de 2006 com o intuito de subsidiar a regulamentação do Pacto, o qual modificou as formas de gestão e financiamento do SUS. Foram estabelecidos cinco blocos de financiamento: Bloco de Financiamento da Atenção Básica (Piso da Atenção Básica -PAB); Bloco de Financiamento para Atenção de Média e Alta Complexidade (esse bloco absorve dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e o FAEC); Bloco de Financiamento para Vigilância em Saúde; Bloco de Financiamento para Assistência Farmacêutica; Bloco de Financiamento para Gestão do Sistema Único de Saúde.

Como forma de aprimoramento do Pacto pela Saúde, após um percurso de vinte anos da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) o SUS foi regulamentado através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 dispendo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Historicamente o SUS foi regulado pelo financiamento federal através de portarias, as quais eram formuladas a partir dos recursos existentes do Ministério da Saúde e não com base nas necessidades de saúde local. A partir do Decreto 7.508, com a construção do mapa da saúde que é pautado nas necessidades de saúde regional, o financiamento passa a ser repensado tendo

¹⁸FAEC foi criado para financiar ações e serviços de programas prioritários de alta complexidade considerados prioritários pelo gestor federal. Os recursos para custeio desses programas são extra- teto, ou seja, para além do que é programado no teto de média e alta complexidade. Os municípios conforme adesão, receberão recursos extras do que foi programado para custear procedimentos dos programas estratégicos. Na saúde mental, tínhamos como exemplo dessa modalidade de alocação de recursos, as APAC's (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) produzidas nos CAPS (FREIRE, 2012).

¹⁹ As NOAS tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para Estados e Municípios.

como direcionamento a lógica das necessidades loco-regionais de saúde. Sendo assim, desloca-se a concepção do financiamento, até então vinculado à capacidade instalada e produção de procedimentos, para pensar em um financiamento a partir das necessidades de saúde (FREIRE, 2012).

2.5 A Reforma Psiquiátrica como política do SUS

Ainda na década de 1990 começam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospital-dia, além das primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005a).

Mas, nesse período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo, pois embora as novas regulamentações do Ministério da Saúde de 1992 (Portaria GM 224/92 e Portaria nº 189/1991) regulamentassem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, não instituíram uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS e as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução dos leitos.

Em dezembro de 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que aprofundou os aspectos defendidos pela I Conferência. A partir de 1993, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA ganhou nova visibilidade, ao promover encontros nacionais bianualmente. O primeiro encontro foi em Salvador e teve como lema: “Brasil sem manicômios no ano 2000”. Apresentou por eixos principais as discussões legislativas e a cultura. O relatório final alertou para a realidade de sucateamento da rede pública de saúde e a explícita preocupação da “renúncia terapêutica” (o risco de desassistência) (ROSA, 2003).

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação ganhou impulso somente a partir do ano 2000 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde (foram criadas as Residências Terapêuticas²⁰, o Programa “De Volta para Casa”²¹ e linhas de financiamento para os serviços

²⁰ A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os **Serviços Residenciais Terapêuticos** definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.

²¹ Foi instituído pela **Lei Federal 10.708** de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas e prevê o pagamento mensal de uma quantia em dinheiro. Em conjunto com o **Programa de Redução de Leitos Hospitalares** de longa permanência e os **Serviços Residenciais Terapêuticos**, o **Programa de Volta para Casa** forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros.

comunitários - substitutivos aos hospitais psiquiátricos²²), e mecanismos para a gestão, fiscalização e redução programada de leitos psiquiátricos²³ e a criação de uma política para a questão do álcool e outras drogas, que adotava a estratégia da redução de danos²⁴.

Em 2001, ano escolhido pela Organização Mundial de Saúde como ano da saúde mental, foi finalmente assinado a Lei nº 10.216 que “dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica. Mas, como demonstra Yasui (2010), seu texto final está muito distante do “saudável radicalismo” do projeto original, aprovado em 1989, o qual propunha claramente a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços.

No projeto original havia a proposta de substituição de modelo, mas a Lei aprovada foi um substitutivo de autoria do senador piauiense Lucídio Portela, que previa a manutenção das estruturas asilares na atenção, bem como a centralidade do médico (ROSA, 2003). “Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial” (YASUI, 2010, p. 63).

Freire (2012) demonstra que houve uma acirrada disputa entre atores sociais e políticos. Nesse contexto os donos dos hospitais se tornaram os atores políticos de maior resistência no andamento e aprovação do Projeto de Lei, visto que, o foco do projeto sustentava a extinção progressiva dos manicômios. Tem-se aqui uma disputa pelo modelo assistencial em saúde mental que tem na sua invisibilidade, o tema do financiamento como disputa por modelo. De um lado os empresários da loucura, defendendo a assistência centrado no hospital, de outro lado, os atores da luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica, lutando por um modelo de cuidado territorial, extra-hospitalar.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, foi convocada logo após a promulgação da Lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social. No Relatório Final da III Conferência é inequívoco o consenso em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica e foram pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Dessa forma, tal evento consolidou a Reforma

²²A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Em fevereiro de 2005, a Portaria nº 245 destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

²³A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificou os hospitais psiquiátricos, definiu e estruturou a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Instituiu ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deveriam ser avaliados por meio do PNASH – **Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria**

²⁴É uma estratégia de Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem necessariamente reduzir esse consumo. Implica em intervenções singulares, que podem envolver o uso protegido, a diminuição do uso da droga, a substituição por substâncias que causem menos agravos ou até mesmo a abstinência.

Psiquiátrica como política de governo, conferiu aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabeleceu o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país.

Em 2002, como consequência dessa Conferência foi publicada a Portaria 336/2002, com importantes diferenças em relação a anterior: abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo os CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território”; criando três diferentes tipos de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Assim, o CAPS passa a ser o articulador central das ações de saúde mental dos municípios ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (YASUI, 2010).

Mudou o tipo de financiamento, que passou a ser realizado por Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC)²⁵, contando com verbas garantidas pelo Ministério da Saúde. Os recursos financeiros para os CAPS faziam parte do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) do Ministério da Saúde, criado em abril de 1999, pela Portaria GM/MS 531/1999, com o objetivo de garantir o financiamento, pelo gestor federal, de procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas (YASUI, 2010).

Assim os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos do CAPS não estavam mais contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e passaram a funcionar como recurso ‘extra teto’. Se por um lado esse modelo de financiamento representou um avanço, por outro trouxe problemas, pois manteve a lógica da produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado toda uma série de ações realizadas no âmbito do território, previstas na portaria 336/2002, tais como supervisão de unidades hospitalares, apoio matricial a equipes de atenção básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais (YASUI, 2010).

O modelo de financiamento da rede de saúde mental vem sofrendo modificações nos últimos anos. Em 2007 com a regulamentação do financiamento advindo do Pacto pela Saúde foram instituídos blocos de financiamento para o repasse dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais. Recentemente, em 2011, o SUS foi

²⁵Com o uso da APAC o incentivo financeiro era repassado aos municípios, mediante a apresentação do quantitativo de procedimentos realizados ao mês.

regulamentado através do Decreto 7.508 e vem apresentando novas formatações no que diz respeito ao modelo de alocação de recursos aos serviços de saúde (FREIRE, 2012).

Esse decreto modificou também o modelo de gestão do sistema, tendo como direcionalidade o fortalecimento da regionalização e constituição de redes de atenção à saúde, sendo a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS uma das prioridades na constituição de linha de cuidado no desenho de rede da política nacional de saúde.

O financiamento da saúde mental segue duas modalidades de recursos: investimento e custeio. O primeiro diz respeito ao financiamento para implantação de novos serviços e é transferido fundo a fundo de forma global de uma única vez ou em parcelas; o segundo são recursos destinados ao custeio das ações de assistência em saúde mental realizados pelos serviços implantados, a transferência segue a lógica do modelo de alocação de recursos por procedimento e diária (FREIRE, 2012).

Essa tensão entre a forma de pagamento por procedimento estipulada aos CAPS foi amenizada em dezembro de 2011, com a Portaria 3.089, inserindo a lógica de alocação de recursos *ex-ante*, pré-pagamento. Foi instituído recurso financeiro fixo aos CAPS incorporados nos tetos municipais no bloco de Média e Alta Complexidade, sob a forma de transferência regular e automática. Sendo assim, os CAPS²⁶ passam a receber um valor pré-fixado, desatrelado do quantitativo de produção de procedimentos (FREIRE, 2012).

Em 22 de agosto de 2012 foi lançada a Portaria nº 854, que encerrou o uso das APACS pelo CAPS e definiu a utilização do instrumento de registro RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) da Atenção Psicossocial, que tem por objetivo registrar mensalmente as ações de saúde realizadas durante o período de atendimento ao usuário do SUS. Assim, o registro de informação não está mais ligada a uma remuneração por tipo de procedimento.

A atenção à saúde mental no Brasil é atualmente regulamentada pela RAPS – criada pela portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e é uma das redes que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), trazendo como proposta o trabalho na lógica de rede, com o objetivo de combater o processo histórico de fragmentação das práticas e dos serviços de saúde bem como qualificar o cuidado e refinar a integralidade (BRASIL, 2011). A RAPS estende a atenção

²⁶ Além dos recursos de custeio destinados ao financiamento destes serviços, o Ministério da Saúde regulamentou através da Portaria nº 245 de 2005, a destinação de verbas de investimento para implantação de CAPS (para cada tipo de serviço verbas são transferidas aos municípios, em parcela única, como forma de investimento na expansão da rede). Foram instituídos ainda verbas de incentivo para o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS, através da Portaria 1.174 de 7 de julho de 2005, transferidos aos fundos municipais e estaduais, sem onerar os tetos da assistência de média e alta complexidade.

psicossocial para dispositivos que também precisam se comprometer com a demanda de saúde mental, tais como a atenção básica e hospitais gerais, aumentando o impacto das ações e desconstruindo a cultura manicomial no território de vivência de usuários e nos demais serviços e desfazendo a lógica do encaminhamento, adotando assim uma prática de responsabilidades compartilhadas.

A RAPS (Portaria 3.088, de dezembro de 2011) se organiza a partir de 06 componentes que aglutinam os pontos de atenção, a saber:

I – Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família–NASF, Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura;

II – Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS;

III – Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Atenção à Urgência em Pronto Socorro;

IV – Atenção Residencial de Caráter Provisório: Unidade de Acolhimento–UA, Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêutica;

V – Atenção Hospitalar: Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência–SHR;

VI – Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico - SRT e Programa de Volta pra Casa–PVC;

VII – Reabilitação Psicossocial: Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

A política de desinstitucionalização tem como indicador importante a redução dos leitos em hospital especializado, e houve uma diminuição significativa desses leitos ao longo dos últimos 10 anos. Já o investimento em leitos psiquiátricos em hospital geral ainda é muito tímido na política de saúde mental, conforme apontado por Freire (2012).

Em 1992, a portaria 224 e 189/91 instituíram a implantação de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Esses recursos seriam acionados após esgotadas todas as possibilidades de atendimento na rede extra-hospitalar e de urgência. Os leitos não deveriam ultrapassar até 10% da capacidade instalada do hospital geral, e comportar no máximo 30 leitos. Essas duas portarias também abrem a possibilidade de criação de serviço de urgência em hospital geral, com leitos de internação até 72h (FREIRE, 2012).

A política de atenção a usuários de álcool e outras drogas possibilitou a otimização dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Em 2005, através da Portaria 1.612, o Ministério da Saúde regulamentou e destinou recursos específicos para financiamento desses leitos através dos Serviços Hospitalares de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras

Drogas. Esses serviços se articulam com o CAPS ad e são destinados a municípios acima de 200.000 habitantes (FREIRE, 2012).

Com a RAPS houve uma reestruturação desses leitos. Em 2012 a Portaria N. 148 de 31 de janeiro define a estruturação do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial instituindo incentivos financeiros de custeio e investimento. Essa portaria foi alterada pela 1.615 de 26 de julho de 2012, modificando os valores de incentivo de financiamento de leito.

O Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental deve ser implantado em hospitais gerais. No caso de implantação de até 10 leitos, poderá funcionar em leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Em se tratando de crianças poderá funcionar em leitos de pediatria qualificados ao atendimento a esta clientela (FREIRE, 2012).

Quando a necessidade de implantação de leitos dessa natureza superar 10 leitos, os mesmos poderão funcionar em enfermaria especializada destinada exclusivamente ao atendimento de pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas. O número de leitos não deverá exceder o percentual de 15% do número total de leitos do Hospital Geral, até no máximo 25 leitos (Portaria 1.615 de 26 de julho de 2012) (FREIRE, 2012).

A publicação da Portaria N. 148 de 31 de janeiro de 2012 inaugurou uma nova formatação de remuneração dos leitos do Serviço Hospitalar de Referência em Saúde Mental ao destinar um montante global de recurso financeiro de custeio por leito implantado no hospital geral. Vale ressaltar que os leitos em hospital geral são parte integrante da rede substitutiva de saúde mental. Trata-se do componente substitutivo da rede hospitalar, compondo os leitos de atenção integral em saúde mental, cujo incentivo financeiro está atrelado à internação de curta permanência, priorizando assim a rotatividade no uso dos leitos e a não institucionalização do paciente por um período mais longo (FREIRE, 2012).

Outro equipamento importante no processo de desinstitucionalização são as Residências Terapêuticas. Desde o início da década de 90, municípios que iniciavam a construção de sua rede substitutiva já contavam com experiências de “moradias extra-hospitalares”, “lares abrigados” e “pensões protegidas”, denominações que antecederam a nomeação de Serviço Residencial Terapêutico. Foi apenas em 2000 que esses dispositivos passaram a ser financiados pelo gestor federal e passaram a ser uma estratégia importante no processo de reforma psiquiátrica (FREIRE, 2012).

Em 2005 a Portaria Federal no 246 passou a destinar incentivo financeiro (recurso de investimento) para implantação de SRT, transferindo para os tetos municipais e estaduais o

valor de R\$10.000,00 para cada residência com 8 vagas²⁷.

A política de financiamento dos SRT está intrinsecamente relacionada com a proposta de diminuição dos leitos hospitalares. Nesse sentido, observamos uma proposta de reorientação do modelo assistencial acompanhada de reorientação financeira, da rede hospitalar para a rede de atenção psicossocial. A modalidade de remuneração também era realizada por APAC, no entanto esses equipamentos não estavam inseridos no FAEC como no caso dos CAPS. Os recursos de custeio do SRT integram o teto orçamentário dos municípios (de média e alta complexidade ambulatorial) e eram pagas em forma de diárias.

A reconfiguração das Residências Terapêuticas se deu em dezembro de 2011 através da Portaria nº 3.090, que estabeleceu duas modalidades de moradia tipo I e tipo II²⁸ e modificou a forma de financiamento de custeio, que passou a seguir a lógica do repasse global, abandonando a modalidade de pagamento por diária, o que significou um aumento no investimento no custeio dos SRT. Mas como aponta Freire (2012) ainda é muito tímida a política de apoio a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência no país, pois a quantidade de Residências implantadas não acompanhou o fechamento dos leitos psiquiátricos.

Em 2003 foi aprovada a Lei 10.708 que prevê o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação. Essa lei também faz parte da política de desinstitucionalização que viabiliza o “Programa de Volta pra Casa – PVC”. O pagamento do auxílio-reabilitação faz parte de convênio entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Esse Programa, como demonstra Freire (2012) possibilita a ampliação da rede de relações do usuário e viabiliza a emancipação e autonomia dos beneficiários, na medida em que proporciona uma renda fixa mensal para a sobrevivência da vida diária dessas pessoas.

Segundo Freire (2012) o Programa de Volta pra Casa – PVC e os Serviços Residências Terapêuticas são estratégias que levam a um convite a ultrapassar o campo sanitário. O tema da intersetorialidade nessa perspectiva parece ser um ponto chave na ampliação do cuidado e produção de vida as pessoas em sofrimento mental.

Um outro importante equipamento para uma efetiva desinstitucionalização são os Centros de Convivência, que foi incorporado como mais um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Básica, mas ainda não conta com uma política nacional

²⁷Em 2011 esse valor foi reajustado de acordo com a normatização da Portaria 3.090 que passou a destinar o valor de R\$20.000,00 para os SRT tipo I e II. Esse recurso é alocado e transferido em parcela única para os respectivos fundos de saúde dos estados e municípios.

²⁸A primeira refere-se a casas que podem acolher no mínimo 4 moradores e no máximo 8 moradores. O SRT tipo II é destinado a pessoas com acentuado grau de dependência, especialmente em função de seu comprometimento físico que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral. Essa modalidade deve acolher até 10 moradores.

específica de financiamento. O Ministério da Saúde vinha articulando junto ao Ministério da Cultura a inserção desses dispositivos no Programa de Pontos de Cultura do MINC (FREIRE, 2012).

Esses Centros devem realizar ações que propiciem ao usuário portador de sofrimento mental uma maior interação com a comunidade, com diferentes grupos sociais através de atividades de lazer, artísticas e culturais. Podem funcionar como um dispositivo altamente potente e efetivo na inclusão social, e como estratégia de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais, pois ao longo dos anos a experiência com os CAPS e SRT, mostrou que eles também podem funcionar como uma nova forma de institucionalização e segregação das pessoas.

Atravessamos um momento histórico de consolidação da Reforma Psiquiátrica como política pública, em um contexto social, político e econômico desfavorável à implementação de políticas sociais redistributivas, cada dimensão apresenta um conjunto de desafios que se faz urgente e necessário enfrentar (YASUI, 2010).

Rosa (2003) aponta que as organizações extra-hospitalares são mais vulneráveis a uma apropriação pela lógica neoliberal, além disso, na contabilidade do governo federal, os serviços substitutivos vêm sendo cada vez mais visibilizados na lógica da racionalidade econômica (redução de custos). Há o risco de reorientar a assistência para uma situação ainda mais precária, sem a adoção de medidas sociais integradas à rede de serviços e a estruturação e a capacitação dos recursos humanos, necessários para um novo modelo.

A reforma psiquiátrica brasileira ainda está em construção e enfrenta uma série de desafios. Yasui problematiza sobre a institucionalização da Reforma, a qual transformou o Ministério da Saúde no principal ator e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos desse processo, como um ponto positivo, mas também como uma forma de engessar as práticas, o que diminui o seu necessário caráter inventivo.

Parece não haver mais espaço para as experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, que, ironicamente, têm como inspiração as experiências dos Caps e dos Naps, os quais trazem a marca da invenção e da criação com que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes de tais regulações (YASUI, 2010, p. 67).

As portarias ministeriais e as mudanças no financiamento contribuíram para o aumento do número de CAPS num ritmo muito mais veloz. Mas implantar um CAPS, como demonstra Yasui (2010), não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores, aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é garantia de um

serviço de qualidade e de substituição aos manicômios. Além disso os CAPS não deveriam ser considerados e implantados como mais um serviço de saúde mental, mas como

uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta (YASUI, 2010, p. 69).

Tem-se com frequência, profissionais que se veem com a incumbência de implantar um serviço complexo como o CAPS, sem recursos teóricos e técnicos para tal tarefa. Em consequência, não se efetiva um trabalho que proporcione, minimamente, um espaço de acolhimento ao sofrimento, à diferença. Acabam reproduzindo velhas práticas, criando, assim, lugares onde o modelo hegemônico novamente prevalece: estrutura verticalizada prevalência do saber e das condutas médicas; divisão rígida do trabalho; supressão sintomática como objetivo principal e foco na doença. “No lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos, temos a reprodução” (YASUI, 2010, p. 70).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, desde o seu início, na década de 1970, se apresentou com uma temática de caráter social e estabeleceu estratégias para ampliar os limites de sua atuação para além dos muros dos asilos e das universidades. Em um constante processo dialético foram sendo criados novos paradigmas e novas práticas institucionais. O Movimento da Luta Antimanicomial foi a face política mais ativa da Reforma Psiquiátrica, mantendo-se como movimento social, congregando diversos setores da sociedade, tais como associações de usuários e familiares, conselhos de profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares e outros mais (YASUI, 2010).

Ao longo dos anos 90 a Reforma Psiquiátrica manteve estreitamente com os movimentos sociais, no raiar deste novo milênio começou a padecer do mesmo mal da Reforma Sanitária. “Essa ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão às normas e portarias. Não há uma oposição, tensão, questionamento”. Ao se institucionalizar, esse processo, perdeu a sua dimensão história, e parece obedecer apenas a uma lógica de administração de recursos financeiros disponíveis, afetando de maneira danosa o modelo assistencial (YASUI, 2010, p. 66).

2.6 A assistência à saúde mental no Piauí

Teresina é a capital do Piauí, e foi fundada em 1852. Antes de ser a capital era conhecida como Vila do Poti, localizada no encontro do rio Poti com o rio Parnaíba. Era um entreposto

comercial de passagem de mercadorias vindas da Bahia ou do Ceará para o Maranhão, ficando no meio de uma estrada que ligava Oeiras, a primeira capital do estado, a Parnaíba, a cidade mais ao norte, mais próxima ao mar. Por essas características e pelo potencial comercial foi escolhida para sediar o governo estadual, somado ao fato de que, nesse período o Piauí não contava com cidades litorâneas²⁹, como os outros estados nordestinos (OLIVEIRA, 2011).

A construção do seu espaço urbano deu-se, inicialmente, de forma planejada, quando passou a ser a capital. A planta inicial da cidade tinha como limites os rios Parnaíba e Poti, entretanto, o crescimento populacional acelerado provocou o abandono do projeto inicial³⁰. Além disso, o processo de migração campo-cidade provocou o surgimento de políticas orientadas para a construção de conjuntos habitacionais buscando extinguir as “favelas” das zonas mais visíveis da cidade (ARAÚJO, 2009).

As relações sociais no Piauí, mesmo com a abolição da escravatura, mantêm-se predominantemente como relações de dominação social e política, referenciadas a um patrão ou chefe político, permeadas pelo autoritarismo, conjugado com o clientelismo, apadrinhamento e troca de favores, apesar de algumas resistências (ROSA, 2003).

Quando Teresina passou a ser capital do Piauí, com pouco mais de 50 anos da sua fundação, ganhou seu Asilo de Alienados. Uma das mais novas capitais do Brasil tem uma das primeiras “casas de doidos” do Brasil. “E esse fato é extremamente marcante para o destino dos loucos do Piauí” (OLIVEIRA, 2011). Essa instituição representou o epicentro de inovações terapêuticas e assistenciais e do jogo político no campo psiquiátrico (ROSA, 2003).

A figura do médico como ator social e político domina e é estruturante da assistência a saúde mental do estado desde os seus primórdios. Como nos demais estados do país, está, desde suas origens, centrada no modelo hospitalocêntrico/hospiciocêntrico e o “desenvolvimento” da assistência psiquiátrica está relacionada à ampliação de oferta de serviços no interior das estruturas hospitalares, bem como das “melhorias arquitetônicas” (ROSA, 2008).

O poder psiquiátrico, como demonstra Lima (2015), se constitui como um relevo muito forte e persistente no Piauí, sua presença pode ser sentida nas formas de sociabilidade e nos modos de subjetivação presentes no cotidiano piauiense, sobretudo nos serviços de saúde. Aqui a medicina gozará de um lugar especial, com uma grande valorização social acerca de seus discursos e práticas; seus agentes defenderão interesses de sua categoria e assumirão papéis na sociedade que guardarão a continuidade de suas ações e a solidificação de seu poderio

²⁹ O Piauí só passou a ter oficialmente um litoral em 1880.

³⁰ A partir dos anos de 1970 houve um intenso fluxo migratório para Teresina, forjando uma periferia urbana, sem planejamento e em condições precárias de saneamento e moradia (ROSA, 2003).

econômico retroalimentado por essas formas tradicionais de funcionar. A assunção em cargos políticos se configurará como um desses papéis (LIMA, 2015).

Esse lugar ocupado pela medicina e o poder médico determinaram, em grande parte, os caminhos e descaminhos da atenção a saúde mental no Estado. Foi Areolino de Abreu, médico formado na Bahia, político, como vieram a ser muitos médicos no Piauí, quando era vice-governador do Estado, que teve a iniciativa de fundar uma casa especializada em loucos. Não parecia esse ser um grande problema de saúde pública naqueles tempos, como pode se ver nos primeiros dados estatísticos, mas a preocupação com os alienados, concentrava-se de fato, na ambição de transformar Teresina numa ‘cidade civilizada’ (OLIVEIRA, 2011).

A construção do primeiro asilo foi desencadeada a partir das pressões da sociedade, incomodada com a grande leva de migrantes que perambulavam pela cidade.³¹ Até então, os “loucos”, se “calmos”, circulavam livremente pelas ruas, sobrevivendo por meio de pequenos serviços e da caridade, se “agitados” eram enclausurados em prisões (ROSA, 2003).

O que é interessante no nascimento do hospício no Piauí é que a capital só tinha a Santa Casa, sendo o Asilo o primeiro hospital especializado. O hospital Getúlio Vargas, o maior hospital de clínicas e especialidades do Estado, só vai ser erguido no final da década de 1930. Mesmo a Gripe Espanhola de 1919, que teve uma passagem mortífera no Estado, concorrendo com a mortalidade das secas, não suscitou uma casa especializada em saúde (OLIVEIRA, 2011, p. 27).

Fundado em 1907, o Asilo dos Alienados, funcionou até 1941 ligado a Santa Casa de Misericórdia, nas imediações da Praça de Marte, próximo ao centro da cidade. Os pacientes ficavam aos cuidados das irmãs de caridade e de um médico generalista, pois não havia psiquiatra. E reproduzia unicamente práticas prisionais, violentas e correccionais até a chegada dos primeiros médicos especialistas na área na entrada dos anos 1940. Nessa década, chegaram ao Estado os primeiros especialistas em psiquiatria, e “novos tratamentos” foram incluídos (como o choque cardiazólico, malarioterapia, insulino-terapia e eletroconvulsoterapia) (PASSAMANI, 2005; LIMA, 2015).

Os primeiros psiquiatras do Estado foram João Marquês e Clidenor de Freitas Santos, esse segundo foi o primeiro a ocupar o cargo de diretor do Asilo e recomendou a mudança do nome para Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, dando um caráter mais “científico” para as práticas desenvolvidas nesse espaço.

Ao assumir a direção do Asilo, Clidenor elaborou um relatório arrasador denunciando o lamentável estado em que se encontrava o estabelecimento e as necessidades urgentes de

³¹ O Asilo foi criado, segundo Araujo (1995, Apud Rosa, 2015), como resposta a questão social posta pela seca que persistiu de 1877 a 1879, situando-se no cerne das ações que conjugavam medidas repressivas e assistencialistas de enfrentamento ao problema da pobreza e desordem urbana.

transformações físicas, administrativas e técnicas. Ao denunciar a superlotação, Clidenor também promoveu a construção de novos pavilhões para o hospital, transformou as condições de higiene e mudou muitas práticas (ROSA, 2003; OLIVEIRA, 2011).

Clidenor Santos introduziu ainda “novas técnicas psiquiátricas”, que imprimiam uma maior contundência do poder psiquiátrico junto aos internos do hospital. Santos ratifica o uso do choque cardiazólico³² já trazido por João Marques³³ e aponta para a necessidade de introdução de outras intervenções farmacológicas. Intensifica o uso do choque insulínico e passa a usar também a malarioterapia, que consiste em injetar sangue malárico no sujeito para provocar choques térmicos.

Em 1943 Clidenor dos Santos Freitas comprou um terreno em uma colina as margens do rio Poti, um local distante do centro da cidade, com 20 hectares arborizados, e aí construiu o Sanatório Meduna - SM³⁴, o qual foi inaugurado com pompa em 1954 (OLIVEIRA, 2011).

Em 1968, foi construído, mais distante do centro da cidade, na Zona Norte, um novo hospital, que recebeu o nome de Hospital Colônia de Psicopatas Areolino de Abreu, para onde foram transferidos os internos submetidos a tratamento no Asilo. A política dos hospitais colônia incluía o afastamento dos grandes centros urbanos e a instituição do trabalho na lavoura como tratamento, visando a redução de gastos do estado com a possibilidade de internos produzirem o auto sustento do hospital. Mas como essa instituição não adquiriu as características de colônia, em 1971 passou a denominar-se Hospital Areolino de Abreu (PASSAMANI, 2005).

Assim, no final da década de 50 do século passado, Teresina contava com dois grandes hospitais psiquiátricos³⁵, que por várias décadas representaram a única opção de atendimento em saúde mental, e protagonizaram (e ainda protagonizam) muitas das transformações que ocorreram no âmbito da saúde mental no Estado.

Em 1947, isolado do mundo moderno que já aplicava eletrochoque há mais de 10 anos, Clidenor, lendo livros em inglês que descreviam tal aparelho, entende seu mecanismo elétrico

³²Consistia em aplicar uma substância química nos sujeitos considerados psicóticos para a indução de convulsões. O choque cardiazólico ficou conhecido na história por provocar várias lesões, inclusive a fratura de vértebras.

³⁴O nome do Sanatório foi uma homenagem ao psiquiatra húngaro, radicado nos Estados Unidos, Ladislau Von Meduna, inventor do choque cardiazólico, que induzia convulsões afim de diminuir os sintomas da esquizofrenia, através da administração do Cardiazol. No final dos anos 1920, Meduna, já era um pesquisador reconhecido, e observou que pacientes portadores de epilepsia raramente tinham sintomas psicóticos, assim como esquizofrênicos não costumam sofrer de epilepsia. Iniciou assim sua busca por induzir convulsões em pacientes esquizofrênicos. Depois de várias tentativas descobriu o cardizol, um potente indutor de convulsões de ação central. Esse método só foi abandonado após a invenção do aparelho de eletrochoque por Ugo Cerletti, que fez a primeira aplicação de convulsão por eletricidade em 1938, disseminando-se no mundo todo durante a década de 1940. E só perdeu sua hegemonia com a descoberta dos psicotrópicos nos anos de 1950. Mas esse método nunca foi abandonado, é utilizado de forma mais criteriosa e atualmente é objeto de muitas pesquisas pela psiquiatria (OLIVEIRA, 2011).

³⁵O Sanatório Meduna foi considerado um centro de referência do Nordeste, por instituir um novo padrão assistencial “sem grades, sem quartos fortes, com muitos jardins e áreas de lazer” (ROSA, 2003, Apud NOGUEIRA, 1993).

e pensa em construir um a partir dos circuitos e figuras vistas nos livros. Convida então um eletrotécnico famoso na cidade – Benedito Almeida – para fabricar “uma máquina de dar choque em doido”. Juntos construíram a primeira máquina de eletrochoque do Piauí (OLIVEIRA, 2011, p. 27).

O ambulatório de psiquiatria da rede pública foi criado em 1942 ligado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais - SDMN, transformado posteriormente na Divisão Nacional de Saúde Mental - DNSM. Na ocasião da transferência para o novo prédio do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, passou a funcionar em instalações físicas anexas, o mesmo ocorrendo com a implantação do hospital-dia em 1968 (PASSAMANI, 2005).

Segundo Rosa (2003), a criação desse ambulatório dentro do HPAA se deu devido a influência política de Clidenor dos Santos dentro do recém-criado SNDM. Angariando grande visibilidade política e poder financeiro, o que possibilitou sua ascensão em cargos públicos e políticos, Clidenor foi candidato à prefeitura da Capital e se elegeu deputado federal quatro anos após a inauguração do SM.

Mas nem a implantação de um ambulatório de psiquiatria, nem a construção de um hospital-dia não significaram alterações nas práticas asilares. O Hospital-dia, por exemplo, surgiu como uma estratégia para enfrentar a superlotação hospitalar e evitar que o leito chão se institucionalizasse³⁶. Mas, de acordo com Passamani (2005), só atendia os “quadros psiquiátricos leves” e em número reduzido. Além disso, como aponta Lima (2015) a fundação de um segundo hospital psiquiátrico significou também um declínio na assistência do HPAA, que retornou a práticas asilares mais tradicionais, com o uso de celas e correntes na segunda metade da década 1950.

Em 1975 foi fundada a Associação Psiquiátrica do Piauí - APP, que contribuiu para a propagação do novo ideário de saúde mental no plano local, acompanhando a política de assistência psiquiátrica federal, calcada no discurso da saúde mental, com ênfase na ambulatorização da atenção (ROSA, 2003).

Um marco importante do movimento em prol da reformulação da assistência psiquiátrica no Piauí foi a criação da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí – ACSM-PI, no início da década de 1980, com o objetivo de suprir a falta de uma coordenadoria de saúde mental no Estado. Congregando profissionais de saúde e pessoas da comunidade (PASSAMANI, 2005).

Assim foi elaborado o Programa de Saúde Mental Comunitária - PSMC-PI, que

²O asilo recebia muitos sujeitos que vinham do interior do próprio estado e também de estados vizinhos, principalmente Maranhão e Ceará.

configurou como a primeira política de saúde mental do Estado e durou toda a década de 1980. Contemplava a regionalização e descentralização da assistência psiquiátrica no Estado e na capital, bem como a reforma administrativa, assistencial e física do Hospital Areolino de Abreu. A reforma física foi concluída, porém a reforma assistencial não se deu a contento, encontrando resistência por parte de alguns psiquiatras (PASSAMANI, 2005; ROSA, 2003).

A ACSM- PI e a APP aglutinavam muitos psiquiatras locais e fortaleciam politicamente essa categoria, garantindo o poder de gerenciamento das demandas de mudanças nos serviços de saúde mental e deram continuidade à hegemonia do poder psiquiátrico nas práticas de saúde mental piauienses (ROSA, 2015; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; LIMA, 2015).

Como o PSMC-PI foi criado sob os moldes da experiência americana da “psiquiatria preventiva” de Gerald Caplan, a experiência piauiense repetiu as mesmas imprecisões ocorridas pela psiquiatria americana que, apesar de criar novos serviços e aumentar o número de pessoas assistidas, ampliou o campo de ação do psiquiatra do hospital para a comunidade, estendendo o conceito de doença para o de desvio, mal-estar social e desajustamento (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Na década de 1980 foi realizada a reforma administrativa e física do Hospital Areolino de Abreu, com a implantação de algumas atividades, com vistas ao melhoramento da assistência aos internos: como a estruturação dos serviços de terapia ocupacional; criação da pré-internação destinada a tratamento de curta duração para evitar internações desnecessárias; desativação do pavilhão de segurança e a criação da residência em psiquiatria no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí, que funcionava nas dependências do ambulatório (GUIMARÃES, 1994, apud (PASSAMANI, 2005).

Mas a descentralização promovida pela PSMC nas unidades de saúde da capital perdurou apenas por três anos; a implantação do plantão psiquiátrico no pronto socorro do Hospital Getúlio Vargas foi rejeitada pela não aceitação da presença do psiquiatra nas equipes de plantão, funcionando apenas o ambulatório em saúde mental (ROSA, 2003).

Além disso, como demonstrado por Macedo; Dimenstein (2012), os hospitais psiquiátricos piauienses sequer foram colocados em questão com o PSMC-PI, muito menos o mandato social da psiquiatria. Pelo contrário, as ações dos psiquiatras resultaram no fortalecimento da estrutura e do parque manicomial do Estado, bem como passaram a interferir sobre a opinião pública (trabalhadores, familiares e sociedade em geral), resfriando, no âmbito local, todo o debate crítico-político vivido no plano nacional sobre a desinstitucionalização e luta “Por uma sociedade sem manicômios”.

A partir de 1985 os movimentos sociais urbanos estruturaram-se e ganharam

visibilidade no Piauí, com a participação decisiva da Igreja Católica (que tinha uma ação de base desde a década de 1970). E em reação ao processo de deterioração das condições de vida e de saúde, foi criado em 1986 o Movimento Popular de Saúde – MOPS, a partir da ação da igreja e dos profissionais que priorizavam a medicina natural/alternativa, com dois eixos de luta: o acesso e ampliação dos serviços de saúde e a valorização e o reconhecimento das práticas populares em saúde (ROSA, 2003). Somente na década de 1990 a discussão da assistência psiquiátrica no Piauí ganhou outros lugares sociais, fora dos convencionais e tornou-se tema de interesse de outros atores sociais.

Desde a década de 1990, devido às tendências nacionais e internacionais, é exigido do Piauí alterar o padrão dominante da organização assistencial no campo. Passamani (2005) demonstra que tal processo tem início no Estado com as políticas indutoras do governo federal, haja vista as resistências locais de diversas ordens, oriundas, sobretudo, de alguns grupos de profissionais da saúde mental e dos próprios gestores.

As resistências têm origem na falta de entendimento do processo em curso, envolvendo o SUS como um todo ou nas lutas corporativas de alguns segmentos de profissionais que temem pela perda do emprego; por questões político-ideológicas ou até por questões técnico-operacionais ou éticas. A produção de um novo modelo exige um novo tipo de profissional, que reconheça a cidadania da pessoa com transtorno mental, incorporando o controle social em sua prática profissional, aceite reorganizar e mudar os processos de trabalho pautados na mera medicalização e burocratização para atuar no território existencial, onde a vida da pessoa com transtorno mental acontece, mobilizando recursos e forças sociais para combater o estigma e produzir processos de inclusão social (ROSA, et al., 2011).

Nos anos 90 foi criado o Plano de Saúde Mental de Teresina - PSMT, a partir de um grupo de psiquiatras ligados ao PSMC, que perdeu espaço político dentro do poder estadual e, aparentemente, estabelecia oposição política a um grupo de psiquiatras que permaneceu no Estado. Abrigados na Prefeitura de Teresina, esse grupo acionou o projeto de instituir a atenção psiquiátrica em hospitais gerais e estender a atuação da categoria a partir de um processo de implantação de ambulatórios na capital. Tal projeto confrontaria os interesses do outro grupo, que só estaria interessado no fortalecimento da capacidade de internação nos manicômios da cidade (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; LIMA, 2015).

O planejamento e execução do referido Plano se dá no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde na década de 1990, que impõe um processo de municipalização da gestão da saúde. Apesar de já existirem portarias ministeriais que regulamentavam serviços de natureza aberta, territorial e comunitária, e do início das políticas de redução de leitos em

hospitais psiquiátricos em nível nacional, Teresina, através deste plano, implementou apenas serviços ambulatoriais.

Na segunda metade dos anos 1990 os hospitais psiquiátricos de Teresina precisaram se adequar às novas exigências legais, impostas principalmente pela Portaria nº 224 da Cosam. Assim, recompõe-se as equipes multiprofissionais, contratando o número de profissionais estipulados pela portaria e reduzindo o número de leitos (o Hospital Areolino de Abreu passou de 315 para 280, e o Sanatório Meduna de 517, para 300 leitos) (ROSA, 2003; PASSAMANI, 2005).

Um corte financeiro e assistencial drástico para uma realidade unicamente centrada no modelo hospitalar. Como tentativa de resolver a crise no setor, diferente do plano nacional que se investia na abertura de serviços extra-hospitalares e de base territorial, no Piauí houve o fortalecimento das ações hospitalares com serviços de semi-internação, através da instalação do Instituto de Psiquiatria Infanto-Juvenil (1997)³⁷ dentro dos muros do Hospital Areolino de Abreu, e a abertura dos Hospitais-dia em duas cidades do interior (ROSA, 2004).

Em 1995 a coordenação de saúde mental estadual realizou o I Simpósio Estadual de Saúde Mental, que impulsionou oficialmente as discussões acerca da legislação psiquiátrica para o Estado e relatou as experiências com serviços alternativos em outras partes do país (ROSA, 2003).

Em junho de 1996 ocorreu o II Conferência Estadual de Saúde, que em diagnóstico constatou que o modelo assistencial hegemônico no estado era a medicina individual e curativa e orientada para ações de alto custo. A área da saúde mental ganhou destaque nessa Conferência, com deliberações referentes à implantação de CAPS nas cidades de grande e médio porte e de núcleos de saúde mental nos municípios menores (ROSA, 2003).

A I Jornada de Saúde Mental Comunitária ocorreu em outubro de 1997, e teve por eixo a legislação em saúde mental no Piauí. Devido a pouca participação de familiares, foi constituída uma comissão para mobilizar familiares e rediscutir as propostas de lei no interior dos serviços. O segundo encontro realizou-se em setembro de 1998.

No plano legislativo estadual, em 30 de setembro de 1997, o deputado Olavo Rabelo, do PSB, baseado no Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, apresentou o Projeto de Lei nº 071/97 na Assembleia Legislativa do Estado - ALEPI (Processo AL nº 2950/97), cuja morosidade do relator Kleber Eulálio, do PMDB, fez com que a discussão do mesmo fosse

³⁷Em maio de 1997 foi inaugurado o Instituto de Psiquiatria Infanto Juvenil Dr Martinelli Cavalca, com funcionamento em regime de semi-internação, no mesmo espaço físico do Hospital Areolino de Abreu (ROSA, 2003).

postergado para a próxima legislatura, tempo necessário para ser elaborado um substituto por um dos representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria (ROSA, 2004; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; LIMA, 2015).

Assim, o projeto reformulado foi apresentado àquela casa pelo médico e Dep. Wilson Martins (PSDB), onde foi reapresentado em março de 1999, sob o nº 013/99 (Processo AL nº 0608/99) e “dispõe sobre a extinção progressiva de hospitais psiquiátricos públicos e privados e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências”. No entanto, em função da indefinição de um consenso quanto aos leitos nos hospitais gerais, o projeto não mais foi discutido e acabou esquecido na ALEPI (ROSA, 2003; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Após a II Jornada de Saúde Mental, a correlação de forças entre psiquiatras ficou mais evidente. Havia um segmento que defendia a assistência psiquiátrica em hospitais gerais outro que se posicionava favorável a manutenção do hospital. “(...) ou seja, o centro de discussão da reformulação da assistência psiquiátrica no Piauí é o hospital geral, diferente do restante do país, onde os serviços substitutivos se encontram no eixo dos debates do modelo assistencial” (ROSA, 2003, p 169).

Em Teresina, o vereador do PC do B, Anselmo Dias, propôs, em 15 de junho de 1999, um Projeto de Lei (nº 82/99) na Câmara, sob os moldes do projeto do Dep. Paulo Delgado, dispondo “sobre a política de saúde mental a ser desenvolvida no município de Teresina em termos de prevenção, assistência, reabilitação, ensino, pesquisa e dá outras providências”. Esse Projeto promove um deslocamento nos debates, do hospital geral para serviços substitutivos.

Pela primeira vez no meio legal, normativo ou mesmo sociopolítico, a expressão “serviços substitutivos” é pronunciada em Teresina como alternativa para a assistência psiquiátrica oferecida na cidade. Rapidamente os psiquiatras se organizaram e realizaram fortes investidas entre os profissionais dos hospitais psiquiátricos propagando que caso o projeto de lei em questão fosse aprovado, isso geraria o fechamento dos hospitais e comprometeria os empregos de muitos profissionais (ROSA, 2004; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em abril de 1999 o vereador Anselmo, juntamente com a vereadora Flora Isabel promoveram o seminário “Assistência Psiquiátrica e Serviços de Saúde Mental”, com o objetivo de sensibilizar principalmente os gestores e autoridades para os serviços de saúde mental e com isso definir os recursos psiquiátricos a serem aplicados no tratamento e assistência. Nesse evento foi possível observar a preocupação com o direcionamento desses serviços expressos na polêmica acerca da natureza dos mesmos: alternativos versus substitutivos versus complementares (ROSA, 2003).

O plenário daquela casa legislativa contou com a presença maciça de profissionais do setor, tendo o debate circulado em torno das expressões “alternativo”, “complementar” ou “substitutivo”, quanto à função dos serviços extra hospitalares. Além disso, o debate fez ouvir os profissionais de saúde mental presentes no plenário, que optaram pela proposta de serviços complementares em detrimento da concepção “serviços substitutivos” (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; ROSA et al, 2011).

Diante das dificuldades para se chegar a um consenso, a vereadora Flora Izabel (PT) aliou-se ao propositor do projeto e, juntos, elaboraram uma matéria substitutiva que foi aprovada com o texto final concebendo o CAPS como serviço complementar ao hospital. Decisão que acabou conservando a hegemonia do hospital e dos psiquiatras nas determinações sobre o rumo da política de saúde mental da cidade (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Somente em 17 de maio de 2001, foi aprovada a Lei Municipal nº 2.987, de Teresina, que dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica e prevê, entre diversos dispositivos alternativos, as unidades psiquiátricas em hospital geral e centros de convivência para pessoas acometidas de transtorno mental (PASSAMANI, 2005).

A movimentação dos psiquiatras piauienses não ficou restrita apenas ao cenário local, chegou inclusive a ter incursões no plano nacional quando o Senador Lucídio Portella (PPB-PI), irmão de Eustáquio Portella - respeitado psiquiatra e professor livre-docente do IPUB/UFRJ, propôs matéria substitutiva ao projeto do Dep. Paulo Delgado, que foram incorporadas no texto final da legislação, o que acabou por atenuar a radicalidade apresentada originalmente (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; LIMA, 2015). Desta forma, as influências de dois médicos piauienses tiveram impacto direto na materialização da política nacional de saúde mental ao promoverem, por exemplo, a retirada do artigo que proibia a construção de manicômios no Brasil.

Macedo; Dimenstein (2012) chamam atenção para a capacidade de articulação dos defensores do hospital em meio ao legislativo estadual e municipal, configurando o processo reformista em curso de acordo com seus interesses. Foi assim no início da década de 1980 com as primeiras reivindicações para a realização do PSMC-PI, e também por toda a década de 1990 com as movimentações para fixar um tipo de reforma, que, no Piauí, ficou conhecida como “reforma da assistência psiquiátrica” com a manutenção do hospital, logo com a hegemonia do poder médico.

A articulação política do poder psiquiátrico local resfriaram e neutralizaram as tentativas de materialização da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, os psiquiatras acabam conduzindo as transformações de acordo com seus interesses, dificultando o processo de

desinstitucionalização e conservando o lugar do manicômio na política de saúde mental (LIMA, 2015).

2.6.1 A Reforma Psiquiátrica em Teresina

Passamani (2005), em seu estudo, apresenta um panorama da saúde mental na cidade de Teresina no ano de 2004, período no qual a Reforma Psiquiátrica estava estagnada e sem alterações da rede de apoio a desinstitucionalização. O hospital-dia, só contava com 90 vagas desde 1998, atendendo apenas casos de transtornos mentais leves, e revelando-se uma instituição de poder hierarquizado, assemelhando-se ao hospital psiquiátrico tradicional.

Esse autor aponta ainda que haviam apenas dois CAPS em funcionamento na capital: o CAPSi, da rede estadual, mas que continuava prestando serviço como hospital infanto-juvenil, na estrutura física do Hospital Areolino de Abreu; e o CAPS ad, da rede municipal, mas que não promovia as atividades previstas nas portarias que regulamentavam esse serviço, por insuficiência de recursos humanos e materiais. Os hospitais gerais não possuíam atendimento de urgência psiquiátrica nem leitos psiquiátricos. Não havia beneficiários do Programa de Volta para Casa, nem Residências Terapêuticas e o apoio extra hospitalar centrava-se no atendimento ambulatorial.

Assim, na contramão do cenário nacional, em função da forte política de diminuição de leitos do Ministério da Saúde, o Piauí manteve seu parque manicomial sem muita alteração com a oferta de mais de 400 leitos e sem qualquer ação territorial até o ano de 2003.

Na verdade, as primeiras experiências reformistas no Estado, entendida como “reforma da assistência psiquiátrica”, partiram de dentro do próprio hospital, não no sentido de transformá-lo, mas sim de fortalecê-lo. Tanto o foi que as experiências embrionárias de criação dos primeiros serviços “complementares” ocorreram dentro do próprio espaço físico do Hospital Areolino de Abreu; como é o caso do CAPS i, que nasceu dentro do hospital em 2002, com algumas mudanças realizadas no pavilhão do Instituto de Psiquiatria Infanto-Juvenil, sendo habilitado pelo SUS em 2005 (MACEDO; DIMENSTEIN 2012).

O CAPSi somente saiu do espaço físico do Hospital Areolino de Abreu no ano de 2015, quando foi transferido para novas instalações no bairro Buenos Aires, Zona Norte da cidade e ainda é mantido sob administração do Estado. Portanto, esse serviço funcionou por 10 anos dentro das instalações físicas de um manicômio, sendo que desde a Portaria 336/GM de fevereiro de 2002 é estabelecido que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão

funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar³⁸.

Os primeiros Serviços de Residência Terapêutica da cidade também tiveram início em instalações anexas ao Hospital Areolino de Abreu, mas esta já contava com uma proposta reformista e inseriu práticas de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização. E como demonstra Macedo; Dimenstein (2012), sob o esforço dos atores da luta antimanicomial no Estado, logo passou a funcionar fora dos muros do hospital com a instalação de quatro módulos, sendo três na capital e um na cidade de União.

Com a hegemonia do hospital psiquiátrico, do saber e do poder médico na determinação da política de saúde mental e condução dos debates sobre a reforma psiquiátrica no Estado, o que se viu no cenário local foi o descompasso com os acontecimentos de desinstitucionalização ocorridos no plano nacional.

Enquanto no Nordeste o movimento de luta antimanicomial se intensificava nas principais capitais da região ainda nos anos 1990, com a realização de eventos, encontros, congressos, fóruns, e demais atividades de mobilização, Teresina pouco se movimentou nesse sentido no mesmo período (ROSA, 2004). A maior prova foi o entendimento de que o CAPS não era um serviço substitutivo ao hospital, mas complementar. Outra prova foi o fato dos trabalhadores e gestores passarem a defender a melhoria das estruturas (hospitais psiquiátricos e ambulatorios) já existentes, ao invés da abertura de novos serviços (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

Destacam-se ainda as dificuldades econômicas, descompromisso político de gestão em função do ajuste neoliberal e uma forte presença da cultura manicomial no tecido social, como relevos cunhados com traços mais fortes em solos piauienses em relação à maioria dos estados brasileiros; tal tendência se materializou, por exemplo, no atraso na implantação de dispositivos ligados ao modelo psicossocial, que tem o CAPS como destaque neste tipo de atenção, dando-se somente a partir de 2003 (LIMA, 2015; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Temos ainda uma outra importante característica a capital do Piauí, apontada por Oliveira (2011). Em Teresina houve uma proliferação de serviços privados de saúde, que se inicia antes da implantação do SUS, criando uma distorção nas características do sistema público. Pois em um sistema privado com credenciamento, o acesso aos serviços é diferente para quem paga, para quem tem plano de saúde e para os que não tem nada.

Em 2002 aconteceu um evento organizado pela APP, que contou com a presença do

³⁸Segundo a Portaria 336/ GM Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria, mas essa não era a realidade do CAPSi de Teresina.

catarinense Nilo Medeiros Neto, militante do Movimento da Luta Antimanicomial (MNLA) e usuário da rede. No encontro, Neto questionou a não participação dos usuários e organizou reuniões paralelas para falar e contaminar alguns usuários com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do MNLA. Alguns deles já faziam parte da Associação de Portadores de Transtorno Mental, Familiares e Pessoas interessadas em saúde mental do Piauí (Âncora)³⁹.

Outra organização importante é a Amigo no Ninho – Rede de Apoio e Suporte em Saúde Mental no Piauí, que também procura organizar eventos mobilizatórios e divulgar informações importantes na internet e nas redes sociais. Apesar do surgimento desses dois dispositivos políticos, pequena é a participação de trabalhadores da rede e poucos usuários se envolvem no movimento contra o poder psiquiátrico desenhado em Teresina (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; LIMA, 2015).

Mesmo com a intervenção desse importante ator da reforma piauiense que foi a Âncora, as reivindicações reformistas não conseguiram agregar aliados, especialmente os trabalhadores dos serviços, no sentido de se posicionarem de forma contrária ao poder psiquiátrico que imperava na capital (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Embora a participação social de grupos ligados ao MNLA local componha um importante vetor na busca pelos direitos e serviços para as pessoas com transtorno mental, o Piauí não tem uma tradição de luta antimanicomial. Somente a partir de 2003, apesar de instituído em 1987, o dia nacional da Luta Antimanicomial, 18 de maio, passou a ser comemorado no Estado (ROSA et al., 2011).

Assim, como demonstra Lima (2015), Rosa et al (2011), Macedo; Dimenstein (2012), a Reforma Psiquiátrica em Teresina foi se efetivando muito em função de poderes macros, que impõem um poder “de cima para baixo”, tais como, a política imposta pelo Ministério da Saúde em função do avanço da Reforma Psiquiátrica no plano nacional, a intervenção do Ministério Público Estadual - MPE-PI e, também, alguns acontecimentos históricos no campo da saúde mental, como o processo de fechamento do Sanatório Meduna.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002, quando o Ministério da Saúde iniciou um processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria. Nesse período foram instituídos mecanismos para a redução gradual e planejada de leitos no país e a expansão de

³⁹Organização Não Governamental, fundada em 2000 e que passou a aglutinar usuários, familiares e estudantes.

serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) - primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos no Brasil, instituído em 2002 - e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) - estratégia de redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais, instituída em 2004 - foram os principais mecanismos de avaliação e redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004).

Esses programas instituem por exemplo, limite de internações mensais, número mínimo de cada categoria profissional por número de internos, estabelece critérios físicos e de qualidade de atendimento para o funcionamento dos hospitais e mudou a forma de financiamento dos leitos psiquiátricos, priorizando a assistência em serviços extra hospitalares ou em hospitais gerais. E essa política de redução de leitos afetou diretamente a oferta de atendimentos psiquiátricos em Teresina.

Rosa et al (2011) demonstram que essa política do Ministério da Saúde teve um importante papel, pois foi uma forma de pressionar os gestores a criar serviços comunitários de saúde mental, em especial a Portaria nº 52/GM de 2004 foi um reforço a Portaria nº 1455/GM de 2003, que determinava incentivos financeiros para implantação de CAPS nos municípios.

O gestor municipal de Teresina, desde o início dos anos 2000 foi acionado pelo Ministério da Saúde e Ministério Público Estadual para redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, em particular: pelo porte populacional, concentrando mais de 800 mil habitantes; por ser o município de procedência da maioria dos internos e serviços psiquiátricos; ser o único município com gestão plena do sistema de saúde do Estado, tendo, conseqüentemente, que criar um política de saúde mental; por receber todo repasse orçamentário do SUS procedente do Fundo Nacional de Saúde⁴⁰; pela resistência historicamente apresentada em relação aos investimentos em saúde mental (ROSA, 2015).

Assim, a efetivação da Reforma na capital, só foi possível depois de várias negociações entre o Ministério Público e o gestor municipal para a abertura dos serviços psicossociais. Inicialmente foi assinado um Pacto de Gestão em 2005, para que fossem abertos quatro CAPS II. No entanto, foram abertos somente dois CAPS II em novembro de 2005 (O CAPS Centro/Norte e o CAPS Leste). Posteriormente, houve nova negociação por meio do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) assinado em 2008, para que os dois CAPS II restantes fossem colocados em funcionamento. Porém, tal fato só aconteceu em 2010, depois das pressões

⁴⁰ Teto financeiro do SUS relacionado às Autorizações de Internações Hospitalares – AIH

exercidas pelo Ministério Público em cumprimento do TAC/2009, com a iminência de fechamento do Sanatório Meduna.

Um dos primeiros serviços alternativos ao hospital psiquiátrico criado em Teresina, em 1994, foi o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), criado, inicialmente para atender aos funcionários da prefeitura municipal que enfrentavam problemas com uso abusivo de álcool e outras drogas, mas que depois foi disponibilizado para a população. Esse Núcleo foi habilitado em 2003 como CAPS Ad, e traz como peculiaridade, como aponta Rosa (2015) o fato de ter sido criado por empenho de um psiquiatra, o Dr Mauro Cezar Passamani, que ocupou a coordenação desse serviço até o início do ano de 2017.⁴¹

Desde o início dos anos 2000, o Sanatório Meduna passava por dificuldades na manutenção de sua capacidade financeira, administrativa e gerencial, conseqüentemente, com franca decadência na assistência a seus internos. A política de redução de leitos do Ministério de Saúde acarretou na diminuição drástica dos leitos credenciados ao SUS no Sanatório, dos 517 leitos cadastrados foram reduzidos para 200, além de uma diminuição nos valores das diárias de internação. Isso foi o suficiente para gerar um colapso na capacidade de funcionamento do hospital.

Devido as resistências da gestão municipal de Teresina em investir em serviços e numa política pública de saúde mental, a gerência de saúde mental do Estado e o Ministério Público passaram a judicializar ações para pressionar os gestores. E com essa finalidade, foram realizadas várias audiências públicas (ROSA et al, 2011, p. 18).

Diante da possibilidade de fechamento do manicômio, os psiquiatras que defendiam o modelo hospitalocêntrico logo mobilizaram outros profissionais com o discurso do desemprego, que se geraria com tal feito. Insistiam que isso produziria pacientes abandonados nas ruas, entregues à própria sorte em seu adoecimento, podendo fazer algum mal a si ou aos outros (OLIVEIRA, 2011; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Apesar de forte e apelativo, tais argumentos em torno da desassistência, da periculosidade e do desemprego não foram suficientes para impedir o fechamento do sanatório. Pois os próprios proprietários da instituição não queriam mais o seu funcionamento. Ademais, o interesse do setor imobiliário na compra do terreno da Meduna, o qual ocupava uma área privilegiada da capital, foi outro fator que contribuiu para o interesse do fechamento do mesmo por parte da família (OLIVEIRA, 2011; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em 21 de setembro de 2009 os dirigentes do Meduna informaram o risco de

⁴¹Durante as entrevistas foi possível compreender melhor a peculiar abertura desse serviço.

encerramento das atividades do serviço, pois as diárias recebidas não cobriam as necessidades do hospital, gerando um déficit mensal de mais de 100 mil reais. Nesse mesmo mês foi ainda realizada uma vistoria no Sanatório, que constatou uma realidade assistencial bastante precária comprometendo os direitos humanos das pessoas lá atendidas, com uma estrutura física deteriorada, aspecto de abandono, camas sem colchões, cheiro de amônia, banheiros com vazamento e infiltrando para as enfermarias, refeitórios às moscas, etc. (ROSA et al, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Diante desse quadro foram realizadas reuniões e audiências com os gestores municipal e estadual para garantir assistência aos 200 internos do SUS. Mas a grande problemática era em relação à rede psicossocial da capital que não tinha como dar o suporte necessário àqueles pacientes (ROSA et al, 2011).

Em 2009 foi assinado um TAC entre o Ministério Público Estadual, os gestores do estado do Piauí, do município de Teresina e os dirigentes do Sanatório Meduna. Esse TAC tinha vários objetivos, incluindo uma avaliação situacional e de diagnóstico dos pacientes que estavam internados no Sanatório Meduna e no Hospital Areolino de Abreu; implementar mais dois CAPS II e um CAPS III em Teresina e instituir a Comissão Estadual de reorganização da rede extra hospitalar de saúde mental (ROSA et al, 2011).

Esse acordo objetivou ainda garantir o fornecimento de gêneros alimentícios, medicamentos, materiais médico-hospitalar e de limpeza, colchões, roupas de cama para os pacientes; além da avaliação situacional e diagnóstica de cada paciente, identificando sua história e necessidades para a condução de cada caso.

Especificamente com a direção do Meduna, o TAC em questão previa o cumprimento do prazo legal de 120 dias para o fechamento, além de garantir ações diárias para manutenção dos cuidados necessários aos pacientes. Em seguida foram organizadas audiências públicas para a discussão ampla do caso, inclusive com a presença dos interessados: gestores municipal e estadual de saúde, Ministério Público, Legislativo municipal, proprietários do Sanatório Meduna, diretores do Hospital Areolino de Abreu, representantes da APP, trabalhadores da saúde mental, representantes da associação de usuários, imprensa, etc. (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em novembro de 2009 foi criada pela Secretaria Estadual de Saúde, uma Comissão de Trabalho de Diagnóstico Situacional do Sanatório Meduna e do Hospital Areolino de Abreu, que deveria ainda acompanhar as ações de reestruturação da rede de saúde mental, que era composta por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e do Hospital Areolino de Abreu. Feito a referida avaliação situacional e diagnóstica

dos pacientes do Meduna, a comissão concluiu que se tratava de casos com histórias de dependência de álcool e outras drogas (ROSA, et al 2011; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em seu relatório final, essa comissão fez várias recomendações: diminuição progressiva dos leitos do SM; criação de uma enfermaria de atendimento à crise, para evitar as internações desnecessárias. Em relação a Teresina, propôs a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, sobretudo voltado para a dependência química; implantação de três Residências Terapêuticas; necessidade de implantação de dois CAPS AD; transferência do atendimento ambulatorial concentrado no HAA para as unidades básicas de saúde do município; desmembramento do Hospital dia do HAA, transformando-o em um CAPS Ad III; implantação de urgências psiquiátricas em hospitais gerais municipais; criação de uma central de regulação; passagem do CAPSi e os SRT para a gestão municipal de Teresina, deslocando o CAPSi da área física do Areolino de Abreu; transferência do ensino de graduação e residência em psiquiatria do HAA para o Hospital Universitário da UFPI (ROSA et al, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Considerando a situação do Sanatório Meduna e da rede assistencial de Teresina, foram firmados, por meio de um segundo TAC em 2010, os seguintes compromissos: manutenção dos subsídios ao Meduna pelo Estado e município; implantação de um CAPS ad, um CAPS i, um CAPS III e duas SRT, além da instituição da Gerência Municipal de Saúde Mental – reponsabilidade do município; abrir o Serviço de Referência Álcool e Drogas no Hospital do Mocambinho⁴², com 10 leitos disponíveis, e abertura de outros 20 leitos em hospitais gerais para pacientes com dependência química – responsabilidade do Estado; instituir enfermaria de atenção à crise no HAA– responsabilidade do Estado; por fim, abertura de um CAPS ad na cidade de Floriano (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em 2010 o município de Teresina implantou o CAPS III (30/03/2010), criou a Comissão Municipal de Saúde Mental (Portaria nº 194 de 29/03/2010), tendo como objetivo atuar como órgão consultivo do gestor da Fundação Municipal de Saúde - FMS na elaboração e execução de políticas públicas na área da saúde mental. Nesse mesmo ano foram ainda implantados 04 leitos psiquiátricos no Hospital da Primavera⁴³ e Teresina adicionou, no seu planejamento, a inclusão, no organograma da FMS, de uma gerência de saúde mental (ROSA et al, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Ainda em 2010 foi criada a Enfermaria Transitória de Atendimento à Crise – ETAC com 08 leitos, com a função de regular as internações integrais no HAA. Neste mesmo ano foi

⁴²Bairro de Teresina

⁴³Posteriormente esses leitos foram fechados.

inaugurado o Serviço de Referência Hospitalar para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas (SHD-ad), no Hospital do Mocambinho, um hospital estadual localizado na capital, com 10 leitos para cuidado clínico de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas (ROSA et al, 2011; OLIVEIRA, 2011).

Oliveira (2011) mostra que as previsões catastróficas dos psiquiatras e outros profissionais sobre o fechamento do Meduna não se concretizou, tudo aconteceu sem qualquer desassistência, e o Sanatório não fez falta a rede de atenção psicossocial do Piauí. O hospital ficou restrito a 20 leitos, e em 23 de maio de 2010 foi descredenciado do SUS, sendo cancelado o seu cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES como hospital psiquiátrico.

Na última década ocorreram muitos avanços. A rede psicossocial da capital foi fortalecida, conforme acordado com o MPE-PI, mas o Estado continua assumindo a operacionalização de serviços que deveriam ser municipais e falta ainda o município abrir alguns serviços essenciais, como um CAPSi, já que o único serviço dessa natureza na cidade encontra-se sob gestão estadual e sobrecarregado pois é referência para todos os municípios do Piauí; habilitar mais dois CAPS III, para evitar as repetidas internações no hospital psiquiátrico; abrir um CAPS ad III, pois embora a maior parte da demanda do Sanatório Meduna fosse relacionada ao consumo de substâncias psicoativas, nenhum CAPS ad foi implantado depois do fechamento desse hospital; abrir leitos psiquiátricos em hospitais gerais⁴⁴; abrir mais SRT na capital, pois ainda há moradores do Hospital Areolino de Abreu que são munícipes de Teresina.

Há ainda muitas dificuldades na capital piauiense. Temos ainda pouco difundida a cultura antimanicomial e o paradigma psicossocial no Piauí, avançamos pouco na dimensão sociocultural da luta. O espaço cotidiano de lutas sociais, encontrou-se esvaziado, com pouca participação na fomentação das políticas de saúde (LIMA, 2015; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

O cotidiano dos serviços está muito fortemente cortado por práticas que reificam o poder psiquiátrico cunhado ao longo da história piauiense, o que faz com que a Reforma Psiquiátrica em nosso cenário caminhe a duras penas e tenha ainda que encontrar ações tutelares e estigmatizantes em contextos de trabalho que deveriam sustentar o plano ético da luta antimanicomial. Processos de trabalho cronificados, marcados por ações serializadas, com pouco espaço existencial para acolhimento dos processos subjetivos, dos desejos, das angústias

⁴⁴ Havia a previsão em 2012 de abertura de 18 leitos em hospitais gerais, inicialmente foram abertos 04 leitos, mas depois de um período de funcionamento foram fechados e não foram mais reabertos.

e dos projetos de vida, com uma hipervalorização do saber (poder) médico, com escassa relação desses serviços com seu território de inserção, com esvaziamento das ações políticas de profissionais e usuários (LIMA, 2015).

Os desafios e obstáculos a serem enfrentados na realidade teresinense são muitos. Segundo Macedo; Dimenstein (2012) eis os efeitos de um processo reformista recente, dinâmico e pouco maduro, sem muita sustentação profissional, gerencial e política para efetivar no âmbito dos serviços – como também fora deles –, a perspectiva da desinstitucionalização e atenção psicossocial, logo, a construção de um novo lugar social para a loucura nos municípios piauienses.

Como nos lembra Yasui (2010) processo de Reforma Psiquiátrica não pode restringir-se à implantação de um determinado serviço, sob o risco de reduzir a complexidade desse processo a uma reforma administrativa tecnocrática.

A Reforma Psiquiátrica e a construção de uma rede de atenção psicossocial deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que possa promover o rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional, originando uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos múltiplos atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos da sociedade.

CAPÍTULO 3 SAÚDE MENTAL EM TERESINA: O PROCESSO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Este capítulo visa analisar o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina, para compreender como ela foi apropriada e implementada na cidade na perspectiva da gestão pública. Para tal foram realizadas entrevistas com sujeitos que desempenharam papéis fundamentais como gestores públicos nesse processo e analisados documentos referentes a essa política pública. Visando promover uma discussão crítico-reflexiva sobre esse processo dinâmico e repleto de contradições, em um contínuo diálogo com o arcabouço teórico que dá sustentação a essa pesquisa.

Consideramos como intervalo de tempo para essa investigação o período compreendido entre o ano de 2005 e 2016, com ênfase no ano de 2010, por representar o principal divisor de águas na assistência a saúde mental no município. É feita ainda uma breve contextualização das políticas de saúde mental da cidade anteriores a esse período.

Nas entrevistas buscamos compreender como se deu a mudança no modelo de atenção à saúde mental, recorrendo a pessoas que ocupavam cargos de gestão em diferentes setores da assistência a saúde mental, considerados eixos estratégicos da Reforma Psiquiátrica na cidade. Assim, foram entrevistadas 05 pessoas, sendo necessário, para alguns casos a realização de mais de uma entrevista.

Assim foi entrevistada uma profissional da gerência de saúde mental do município de Teresina, que por mais de 15 anos foi responsável por coordenar a assistência à saúde mental da cidade, embora não tenha ocupado o cargo de coordenadora ou gerente de saúde mental no município, cargo que somente foi criado efetivamente pela FMS em 2013, como parte de um Termo de Ajustamento de Conduta celebrado entre a prefeitura e o Ministério Público Estadual.

O outro importante sujeito entrevistado foi o coordenador do CAPS Ad, que ocupou esse cargo desde a fundação do serviço em 1993 ainda como NAPS, permanecendo nesse serviço até o ano corrente. Esse dispositivo contou com a peculiaridade de ter sido criado antes da intensificação das políticas indutoras do ministério da saúde e foi conduzido inicialmente pelo esforço individual desse psiquiatra.

Outra entrevistada foi uma gerente de saúde mental do estado do Piauí, pois a mesma teve uma importante atuação na implementação da Reforma na capital. De acordo com as diretrizes do SUS, cabe as secretarias de saúde dos estados a função de monitorar e coordenar

a política de saúde mental dos municípios⁴⁵, e no caso específico de Teresina a ação da gerência estadual foi essencial para as mudanças no modelo assistencial em saúde mental.

A coordenadora de uma das primeiras Residências Terapêuticas de Teresina, foi outro sujeito da pesquisa. Escolhida por estar envolvida nesse processo desde a preparação para a abertura do serviço e ocupar o cargo há mais de 10 anos, além de ter montado e coordenado um serviço para atendimento de usuários de álcool e drogas e ter ocupado a coordenação de saúde mental do estado⁴⁶ em mais de uma ocasião.

O Ministério Público Estadual também foi um ator primordial para a implementação da Reforma Psiquiátrica na cidade, então foi também entrevistada uma promotora, que esteve a frente das ações que culminaram no fechamento do Sanatório Meduna e na implementação dos principais dispositivos de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico da cidade.

No primeiro contato com os “dados brutos” efetuei a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Todo o material coletado foi submetido a leituras sucessivas, em seguida foi possível identificar alguns aspectos centrais, que ajudaram a compreender as principais características do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica teresinense que permitiram elucidar importantes facetas desse processo.

3.1 Atraso para iniciar a Reforma Psiquiátrica

O desenvolvimento histórico da assistência à saúde mental em Teresina se dará fortemente relacionada ao percurso do Asilo e de sua relação com a medicina ao longo de todo o século XX, configurando-se como epicentro das práticas e, até mesmo, de algumas transformações que se insinuaram durante o período (ROSA, 2003; 2008).

Assim, a capital sustenta uma trajetória de não se implicar com suas responsabilidades legais na atenção à saúde mental. Ter o Hospital Areolino de Abreu sob a tutela do Estado e o Sanatório Meduna, empresa privada conveniada ao SUS, ao longo dos anos era uma circunstância de interesse para um grupo de inspiração neoliberal que domina o executivo municipal da Capital desde 1985 (LIMA, 2015). Que se mostra avesso a implantação de políticas redistributivas de alcance universal, como é a proposta do Sistema Único de Saúde brasileiro.

⁴⁵Tivemos uma outra gerente de saúde mental do Estado, que teve uma atuação decisiva para o fortalecimento da rede assistencial de saúde mental, principalmente no interior do Piauí, mas não foi possível entrevistá-la, pois está de licença saúde.

⁴⁶A primeira Residência Terapêutica de gestão municipal foi fundada pela assistente social Lúcia de Fátima, mas a mesma é falecida.

Enquanto no restante do Brasil, na década de 1970 e 1980 a Reforma Psiquiátrica tomava fôlego, com a discussão sobre novas formas de atenção a saúde mental, em Teresina, criava-se ambulatorios, principalmente a partir de 1993, quando o gestor municipal expandiu os serviços de psiquiatria através da criação de 10 ambulatorios distribuídos por várias unidades de saúde situadas em diversos bairros, os quais contavam com poucos psicólogos e assistentes sociais.

Como demonstra Lima (2015), mesmo as mudanças no quadro da atenção que se insinuaram nos anos 1980 e 1990 foram conduzidas pelos interesses dos setores da psiquiatria, seja através do Programa de Saúde Mental Comunitária do Piauí – PSMC-PI, do Plano de Saúde Mental de Teresina ou pelas tentativas de construção de leis de proteção.

O PSMC-PI criado em 1983 pelo Estado e o Plano de Saúde Mental de Teresina, instituído na década de 1990, não questionaram o papel/o lugar do hospital psiquiátrico, mesmo essa discussão já estando bem avançada em nível nacional. Focaram seus esforços na criação de ambulatorios, sem nenhuma problematização sobre os serviços substitutivos em psiquiatria, em total descompasso com as discussões e ações que estavam acontecendo a nível nacional. Desse modo, o contexto de lutas e enfrentamento político em busca de “uma sociedade sem manicômios” se afigura de modo esvaziado, praticamente inexistente (LIMA, 2015).

Assim, por praticamente toda a década de 1990 e início dos anos 2000 a gestão da saúde mental no município se resumia a um técnico que era responsável por consultas ambulatoriais e dispensação de medicamentos, pois eram somente esses os serviços ofertados na área.

Essa realidade de atraso quanto a problematização do modelo de atenção a saúde mental também se estendia a instância estadual. A entrevistada ‘E1’ relembra que quando recebeu a Coordenação de Saúde Mental do Estado, no início da década de 1990, esse cargo era indicado pelo diretor do Hospital Areolino de Abreu e funcionava nas dependências dessa instituição, “mais precisamente dentro do carro do coordenador”.

Então, é pena que não tinha nem um espaço para a Coordenação, o que tinha era um espaço que o hospital cedia, tudo era no hospital, coordenador era indicado pelo hospital (E1).

Na década de 1990 a Reforma Psiquiátrica estava em desenvolvimento e alguns estados já estavam bastante avançados nessas problematizações, com efetivas mudanças assistenciais. Então a coordenação estadual foi convocada a participar de dois importantes eventos sobre essa temática, mas foi uma participação muito tímida, pois no Piauí essas discussões estavam muito insipientes:

- a) Em 1993 ocorreu a “II *Reunion de Directores de Programas de Nacionales de Salud Mental de Los Paises Suramericanos*”, no Rio de Janeiro, promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, que reuniu vários países da América Latina, em uma busca de cobrar dessas nações mudanças na forma de atenção a saúde mental. b) Em 1994 ocorreu também a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

A partir desse período, inicia a nível estadual uma problematização sobre a assistência a saúde mental. Em 1992 foi realizada a II Conferência Estadual de Saúde Mental do Piauí, com vistas a implementação da Reforma Psiquiátrica e de serviços extra-hospitalares. Com a ressalva que esse evento ocorreu nas dependências físicas do Hospital Areolino de Abreu, organizado por profissionais desse serviço, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí - SESAPI.

Assim, o ideário reformista começa a se expandir no Piauí através de eventos públicos, sob o comando da coordenação estadual de saúde mental⁴⁷, pelas ações da Associação de Psiquiatria do Piauí e das atividades das disciplinas relacionadas à saúde mental, sobretudo da Universidade Federal do Piauí e pelos debates legislativos (ROSA, et al., 2011).

Com a assunção de Edna de Melo Castelo Branco, uma assistente social alinhada com as propostas reformistas, na gerência de saúde mental do estado, teve início, de forma mais evidente, um processo de implementação de CAPS nos municípios do interior do Piauí. E já em 2007, essa gestora levou para a Comissão Intergestores Bipartite - CIB a proposta da criação de um CAPS III em Teresina, mas essa proposta não foi pactuada pelo gestor municipal (ROSA, et al., 2011).

O município só começou timidamente um processo de Reforma Psiquiátrica a partir de 2005, com um impulso significativo a partir de 2010, ano em que foram abertos vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Até então, a política de saúde mental era concentrada no modelo hospitalocêntrico e ambulatorial, com exceção do CAPS Ad⁴⁸ que foi habilitado em 2003, pois até então funcionava como NAPS. Esse último havia sido criado pelo Dr Mauro Passamani, em 1993, em condições peculiares.

O Núcleo de Atenção Psicossocial – o NAPS surgiu de uma demanda bem particular, quando o prefeito Wall Ferraz queria solucionar uma problemática específica, relacionada aos frequentes casos de alcoolismo entre funcionários públicos municipais, o que gerava vários

⁴⁷ A Coordenação Estadual de Saúde Mental foi transformada em Gerência de Saúde Mental em 2003.

⁴⁸ Foi o primeiro CAPS da cidade e recebeu o nome de “CAPS Ad Dr Clidenor dos Santos”, em homenagem ao criador do Sanatório Meduna.

problemas para as famílias desses sujeitos. Isso provocou um movimento dos familiares, principalmente as esposas, que começaram a se mobilizar, pedindo uma intervenção do prefeito, que ele encontrasse uma solução, pediam que os salários não fossem pagos integralmente a esses homens, que fosse destinado uma parte diretamente à família.

Assim, o gestor municipal buscou junto ao Dr Mauro Passamani uma forma de enfrentamento de tal problemática. O psiquiatra, influenciado pela sua experiência durante sua residência em psiquiatria com os serviços substitutivos, que já existiam em outras partes do Brasil desde a década de 1980, sugeriu que fosse implantado um Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, que funcionaria prioritariamente com atendimentos em grupo, através de reuniões, palestras, etc.

Inicialmente o NAPS foi destinado apenas para funcionários da prefeitura e começou de uma maneira bem tímida em 1993, com poucos profissionais e poucos participantes, mas logo se expandiu e a procura aumentou, passando a ser aberto à comunidade. Esse serviço precisou mudar de endereço, pois com o aumento da demanda as instalações ficaram pequenas, além do próprio preconceito sofrido pelos seus usuários, pois funcionava em um espaço compartilhado com outras especialidades, na Policlínica de Teresina.

Assim, quando houve aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, e a criação de linhas específicas de financiamento pelo SUS para os CAPS, o NAPS de Teresina foi habilitado como CAPS AD. Esse processo foi facilitado pelo fato de já ter uma equipe formada, trabalhando há alguns anos, com uma estrutura física básica, ou seja, já era um serviço em funcionamento, que precisou apenas ser readequado. A técnica de saúde mental do município, que fez o projeto para habilitar o NAPS em CAPS AD, corrobora que, por essas condições,

(...) ficou mais fácil a habilitação em CAPS Ad [...] Então foi buscado um prédio que pertencesse já a prefeitura, pois não queriam locar nenhum imóvel. Foi escolhido um local, no Monte Castelo, que antes era utilizado para guardar as ambulâncias do município. Então falei com a minha chefe, que era a chefe, na época era a Clara Leal, e fizemos o projeto de reforma e ampliação do local. Juntamente com o apoio da equipe do NAPS e do Dr. Mauro, foi concluindo o projeto de habilitação e implantação do CAPS Ad (E2).

Mas, no relato diretor do serviço, esse dispositivo não conseguia promover as atividades previstas nas portarias do Ministério da Saúde, por insuficiência de recursos humanos e materiais.

Saúde mental não é prioridade, e quando se trata de usuário de drogas é ainda pior, tudo é mais difícil, pois tem a questão do estigma que é ainda maior” (E3).

Pelo porte populacional, pela crescente demanda, a própria configuração histórica, Teresina já deveria contar com mais serviços voltados para álcool e outras drogas, principalmente serviços 24 horas. Mas até o momento só existe esse CAPS Ad na cidade. Em contrapartida, vemos um aumento crescente de Comunidades Terapêuticas – CT, com marcante articulação política, essas entidades, através de convênios, recebem financiamento do Estado do Piauí, do município de Teresina e da União.

Na capital piauiense, de acordo com Rosa (2015), essas instituições surgem a partir da iniciativa da igreja católica, na década de 1990, se multiplicando na cidade e no estado todo, a partir de 2011, com o fomento do governo federal com a dinamização da política de enfrentamento ao crack.

Segundo dados da Coordenadoria de Enfrentamento às drogas – CEDROGAS⁴⁹, o estado do Piauí tem atualmente 22 Comunidades Terapêuticas credenciadas, sendo que 10 estão localizadas em Teresina. Foi criada em 2015 a Federação das Comunidades Terapêuticas do Estado do Piauí, que recebeu a Declaração de Utilidade Pública no âmbito municipal pela Lei nº 4.897 de abril de 2016. Esse número aumenta significativamente se considerarmos que ainda existem alguns desses serviços que não estão listados pela Coordenadoria, pois não são conveniadas ao Estado.

Em 17 de maio de 2001 foi aprovada a Lei Municipal nº 2.987, que “dispõe sobre a Política de Saúde Mental e de assistência psiquiátrica, bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina, em termos de prevenção, reabilitação, ensino e pesquisa e dá outras providências”.

Essa Lei, criada em 2001, quando também havia sido aprovada a Lei 10.216, passou por vários embates para a sua formulação aprovação e carrega as marcas do poder médico e da cultura manicomial tão fortemente estabelecidos, sendo inclusive redigida por um psiquiatra, o Dr. Alexandre Nogueira, o então diretor geral do Hospital Areolino de Abreu. Essa Lei fala da prioridade de criação de “serviços complementares” de saúde mental e não de serviços substitutivos, foi uma lei que já nasceu ultrapassada e que não teve uma atuação direta sobre a gestão municipal para a reorientação do modelo assistencial. Serviu apenas para atender formalidades e não para ser efetivamente cumprida.

É o sobrepoder do médico, que nos fala Foucault (2014b), baseado nos privilégios do conhecimento, como o conhecedor do doente e da doença, com uma potente articulação

⁴⁹Órgão criado pelo Governo do Estado do Piauí em 2011, para ser referência na implantação de políticas públicas de enfrentamento às drogas em todo o Estado.

política, em uma cidade que tem uma relação quase de sacralização da medicina.

Como destaca Lima (2015), nesse episódio e em muitos outros ao longo de toda a história teresinense, vemos a articulação política do poder psiquiátrico local para resfriar e neutralizar as tentativas de materialização da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, os psiquiatras acabam conduzindo as transformações de acordo com seus interesses, dificultando o processo de desinstitucionalização e conservando o lugar do manicômio na política de saúde mental.

Mesmo com a ação indutora do Ministério da Saúde, a promulgação de uma lei municipal, a criação de uma política estadual de saúde mental voltada para a atenção psicossocial e a aprovação da Lei Paulo Delgado, os gestores municipais resistiram a implementar uma política de saúde mental alinhada com a Reforma Psiquiátrica, criando equipamentos somente com a judicialização da questão. Dessa forma, muitos dos serviços ligados à Reforma Psiquiátrica no Piauí, sobretudo na Capital, foram criados a partir do embate imposto pelo MPE e de sua articulação com alguns setores da gestão estadual e da academia⁵⁰ (LIMA, 2015).

Assim, mesmo com uma população de mais de 800 mil habitantes e de Gestão Plena do Sistema de Saúde, Teresina não contava com nenhum CAPS tipo II até o final do ano de 2005, quando começaram a funcionar dois desses serviços (CAPS II Norte e CAPS II Leste), já reconhecidamente insuficientes para acolher a demanda. Essas duas implantações só se deram por força do poder jurídico através do MPE-PI por meio de um TAC para enfrentar a recusa histórica dos gestores municipais em se comprometerem com uma efetiva política de saúde mental (ROSA et al., 2011).

A promotora do Ministério Público foi quem fez a divisão de águas na saúde mental, para realmente acontecer as coisas (E2).

E essa é a principal característica do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica em Teresina. Foi necessária a intervenção do Ministério Público⁵¹, para a concretização de uma rede de atenção a saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, o que nos lança em uma importante reflexão, para compreender porque houve a necessidade de

⁵⁰A Professora Dra Lúcia Cristina dos Santos Rosa do Curso de Graduação em Serviço Social e da Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, produziu várias pesquisas e intervenções no âmbito da saúde mental que contribuíram para a Reforma Psiquiátrica Piauiense, das quais podemos destacar dois cursos de especialização em saúde mental/atenção psicossocial direcionados para trabalhadores da rede e financiados pelo Fundo Nacional de Saúde (ROSA et al., 2011).

⁵¹O Ministério Público é uma instituição permanente essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (BRASIL, 1988).

acionar o sistema de garantia de direitos para que essa pauta entrasse na agenda pública municipal.

O que nos levou a perceber alguns aspectos centrais que parecem estar diretamente ligadas a esse processo. Os quais seriam: a forte cultura manicomial; a força do poder médico; a adoção de uma política neoliberal pela gestão municipal; a resistência por parte da gestão em redirecionar as formas de assistência; além de uma frágil pactuação entre os entes federados com a ausência de uma gestão solidária.

Dessa forma o processo reformista em Teresina apresenta várias peculiaridades, ocorrendo, essencialmente, por intermédio da combinação da ação de três instituições: o Ministério da Saúde, o Ministério Público Estadual e a Gerência de Saúde Mental do Estado. Um outro fator decisivo foi o fechamento do Sanatório Meduna em meados de 2010.

Ou seja, foram poderes externos que impulsionaram esse processo, e não a adoção de uma política pública pelo município voltada para a área. Isso não significa que não tenham existido tentativas de inserir mudanças na assistência a saúde mental no município, mas essas ações e serviços foram promovidos por iniciativa de atores individuais, de forma pontual, e não como políticas de governo.

Uma interessante experiência em saúde mental na cidade teve início na década de 1990, por iniciativa de uma psicóloga e dos diretores do Hospital Areolino de Abreu. Assim foi criado um serviço para álcool e drogas, que buscava fazer uma intervenção que evitasse a repetitiva internação dessas pessoas, que nesse período eram atendidos na urgência. Por não haver uma continuidade de acompanhamento, o que restava eram os atendimentos na urgência do hospital e as internações nos períodos de crise.

Eu ficava tão incomodada com a volta daqueles pacientes, eu tinha a sensação que nós não fazíamos nada (E1)

Em busca de soluções para essa demanda o hospital organizou, juntamente com a coordenação de saúde mental do estado, um encontro Estadual sobre alcoolismo. E foi decidido abrir um serviço voltado para esse público nas dependências do hospital, em espaço separado, com uma dinâmica diferente do restante da instituição. Mas esse serviço, por sua diferenciação, e por ser conduzido por uma psicóloga, passou a incomodar alguns psiquiatras, e um diretor do hospital, ao assumir o cargo, dissolveu toda a equipe que lá trabalhou vários anos, o que fez com que o serviço perdesse muitas de suas características⁵².

⁵²Depois de alguns anos esse serviço foi desativado, pois de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira o atendimento aos usuários de álcool e drogas deveria ser realizado no CAPS Ad e não em um hospital psiquiátrico. Esse mesmo espaço físico foi utilizado em meados de 2005 para iniciar as experiências de Residência Terapêutica.

A dinâmica era assim: entrava no hospital e era caso de drogas, ia para a unidade de desintoxicação, aí ele ficava lá, desintoxicando, se recuperando, então era explicada que ia ter tratamento propriamente dito, se ele quisesse, ele ia, só ia de boa vontade, se ele não quisesse voltava da unidade de desintoxicação (E1).

Embora fosse um serviço pautado na abstinência, pois segundo a entrevistada, o hospital geralmente já recebia essas pessoas com muitas complicações clínicas – mesmo porque não havia uma política preventiva, devido o uso pesado, principalmente de álcool. Mas não trabalhava com internações involuntárias e foi uma importante e inovadora experiência na área em um período em que praticamente não havia opção de atendimento para essa demanda, além da internação nos pavilhões do Hospital Areolino de Abreu e do Sanatório Meduna.

Um outro importante exemplo de experiências pontuais realizadas de forma individualizada, foram as experiências de matriciamento em saúde mental na atenção básica organizadas pela enfermeira A. O.⁵³ e outros profissionais de saúde do município, que após participarem de uma capacitação ofertada pela Fiocruz fizeram um projeto piloto em duas Unidades Básicas de Saúde da zona norte da cidade e montaram um projeto de implantação do primeiro CAPS de Teresina, no ano de 2001. No entanto, essa iniciativa foi resfriada pelo gestor da Fundação Municipal de Saúde⁵⁴, que não deu a devida importância e se propôs a discutir a viabilidade desse serviço com o então diretor geral do Hospital Areolino de Abreu, deixando-o cair no esquecimento.

E assim como essa, foram outras experiências promovidas na cidade, obliteradas pelo poder psiquiátrico e pela omissão do poder público municipal. E essa é uma outra característica de Teresina, alguns serviços e algumas ações foram promovidas pelo empenho e análise pessoal de alguns atores sociais que estavam alinhados com a Reforma Psiquiátrica, mas com frágil sustentação institucional e política. Assim, muitas vezes, essas iniciativas não tinham continuidade, pois não eram reconhecidas pelos gestores detentores do poder de decisão, para que entrassem na agenda pública e se efetivassem como uma política pública de governo.

Esses fatos nos remetem ao conceito de ‘não-tomada de decisão’ como sendo a prática de limitar o alcance real da tomada de decisão a questões seguras, através da manipulação de valores dominantes na comunidade, mitos, procedimentos e instituições políticas. A não-tomada de decisão existe quando os valores dominantes, regras do jogo aceitas, as relações de poder entre grupos e os instrumentos de força, separadamente ou combinados, efetivamente previnem que certas reclamações se transformem em assuntos maduros que exijam decisão,

⁵³No período A.O era responsável pela ações de saúde mental do município de Teresina.

⁵⁴Órgão responsável pela gestão dos serviços de saúde em todo o município de Teresina.

diferindo de assuntos que não se devem tornar objeto de decisão (entrar na agenda política) (BACHRACH e BARATZ, Apud DAGNINO, 2002).

Nesta caracterização, é importante fazer a distinção com uma outra situação que é “a decisão de não agir” ou “a decisão de não decidir”. Nestes dois casos, os temas ou assuntos focos de debate são explicitados. Isto é, entram na agenda e são objeto de uma decisão de não agir. Na situação de não-tomada de decisão sequer se permite que as questões e demandas venham a se tornar temas para uma eventual decisão (DAGNINO, 2002).

A não-tomada de decisão é uma forma de os interesses estabelecidos se protegerem, pois, a regulação da demanda não é uma atividade neutra, mas, sim, contrária ao interesse das pessoas e grupos que procuram uma realocação de valores. É uma das formas como certos interesses presentes no processo político protegem-se dos que pretendem alterar o *status quo* (DAGNINO, 2002).

A saúde mental, historicamente não foi prioridade para os formuladores de políticas, pois as ações que eram desenvolvidas nessa área estavam mais voltadas para um processo de exclusão do louco, do que do desenvolvimento de uma política efetiva para essa demanda. Além disso, durante longo período, principalmente durante a ditadura militar a psiquiatria se tornou uma grande fonte\ de lucro e de poder.

Falar de Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento e enquanto política pública, requer ainda que nos debruçemos sobre as suas inclusões com o poder e as relações de dominação, em seus vários aspectos. Em suas propostas de mudança na forma de atendimento à loucura, a Reforma propõe um compartilhamento do poder, que passa a não ser exclusividade do médico, da psiquiatria, mas deve passar pelos pacientes e os outros profissionais, afinal, propõe um cuidado em meio aberto, comunitário, com equipes multiprofissionais, onde a singularidade dos sujeitos seja levada em conta, fugindo da centralidade na doença e no diagnóstico.

Basaglia, em sua teoria e em sua prática, modificou a própria noção de enfermidade mental, substituindo-a pelo conceito de “*sofrimento-existência dos sujeitos em sua relação com o corpo social*”. Ou seja, a loucura, não é simplesmente uma entidade clínica, que deve ser explicada unicamente nesses termos, ela vai para muito além, e precisa de muitos outros saberes, afora do conhecimento médico, sendo a própria loucura uma forma válida de saber.

Dessa maneira temos um novo desenho de distribuição do poder, e a psiquiatria é diretamente questionada. No Brasil, e especialmente em Teresina, os médicos são atores políticos, atores econômicos e atores sociais, com suas agremiações constituindo poderosas comunidades de política com marcante influência e poder de decisão. E assim, eles acabaram conseguindo determinar, em muitos momentos, os percursos da assistência à saúde mental.

Um outro exemplo de iniciativa por empenho pessoal de alguns atores sociais foi a criação, em 2005, das primeiros Serviços de Residência Terapêutica de Teresina, sob gestão estadual. Que foram consolidados como políticas públicas, habilitados pelo Ministério da Saúde e continuam em funcionamento, mas ainda geridos pela Secretaria de Saúde do Estado. Esses serviços iniciaram suas atividades dentro da área física do Asilo, mas já com uma clara proposta de desinstitucionalização.

Nós tivemos uma pré-Residência, que foi dentro do hospital, numa área que foi do tratamento de drogas, como ela estava sem utilidade, foi montada lá para eles começarem o processo de adaptação, à nova casa. Foi muito útil isso, porque eles saíram dos pavilhões, e foram para uma unidade menor, com os hábitos já de uma casa, cada um com sua cama, com suas obrigações, fazendo pequenas coisas. [...] Tudo começou assim: um dia a Marta Evelin⁵⁵ chegou e me perguntou se eu conhecia a Portaria que cria as Residências Terapêuticas, eu disse que não, e ela disse que me enviaria, e que eu conversasse com os diretores do hospital. Eu tinha uma relação próxima com os diretores do hospital, pois eu tinha uma coordenação interna nessa época. Me pediu que eu lesse sobre esse Projeto, pois o Piauí tinha direito a ter Residência. Até então eu não sabia, quando li achei muito interessante. Quando mostrei a proposta para a diretora, ela se interessou e me encarregou, juntamente com a Marta Evelin, e a Fátima, assistente social, de ficarmos responsáveis pelo pré-projeto e levar para a Gerência de Saúde Mental e de encaminhar para o Ministério da Saúde (E1).

Depois de aprovado o projeto foi iniciada a escolha dos pacientes, moradores do hospital que poderiam ser beneficiados com a Residência. E a seleção ficou a cargo das equipes de cada unidade. E assim foi instalada a “Pré-Residência”, a qual ficava em uma área isolada do restante do hospital, mas dentro dos muros do HAA.

Ai fomos devagar! Foram indicados alguns funcionários do hospital para ficar só com eles nesse processo de readaptação, de mudança de hábitos. E foi difícil! Eles eram acostumados a fazer xixi em qualquer lugar. Nos pavilhões eles ficavam muito soltos. Tinha um que só dormia com os chinelos, com medo de arrancarem os chinelos dos pés dele, aí sujava a colcha toda. Era a criação de hábitos, criação de privacidade. Foi um processo gradual, que eles foram, com suas resistências, se adaptando, gradativamente. Cozinhar, cuidar do jardim [...] (E1)

Para que fosse possível a inclusão desses pacientes no Programa de Volta Para Casa - PVC foi necessária, mais uma vez a intervenção do Ministério Público Estadual, para que fossem feitos os documentos pessoais deles pelos órgãos competentes, pois a maioria dos moradores do Hospital Areolino de Abreu a serem inseridos nas Residências não tinham nenhum documento, e estes precisaram ser construídos a partir do depoimento deles, dos relatos e memórias.

⁵⁵ Marta Evelin de Carvalho – terapeuta ocupacional, especialista em saúde mental, pela UFRJ, coordenadora do ponto de cultura ANCORARTE, militante da Luta Antimanicomial, membro da Âncora.

Quando eu estive com os documentos deles em mão eu fui atrás do Benefício para eles, isso foi uma luta muito dura. Inclusive um foi mais difícil, pois houve uma duplicidade de CPF. Aí fui atrás de toda a minha rede de relações para desenrolar esses nós [...] Mas isso tudo foi muito demorado, foi necessária muita persistência [...] E eu tinha que deixar alguma garantia pra eles, o PVC é muito pouco, é menos de um salário mínimo e ele pode ser acumulado com o BPC⁵⁶ e isso proporciona uma qualidade de vida melhor [...] Com isso, podemos comprar Split pros quartos deles, cama box, ventiladores, micro-ondas, churrasqueira. Podemos passear, ir à praia (E1).

3.2 A centralidade do Asilo e do poder médico

O poder médico e a cultura manicomial são estruturantes na assistência à saúde mental em Teresina. O primeiro asilo foi inaugurado em 1907, quando a capital contava com pouco mais de 50 anos. De tal modo, a cidade e seus moradores se acostumaram muito cedo a existência de seus hospícios. E as tentativas de mudança estiveram relacionadas sempre a “reformas humanizadoras” das estruturas asilares, principalmente do Hospital Areolino de Abreu, que abrigava em suas dependências todo um complexo de serviços e centralizava um poder que extrapolava seus muros físicos.

O Hospital Areolino de Abreu, de gestão estadual, constituiu-se como um complexo hospitalar, abrigando muitos equipamentos. A partir do HAA e de seus profissionais foram criados e geridos os três primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos, o Hospital-dia e o primeiro serviço para usuários de álcool e drogas. Até o ano de 2015 era o hospital Areolino de Abreu quem coordenava a desinstitucionalização dos seus moradores, escolhendo quais sujeitos seriam inseridos nas Residências Terapêuticas, quais voltariam para as famílias, quais permaneceriam institucionalizados.

Nas suas dependências ainda funciona a única urgência em psiquiatria do município, conta com 160 leitos para internação integral, congregando ainda a residência em psiquiatria da Universidade Federal do Piauí, o serviço de psiquiatria forense e ainda abriga um ambulatório. A Gerência Estadual de Saúde Mental, historicamente até 2007, foi ocupada por um profissional desse equipamento, geralmente indicado pelo diretor do hospital e durante muitos anos esse órgão gestor teve como endereço o próprio HAA.

⁵⁶BPC – Benefício de Prestação Continuada - da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) garante um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para ter direito a ele. No entanto, este benefício não paga 13º salário e não deixa pensão por morte.

Segundo Rosa (2015) esses fatos sinalizam a centralidade e a influência do modelo hospitalocêntrico – manicomial, não somente na assistência, mas também na condução dos acontecimentos políticos de todo o Estado e seus municípios.

Então é essa a história. O Areolino de Abreu foi um marco. Foi referência no que houve de ruim em relação a tratamento. Mas é um marco de nascedouro [...] Tem males enormes, mas tem muitas pessoas com boa vontade, talvez sensibilizadas pelos sentimentos, condoídas com as situações, pelo afeto, pelo compromisso que nasceu ali dentro, pelo apego [...] Tudo nasceu do Areolino de Abreu. As Residências não foi iniciativa da gerência de saúde mental, não foi do município. Foi dentro do hospital. O CAPSi era dentro do hospital, e era onde funcionava até um dia desses, com as equipes misturadas umas com as outras. Foi um nó para desatar, nem sei se desatou (E1).

Durante as entrevistas ficou muito clara a centralidade do Asilo nos percursos da atenção a saúde mental na capital. As próprias mudanças tiveram como referência o manicômio e aconteceram dentro dele.

Quem mandava na saúde mental era o diretor do hospital [...] a influência do diretor era muito grande [...] e em se tratando de saúde mental tudo era com os psiquiatras [...] Quem coordenou a abertura das Residências foi o hospital e seus funcionários. Não deveria ser o hospital, mas a iniciativa partiu de lá, deveria ser uma ação da Secretaria de Saúde, da Gerência de Saúde Mental (E1).

E hoje o Estado coordena a desinstitucionalização. Antes era o hospital que fazia. Não havia um critério de desinstitucionalização. Ai também foi uma questão, que quando assumi em 2015, foi de que o estado, a Gerência vai coordenar a “desinsti”. Como é que o manicômio mesmo faz a desinstitucionalização? (E4).

E até o início dos anos 2000 a função central do hospital psiquiátrico não foi questionada. E mesmo os serviços substitutivos, como aponta em sua pesquisa Lima (2015) produzem demanda para o manicômio, além de promoverem formas de atuação tutelares e asilares, com pouco espaço para outras formas de subjetivação. Assim, o poder psiquiátrico se constitui como um relevo muito forte e persistente no Piauí; sua presença, pode ser sentida nas formas de sociabilidade e nos modos de subjetivação presentes no cotidiano piauiense, sobretudo nos serviços de saúde.

Em Teresina temos ainda uma fraca tradição de luta antimanicomial. Não havendo envolvimento de atores essenciais dessa luta como aconteceu em outras cidades. Apenas a partir de 2002 é que as discussões acerca da Reforma Psiquiátrica ganharam um maior destaque no Piauí, provocadas por atores da luta antimanicomial local (membros da academia, da Âncora, e outros atores sociais), até então, durante as décadas de 1980 e 1990, quem comandou qualquer movimentação sociopolítica em relação à Saúde Mental no Piauí foram os psiquiatras (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Embora a participação social de grupos ligados ao Movimento da Luta Antimanicomial

local⁵⁷ componha um importante vetor na busca pelos direitos e serviços destinados a pessoas com transtorno mental, o que se percebe, no caso de Teresina, é que a construção da rede de atenção psicossocial, em especial os dispositivos CAPSs, foi se efetivando muito em função de poderes macros, que impõem um poder “de cima para baixo”, tais como, a política imposta pelo Ministério da Saúde em função do avanço da Reforma Psiquiátrica no plano nacional e a intervenção do MPE-PI (LIMA, 2015).

3.3 O fechamento do Meduna e a necessária intervenção do Ministério Público

Haviam denúncias em relação ao atendimento no Sanatório Meduna desde a década de 1990. Nesse período, quando a então coordenadora de saúde mental do Estado E1 foi chamada a iniciar as primeiras vistorias no hospital, que como parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde, exigia alguns padrões mínimos para manter o credenciamento. Era o início da política de redução de leitos, que se tornou política pública no país ainda na década de 1990, com grande impulso a partir de 2002, no qual foram instituídos mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos grandes hospitais, através de mudanças, principalmente, na forma de financiamento.

Nesse período, a situação do hospital já era “lastimável” nas palavras da entrevistada, que relata que havia superlotação, condições de higiene precárias, “não havia nem vaso sanitário”, “havia de tudo nesses hospitais, pois não havia lei”. Nesse período o Sanatório já foi obrigado a fazer várias readaptações e o credenciamento foi mantido.

Em 2002 foi instituído o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria - PNASH/Psiquiatria. Foi o primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos. Ele permitiu aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indicava aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredenciava aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adstrita (BRASIL, 2005).

Então, no início dos anos 2000, o Sanatório já apresentava muitas dificuldades financeiras, devido as mudanças introduzidas pelas normatizações do Ministério da Saúde para

⁵⁷Como exemplo temos a atuação da Âncora, criada em 2001 que atua, além de outras coisas, no empoderamento dos usuários dos serviços de saúde mental acerca de seus direitos.

Outro importante ator dessa luta é a Professora Dra Lúcia Cristina dos Santos Rosa do Curso de Graduação em Serviço Social e da Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Através de sua ação, várias pesquisas e intervenções foram produzidas no âmbito da saúde mental que contribuíram para a Reforma Psiquiátrica Piauiense, das quais podemos destacar dois cursos de especialização em saúde mental/atenção psicossocial direcionados para trabalhadores da rede e financiados pelo Fundo Nacional de Saúde (ROSA et al., 2011).

pagamento da rede credenciada ao SUS. Mas foi somente em 2009 que foi iniciado um processo sistemático de intervenção no Sanatório Meduna, com a articulação de diversos atores. Foi formada uma comissão intersetorial, de saúde mental composta por representantes do município e do estado, do Ministério Público e dois técnicos do Ministério da Saúde, - o professor Edmar Oliveira e o professor Marcelo Kimati, para elaboração de um diagnóstico situacional.

A gerente de saúde mental do Estado, relata que quando assumiu o cargo, haviam protocolados diversos processos com denúncias sobre supostas irregularidades no atendimento e prestação de serviços no Sanatório Meduna.

Então eu tinha duas opções, ou engavetar isso ou colocar para frente [...] eram denúncias muito graves, que diziam respeito ao funcionamento, violação de direitos humanos, maus tratos, e de toda ordem. [...] Em que nós tivemos toda ordem de dificuldade, desde adentrar o próprio serviço, até dialogar sobre aquelas dificuldades do serviço [...] Eu lembro que na primeira visita que nós fizemos ao hospital, fomos proibidos, pelo dono do hospital, de entrar e olha que nós estávamos entrando com um técnico do Ministério da Saúde, pedindo a entrada da SESAPI, que a Gerência de Saúde Mental do Estado tem a função de supervisionar e monitorar todos os serviços de saúde mental do Estado e nos foi negada a entrada nesse serviço [...] Ele fechou a porta na nossa cara. Então nós acionamos o Ministério Público em nome da promotora Cláudia Seabra, então pedimos que o Ministério Público nos acompanhasse [...] E a Dra Cláudia Seabra nos acompanhou, aí sim abriram as portas, conseguimos entrar. [...] Foi preponderante a participação do Ministério Público, porque ele acompanhou em *locum*, e viu a situação que ali estava e nos deu total condições de caminhar com o processo do Sanatório Meduna (E4).

Inicialmente a proposta era a redução dos leitos do Sanatório Meduna, pois o Ministério da Saúde identificava o excesso de leitos em condições precárias de assistência e propunha ao Estado uma redução desses leitos, mas, ao mesmo tempo, via a impossibilidade de funcionamento do hospital da forma como estava sendo realizada. No entanto, para não gerar uma desassistência ainda maior, trabalhava-se apenas com a redução dos leitos, embora desejasse o fechamento (OLIVEIRA, 2011).

Nesse período teve todo tipo de apelação. Os gestores do serviço foram até o secretário de saúde do Estado pedindo aporte financeiro para a recuperação do hospital, fizeram tensionamento político com o governador na época, de todas as ordens, para manter aquele local. Mas isso era inviabilizado, porque era um serviço de saúde privado contratado no SUS, e que não poderia ser injetado nenhum recurso estadual para um hospital privado (E4).

O Ministério Público, por sua vez, acionado por denúncias de maus-tratos e preocupado com a desassistência aos pacientes que as resoluções dos gestores públicos poderiam causar, convocou uma audiência pública, para discutir as consequências do fechamento desses leitos (que o Ministério da Saúde queria fechar em número de sessenta). Mas no decorrer da audiência o diretor/dono do Meduna defendia que o fechamento dos leitos inviabilizava economicamente o Sanatório e assim anunciava o fechamento do serviço para o SUS (OLIVEIRA, 2011).

Como se tratava de uma concessão pública, o Sanatório deveria estabelecer um prazo para o encerramento das atividades, ao mesmo tempo em que era necessária a abertura de serviços substitutivos pela Prefeitura de Teresina, com prazos a alcançar os efeitos do fechamento. Como não havia consenso, foi determinado um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) para que essas ações fossem concomitantes: o fechamento dos leitos e a abertura dos serviços substitutivos necessários de acordo com as orientações da comissão à promotora (OLIVEIRA, 2011).

O professor Edmar Oliveira (2011), enquanto membro da comissão, frisa em seu livro que a postura da representante do Ministério Público foi decisiva na constituição de um novo modelo de assistência em saúde mental para a cidade de Teresina.

Neste percurso foram muitos meses de negociação; em torno de 13 meses até a saída do último paciente em maio de 2010. A comissão fez um levantamento clínico e situacional de cada paciente, procedência, sexo, idade. Nesse levantamento foi constatado algumas peculiaridades, primeiro, que em torno de 60% dos pacientes eram do Maranhão, e apenas 40% era demanda do Piauí; e outro dado importante era que a grande maioria dos internos do Meduna eram pessoas com problemas com álcool e outras drogas.

Porque qual foi a tensão que a gente teve: da sociedade que não queria fechar o Sanatório; da Associação Piauiense de Psiquiatria, que nós tivemos uma resistência muito grande, que não queriam, de fato, eles fizeram terrorismo na mídia, dizendo que ia ter vazão existencial, que as pessoas iam ficar no meio da rua, iam matar os outros. O que não se configurou, como está aí depois de 07 anos de fechamento do Meduna, que não há esse caos como foi colocado (E4).

Em relação a essa configuração social, Macêdo e Dimenstein (2011) falam da necessidade de operar a crítica sobre a cultura manicomial que reside não apenas nos serviços de saúde mental do município de Teresina, mas também nas ruas da cidade, no seu povo e nos desejos de seus moradores de ver os errantes de sua cidade, encarcerados nos “bem quistos” hospitais psiquiátricos do Piauí (MACÊDO; DIMENSTEIN, 2011).

Ai também trabalhos de forma enfática com a porta do Areolino de Abreu, pois para lá não temos regulação dos leitos psiquiátricos, como gostaríamos. O hospital Areolino de Abreu é um hospital porta aberta, onde tem tudo, tem urgência, tem ambulatório, tem internação integral. Não é à toa que ele é um manicômio, porque ele tem tudo. Aí a gente fez um trabalho, junto com a comissão. A comissão também foi responsável por isso, por criar uma enfermaria de crise, ou ETAC, que funcionava como uma pré-internação. [...] A criação da ETAC foi essencial para a Reforma no município, foi criada justamente para conter as internações [...] porque as pessoas não chegavam perguntando se tinha médico, chegavam perguntando se tinha vaga. Era uma coisa sem controle. O Areolino de Abreu tinha muitas internações sociais e não clínicas. Isso foi importantíssimo para regular os leitos e a entrada no hospital. Aí sim, se precisasse de internação, depois de 72 horas, ele adentrava no hospital, e não mais só, com o critério de acompanhado pelo familiar. Aliás, isso também foi decisivo, a

gente colocar esse critério, que assim como qualquer outro hospital, em que tem que ter um acompanhante, no hospital psiquiátrico não é diferente, mas que pela questão do ranço cultural, foi muito trabalhoso, porque as pessoas estavam acostumadas a deixar eles lá e ir embora, aí, quando começou a colocar esse critério, fica se tiver um acompanhante, também reduziu a taxa de internação (E4).

Assim, a Gerência de Saúde Mental do Estado, organizou esse processo de transição, para o efetivo fechamento do Sanatório Meduna e a garantia de que seus internos continuariam a ser atendidos em outros serviços, com o redirecionamento dos pacientes do estado do Maranhão e os que eram munícipes do interior do Piauí. Essa é uma outra peculiaridade do Piauí é que a rede substitutiva em saúde mental se expandiu primeiro no interior do Estado que na capital. Entre 2009 e 2010 já haviam cerca de 40 CAPS em funcionamento no interior do Estado.

Esse fato se deu principalmente pela atuação da Gerência de Saúde Mental do Estado, na pessoa da assistente social Edna Castelo Branco, que trabalhou de forma incisiva com as cidades do interior do estado, ajudando a formular os projetos para a implementação dos primeiros CAPS do Piauí.

E também fizemos um direcionamento financeiro, nós pactuamos com o Ministério da Saúde que o recurso não seria devolvido, o recurso do fechamento do Meduna ficou incorporado ao MAC, que é o teto municipal de saúde, para que assim eles pudessem abrir mais dispositivos e que reorientasse a rede agora para uma atenção mais 24hs, especializada, o que a gente percebe hoje que não aconteceu a contento, pois só foi aberto um CAPS III, sendo que a intenção do Ministério ao deixar esse recurso no teto municipal era que abrissem mais serviços 24hs [...] E hoje a gente tenta resgatar esses documentos da incorporação no MAC e nós não conseguimos achar por conta de que esses documentos foram perdidos naquele último incêndio na SESAPI⁵⁸ (E4).

Para assegurar que o processo de Reforma se concretizasse com a abertura dos serviços substitutivos foi necessária a intervenção do Ministério Público Estadual. Assim, ao judicializar ações junto a gestores estaduais e municipais, o MPE-PI conseguiu evitar um processo de desassistência que passava a se desenhar no Estado na primeira metade da década de 2010. Atuando dessa forma como um “catalisador das demandas sociais e indutor de políticas públicas definidas pelos gestores da saúde pública do Estado e de Teresina” (SEABRA, 2011, p. 9).

Então o Termo de Ajustamento de Conduta foi a culminância desse trabalho multiprofissional, onde nós instauramos um Inquérito Civil Público a partir de uma notícia trazida por vários atores [...]. Nós instauramos um Inquérito Civil Público, um procedimento preparatório, que depois se tornou um Inquérito Civil. Nós chamamos os gestores, secretaria municipal, secretaria estadual, Associação de Psiquiatria,

⁵⁸Em outubro de 2011, um incêndio de grandes proporções destruiu o prédio da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, Sesapi.

Associação de pacientes e fizemos esse diálogo. [...] No Piauí nós tínhamos pouquíssimos serviços de meio aberto, para tratar essas pessoas. Nós tínhamos o anúncio do Sanatório Meduna do fechamento de suas portas, e nós tínhamos o hospital Areolino de Abreu que já tinha reduzido o número de leitos psiquiátricos e nós precisávamos saber onde essas pessoas seriam tratadas já que nós não tínhamos serviços extra-hospitalares, nós tínhamos o Areolino com sua capacidade estrangulada e o hospital que nós tínhamos era o Sanatório Meduna, anunciando o fechamento. Foi uma medida urgente e necessária. [...] Então precisávamos de medidas imediatas e medidas de médio e longo prazo [...] mas um longo prazo curto, por conta da urgência. [...] Aí nós começamos a trabalhar, fizemos uma matriz de planejamento [...] e fomos para dentro do Sanatório Meduna [...] Aí nos deparamos com uma situação de muita degradação realmente, de completa desassistência, desde medicamentos, a redução de alimentação, a condições de acomodação iníquas, indignas mesmo. E não tinha mesmo como continuar ali funcionando (E5).

O município criou alguns equipamentos, mas precisava avançar muito mais, muito mais. [...] A gente sabe que essa questão da saúde mental não é prioridade, a saúde muitas vezes não é prioridade, a saúde mental é menos prioridade ainda, infelizmente, dentro da política de saúde. Mas eu acho que foi um passo importante para a quebra desse paradigma, desse modelo hospitalocêntrico e mudança de cultura. Eu confesso que foi a partir desse grande trabalho, eu fiquei muitas vezes insegura, com medo desses pacientes, fecho e para onde vão e sabíamos que o Hospital Areolino de Abreu já vinha com uma demanda estrangulada, ele não tinha como absorver 400 pacientes. Mas ao cabo acho que foi um trabalho exitoso, com vontade política de fazer dos gestores e de toda a equipe (E5).

E eu lhe digo que eu acredito que esse é o modelo que deve prevalecer, de resgate de cidadania, de valorização realmente dessa pessoa com transtorno mental, com todos os seus direitos. [...] Mas como toda política nós sabemos que tem as idas e voltas. A gente precisa estar monitorando frequentemente. O Ministério Público precisa estar monitorando permanentemente (E5).

Um das problemáticas mais visíveis no período do fechamento do Meduna foi a grande demanda de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas e a carência de serviços voltados para esse público no município. Como parte da resolução dessa questão, em 2010 o Estado abriu os 10 leitos psiquiátricos para álcool e drogas no hospital do Mocambinho e fez uma qualificação dos profissionais da rede do interior para receber o impacto do fechamento dos leitos do Meduna. Como contrapartida, a capital deveria abrir mais serviços nessa área, especialmente serviços 24 horas, como um CAPS Ad III, pois esta era a principal demanda atendida pelo Sanatório Meduna.

Há uma orientação da gerência e do Ministério da Saúde, que Teresina tramitasse pelo menos mais dois CAPS para CAPS III, isso no plano Estadual da RAPS, esse plano estadual de 2015, que é esse plano agora há essa previsão, de Teresina abrir um CAPS infantil, um CAPS Ad III, que é para ter um suporte mínimo para essa área adstrita, para o entorno da região metropolitana de Teresina, mas que a gente tem muita dificuldade de negociação, de pactuação (E4).

3.4 Dificuldades de pactuação intergestores

Além dessa necessária intervenção do Ministério Público, há outra problemática na efetivação da Reforma Psiquiátrica teresinense, ou seja, a dificuldade de pactuação intergestores, considerando que a pactuação e a ação cooperativa intergestores e intersetorial é essencial para a consolidação do SUS, principalmente para uma área temática frágil como a saúde mental, em um cenário de recursos financeiros escassos.

E aí a gente tem sempre na saúde mental o recurso que assim, é um recurso bom e ruim ao mesmo tempo: ruim porque esvazia esse espaço de negociação que é a problematização da saúde mental sempre pelo Ministério Público, sempre a nível judicial, e isso não é bom em termos de gestão, porque deveria ser resolvido nos espaços de gestão; mas é a única maneira que a saúde mental vem caminhando no Estado é com a problematização do Ministério Público. E Teresina tem uma dificuldade enorme, que não consegue implementar a rede. [...] a gente tem tentado implementar ações, mas tudo para a saúde mental é muito difícil. A gente tem muita dificuldade de gestão (E4).

Através da pactuação entre os gestores é possível a construção de uma assistência à saúde mental em rede e funcionando de forma mais efetiva e integrada. Como apontado por Santos; Giovanella (2014), na perspectiva de um sistema integrado, a gestão de uma rede regionalizada é vital no cerne de uma política social como o SUS., que demanda um sistema articulado, interdependente e cooperativo.

Teresina tem hoje incentivo de abertura de vários dispositivos, mas tem dificuldades, coloca e reclama que não há contrapartida do Estado e essa contrapartida é concomitante também a negociações e pactuações (E4).

Como foi citado anteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS) criou responsabilidades na gestão e financiamento da saúde para os três entes federados (União, estados e municípios). Esta organização impõe maior complexidade nos processos de construção e disseminação da política de saúde como um todo e passou para o município um papel estratégico na implementação das políticas de saúde.

Trapé; Campos (2017) demonstram que o processo de municipalização foi importante nas últimas décadas para a consolidação de novas formas de gestão, abertura de novos serviços e maior participação social. Mas esse processo também mostrou uma série de limitações e problemáticas, principalmente no que se refere a governança e ao financiamento do sistema. Segundo esses autores, o financiamento em saúde e, especificamente em saúde mental, são insuficientes e o processo de governança, com grande autonomia dos municípios, vem se mostrando saturado e com necessidade explícita de ser alterado.

Considerando ainda que, tanto em Teresina como em outras regiões do Brasil, houve uma morosidade no processo de regionalização do SUS, e esse atraso, segundo Santos; Giovanella (2014), arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, implicando

em disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Isso dificulta a materialização de um novo modelo de governança que aliasse a descentralização com a necessidade de integração solidária.

Em 2006 o governo federal lançou o Pacto pela Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente (BRASIL, 2006).

Busca-se, com tal estratégia, uma negociação entre União, estados e municípios que aponta para a formalização de um pacto federativo baseado na definição de responsabilidades sanitárias, na construção de um novo modelo de financiamento para o setor, na gestão solidária e cooperativa e no fortalecimento do controle social

A regionalização sob a égide do Pacto pela Saúde presume uma rede de serviços de saúde interdependente com responsabilidade recíproca entre os entes subnacionais, mas sem que isso implique subordinação. Essa perspectiva, que pressupõe autonomia municipal e coordenação regional em sincronia com a pluralidade de sujeitos envolvidos na gestão regional, deve assumir o desenho de governança pública na rede de serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

O Pacto pela Saúde colocou a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite - CIB⁵⁹. Essas Comissões são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos interestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, sendo que as deliberações da CIB e da CIT devem ser por consenso. Essa pactuação visa alcançar maior efetividade/eficiência e qualidade dos serviços, redefinindo responsabilidades coletivas em função das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006).

De tal modo que, para a implantação da rede de atenção psicossocial em cada município, é necessária a pactuação nessas Comissões, que devem levar em consideração o Plano Diretor Regional. Deve haver um consenso entre os membros da CIB para a implementação de um

⁵⁹São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Os Conasems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços.

determinado serviço. Como no caso de Teresina, há uma dificuldade de pactuação com a gestão estadual, esses serviços muitas vezes são implantados por força da intervenção do Ministério Público, o que dificulta a construção planejada de uma rede interdependente e cooperativa, e como resultado, temos ações e serviços funcionando de forma isolada perdendo muita de sua potencialidade e efetividade.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou o SUS, define os componentes necessários para constituir uma Região de Saúde, com pontos de atenção organizados em estruturas verticais, que inclui a atenção psicossocial. Ela é a única área especializada que está contemplada neste texto e ainda figura como porta de entrada do Sistema.

Esse Decreto orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestores. Nesse sentido, as comissões intergestores regionais são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão, no espaço regional, ao criarem um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Trapé; Campos (2017) demonstram que o processo de governança do SUS difere de um processo de governabilidade vertical, já que pressupõe a participação efetiva de diversos atores, governamentais e não governamentais, no debate e pactuações dos rumos da política. Mas destacam que ainda é necessário um instrumento jurídico que intermedie essas relações afim de instituir as escolhas coletivas e definir o papel de cada ente no processo de decisão e construção da política (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Em Teresina as Comissões Intergestores e os espaços de controle social encontram-se esvaziados em suas mais essenciais funções, devido a não pactuação das ações, o que deslegitima essas instâncias e dificulta a integração dos serviços para que efetivamente funcionem em rede.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das “Redes Temáticas” consideradas prioritárias para a reorganização do modelo de atenção à saúde. Ela define o modelo de atenção à saúde mental com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas, com um modelo de gestão regional. Os objetivos dessas Diretrizes contemplam o aumento do acesso do usuário através de diversas portas de entrada e o foco no usuário de substâncias psicoativas (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A OMS orienta que o investimento em saúde mental seja em torno de 5% do orçamento

da saúde, em decorrência de sua prevalência e do impacto assistencial. O Governo Federal dispende somente 2,3% do orçamento total da saúde em ações específicas de saúde mental. Esse valor aumenta timidamente se considerarmos a saúde mental na atenção primária e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esse dado mostra que o crescimento real não reflete o percentual, que está estagnado e precisa ser revisto para consolidação do modelo. Portanto temos a saúde mental subfinanciada dentro de um sistema que já é subfinanciado (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A própria regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, manteve essa lógica do baixo investimento federal em saúde. E, segundo análise de Trapé; Campos (2017), apesar de a responsabilidade pelo financiamento ser interfederativa, o impacto do subfinanciamento federal tem conferido aos municípios um estrangulamento dos gastos públicos. Juntando a esse fato ainda temos o agravante de não existirem fontes seguras para definir a porcentagem dos gastos dos estados e municípios em programas e serviços específicos de saúde mental, fato que mereceria pesquisas e avaliações.

Em 2012, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 130, modificou as formas de incentivo financeiro para os CAPS III, aumentando o valor do repasse para essa modalidade de serviço em pouco mais de 30% do valor de custeio mensal. Essa alteração, segundo Trapé; Campos (2017), representa a tentativa de imputar uma mudança necessária ao modelo assistencial, aumentando os ainda escassos CAPS tipo III no País; porém, nota-se uma priorização nos serviços relativos ao Programa Crack é Possível Vencer – PCPV.

Seguindo essa linha, ainda em 2012 foi lançado a Portaria nº 131 que regulamenta o custeio para as “comunidades terapêuticas” por meio de uma série de condições, referentes a estrutura, corpo técnico e formas de ingresso. Destaca-se que já se trata de um dos maiores e mais dispendiosos pontos de atenção do Programa, funcionando na contramão da Lei 10.216, o que evidencia inconsistências nas próprias normas regulatórias (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Em Teresina temos uma lei municipal, Lei nº 4.433 de 28 de agosto de 2013, a qual estabelece normas que condicionam às empresas, que vierem a requerer a concessão de benefícios e incentivos fiscais, a estabelecer reserva de vagas laborais aos egressos graduados nas Comunidades Terapêuticas de Teresina. A materialização dessa Lei voltada para as CTs demonstra a articulação política desse setor, que consegue obter vários benefícios, enquanto a assistência a saúde mental para usuários de álcool e outras drogas pelos serviços públicos sofre com várias dificuldades de financiamento e operacionalização.

Um outro fator preocupante é que as Comunidades Terapêuticas não entram

efetivamente na RAPS como os outros serviços, com regulação no SUS, ao contrário, trabalham de forma independente e com seus próprios critérios. Como atuam, em geral, como ONGs podem receber recursos de diversas fontes, inclusive dinheiro público, através de convênios.

O modelo de atenção em saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde vem avançando de modo paulatino em diversos aspectos, mas com algumas contradições. O modelo assumiu, desde 2010, a área de crack e outras drogas como foco prioritário. O PCPV assume um papel de grande importância nesse momento da política de saúde mental, determinando certo anacronismo no que se refere ao modelo de financiamento. Não se trata somente de contrastar o foco do programa, que, conforme discutimos, tem a internação como consequência esperada, mas também pensar no impacto financeiro dentro de uma realidade de subfinanciamento crônico da saúde mental (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Claro que o financiamento não é o único complicador do SUS. É sabido que o aumento do orçamento total em saúde implicaria no adensamento de serviços e ofertas. Contudo, sem uma mudança no processo organizativo, esse crescimento perderia a potência diante de uma lógica organizacional fragmentada e irracional. O debate sobre formas de governança e a organização dos serviços de saúde mental, nessa perspectiva, é uma pauta que deve entrar na agenda dos formuladores das políticas de saúde mental e do controle social. O financiamento próprio da área tem a necessidade de ampliar seu percentual relativo, uma vez que a demanda só tende a aumentar, visto a transição demográfica em voga (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Outro problema frequente no SUS é que a avaliação se mostrou um tema pouco incorporado nas práticas do campo burocrático. Existe um distanciamento entre os estudos no campo avaliativo-acadêmico e sua incorporação como indutor do modelo. Não seria excessivo, neste momento atual de consolidação do modelo de atenção psicossocial, termos um Índice da Atenção Psicossocial, que pudesse, por meio de indicadores, capturar os principais componentes da política atual e seus objetivos, para subsidiar ações de trabalhadores e gestores, dar maior transparência a usuários e sociedade e identificar pontos débeis que possam ser aprimorados (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Assim, em Teresina temos muitos dificultadores para a concretização de uma Reforma Psiquiátrica efetivamente desinstitucionalizante, pois percebemos a não priorização da gestão municipal em relação a pontos centrais desse processo, além de um fraco planejamento das políticas e ações na área. Alguns serviços essenciais ainda não foram municipalizados e são executados pela Secretaria de Saúde do Estado, o que representa uma inversão de papéis, pois de acordo com as diretrizes do SUS cabe as secretarias de saúde estaduais a função de monitorar, qualificar e supervisionar a rede.

Não é que o Estado queira fazer isso único e exclusivamente. É por demanda da rede. A gente não tem articulação com o gestor municipal. E o que é mais preocupante, é que nós temos um esfacelamento da RAPS por falta de co-financiamento. E ainda tem as Comunidades Terapêuticas, que vem abocanhando tudo, muito mais organizadas politicamente. E nós temos um controle social muito fragilizado, um controle social que podia barrar tudo. Mas é muito fraco. Ai nós temos agora as Comunidades Terapêuticas com convênio com o governo do Estado, com a prefeitura de Teresina, com as prefeituras do interior. Ou seja, elas estão levando nossos recursos de co-financiamento (E4).

Temos alguns pontos essenciais da Reforma psiquiátrica que não foram consolidados no município, um exemplo são os Serviços de Residências Terapêuticas. Embora os SRTs tenham existência autorizada pelo Ministério da Saúde desde fevereiro de 2000, três desses dispositivos só vieram a funcionar no Piauí no ano de 2006, sob gestão Estadual e por iniciativa de trabalhadores do Hospital Areolino de Abreu.

A primeira Residência implantada pelo município só entrou em atividade no ano de 2012 e como uma das medidas impostas pelo Ministério Público Estadual - MPE-PI em função do fechamento do Sanatório Meduna (LIMA, 2015). Sendo que, o MPE determinou a abertura de mais uma SRT pelo município, mas essa implementação ainda não aconteceu, considerando que, segundo dados da Gerência de Saúde Mental do Estado, ainda existam em torno de 11 moradores do Hospital Areolino de Abreu que são munícipes de Teresina. E a inexistência de vagas em Residências Terapêuticas dificultam a desospitalização/desinstitucionalização desses sujeitos.

Hoje nós temos 11 munícipes de Teresina para serem desinstitucionalizados para uma SRT. Teresina tem o recurso em caixa para implantar um SRT, com 11 moradores no Hospital Areolino de Abreu. Que eu já pedi uma intervenção do Ministério Público em relação a isso, e Teresina quer devolver o recurso, com 11 moradores no hospital munícipes de Teresina (E4).

Outro ponto de atenção extremamente fragilizado é o atendimento às pessoas em uso problemático de álcool e drogas, pois desde o fechamento do Sanatório Meduna foi acordado a implantação de um CAPS Ad III, mas esse processo nunca se completou⁶⁰, mesmo tendo em vista a crescente e histórica demanda na área.

Outro ponto complicado da Reforma Psiquiátrica teresinense é a ausência de serviços de referência para urgências e emergências psiquiátricas e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Em 2010 foi implantado um projeto piloto, com quatro leitos masculinos de atenção

⁶⁰A implementação de um CAPS AD III foi incluída no planejamento da área técnica de saúde mental do município para 2012. Foi locado e mobiliado um imóvel para abrigar o CAPS Ad III, formada a equipe que atuaria no serviço e enviado o projeto para o Ministério da Saúde. Mas o novo gestor que assumiu a presidência da FMS em 2013 se negou a contratar vigilantes para cuidarem do imóvel, enquanto era concluído o processo de habilitação do serviço. Desprotegida, a residência foi furtada, e assim não foi concluído o processo de implementação desse CAPS.

integral em saúde mental no hospital da Primavera⁶¹ e a capacitação de profissionais de outros hospitais localizados nos bairros da capital, para posterior implantação de leitos (foi previsto a abertura de mais 16 leitos no planejamento de 2011/2012 pela Gerência de Ações Programáticas da Fundação Municipal de Saúde de Teresina)⁶².

A implantação desses leitos sofreram muita resistência, e mesmo depois da implantação da unidade piloto, posteriormente foram fechados, pois em 2012 houve uma mudança na legislação do SUS em relação ao porte dos hospitais a abrigarem leitos psiquiátricos, e os gestores não se interessaram em fazer as adequações necessárias, que implicariam em mudar os leitos para uma unidade hospitalar de maior porte.⁶³

Assim os leitos foram fechados, mas na verdade eram para serem mantidos [...] Ai foi amarrando as coisas e não tem mais nem perspectiva de reabrir (E2).

Teresina apresenta ainda uma alta taxa de suicídios, de acordo com o Mapa da Violência, é a segunda capital com maior índice de suicídio por 100 mil habitantes, sendo também a segunda em suicídio de jovens (WAISELFISZ, 2014). Para essa demanda foi criado em setembro de 2014 um ambulatório especializado funcionando dentro do Centro Integrado Lineu Araújo – o ProVida, que disponibiliza atendimento psicológico e psiquiátrico⁶⁴. Mas começou com uma atuação tímida, com poucos recursos humanos e sem uma efetiva articulação com os outros serviços da rede.

Atualmente sob gestão municipal, Teresina conta com 04 CAPS II (Norte, Sul, Leste e Sudeste) e um CAPS III; um único CAPS Ad, localizado na Zona Sul da cidade. Há ainda aproximadamente 04 ambulatórios que contam com atendimentos psicológico, e 04 ambulatórios com atendimento psiquiátrico. Temos ainda em funcionamento 01 Residência Terapêutica e uma Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil⁶⁵. No componente da atenção básica, além das unidades de saúde com suas equipes, contamos com três NASF (número insuficiente para a demanda) e uma equipe de Consultório na Rua.

A cidade conta ainda com diversos outros serviços em saúde mental que estão ainda sob gestão estadual, como 05 Residências Terapêuticas, um Hospital Psiquiátrico, que ainda conta com ambulatório, urgência e emergência psiquiátrica, além de internação integral e leitos de

⁶¹ Hospital geral municipal localizado em um bairro de igual nome, localizado na Zona Norte da cidade.

⁶² Nesse planejamento estava previsto a abertura de mais 16 leitos divididos em 04 hospitais gerais localizados em diferentes zonas da cidade – H. do Parque Piauí, H. do Buenos Aires, H. do Dirceu e H. Mariano Castelo Branco.

⁶³ Entre 2012 e 2013 houve uma mudança de gestão do município, com a alteração de profissionais que atuavam na área temática da saúde mental, a qual foi separada da Gerência de Ações Programáticas e criada uma gerência de Atenção Psicossocial. Nesse período a enfermeira Amparo Oliveira deixou de atuar na área e outra equipe assumiu essa gerência.

⁶⁴ Atualmente conta com 03 psicólogos e 01 psiquiatra. Funciona de segunda a sexta-feira e atende por demanda espontânea e encaminhamentos.

⁶⁵ A Unidade de Acolhimento Infante Juvenil está em processo de encerramento de suas atividades e sua sede, que está em construção deverá abrigar um CAPSi que será gerido pelo município.

estabilização. Há ainda um Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que conta com 10 leitos para desintoxicação. Há ainda um CAPS Infante Juvenil; duas Unidades de Acolhimento – uma masculina e uma feminina – que estão em tramitação para serem qualificadas pelo Ministério da Saúde⁶⁶.

No que se refere aos componentes da RAPS⁶⁷ alguns pontos se encontram bastante fragilizados, principalmente nos que diz respeito a saúde mental na atenção básica, pois como não houve um planejamento e pactuação no processo de fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e abertura de serviços comunitários e o processo de matriciamento não foi realizado nesse período, somente foi iniciado de forma mais incisiva no ano de 2016, devido a pressão no Ministério da Saúde e a crescente demanda que está estrangulando a capacidade de atendimento dos serviços especializados. Uma estratégia que poderia melhorar articulação da saúde mental na atenção básica seria a atuação do NASF, mas o município conta com apenas 03 equipes, para uma população de quase 900 mil habitantes.

Assim, como resultado da forma foi conduzida a implementação da Reforma Psiquiátrica na cidade, temos serviços funcionando de forma desarticulada com muita dificuldade em se alinharem com os preceitos éticos da Reforma, além da ausência de alguns dispositivos e ações essenciais para a consolidação e efetivação da desinstitucionalização. A qual deve promover novas formas de subjetivação e novos olhares para o sofrimento mental e para a diferença.

Como não houve um planejamento do processo de redução de leitos psiquiátricos, e transição para um novo modelo de atenção centrado em dispositivos abertos, de base comunitária, sem a capacitação dos profissionais e envolvimento dos atores sociais nessa mudança, o atendimento nos novos serviços acabam promovendo, em muitas circunstâncias, uma nova institucionalização dos sujeitos.

Ainda é muito difícil imaginar a cidade sem o seu centenário hospital psiquiátrico, pois sua presença ainda é marcante e se faz necessária pela própria forma como foi implementada a rede de saúde mental, que não consegue fazer a integração dos serviços, sem ações efetivamente desinstitucionalizantes e que enfrentem a cultura manicomial e a cultura médica tão fortemente

⁶⁶Esses serviços já funcionam como Casas de Acolhimento, vinculadas a CEDROGAS. Atualmente está sendo feito o processo de habilitação pelo Estado que, que vai integra-las oficialmente a RAPS, para que entrem na regulação do SUS.

⁶⁷A RAPS estabelece que a saúde mental deve funcionar em rede, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

enraizada na cidade que sonha com uma tal modernidade que não aceita a alteridade e cria ideais muitas vezes inalcançáveis que promovem mais sofrimento mental.

Então eu vejo a rede com necessidade de expansão e mais do que expansão, é a qualificação dos processos de trabalho, a grande dificuldade é essa – a gente ter os CAPS na filosofia que ele foi colocado, de forma comunitária, com trabalhos coletivos, com matriciamento e etc. A gente hoje tem CAPS de forma ainda muito ambulatorial e manicomial. E isso faz com que a gente tenha uma fragilidade na RAPS. A RAPS agora que nesse ano de 2016/2017 vem sofrendo um esfacelamento financeiro intenso (E4).

Cabe a nós, como demonstra Macêdo e Dimenstein (2011), uma atenção redobrada para o perigo da institucionalização de práticas criativas, para que não fechem e ou esgotem seus campos de possibilidades de modo a cristalizarem-se e acionar facilmente os manicômios mentais que tanto habitam e circulam na cidade e em nossas subjetividades. É necessário operarmos permanentemente a crítica ao lugar de especialistas ou expertise muito recorrente e, muitas vezes, supervalorizado no campo da saúde, ou seja, de um lugar saber-poder.

Por mais conscientes e lúcidos que possamos estar, não estamos imunes as capturas do desejo e da vontade de poder e aprisionamento da vida que podemos produzir através dos “microfascismos” que se opera sob/em nós. Compreendendo “Microfascismos” como nossas atitudes que podem assumir um viés no qual o outro, como diferença, é visto como ameaça, devendo assim, ser evitado. Não necessariamente enclausuramos o outro em muros limites, porém o ignoramos e não nos deixamos afetar por ele no nosso cotidiano (FONSECA, et al., 2008).

Desinstitucionalizar vai para além da desospitalização, remete à inclusão da loucura na agenda da cidade, na construção de redes sociais no território, na promoção de direitos e cidadania, na transformação das relações de trabalho e de poder entre os usuários e as instituições, o que remete a uma transformação que impacte e ressoe na vida (nas vivências, na subjetividade) dos usuários e na sociedade em geral.

Percebe-se assim, a necessidade de mudanças profundas, que se estendam aos modos de subjetivação, a cultura, aos modos de viver em sociedade e aos modos de gestão pública, para que possamos construir uma saúde mental efetivamente democrática e desinstitucionalizante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental, historicamente não foi prioridade para os formuladores de políticas públicas no Brasil, pois as ações desenvolvidas nessa área eram mais voltadas para um processo de exclusão e segregação, do que para o desenvolvimento de ações efetivas para essa demanda. Além disso, durante longo período, principalmente durante a ditadura militar a psiquiatria se tornou uma grande fonte de lucro e de poder.

O desenvolvimento histórico da assistência à saúde mental em Teresina se dará fortemente relacionada ao percurso do Asilo. O poder médico está imbricado em todos os setores, dos serviços de saúde até a política, passando pelo imaginário e cultura da cidade. Temos então uma cultura manicomial marcante e estruturante, e os muros do manicômio, em muitos aspectos, se estenderam até os serviços substitutivos, promovendo a repetição de práticas e saberes, com poucas alterações nas relações de poder dentro dessas instituições.

Assim, foi instituída a primazia de uma política de hospitalização da loucura como única forma possível de assistência; um modelo centrado na exclusão, institucionalização, medicalização e farmacologização dos sujeitos, que perdurou ao longo das décadas e dificultou consideravelmente a implementação de mudanças nesse padrão.

Além disso, a capital sustenta uma trajetória de não se implicar com suas reponsabilidades legais na atenção à saúde mental, com forte resistência a implementar uma política alinhada com a Reforma Psiquiátrica. Os primeiros serviços comunitários substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial, só foram implantados no município devido à ação indutora do Ministério da Saúde (que deixou de financiar leitos psiquiátricos e passou a incentivar a criação de serviços substitutivos em saúde mental) e à atuação direta e incisiva do Ministério Público Estadual.

Embora Teresina tenha melhorado sua rede de atenção à saúde mental na última década, muitas dificuldades perduram e muitas práticas se repetem. Os serviços comunitários de atenção à saúde mental ainda são muito recentes e muito incipientes, em uma cidade acostumada a ter no manicômio e na psiquiatria a referência para o sofrimento mental. Onde não houve superação do aparato e cultura manicomial, nem tampouco dos paradigmas clínico e racionalistas que o fundamentam.

Não há uma tradição de planejamento e muita informalidade nas ações, fato vivenciado durante a pesquisa quando foi percebida a escassez de documentos de planejamento e avaliação das ações de saúde mental do município. Até o ano de 2012 não havia sequer uma coordenação ou uma gerência de saúde mental municipal. Não houve interesse em investir nessa área e toda

a assistência era centrada nos ambulatórios, através de consultas pontuais e nos dois hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica somente entrou na agenda pública municipal tardiamente e com o acionamento do sistema de garantia de direitos, pois não houve um compromisso político em torno da saúde mental. Dessa forma, não houve um planejamento e pactuação para a construção de uma rede de apoio substitutiva ao manicômio na cidade, nem a capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo. Como consequência ainda há uma grande dificuldade em alinhar a prática desses dispositivos com os preceitos da Reforma e da Luta Antimanicomial.

Como demonstra Lima (2015), o cotidiano dos serviços substitutivos está fortemente cortado por práticas que reificam o poder psiquiátrico cunhado ao longo da história piauiense, o que faz com que a Reforma Psiquiátrica em nosso cenário caminhe a duras penas e tenha ainda que encontrar ações tutelares e estigmatizantes em contextos de trabalho que deveriam sustentar o plano ético da Luta Antimanicomial. Convive-se com processos de trabalho cronificados, marcados por ações serializadas, com pouco espaço existencial para acolhimento dos processos subjetivos, dos desejos, das angústias e dos projetos de vida, com uma hipervalorização do saber/poder médico (LIMA, 2015).

Assim, mesmo os serviços territoriais e comunitários convivem com as frequentes internações psiquiátricas (e em Comunidades Terapêuticas), não apenas não substituem essas instituições, como confirmam sua necessidade, retroalimentando um processo de cronificação e exclusão dos sujeitos. Pois uma verdadeira desinstitucionalização deveria promover/construir uma rede de relações de suporte para esses usuários e suas famílias, que pudessem efetivamente dar conta de suas demandas e substituir o manicômio. Sem essa rede de apoio e suporte, a internação aparece como única opção em meio as inúmeras vulnerabilidades e exclusões.

Com a escassa relação dos serviços de saúde mental com seu território de inserção, temos um sistema de atenção a saúde mental que ainda não funciona em rede, como preconizado pelo SUS. Assim, segundo Macêdo e Dimenstein (2012), em vez de serviços integrados, o que há, muitas vezes, é uma compartimentação e separação, que acabam formando três sistemas: (1) rede básica – unidades/centros de saúde/NASF; (2) rede psicossocial – ambulatórios/CAPS; e (3) rede de atenção à crise – hospital, que atuam de forma independente, com pouca articulação entre si e com os demais equipamentos urbanos e sociais do município.

Macêdo e Dimenstein (2012) defendem que é preciso desinstitucionalizar espaços “privatizantes” de gestão e seus modos de proceder em proveito do interesse de alguns poucos. Portanto, abre-se neste campo, um entendimento de que a gestão se reinventa no espaço público a partir da negociação, afirmando a diferença, o tateio, a experimentação, e não o experimento

de modelos prontos e concêntricos de relações de poder.

Na história de Teresina não temos uma tradição de luta antimanicomial e o controle social é muito fragilizado tanto pelo esvaziamento das ações políticas de profissionais, familiares e usuários, quanto pela sua não legitimação pelo poder público municipal que não incorpora a Reforma Psiquiátrica como uma política pública de governo. Somado a isso temos o fato de existirem atores sociais e políticos fortemente alinhados com o modelo manicomial e com grande poder de influência e de decisão junto ao poder público, o que dificulta avanços mais concretos na Reforma Psiquiátrica na cidade.

Como demonstra Côrtes (2007) políticas públicas, a partir de seu objeto de intervenção, têm importância diferenciada, no contexto geral da administração governamental, tendo em vista a parcela da população para a qual a provisão – de benefícios, bens e serviços – se destina e o modo como ela é financiada, produzida e distribuída. Quando o grupo focalizado dispõe de recursos organizativos significativos, as ações a ele destinadas também podem assumir importância relativa maior. Em Teresina, os atores manicomiais são justamente os atores com maior poder de articulação e influência política.

Como ressalta Macêdo e Dimenstein (2012), os psiquiatras (e demais atores manicomiais) do estado se mostraram bastantes habilidosos no campo político; isto porque, mesmo com o fortalecimento da rede psicossocial em Teresina, eles conseguiram impor determinadas manobras para modelarem por qual discurso/concepções/práticas deveria caracterizar o tipo de Reforma Psiquiátrica firmada na cidade.

Tal quadro foi agravado com o reflexo de um processo que não foi disparado e não teve sustentação dos tradicionais atores envolvido com a causa: trabalhadores, usuários e familiares. Na verdade, não houve força política dos trabalhadores e sociedade civil, e muito menos retaguarda política e institucional no âmbito local para avançar nesse campo. Portanto, caso não fosse a participação do Ministério Público do Piauí, o mais importante ator da Reforma Psiquiátrica no Piauí e na cidade de Teresina, não teríamos efetivamente estruturado a atual rede psicossocial do Estado (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Em Teresina observamos, por exemplo, que a Reforma ocorreu também pelo fato de pessoas alinhadas com a luta antimanicomial assumiram cargos de gestão pública, que lhes possibilitaram colocar adiante algumas pautas relacionadas a essa área, mas com muitas limitações, pois seus postos não lhes permitiam tomar decisões políticas de maior amplitude.

Percebemos também o atraso na Reforma se devendo a posturas de gestores, que tinham o poder de decisão e não priorizavam essa área, ou estavam convencidos da necessidade do hospital psiquiátrico e da não efetividade dos serviços substitutivos, já que estes requerem uma

profunda transformação de saberes e práticas. Assim, a Reforma questiona o saber médico/psiquiátrico/científico, com uma proposta de descentralização do poder e de invenção de novas formas de lidar com o sofrimento mental.

Um outro aspecto importante verificado na pesquisa foi a evidência de que o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica teresinense foi conduzido a partir do protagonismo das mulheres, pois foram elas que provocaram, cada uma a seu modo e lugar social, a luta pela Reforma Psiquiátrica, promovendo mudanças, criando serviços e tecendo a rede de saúde mental, assim, através de seus esforços pessoais muitos avanços foram alcançados. Basta recordar que a gerências de saúde mental do estado e do município e a promotoria de saúde estadual eram ocupadas por mulheres, as quais atuaram como atores sociais e políticos essenciais para a materialização da Reforma na capital.

Percebemos ainda que a gestão municipal não fez cumprir as diretrizes colocadas pelo Ministério da Saúde para a consolidação da rede de saúde mental e nem mesmo as recomendações colocadas pelo Ministério Público Estadual foram cumpridas em sua totalidade. Somado a isso, temos a dificuldade na pactuação entre as gestões municipais e estaduais, que por terem projetos políticos diferentes, divergem nas suas políticas e ações e acabam por comprometer a efetivação da Reforma Psiquiátrica na cidade.

A Reforma Psiquiátrica teresinense avançou em muitos aspectos e sua Rede de Atenção a Saúde Mental se expandiu bastante no período considerado. Mas ainda temos pontos essenciais que estão extremamente fragilizados: ausência de leitos psiquiátricos e de urgência psiquiátrica em hospitais gerais; ausência de centros de convivência; escassez de estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. Além disso, o hospital psiquiátrico ainda supre muitas funções que já deveriam ter sido redirecionadas para outros pontos de atendimento, como por exemplo, temos o fato de a única urgência em psiquiatria da capital ainda estar localizada dentro do Hospital Areolino de Abreu.

A forma como a Reforma Psiquiátrica foi apropriada pela gestão no município de Teresina não contribui para uma efetiva desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental, pois não assumiu um compromisso com uma reestruturação da assistência e uma mudança de paradigma. É, portanto, uma reforma incompleta, não democrática, em muitos aspectos funcionou mais como uma reforma administrativa e tecnocrática, muito distante dos princípios que norteiam o processo de desinstitucionalização, que rompe com o modelo manicomial/tradicional.

Em uma Reforma Psiquiátrica, efetivamente desinstitucionalizante, a ênfase da assistência à saúde mental deixa de ser o processo de cura e passa a ser um projeto de “invenção

da saúde”. Nas palavras de Rotelli (2001, p. 30), “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. Estas propostas são muito distantes dos tradicionais conceitos da psiquiatria, centrados na medicina e nos fármacos, onde os médicos detêm o poder do saber e os sujeitos nada sabem sobre seu sofrimento mental.

Para avançarmos na transformação do estigma e do preconceito contra o louco e sua errância, precisamos da produção de novas subjetividades, da transformação dos afetos e da efetivação de ações de contágio que ampliem o desejo de construirmos uma sociedade menos excludente em relação ao lugar social da loucura na nossa cidade, no nosso estado e no nosso país (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

Para um verdadeiro processo de desconstrução, como pontuam Amarante e Guljor (2005), não é possível nos restringir à construção de novas unidades assistenciais. É necessário ampliar o escopo de intervenções para uma efetiva ruptura com valores que justificam as práticas segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio. É preciso abandonarmos os “desejos de poder”, nos termos de Foucault, para construirmos uma Reforma Psiquiátrica democrática e desinstitucionalizante.

A luta por uma sociedade sem manicômios (físicos, sociais e culturais) deve ser fortalecida, juntamente com a luta pela defesa da saúde pública e universal. A Reforma Psiquiátrica ainda está em construção e consolidação no nosso país e qualquer retrocesso no campo da saúde atingira diretamente os avanços alcançados por esses mais de 30 anos de Luta.

Considerando que a atenção à saúde mental não foi uma pauta prioritária para a gestão pública municipal ao longo dos anos; tendo em vista as peculiaridades do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, que se efetivou mais em função da ação de agentes externos – Política indutora do Ministério da Saúde, atuação direta do Ministério Público Estadual; somado ao processo de desfinanciamento federal que vem se delineando ao longo dos últimos anos, as perspectivas para a Reforma Psiquiátrica em Teresina ainda são bastante problemáticas e incertas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In.: Rev. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, I (1): 61-77, jul.-out., 1994.

AMARANTE, Paulo; GULJOR, Ana Paula. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **Protagonismo e subjetividade**: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, vol.6, n.1, pp.73-85. 2001.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In.: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** vol.18 supl.2 São Paulo: abr./jun.2009. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>. Acesso em 30 de julho de 2017.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro**. 2ª ed. Ijuí: Editora Unijuí:, 2007.

BASTOS, Evelyne Nunes Erverdos; JORGE, Maria Salete Bessa. **Modelos de Atenção em Saúde Mental**: caminhos para o alívio da dor mental? Fortaleza: EDUECE, 2013.

BORGES, André. Eleições presidenciais, federalismo e política social. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. 1988

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 1990.

BRASIL. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1991

BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução nº273, de 17 de julho de 1991. Brasília – DF, 1991.

BRASIL. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Brasília – DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília – DF, 1996

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Brasília - DF, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília – DF, 2001.

BRASIL. Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Brasília – DF, 2002a.

BRASIL. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília, 2002b.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Portaria nº 246 de 17 de fevereiro de 2005. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do

Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 1992.

BRASIL. Portaria nº 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 1992.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2012

BRASIL. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília- DF, 1992

BRASIL. Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do SHR para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.

BRASIL. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2012.

CELLARD, André. In: **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 1997.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política **de saúde**. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 25(7):1626-1633, jul, 2009.

CÔRTEZ, Soraya Vargas; LIMA, Luciana Leite. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. São Paulo: **Lua Nova**, 87: 33-62, 2012.

DAGNINO, Renato. Metodologia de Análise de Políticas Públicas, In: DAGNINO, Renato, et al. **Gestão Estratégica da Inovação**: metodologias para análise e implementação. Taubaté: Editora Cabral Universitária, 2002.

FIGUEIREDO, Luis Claudio M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FLEXOR, Georges; LEITE, Sergio Pereira. Análise de políticas públicas: breves considerações teórico-metodológicas. In: **Encontro Nacional de Economia Política**. Anais. v. 12. 2007. Disponível em http://www.franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/AnalisePolitica%20Publica_flexor_leite.pdf

FOUCAULT, Michel. **A Historia da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014a.

_____. **Microfísica do poder**. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.

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

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **Cartografia do financiamento em saúde mental**: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENESP. FIOCRUZ. Ministério da Saúde. 2012.

GOFFMAN, Erving. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUATARRI, Felix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 2012.

LIMA, Emanuel José Batista. **Cartografias do Cuidado em Saúde Mental**: O Piauí em Cena. Tese de Doutorado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Questões (im)pertinentes sobre práticas em saúde mental no Piauí. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin; MACEDO, João Paulo. **Políticas e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011.

_____. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**,

22, abr/2012 Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP. 138-164. Disponíveis em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a22/macedodimenstein01>.

MENICUCCI, Telma. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa social: Teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5a edição. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

OLIVEIRA, Edmar. **A história de Von Meduna e a Filha do Sol do Equador**. Teresina: edição do autor, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e a municipalização. **Rev. Saúde Soc.**, v. 2, n. 1, p. 29-48, 1992.

_____. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (organizadora). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PASSAMANI, Mauro. **Reforma da Assistência Psiquiátrica: representações sociais construídas pelos gestores e trabalhadores de saúde mental**. Dissertação de Mestrado, Curso de Mestrado em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Piauí, 2005.

PIRELLA, Agostino. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

RIBEIRO, Leandro Molhano. Federalismo, governo local e políticas sociais no Brasil entre 1996 e 2004. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. Retrospectiva dos impactos da reforma psiquiátrica no Piauí. In: ROSA, Lucia Cristina dos (Org.). **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí** (pp.13-41). Teresina: EDUFPI, 2004.

_____. A Reforma Psiquiátrica no Piauí no século XX. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Lucas; EVELIN, Marta (org). **(Com) textos em saúde mental: saberes, práticas e histórias de vida**. Teresina: EDUFPI, 2008.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente; NASCIMENTO,

Gisele Martins; ALENCAR, Leidimar Barbosa. A Política e as ações em saúde mental do Piauí: as dimensões transformadoras da década de 2000 a 2010. In: ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CARVALHO, Marta Evelin; MACEDO, João Paulo (Orgs.). **Políticas e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR. B.; AMARANTE P. (orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lúgia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública** 2014; 48(4):622-631

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In Hochman, Gilberto; Arretche, Marta; Marques, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SPINK, Mary Jane P. O psicólogo e a saúde mental: resignificando a prática. In SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

TERESINA. Lei nº 4.433 de 22/08/2013. Gabinete do Prefeito Municipal de Teresina (PI), em 22 de agosto de 2013.

TERESINA. Lei nº 4.897 de 29 de abril de 2016. Declara de Utilidade Pública, no âmbito do Município de Teresina, a FEDERAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO ESTADO DO PIAUÍ, e dá outras providências.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista Saúde Pública**, 2017;51:19

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. **O Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2014.

ANEXOS