

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007:
um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF**

Marina Agra Santiago

ORIENTADOR: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

BRASÍLIA – DF
2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TÍTULO PROVISÓRIO:

Panorama da Saúde Mental Pública no Distrito Federal de 1987 a 2007:
um estudo exploratório sobre a reforma psiquiátrica no DF

Marina Agra Santiago

ORIENTADOR: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO DA COSTA

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

BRASÍLIA – DF
2009

Trabalho realizado junto ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Dissertação aprovada por:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília - UnB
(Presidente)

Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
Universidade Federal da Bahia - UFBA
(Membro externo)

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
(Membro externo)

Profa. Dra. Maria Inês Conceição Gandolfo
Universidade de Brasília - UnB
(Membro Suplente)

BRASÍLIA – DF
2009

O Que Foi Feito Deverá
Milton Nascimento/Fernando Brant

O que foi feito amigo
De tudo que a gente sonhou?
O que foi feito da vida?
O que foi do amor?

Quisera encontrar
Aquele verso menino que escrevi
Há tantos anos atrás

Falo assim sem saudade
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito
Mais vale o que será

E o que foi feito é preciso conhecer
Para melhor prosseguir

Falo assim sem tristeza
Falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos
Que nós iremos crescer

Outros outubros virão
Outras manhãs plenas de sol e de luz

AGRADECIMENTOS

Preciso agradecer a muitos, porque essa dissertação não poderia ser feita por uma só pessoa. Várias pessoas e em diferentes momentos de feitura desse trabalho ofereceram ajuda generosa, de tal forma que posso afirmar que a base desse trabalho é a generosidade e a doação. Família, amigos, membros do GIPSI, amigos de curso, outras tantas pessoas que forneceram dados e caminhos para a construção dessa pesquisa... Cada pessoa foi tão importante que deveria mesmo receber créditos nesse trabalho. Tentarei nominá-las, mas sabendo que essa é uma tarefa ingrata pelo risco de esquecer alguém...

Agradeço,

À Vida, pois pude reconhecer sua força criadora e generosa que exigiu que me entregasse às incertezas, à ignorância, à intuição. Também proporcionou a sincronia do encontro com as diversas pessoas que contribuíram para essa dissertação.

À minha família: mais próxima, minha mãe e irmão, que me aturaram em crise, desespero, rabugice, isolamento e me apoiando em todos os momentos; a mais distante: meu pai, que sempre me apoiou no caminho acadêmico e financiou meus estudos; a extensa: meus avós, tios e primos e Rosa e sua família, que sempre ficam na torcida do meu sucesso.

Ao Dino, meu parceiro e enamorado, que com seu amor desde sempre me apoiou nessa jornada, me ensinando a compartilhar e me entregar e que, além de tudo, suportou, pacientemente, meu isolamento, inseguranças e mau - humor.

Ao Ileno, que desde 2003 aposta em meu crescimento, inclusive aturando pacientemente as crises e críticas adolescentes (risos) e com quem consegui percorrer um caminho reflexivo e de elaboração de pensamento crítico e clínico. Sua chamada à “dar a cara à tapa” culminou também na loucura da realização deste trabalho.

Aos amigos, que foram também fundamentais em formar uma rede de apoio, com amor, carinho, atenção, orientação, escuta, enfim, Amizade!

À Maria e Mik, que desde o início, na confecção da justificativa para ingressar no curso de mestrado me apoiaram e, às vezes, pegaram pela mão, continuando assim até o final, como fiéis escudeiras!

À Maviane, Enrique, Lílian, Nerícia, Carmem, que além de amigos já são mestres (risos) e puderam lançar luz aos vários pedaços do caminho que não conseguia mais enxergar, pelo cansaço da jornada.

Aos amigos do GIPSI, em especial Mariana, Priscilla Caixetta, Paula, Adriana, Otoniel, Júlia, Augusto, Renato, Nazareth, Cleuser, Taísa, Anita e Priscilla Menezes, que participaram de diversas formas na coleta e análise do material de pesquisa, além de acompanharem as angústias (que apareciam especialmente na madrugada, não é Priscilla e Renato?) e pensamentos de construção da pesquisa.

À Talita, que sempre foi tão disponível para mim, dando a maior força para concluir esse trabalho, além de me ensinar alguns segredos do Alceste... (risos)

Aos amigos do Enlace, que me permitiram várias reflexões sobre a situação do DF e a luta antimanicomial, em especial à Jana, que sempre se preocupou e me apoiou nessa louca empreitada.

Ao Thiago Rizzoto que, ao saber do oferecimento de uma disciplina sobre reforma psiquiátrica na UnB foi muitíssimo generoso ao fornecer referências bibliográficas raras, com as quais pude realizar a contextualização desse trabalho (e ficar por tempo indeterminado, tamanha confiança que ele depositou em mim e no trabalho).

Há, ainda, várias outras pessoas do movimento da luta antimanicomial, que ajudaram com suas visões, dicas, exposição de suas vivências e material de pesquisa e que, infelizmente, não posso citá-las, já que participaram dessa pesquisa. Dessas, em especial, quero agradecer à Tânia Grigolo e à Gussi, que ofereceram importantes dicas para o início da pesquisa.

À Rosângela, cuja amizade foi uma grata surpresa que tive graças à realização desta pesquisa e com quem pude contar como parceira na hora de coleta dos documentos.

Às colegas de mestrado, Adriana, Débora, Melissa, Renata, pelas partilhas sobre as angústias desse caminho acadêmico.

Ao pessoal do Ser a Dois, Valéria, Juliana, Taís, Kayano, Renato e Monique, que aceitaram resignadamente meu distanciamento do teatro e compartilharam minhas emoções de raiva, desespero, indignação, angústia, dúvidas e muita saudade...

Às amigas do novo trabalho, Andréia, Cirlei, Abadia, com quem tive a benção de trabalhar e com as quais compartilho amizade e aprendo diariamente a trabalhar em parceria e sintonia fina. À chefe Suely, que foi muito compreensiva com meu momento e me incentivou na conclusão desse trabalho, confiando nos frutos que podem gerar para nosso projeto de enfrentamento da violência contra as mulheres no DF. Ao Bio e à Vivian, que já mestres (risos), entre algumas brechas do trabalho, trocaram várias idéias e sugestões fundamentais para eu pudesse completar esse estudo.

Aos “parteiros” Angela, Fernanda, Iara e Rafael (vulgo Johnson) pela disponibilidade, paciência e, sobretudo, carinho comigo.

Espero retribuir a generosidade e doação dessas pessoas com o término desse trabalho, o qual fiz com muita paixão, apesar das dificuldades que enfrentei e das minhas próprias limitações.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo traçar um panorama da saúde mental pública no DF entre 1987 e 2007, tendo em vista a transformação desse campo com o processo de reforma psiquiátrica nacional. O recorte temporal do estudo se fez pela identificação do ano de 1987 como um marco de início da reforma psiquiátrica no Brasil, e 2007, o ano do começo de nossa pesquisa. Adotamos uma abordagem multimetodológica e recorremos a fontes que possibilitassem a leitura requerida do processo de reforma psiquiátrica, que consistiram em documentos oficiais e entrevistas semi-estruturadas com informantes privilegiados, isto é, pessoas que protagonizaram os acontecimentos da saúde mental local e que pudessem revelar o que não foi registrado nos documentos. Após exaustiva coleta de documentos históricos, realizada entre março e agosto de 2008, selecionamos aqueles que pudessem fornecer informações mais consistentes sobre as atividades institucionais ocorridas e planejadas na área da saúde mental pública, tais como os normativos do Diário Oficial do DF, relatórios da gestão local e registros das discussões em fóruns propícios à participação social. Foram analisados, ao todo, setenta e seis documentos. As entrevistas foram realizadas em setembro de 2008. A análise dos dados se deu em dois momentos: uma análise documental e uma análise textual quanti-qualitativa com o auxílio do *software* ALCESTE. Os resultados das análises se completaram e se confirmaram. Na análise documental optamos por utilizar quatro categorias temáticas definidas a priori, com base no referencial teórico que delimita algumas dimensões para circunscrever o campo da saúde mental como um processo social complexo, quais sejam: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural (Amarante, 2003). As categorias foram organizadas de acordo com a relação processual evidenciada, que indicou quatro cenários distintos, formando um panorama da saúde mental no DF, abordados neste trabalho pela metáfora referente às estações do ano: verão (de 1987 a 1999), outono (de 1999 a meados de 2003), inverno (entre meados de 2003 e 2006) e degelo (de meados de 2006 a 2007). A análise textual e os resultados apontaram que o DF apresenta uma atenção predominantemente asilar, enfrentando dificuldades para a implementação de serviços de atenção psicossocial propostos pela Política Nacional de Saúde Mental e a transformação dos serviços já existentes.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, Distrito Federal.

ABSTRACT

This paper aims at the establishment of a scenario of public mental health care in *Distrito Federal* (DF), Brazil, from 1987 to 2007, regarding the transformation of the field, due to the national psychiatric reform. The study's temporal scope was engendered by the fact that 1987 is the start-off landmark year of psychiatric reform in Brazil, and 2007, the initial year of our research. A multi-methodological approach was adopted, as the sought sources were ones that contained required literature as far as the psychiatric reform is concerned, consisting of official documents and semi-structured interviews with information-wise privileged persons, that is, individuals who have been through the very facts of local public mental care, thus being able to provide information that was not officially accounted for. After an extensive collection of historic documents, conducted between March and August, 2008, a selection was made, encompassing those that provided more consistent information about the institutional activities that were implemented and planned in the field of public mental health care, such as local official gazette rulings, local management reports and records of discussions in forums open to public participation. The analysis included seventy six documents. The interviews were conducted in September, 2008. Data analysis proceeded in two distinct phases: documental analysis and a textual quanti-qualitative analysis, utilizing the ALCESTE software. The results of the analyses completed and confirmed each other. In the documental analysis, four pre-defined thematic categories were employed, based on the theoretical references that define some dimensions in order to circumscribe the mental health care field as a complex social process, those being: theoretical-conceptual, technical-assistentialist, political-legal and socio-cultural (Amarante, 2003). The categories were organized according to the perceived process relation that pointed toward four distinct scenarios that formed the panorama of public mental health care in DF, approached in this paper through the metaphor of the Four Seasons: summer (1987-1999), autumn (1999-2003), winter (2003-2006) and the de-icing (2006-2007). The textual analysis and the results point that DF presents predominantly a psychiatric internment approach, facing difficulties in the implementation of the psychosocial attention programs proposed forth in the Mental Health National Policy and also in the transformation of the existent services.

Key-words: mental health, psychiatric reform, psychosocial attention, *Distrito Federal*.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AFAGO – Associação de Familiares, Amigos, Usuários e Profissionais
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
APBr – Associação de Psiquiatria de Brasília
ASMBPT - Associação dos Malucos Beleza do Planeta Terra
ASSIM - Associação dos Amigos da Saúde Mental
ASSUME - Associação dos Usuários da Saúde Mental
ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico
CABESSA - Cooperativa Beneficente e Social Ltda
CAEP – Centro de Atendimento-Escola e Pesquisa do Instituto de Psicologia
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CDDHCEDP/CLDF – Comissão de Direitos Humanos, Cidadania, Ética e Decoro Parlamentar da Câmara Legislativa do Distrito Federal
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal
CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental
CODEPLAN - Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal
COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
COSAM - Coordenação de Saúde Mental
CRP – Clínica de Repouso Planalto
CS – Centros de Saúde
CSDF – Conferência de Saúde do Distrito Federal
DF – Distrito Federal
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DODF - Diário Oficial do Distrito Federal
ENTSM - Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental
ESF - Equipes de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHB - Federação Brasileira de Hospitais
FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF – Governo do Distrito Federal
GESAM - Gerência de Saúde Mental
GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica
GLTTB - Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais
HD - Hospital-Dia
HNA - Hospital Nacional de Alienados
HPAP – Hospital de Pronto Socorro Psiquiátrico
HPII - Hospício Pedro II
HR - Hospital Regional
HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IES - Instituições de Ensino Superior
IML – Instituto Médico Legal
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
ISM – Instituto de Saúde Mental
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
MINC - Ministério da Cultura
MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MP – Ministério Público
MPAS - Ministério da Assistência e Previdência Social
MPSM/DF – Movimento Pró-Saúde Mental do DF
MS – Ministério da Saúde
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NOVACAP - Companhia Urbanizadora da Nova Capital
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OEA - Organização dos Estados Americanos
OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PNASH/Psiquiatria – Plano Nacional de Avaliação do Setor Hospitalar/Psiquiatria
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PPA - Plano de Pronta Ação
PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
PS - Previdência Social
PSF - Programa Saúde da Família
PVC - Programa “De Volta para Casa”
REMA - Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do DF
REME - Movimento de Renovação Médica
RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SAI - Sistemas de Informações Ambulatoriais
SEA - Sanatório Espírita de Anápolis
SES/DF – Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UISS – Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UP/HBDF - Unidade de Psiquiatria no Hospital de Base do Distrito Federal
UPHG – Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral
VEC/TJDFT - Vara de Execuções Criminais do Tribunal de Justiça do DF e Territórios

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|--|------------|
| Quadro 2 – Encontros do MLA e Entidades de usuários e familiares e outras atividades com participação da sociedade civil organizada..... | 63 |
| Quadro 3 – Resumo da loucura no Brasil – de 1500 à década de 1970 | 89 |
| Quadro 3. 1 - Resumo da história da loucura no Brasil – década de 1970 aos dias atuais..... | 90 |
| Quadro 4 - Resumo da história da loucura no DF..... | 112 |
| Figura 1 – Linha do tempo utilizada como roteiro de entrevista..... | 122 |
| Quadro 5 - Cenário 1: O Verão – a saúde mental no DF de 1987 a 1999..... | 139 |
| Quadro 6 - Cenário 2: O Outono – a saúde mental no DF de 1999 a meados de 2003 | 151 |
| Quadro 7 - Cenário 3: O Inverno – a saúde mental no DF entre meados de 2003 e 2006 | 160 |
| Quadro 8 - Cenário 4: O Degelo – a saúde mental no DF de meados de 2006 a 2007 | 165 |
| Figura 2 – Resultado da análise fornecida pelo ALCESTE, evidenciando dois eixos subdivididos em quatro classes, porcentagens de cada classe dentro do <i>corpus</i> e a relação que estabelecem entre si..... | 167 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-------------|
| AGRADECIMENTOS | iv |
| RESUMO | vii |
| ABSTRACT | viii |
| LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS | ix |
| LISTA DE FIGURAS E QUADROS | xii |
| SUMÁRIO | xiii |
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPÍTULO I - A história da loucura, psiquiatria e movimentos de reforma psiquiátrica | 18 |
| 1.1 – Breve panorama da história da loucura e da psiquiatria | 18 |
| 1.2 – Primeiras experiências de reforma psiquiátrica..... | 29 |
| 1.2.1 – As reformas restritas ao ambiente asilar..... | 30 |
| 1.2.2 – As reformas alcançando a comunidade | 31 |
| 1.2.3 – As reformas e o rompimento com o paradigma psiquiátrico clássico..... | 33 |
| CAPÍTULO II - Loucura, reforma psiquiátrica e saúde mental no Brasil | 40 |
| 2.1 – Breve história da assistência psiquiátrica brasileira e a emergência de uma reforma psiquiátrica no país | 40 |
| 2.2 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil..... | 53 |
| 2.2.1 – A reforma psiquiátrica brasileira em trajetórias | 53 |
| 2.2.2 – A Política Nacional de Saúde Mental..... | 65 |
| 2.3 – A reforma psiquiátrica brasileira como processo social complexo: modo asilar <i>versus</i> psicossocial..... | 79 |
| CAPÍTULO III - Assistência em saúde e saúde mental e reforma psiquiátrica no Distrito Federal | 91 |
| 3.1 - A transferência da Capital e sua fundação | 91 |
| 3.2 – Características urbanísticas e sócio-demográficas | 92 |
| 3.3 – Breve histórico do sistema público de saúde e saúde mental do DF | 95 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO IV - Percurso metodológico | 113 |
| 4.1 – A pesquisa social como o trabalho de fotografar | 113 |
| 4.2 – Dos objetivos e procedimentos de coleta e análise..... | 116 |
| | |
| CAPÍTULO V - Entrelaçando Resultados e Conclusões: o panorama da saúde mental e reforma psiquiátrica no DF..... | 127 |
| 5.1 – A história escrita..... | 127 |
| 5.1.1 - Período de 1987 a 1998 – O Verão | 128 |
| 5.1.2 - Período de 1999 a meados de 2003 – O Outono | 140 |
| 5.1.3 - Período entre meados de 2003 e 2006 – O Inverno | 152 |
| 5.1.4 - Período de meados de 2006 a 2007 – O Degelo | 161 |
| 5.2 – A história vivida | 166 |
| | |
| CAPÍTULO VI - Considerações Finais | 175 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 184 |
| | |
| ANEXO I..... | 191 |
| | |
| ANEXO II..... | 192 |
| | |
| ANEXO III..... | 193 |
| | |
| ANEXO IV | 194 |
| | |
| ANEXO V | 193 |
| | |
| ANEXO VI | 199 |

INTRODUÇÃO

Esse estudo é resultado das reflexões que desenvolvemos no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) da Universidade de Brasília. Sendo o GIPSI um grupo de atuação clínica e de pesquisa, nos deparamos com diversas dificuldades na interação com a rede de saúde mental do DF, como a frequente impossibilidade de acolhimento na rede de pacientes por nós encaminhados. Notamos que os serviços atuais disponíveis na rede muitas vezes não contemplam o acesso, tanto pela inexistência de unidades nas diferentes regiões administrativas do DF, quanto pela limitação de respostas e acolhimento às várias demandas de atendimento.

Notoriamente, vem acontecendo no Brasil uma reorientação do modelo de atenção em saúde mental, antes eminentemente asilar. Estas mudanças decorrem da implementação da Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2006) nos moldes de uma revisão historicamente proposta pelo que se convencionou chamar de movimento de reforma psiquiátrica.

O relatório “Saúde Mental em Dados” do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) traz uma análise do triênio de 2003 a 2006 que confirma uma expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a consolidação desse modelo de atenção psicossocial. No entanto, o mesmo relatório afirma que essa política está sendo efetivada de forma heterogênea nos diferentes Estados, Municípios e Distrito Federal. Nota-se que Estados da região Nordeste, onde antes não havia cobertura assistencial, passaram a apresentar configurações melhores, inclusive à frente das regiões Sul e Sudeste, que foram berço das primeiras experiências de reforma psiquiátrica no Brasil e, portanto, já possuíam tradicionalmente serviços substitutivos em saúde mental.

Neste mesmo relatório, que foi ratificado no ano de 2007 (Brasil, 2007), o DF aparece em penúltimo lugar no ranqueamento de Estados em termos de cobertura de CAPS. O indicador utilizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM/MS) para ranqueamento dos Estados e DF recomenda a existência de CAPS por 100.000 habitantes, levando em conta a cobertura disponível e prescrita para cada tipo de CAPS (I, II ou III). No caso do DF, foi gerado um índice que aponta a existência de uma assistência insuficiente e crítica. O relatório traz à tona a situação emergencial no DF, em que a mudança de reorientação do modelo de atenção em saúde mental ainda se mostra incipiente. Além disso, não foram implementados, até a presente data, no DF, os demais serviços extra-hospitalares propostos pela Política Nacional de Saúde Mental, tais como os Serviços

Residenciais Terapêuticos (SRT) ou a articulação com os hospitais gerais, cujas presenças indicam um passo a mais no caminho da desinstitucionalização.

A reorientação dos serviços de atenção em saúde mental em nível nacional é muito recente. Afirmou-se no Brasil em 2001 (com a aprovação da lei 10.216/2001) e necessita de pesquisas que compreendam essa transformação nos diversos cenários locais. Ainda assim, o referido relatório traz indicações de que, de forma geral, está havendo no Brasil um incremento da assistência em saúde mental, com a tendência à diminuição progressiva das desigualdades entre regiões.

O presente trabalho pretende traçar o panorama local, no DF, que atualmente se configura como um local de oferta insuficiente e crítica de assistência em saúde mental, mas que, no entanto, já foi vanguarda, acompanhando as transformações operadas em nível nacional. Essa última informação é parte do conhecimento prévio dos pesquisadores sobre a existência de um serviço de hospital-dia funcionando desde 1987 o Instituto de Saúde Mental (ISM) e a aprovação de uma lei que reorientava o modelo de atenção em saúde mental no DF em 1995 (Lei nº. 975 de 1995), antecipando-se à lei nacional de mesma matéria, de 2001.

Com vistas a essa situação, alguns estudos realizados objetivam elucidar as dificuldades da implantação da reforma psiquiátrica no DF (Amaral, 2006; Machado, 2006; Lima, 2002; Lima & Silva, 2004). Estes estudos indicam a prevalência do modelo hospitalocêntrico, manicomial e as dificuldades para implementar ações de desinstitucionalização no DF. Tais estudos optaram por focalizar algumas instituições específicas de atenção à saúde mental no DF (Instituto de Saúde Mental e Hospital São Vicente de Paula) e, apesar de realizarem uma contextualização sócio-histórica, nenhum teve ainda como escopo o campo da saúde mental pública no DF como um todo. Dessa forma, não há, efetivamente, nenhum dado sistematizado sobre o percurso histórico do DF nessa transição de modelos de atenção em saúde mental, sendo nosso estudo compreendido como uma exploração desse campo.

Para poder traçar um panorama do campo da saúde mental pública no DF delimitamos o recorte temporal de estudo entre os anos de 1987 a 2007. Tal recorte se estabeleceu porque o ano de 1987 é considerado um marco no início da reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 1995a) e 2007, o ano de início da investigação de nossa pesquisa.

De maneira a organizar a apresentação do estudo, ordenamos este trabalho em seis capítulos, descritos de forma sucinta a seguir.

No primeiro capítulo, resgatamos a história da loucura e as transformações teórico-práticas operadas ao longo do tempo em relação a esta experiência humana. No segundo capítulo, trazemos essa perspectiva para o contexto brasileiro e, assim, nos achegamos à história no DF.

Para abarcar o estado da arte da saúde mental no DF optamos, no capítulo três, por recuperar brevemente a história da transferência da Capital para Brasília, de “cidade planejada” para “cidade desorganizada”, com vistas a fornecer o contexto no qual ocorreu o desenvolvimento do sistema de saúde e de saúde mental no DF.

Todo o processo de tratamento e análise dos dados está apresentado detalhadamente no capítulo quatro deste trabalho. Para tal, partimos dos panoramas mundial, nacional e local e construímos nosso tratamento de dados através da análise documental e estatística textual realizada com o auxílio do *software* ALCESTE. A análise tem como aportes teóricos a compreensão do campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica como um processo social complexo (Amarante 2003; 2007) e da coexistência de dois modelos de atenção enunciados por Costa-Rosa (2000) como modo asilar e modo psicossocial.

No capítulo cinco, além de apresentarmos os resultados, entrelaçamos conclusões de forma contínua com a exposição dos dados encontrados. No sexto e último capítulo, tecemos considerações finais, refletindo sobre as perspectivas e desafios para o campo da saúde mental pública no DF.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para o debate acerca do processo de reforma psiquiátrica no DF e no país, sendo também nosso desejo instigar novos estudos sobre a realidade local com vistas a uma busca pela transformação de nossa (crítica) realidade em saúde mental.

CAPÍTULO I

A história da loucura, psiquiatria e movimentos de reforma psiquiátrica

*"O que foi feito amigo
De tudo que a gente sonhou?
O que foi feito da vida?
O que foi do amor?"
Milton Nascimento/Fernando Brant*

Como ponto de partida para esse trabalho, abordamos a forma como a loucura foi concebida através dos tempos até o surgimento da psiquiatria, quando a ciência se incumbiu de se apropriar dessa experiência humana chamada de loucura, doidice, maluquice, insanidade, desatino, desvario, piração, etc. Essa vivência, enfim, conforme nos lembra Costa (2003), faz parte da humanidade desde a sua origem e diversas disciplinas tais como a História, a Sociologia e a Antropologia atestam sua manifestação “nos mais diferentes momentos da história humana, nas mais diferentes sociedades e nas mais diferentes culturas, sendo que a forma de lidar com ela variou com o tempo” (p. 56).

Conhecer esse caminho histórico tornará possível o entendimento de seu processo de exclusão social e, também, do surgimento posterior de movimentos de reformas psiquiátricas, que vêm criticar o arcabouço teórico e prático constituído pela psiquiatria clássica acerca dessa experiência.

1.1 – Breve panorama da história da loucura e da psiquiatria

Na Antiguidade* é possível entender que haviam múltiplas visões acerca do fenômeno da loucura. Expomos aqui o panorama da loucura destes tempos remotos traçado por Costa (2003) com base na obra de Glenn Shean.

Na cultura grega acreditava-se que essa manifestação era fruto da ação dos deuses e seu restabelecimento requeria intervenção divina, sendo possível também afirmar que existiam templos, deuses específicos e “intermediários”, designados especialmente para lidar com esse tipo de experiência, constituindo-se assim, numa concepção mística acerca da

* Utilizaremos nesse trabalho a periodização clássica adotada pela Historiografia, que divide os períodos históricos humano. Conforme Vicentino (2005), o tempo histórico não é regular nem linear, mas são referentes aos “períodos da existência humana em que correm eventos mais ou menos ligados aos mesmos problemas, fatores, sistemas, idéias, enfim, períodos em que há uma certa articulação de eventos.” (p. 10).

loucura, para além do humano. Já em Hipócrates (460- 357 a.c.) é possível ver a compreensão da loucura na “tradição naturalista” grega, fruto de um distúrbio dos humores, que são detalhados em quatro categorias (mania, melancolia, epilepsia e deterioração mental) e passíveis de tratar com banhos, descanso e dieta. Aqui temos, portanto, uma teoria acerca das causas físicas da loucura, já com um primeiro sistema de classificação e formas de tratamento. De outro modo, temos o filósofo Platão, (407-347 a.c.) que desenvolve uma teoria dualista da loucura: esta não se submetia à lei natural, pois era da ordem do espírito e ocorria quando a “alma irracional” era separada da “alma racional”. Logo, consistia em uma visão dicotômica da loucura, baseada nas divisões racional x irracional, mente x corpo, espírito x matéria.

Cícero (106-143 a.c.) segue de alguma forma esses dois pensamentos anteriores uma vez que concebia a loucura como sendo distúrbios da alma e causada pela negligência da razão, sendo a “participação na filosofia” a forma de cura recomendada. É possível perceber nessas concepções que a experiência de loucura é algo negativa e vista sob os signos de distúrbio, de erro do irracional e, sua cura, baseada no restabelecimento da razão. Em Roma, Galeno (130-200 d.c.) acreditava que as funções psíquicas eram centradas no cérebro e desenvolveu um modelo orgânico de fisiologia que influenciou fortemente a medicina ocidental por mais de mil anos. A loucura, para ele, era abarcada por uma teoria que tentava uma “integração eclética da tradição científica grega com os princípios do misticismo oriental” (Costa, 2003, p. 59), sendo causada pelos distúrbios das funções de espíritos animais que geravam: quando rarefeitos, demência e imbecilidade; e em excesso, mania e melancolia. Com a emergência do cristianismo - e sua posterior hegemonia - a loucura passa a ser vista como intervenção do demônio. Assim, novamente é colocada dentro de um contexto espiritual, passando a ser perseguida para sua aniquilação (“caça as bruxas”) ou exorcização.

É importante ter em mente esses diferentes entendimentos da loucura, pois é possível perceber sua influência não somente na Antiguidade, mas também na atualidade. Ainda hoje são adotadas essas formas de conceber a loucura: por uma ótica mística ou científica, como desequilíbrio, como ausência de razão ou como possessão.

Para nos permitir entender o processo histórico que estabeleceu a exclusão como o lugar social da loucura, é fundamental a obra “História da Loucura na Idade Clássica” de Foucault (1987). Essa obra esclarece como a loucura e as pessoas concebidas como loucas se tornaram objeto de uma nova ciência médica especializada – a psiquiatria – que, por sua vez, instaurou, a um só tempo, a concepção da loucura como doença mental e a necessidade de tratamento em isolamento nos asilos ou hospitais psiquiátricos.

Frayse-Pereira (2002) esquematiza a história da loucura em Foucault (1987), em três grandes momentos:

- Um período de “liberdade e de verdade”, que inclui os últimos séculos medievais e o século XVI. Época em que a loucura circulava pela vida cotidiana e a ela eram destinados exílios ritualizados, num momento em que predomina a organização feudal e a forte hegemonia da Igreja e seus dogmas;
- Período da “Grande Internação”, abrangendo os séculos XVII e XVIII, no momento em que ocorre o crescimento das cidades e, como consequência, dos problemas sociais. É atribuída à internação a função de saneamento das cidades, com o isolamento dos perturbadores da ordem, bem como uma função econômica, com a regulação de mão-de-obra barata por ocasião da constituição da ordem burguesa.
- Época contemporânea, após a Revolução Francesa, com o advento da psiquiatria como a primeira especialidade médica com o ofício de conhecer a loucura e curar os loucos, compreendida a partir do século XIX.

No primeiro período referido, temos na Idade Média uma loucura que é ritualizada e a sua exclusão se dá como forma de salvação. Para isso, eram usadas as peregrinações a lugares - como a Província de Geel -, viagens em embarcações conhecidas como “nau dos loucos” e, também, os leprosários, que antes serviam à exclusão ritual dos doentes de lepra. No Renascimento (séculos XIV a XVI), a loucura aparece em diversas expressões artísticas revelando a fascinação gerada tanto por um suposto saber místico, quanto por demonstrar a animalidade, o furor, as paixões humanas. São essas expressões que Foucault (1987) concebe sob o título de “experiência trágica” da loucura. Porém, também coexistia uma outra concepção, que esse autor denominou “consciência crítica”, que via a loucura pela lente moral e como fraqueza, ilusão, defeito, erro, desvio. Ao poucos, essa última percepção ganha força e marca uma oposição à primeira, resultante de uma visão de mundo mais racionalista em que a loucura começa a ser entendida como o oposto da razão, seu erro ou ausência, des-razão.

É assim que também, aos poucos, se delimita o espaço de exclusão da loucura, fora dessa nova ordem racionalista. Os espaços antes construídos para isolar os leprosos começam a ser cada vez mais destinados aos loucos e a outros marginais sociais, porém, a noção de sacralidade e de salvação vai se esvaindo, ficando apenas o espaço de exclusão moral. Essa operação se intensifica nos séculos XVII e XVIII com a conformação de uma nova ordem social burguesa, de tal maneira que a caridade anteriormente pregada como forma de salvação

vai sendo superada pela atividade filantrópica, sem seu aspecto religioso. Inicia-se a época de exaltação do trabalho como dignificante do homem, logo, a mendicância não podia mais ser tolerada como antes permitia a noção religiosa de caridade (Santos, 1994). Para isso, nasce a instituição Hospital que, para Amarante (2007), já não tem mais exclusivamente a função filantrópica, pois passa a cumprir uma função de manutenção da ordem social e política de forma mais explícita.

É fácil entender a importância de instituições reguladoras da ordem social numa época de crescente industrialização e de re-organização do trabalho em que começa a haver uma necessidade de saneamento das cidades, que vão se desenvolver sem conseguir absorver sua superpopulação. O trabalho se torna um valor fundamental na sociedade capitalista e a organização desse trabalho também é importante na delimitação do que é normal ou patológico. Para Resende (2000), essa re-organização do trabalho estreita os limites do normal e eleva a loucura à categoria de problema social, conforme afirma:

[...] nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do normal e do anormal, (...) isso porque as formas de organização do trabalho naquelas sociedades eram, por sua natureza mesma, pouco discriminativas para as diferenças sociais. Tanto o trabalho agrícola de subsistência como o artesanato (...) tinham em comum serem capazes de acomodar largas variações individuais e de ‘respeitar’ o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador (p. 22)

Portanto, a mendicância devia ser reprimida e a vadiagem proibida. Para isso, foram necessárias a criação de leis e de instituições que corrigissem esse mal, dando origem aos Hospitais Gerais. O primeiro Hospital Geral, criado em 1656, pelo Rei da França, “foi de fundamental importância para a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental” (Amarante, 2007, p. 23). É esse o local de exclusão moral destinado ao louco, juntamente a outros desviantes da norma: devassos, sífilíticos, pobres, mendigos etc.

Este é o período da “grande internação”, cuja função também servia de regulação da economia, pois liberava ou prendia a pessoas de acordo com a necessidade de mão-de-obra. Nessas casas de correção, os internados sofriam de todas as formas de punição e tortura, em especial quando era reconhecida alguma especificidade médica, dado que os tratamentos disponíveis eram ainda mais torturantes. Além disso, é importante lembrar que os loucos eram especialmente expostos à rua, mostrados ao público como símbolo da animalidade que os homens deveriam evitar (Foucault, 1987).

Fins do século XVIII, à época da Revolução Francesa, o Estado começa a ganhar força política e se constituir como hoje o reconhecemos. Nesse ínterim, as *lettres de cachet** são abolidas, pois antes eram os meios pelos quais eram deliberados os confinamentos arbitrários nos Hospitais Gerais ou expulsão para as Colônias e figuravam como símbolo maior da força abusiva do Absolutismo. Assim, no novo regime não poderia mais haver privação de liberdade sem garantias jurídicas e científicas (Desviat, 1999). Para adequar o Hospital ao novo espírito libertário foi necessário humanizá-lo (e assim medicalizá-lo, isto é, torná-lo “a” instituição médica por excelência†) e, ao mesmo tempo em que se libertavam presos do Antigo Regime, eram criadas outras instituições assistenciais como orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação (Amarante, 2007).

Silva Filho (1997), tomando como base o pensamento de Foucault, aponta ainda a necessidade de que essa estrutura social em formação, concebida como sociedade disciplinar, teve de se apropriar do corpo e do tempo dos indivíduos. Assim, é a medicina que vai, nesse primeiro momento, cumprir a função científica de reter o conhecimento das pessoas sobre seu corpo, e posteriormente sobre seu psiquismo, e criar dispositivos de gerenciamento da loucura, isto é, retirá-la do contrato social. Como resultado, o louco é destituído de poder sobre si, tutelado, e colocado como objeto de saber e não mais sujeito. Assim, “sem poder participar do contrato social que ora se estabelece, a loucura ganha estatuto de doença mental, passando a ser compreendida como menoridade, irresponsabilidade, periculosidade, ausência de obra; vista como alienação, sua condição torna-se a de ser tutelada” (Koda, 2003, p.67)

É atribuído a Philippe Pinel, em 1793, no Hospital de Bicêtre, na França, o gesto mítico de desacorrentar os loucos e separá-los dos sãos, ou seja, retirá-los dos Hospitais Gerais e colocá-los em asilos outros, completando um circuito que leva à apropriação da loucura pela psiquiatria com o propósito de tratar e curar com humanidade. É, pois, considerado que a psiquiatria nasce como uma reforma, já que se funda como um campo da medicina especial, propondo uma mudança na relação com os loucos: seres passíveis de cura e tratamento humanizado.

* *Lettres de cachet* eram cartas assinadas pelo Rei da França e fechadas com o selo real, ou *cachet*. Estas cartas reais faziam cumprir ordens do Rei (muitas vezes arbitrárias e sem direito à apelação), que no âmbito penal serviam para condenação de pessoas sem julgamento nem defesa. Muitas vezes essas cartas eram usadas pelos ricos para confinar (em conventos, prisões ou hospitais gerais) ou exilar (em outra parte do reino ou nas colônias) indivíduos indesejáveis.

† Amarante (2007) destaca que esse processo de medicalização do hospital ocorre em duas vias, isto é: a medicina ocidental se apropria do hospital ao mesmo tempo em que se funda como saber e prática predominantemente hospitalar e, principalmente, relacionada à doença “enquanto objeto abstrato e natural”, de acordo com o predomínio científico positivista, e não ao sujeito da experiência da doença.

Mas esse processo de internação e humanização dos hospícios já se dava também na Inglaterra com Tuke, na Itália com Chiaruggi e nos Estados Unidos com Todd e na própria França com Daquin. Todavia, é com Pinel que a loucura até então exclusiva do campo filosófico é colocada também na medicina, “essa é a operação básica instruída por Pinel, a qual possibilita a inscrição da loucura, dos desvios e da paixão e a moral no conceito de doença” (Amarante, 1996, p. 42).

Bercherie (1989) considera ainda que com Pinel se funda a Clínica enquanto método, possibilitada pela aglutinação dos loucos e sua observação sistemática. Para Amarante (1996), Pinel é, ao mesmo tempo, um construtor teórico e prático já que, ao mesmo tempo em que nomeia a loucura no campo médico, abre possibilidade para diferentes terapêuticas, pois ao definir e firmar teoricamente a alienação mental estabelece, também, a noção de cura desses que se passariam a chamar de alienados* por meio do empreendimento de um tratamento moral.

Um princípio do tratamento moral era o isolamento do mundo exterior, longe do contato com a família e do ambiente original, pois estes eram vistos como responsáveis por gerar e manter as paixões dos alienados. Portanto, um espaço diferenciado de internação, chamado de asilo, é destinado aos alienados, pois o termo “hospital geral” era já usado de forma pejorativa.

Assim, o asilo ficou como espaço privilegiado de tratamento. Só nele seria possível restaurar a liberdade perdida. À época da Revolução Francesa, a “liberdade, igualdade e fraternidade” eram valores severamente discutidos, sendo assim necessária nessa reorganização social uma justificativa científica (em contraposição à religiosa e leiga) para a perda da liberdade e a segregação da diferença (Serrano, 1986). Portanto, o isolamento como prerrogativa do tratamento não é questionado nesse momento.

O tratamento moral consistia na submissão do doente a uma instituição moral própria para desenvolver e fortalecer as faculdades do entendimento (Beauchesne, 1989). Como formas de submissão eram usados certos dispositivos mecânicos como as camisas de força e cadeiras de contenção. Apesar das críticas feitas ao policiamento que essa terapêutica conduzia, Pinel destacava a extrema importância da doçura e da humanidade com que se deveriam tratar os internados, o que determinava um dispêndio maior de atenção por parte dos

* Temos em mente que é importante destacar os termos utilizados para falar da experiência da loucura em diferentes momentos históricos: alienação, doença mental, esquizofrenia, transtorno mental, sofrimento psíquico, pois falam diretamente sobre a compreensão desse fenômeno e assim das formas da sociedade se relacionar com ela. Discutiremos mais a frente essa questão ao tratarmos das reformas psiquiátricas posteriores.

médicos, bem como também apontava para o foco terapêutico na relação médico-paciente (Amarante, 1996).

A data de 30 de junho de 1838 marca a edição da primeira lei de assistência aos alienados, na França, ou seja, do modelo instaurado por Pinel, que foi exportado para vários países, nos quais muitas vezes os asilos ou suas alas eram batizados com o nome de seu criador (inclusive no Brasil).

Vindo de uma tradição humanística, Pinel não compartilhava de uma visão organicista, isto é, de que haveria uma lesão que justificasse o termo doença dentro do modelo médico. Para ele, era uma doença moral, que deveria ser curada pelo método do tratamento moral. Porém,

o otimismo em que se baseara a psiquiatria, o otimismo dos primeiros alienistas, sua confiança na possibilidade de cura do louco, própria daqueles tempos esclarecidos, dominados pela confiança na razão e no sujeito humano, logo iria esgarçar-se. E por dois acontecimentos: a massificação dos asilos e a rápida vitória do organicismo (Desviat, 1999, p. 19)

Com o tempo ganharia hegemonia a corrente organicista, principalmente com as descobertas no campo da neurologia, em especial a de Bayle, que descreveu lesões cerebrais da paralisia geral progressiva já em 1822 (Amarante, 1996). O tratamento moral dava resultado na prática, pois curava os ditos alienados, mas a existência de uma doença de cunho moral era incômoda para uma ciência que vê a doença procedente necessariamente de um substrato orgânico. A descoberta de Bayle consegue trazer à tona uma doença mental com etiologia orgânica, uma causa que poderia se estender a outras formas de alienação, fortalecendo uma vertente organicista (que até hoje influencia uma psiquiatria biológica, principalmente com os estudos recentes em neurologia). Por fim, a superlotação dos asilos debilita a força do tratamento moral, que chegava a designar 500 internos por médico, logo este ser que Esquirol considerava o agente mais poderoso contra as doenças mentais (Desviat, 1999).

O asilo, no entanto, permanece como lugar de loucos, mas o tratamento da loucura é inviabilizado. O lugar dado à loucura se torna apenas a exclusão e o tratamento apenas a violência da repressão.

Porém, a história da psiquiatria nos traz também várias críticas à hegemonia do asilo pineliano e seu tratamento moral. São experiências isoladas ao mesmo tempo em que se alastram os asilos e se fortalece a ciência psiquiátrica, em meados do século XVIII e XIX. Nesse momento, as críticas ao asilo, apesar de não questionarem o isolamento como

pressuposto, se propõem a reduzir a violência exercida nessas instituições. São exemplos o sistema *non-restraint* e o *open-door*.

O pai do tratamento sem contenção mecânica (*non-restraint*), que à época era largamente usada no tratamento moral é o médico Jonh Connoly. Sua façanha foi abolir completamente, em apenas quatro meses, métodos de contenção mecânica, como as camisas de força e cadeiras de contenção, no maior hospital da Inglaterra (Hanwell), em 1839, que contava com mais de mil internos (Postel & Quéstel, 2000; Serrano, 1986). Esse sistema também previa a reconstrução histórica da vida do paciente, sua relação com o externo e a participação livre em momentos sociais significativos. Com vistas à magnitude dessa realização, esse psiquiatra considerava que não havia nenhum asilo em que esse sistema *non-restraint* não pudesse ser aplicado, porém, advertia que essa escolha implicava mais atenção e cuidados por parte dos médicos e dos enfermeiros. Outro médico, Korsakoff, utilizou-se das idéias de Connoly para criar o primeiro sistema público de psiquiatria na Rússia (Serrano, 1986; Postel & Quéstel, 2000).

O *open-door* é de origem escocesa, referindo às experiências que questionavam o pressuposto da liberdade aos alienados e visava uma maior circulação interna aos pacientes, bem como o pressuposto de que a procura pelo tratamento em hospital psiquiátrico deveria ser espontânea, empregando também, às vezes, os princípios do tipo *non-restraint* (Barros, 1994). Também era referida essa ênfase na liberdade nos modelos institucionais de colônias-familiares (como a experiência da Província de Geel, anterior lugar de peregrinação ritual dos loucos, que eram adotados pelas famílias do local) e colônias-agrícolas (Postel & Quéstel, 2000).

A recuperação dessas experiências serve de exemplo histórico de como nesse campo clínico, fundado pela psiquiatria, há sempre buscas e experiências inovadoras preocupadas em tratar de uma forma mais digna e sensível outros seres humanos. Infelizmente, algumas experiências são isoladas e não conseguem ampliar seus raios de ação. É provável que o mesmo motivo que mina a possibilidade do tratamento moral (superlotação dos asilos) sirva como empecilho à expansão de formas menos violentas de tratamento. Para Barros (1994), a recusa de aceitar esses sistemas progressistas à época se deu pelo a priori científico da periculosidade do louco. De toda forma, até hoje são usadas formas de contenção violentas, além de outras formas de violência mais sutis, nos hospitais psiquiátricos, até mesmo em alguns ditos humanizados.

Nesse caldeirão, onde se forjam a ciência psiquiátrica além de novas experiências de tratamento, novas teorias e classificações sobre a(s) loucura(s) são proclamadas. Como já foi dito, as diferentes teorias foram possíveis com a fundação desse método clínico de observação em isolamento, permitida com a criação dos asilos específicos para os loucos. Portanto, derivam dessa operação as várias classificações nosográficas dessas “doenças da mente”. É, também, importante afirmar que essa construção foi intimamente vinculada com a noção de periculosidade, irracionalidade, incapacidade – que justificavam a sua exclusão (Pacheco, 2005). É dessa forma que se construiu como natural a compreensão da loucura como doença mental e sua destinação aos lugares mais remotos das cidades e bem isolados do mundo exterior.

Uma das mais influentes foi a teoria da degenerescência – que vem, inclusive, exercer muita influência na psiquiatria brasileira. É uma corrente que traz em seu bojo proposições que vão se mostrar extremamente preconceituosas numa análise posterior. Essa teoria foi elaborada por Morel, em 1840, concebendo a degenerescência como um desvio em relação ao tipo humano normal, transmitido hereditariamente e que se agravava pouco a pouco, até a extinção da família (Beauchesne, 1989). Para Amarante (1996), ficam impressas nessa teoria tanto o caráter orgânico quanto hereditário, assim como a influência de um meio e a reafirmação do tratamento moral, unindo duas teorias em oposição: da etiologia orgânica ou da determinação moral. Já Lombroso desenvolve essa teoria na criminologia, ligando a criminalidade à degenerescência, porém seu feito cria estigmas biológicos, como a presença de cabelos escuros.

Prevalecem, aqui e ali, preconceitos que, apesar de trazerem à tona a questão do meio, não criticam as razões sociais no estudo dos degenerados e na fabricação de tipologias criminais. Para Desviat (1999), essas teorias viriam a fundar a psiquiatria ao lado dos conceitos de criminalidade, periculosidade e cronicidade, noções estas que para Pacheco (2005), formam a representação social do louco e que até hoje influenciam nossa relação com a loucura. No entanto, essa corrente teórica também introduz algumas noções ainda usadas na psiquiatria como a de evolução da doença, predisposição, hereditariedade, influência do meio, profilaxia (Amarante, 1996). Porém, é muito importante ressaltar que essas mesmas noções lançadas pela teoria da degenerescência, em especial seu tratamento profilático, justificavam medidas eugênicas como, por exemplo, a esterilização da população pobre e estigmatizada por essa doutrina.

Beauchesne (1989) esquematiza em quatro grandes correntes as teorias etiológicas para a compreensão do fenômeno da loucura (a assim formada psicopatologia): organicista, fenomenológica, psicanalítica e psicossociológica.

A corrente que permanece ligada pela idéia de substrato orgânico da loucura - e que por isso o autor supracitado se permite referir como sendo organicista - é a que até hoje exerce influência hegemônica na psiquiatria com a classificação nosográfica das síndromes psicopatológicas*, bem como das denominações usadas - em especial a esquizofrenia.

A utilização de construtos derivados de fenômenos neurológicos, fisiológicos e comportamentais para se referir a um construto derivado de comportamento, foi grandemente facilitada pelo arcabouço teórico-médico sobre comportamentos anormais estabelecido no início do século XX, conforme ficou evidente nos passos da construção da esquizofrenia como doença orgânica na história da psiquiatria (Costa, 2003, p. 110)

Para Costa (2004), existe, ainda hoje, muita imprecisão dos termos doença mental, psicose, esquizofrenia, pois “nada de fato dizem sobre a complexidade do sofrimento psíquico de natureza grave” (p. 78). Várias pesquisas são realizadas com o fim de legitimar a psiquiatria como ciência orgânica, assim como diversas são as teorias etiológicas e psicológicas desenvolvidas com o fim de legitimar as terapias. Bentall (por Costa, 2003) mostra o debate ainda corrente acerca das hipotéticas causas da esquizofrenia, nas quais se incluem: herança genética, anormalidades da estrutura cerebral ou bioquímica cerebral, dieta, época do nascimento, agentes virais, estresse social, eventos cotidianos, estrutura familiar.

Críticas aos saberes e práticas desse campo clínico, que emergem com o advento da psiquiatria, são expressas mais duramente no período pós-guerra, já que se trata de um momento de reconstrução social, desenvolvimento dos movimentos civis e de “maior tolerância e sensibilidade para as diferenças e minorias” (Desviat, 1999, p. 23).

Em 1945 é fundada a Organização das Nações Unidas (ONU) e, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), figurando como uma organização mundial de saúde pública subordinada à primeira. É, também, uma conquista desse período a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), reconhecendo a dignidade humana como fundamento para a construção de um mundo de liberdade, justiça e paz, servindo de documento base para vários movimentos e transformações sociais que emergem no século XX.

* Essa tendência se mostra atual pela adoção, como escala de uso universal, do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Assim, muda-se a compreensão da saúde como ausência de doença para outra, concebendo a saúde como um bem-estar físico, mental e social e que se propõe a entender o ser humano em sua totalidade bio-psico-social. Essa nova concepção é defendida pela recém criada OMS e, assim, mundialmente divulgada e referenciada, substituindo também o termo e o foco da “doença mental” para a “saúde mental” (Santos, 1994). Nesse espírito de época, chega-se a conclusão que o hospital psiquiátrico, como lugar de truculentas barbáries, deve ser “transformado ou abolido” (Desviat, 1999, p. 23).

Um conjunto importante de críticas ao Hospital Psiquiátrico e à sua visão da Doença Mental e do tratamento, bem como uma série de experiências práticas daí decorrentes, datam de épocas bem anteriores à Segunda Guerra Mundial, mas só aí elas ganham eco e contornos suficientes para servirem de ideário de transformação (Costa-Rosa, Luzio & Yasui, 2003, p. 16)

No momento de elaboração dessas críticas, é de especial importância o estudo etnográfico realizado por Erving Goffman num hospital psiquiátrico. Com esse trabalho, Goffman (2003) consegue nos descrever o funcionamento e características de uma instituição fechada, nomeando estas de Instituições Totais. Algumas características do sistema asilar são trazidos à luz e torna-se impossível negá-los ou não reconhecê-los. Dentre as que são longamente tratadas na obra, destacamos a “mortificação sistemática do eu” efetuada pelos diversos níveis de violência que são perpetrados; das físicas (maus-tratos e tratamentos invasivos como eletrochoque) às formas mais sutis: vigilância, controle, coerção, separação severa do mundo exterior, barreira rígida entre o mundo dos internos e dos técnicos, negação de direitos civis, ruptura com os papéis desempenhados antes da internação, destituição do próprio nome e dos objetos pessoais que configura uma perda do conjunto de identidade.

Enfim, é a impossibilidade terapêutica desta Instituição Total que é denunciada, questionando decididamente o hospital psiquiátrico. Este ente, criado e mistificado como símbolo maior do tratamento em psiquiatria, é desvelado por sua função iatrogênica e cronificadora: “para Goffman, o que a psiquiatria denomina o ‘curso natural da doença’ é, na realidade a ‘carreira moral do doente mental’” (Amarante, 2007, p. 53).

A psiquiatria é chamada a rever sua eficácia e, os asilos, sua instituição psiquiátrica por excelência. Começam a ser bombardeados por denúncias de maus-tratos e violência dos tratamentos adotados, como eletrochoques, psicocirurgias e, mais tarde, pela administração indiscriminada de psicotrópicos como forma de contenção química. Além disso, a própria psiquiatria começa a ser questionada como detentora do saber sobre o fenômeno da loucura, pois se serve, ainda, de uma nosologia que não consegue explicar as causas e determinações da doença (Costa, 2003).

Nesse momento de falência da psiquiatria e do hospital psiquiátrico, chamam a atenção diversos movimentos em alguns países europeus e da América que propõem novas formas de compreender e lidar com a loucura e os ditos loucos.

1.2 – Primeiras experiências de reforma psiquiátrica

Podemos continuar a história da loucura notando que ao final do século XX configura-se uma época de questionamento das formas clássicas de tratamento em psiquiatria, com a emergência de movimentos de Reforma Psiquiátrica. Essa reforma não fica restrita à ciência psiquiátrica, nem ao campo técnico-assistencial; engloba outras ciências da saúde (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, etc) e, também, vai abranger outras ciências articuladas ao trabalho em saúde mental. Torna-se, portanto, um processo amplo, que mesmo fundado inicialmente pela psiquiatria, alcança e acontece “a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (Amarante, 1995a, p. 75-76).

Valemos-nos aqui de uma definição de reforma psiquiátrica que Pacheco (2005) formulou utilizando-se, além da literatura sobre o tema, de sua convivência no cotidiano de alguns serviços de saúde mental:

Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como uma busca de uma outra forma de olhar, escutar e tratar a loucura, decorrente de um processo histórico de questionamentos e reelaborações das concepções e práticas psiquiátricas clássicas. Essa busca tem como condição primordial a transformação do paradigma da psiquiatria e do modelo asilar para o tratamento da loucura. Busca-se também a construção de um novo espaço social para o louco, um espaço onde sua cidadania seja reconhecida com respeito e sua autonomia, enquanto sujeito, resgatada (p. 92).

Há, ainda, nossa preocupação em não entender a reforma psiquiátrica restrita a uma única disciplina, pois veremos como esse processo se dá exatamente pela falência de pontos de vista unívocos na tentativa de lidar com a loucura e o sofrimento humano (Costa, 2003). Mas, também é importante compreender a necessidade de focalizar a psiquiatria como a primeira especialidade médica que historicamente se apropriou da loucura e a necessidade da mudança epistemológica nessa área, que é ainda hegemônica no trato com loucura. Igualmente, é necessário não isentar outras disciplinas do campo *psi*, como a psicologia. Nessa área, em especial, para Moreira e Sloan (2002), há um movimento de “psicologias críticas”, que apesar de não existir uma definição oficial, pode ser entendido como os esforços de compreender o comportamento humano como uma “interação completa da estrutura social,

história, cultura, com a *psique*” (p. 10), tecida pela utopia de uma psicologia realmente comprometida com o ser humano. Salientam ainda esses autores que, no Brasil, parte dessa discussão acontece no âmbito da reforma psiquiátrica.

Para entender os movimentos de reforma psiquiátrica nos guiamos pela organização proposta por Birman e Costa (1994), que também foi referida e ampliada por Amarante (1995a), como apresentamos a seguir.

1.2.1 – As reformas restritas ao ambiente asilar

A Psiquiatria Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos (EUA) são consideradas como os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica, pois estavam restritos ao ambiente asilar e tinha o objetivo de recuperar desses lugares a sua vocação terapêutica.

As experiências de comunidades terapêuticas iniciam-se no período da 2ª Guerra Mundial, nos hospícios militares, com Bion e Rickman, na Inglaterra, e de Menninger, nos EUA. A crítica à forma asilar tradicional se refere ao desperdício do contingente de soldados que poderiam estar nas frentes de batalhas. Era, portanto, imperativo achar uma forma de recuperar mais rapidamente esses soldados.

No pós-guerra, essa noção prossegue, pois se torna uma necessidade social e econômica o não-desperdício de força de trabalho na reconstrução das cidades destruídas (Birman & Costa, 1994). A Organização Mundial de Saúde, fundada no pós-guerra de 1948, chega a recomendar, em 1953, que todos os hospitais psiquiátricos se transformem em Comunidades Terapêuticas.

A psicoterapia institucional é utilizada para caracterizar o trabalho realizado por Tosquelles no Hospital de Saint-Alban, na França, e previa de resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, tal qual preconizados por Pinel e Esquirol, em vez do espaço de violência e repressão que esses recintos haviam se tornado (Amarante, 1995a).

Nos dois casos, o que move as transformações na psiquiatria é a constatação do aspecto iatrogênico da instituição total (asilar). Conforme Birman e Costa (1994), nas comunidades terapêuticas redescobriram-se as teorias da Terapia Ocupacional (Simons), a importância das relações interpessoais (Sullivan) e a potencialidade do uso de grupos (Menninger). A psicoterapia institucional, recebendo forte influência psicanalítica, desenvolve essa noção do caráter iatrogênico para o princípio de que nas instituições todos estão doentes,

portanto é a própria instituição que deve ser tratada. Dessa feita, essas reformas atuaram na transformação interna das instituições, instaurando relações mais democráticas e horizontalizadas.

As críticas erigidas a essas reformas nos espaços asilares são relativas à não-consideração do estado de exclusão em que os pacientes se submetem com o isolamento. Sendo assim, nesse primeiro momento reformista ainda não é colocada em questão a instituição psiquiátrica como locus privilegiado de tratamento, como foi definida com Pinel um século antes (Amarante, 1995a).

No entanto, é exatamente esse princípio de pensar sobre si mesmo, enquanto instituição, bem como o envolvimento de todos que então fazem parte da instituição (técnicos, pacientes, familiares) que possibilitará, posteriormente, a superação do manicômio como único espaço de atenção.

1.2.2 – As reformas alcançando a comunidade

A Psiquiatria de Setor, desenvolvida na França, e a Psiquiatria Preventiva (ou Comunitária), instaurada nos EUA, se juntam nesse segundo movimento de reforma psiquiátrica, pois ambas são responsáveis pela extensão da psiquiatria ao espaço público, iniciando uma primeira contestação da antiga prática psiquiátrica baseada no isolamento social.

Esse momento contrapõe-se ao movimento de recuperação dos hospitais psiquiátricos pois, vê a instituição asilar como onerosa aos cofres públicos e inadequada para tratar as “novas questões patológicas produzidas pelas sociedades de capitalismo avançado” (Amarante, 1995a, p. 35). Portanto, esses movimentos tentam reformular uma assistência que possa responder aos problemas econômicos e sociais criados pela grande demanda ao saber psiquiátrico no período pós-guerra e definem políticas de saúde mental nos EUA e na Europa. Os modelos anteriores não conseguiram superar essas questões, pois eram altos os gastos com os hospitais – já que a recuperação desse ambiente necessitava de investimento – e, ao mesmo tempo, não havia redução de sua clientela. Além disso, no caso da França, percebeu-se a limitação da Psicoterapia Institucional que apontava para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio, como forma de evitar reinternações.

Com essa nova acepção, a psiquiatria se vê frente a

Um novo objeto: a saúde mental; um novo objetivo: a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento: a coletividade; um novo agente

profissional: as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento: a comunidade; uma nova concepção de personalidade: a unidade biopsicossocial (Amarante, 1995a, p. 39)

Como inovação à organização dos serviços propostos por esses movimentos, destaca-se o sistema de continuidade de cuidados pela mesma equipe: acompanhamento na prevenção, tratamento e pós-alta do hospital psiquiátrico. Com esse modo de organização de cuidados é trazida ao campo da saúde mental a noção de territorialidade, como forma de respeitar o tratamento contínuo. Uma forma de tornar isso possível era efetuando divisões internas nas alas hospitalares de acordo com os bairros de procedência dos pacientes; dessa maneira, a mesma equipe que mantinha contato com o paciente conseguia acompanhá-lo no tratamento pós-alta. Para esse acompanhamento e, também, para a prevenção, implantaram centros de saúde mental comunitários, inclusive contando com emergência e hospitalização extensiva nas 24 horas diárias. Além disso, eram garantidas informação à população, gratuidade, disponibilidade, acessibilidade e concebida como ação do Estado (Amarante, 1995a).

Mesmo ao criar os primeiros serviços ambulatoriais e substitutivos ao hospital psiquiátrico, este continua funcionando como ponto de transição e mantém seu papel central nesse modelo de assistência, quando não, funciona sob um sistema de porta giratória. Os ambulatorios, por sua vez, acabam por funcionar como verdadeiros sistemas de “captação” de clientela para os hospitais psiquiátricos, difundindo uma maciça medicalização da sociedade e adequação dos indivíduos aos preceitos psiquiátricos.

Analogamente à teoria da degenerescência, na psiquiatria preventiva são traçados tipos psicossociológicos ideais, com o intuito de atuar preventivamente em comunidades de risco. Essa crítica é dirigida especialmente à psiquiatria preventivista instaurada nos EUA pelo decreto de 1963, que também utiliza, pela primeira vez, o termo desinstitucionalização para esse processo que, analisado de forma mais acurada, se tornou mera desospitalização. A noção de desinstitucionalização será melhor elaborada nos movimentos de reforma psiquiátrica que efetivamente prescindiram de uma instituição asilar.

O modelo de psiquiatria preventiva é adotada pela OMS e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que o recomenda a outros países, inclusive aos até então considerados de terceiro mundo, como o Brasil. Para Santos (1994), a noção de promoção de saúde mental é respaldada no âmbito dessas organizações internacionais porque desde seu surgimento iniciaram uma compreensão de saúde que não era restrita à ausência de doenças, mas sim referida ao bem-estar físico, mental e social.

Portanto, nesses movimentos de reforma que chegam à comunidade, a assistência psiquiátrica é popularizada e infiltrada na vida privada, agregando também nesse trabalho outros profissionais de saúde, além dos psiquiatras. Por fim, a atuação comunitária acaba por atestar o poder de controle social do saber psiquiátrico e psicológico.

O aspecto comunitário e a atuação de equipes são as grandes novidades desse modelo, assim como a noção de continuidade do tratamento, de regionalização ou territorialidade e de desinstitucionalização (mesmo que ainda praticada como desospitalização). Todavia, não acontece nesse momento o rompimento com o modelo hospitalocêntrico, pois os serviços comunitários propostos não são realmente substitutivos, funcionando mais como capilares do hospital psiquiátrico que ainda permanece numa posição central (Amarante, 1995a).

1.2.3 – As reformas e o rompimento com o paradigma psiquiátrico clássico

Amarante (1995a) insere, como continuação da organização realizada por Birman e Costa (1994), os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana. Sua continuação se dá, porém, numa via contrária a das outras, pois destaca que há nestes uma ruptura radical ao paradigma clássico psiquiátrico, isto é, aos saberes e as práticas até então instituídas e naturalizadas, com a finalidade de possibilitar sua reconstrução (ou invenção). Por esse motivo, Rotelli (1990) refere-se aos primeiros movimentos como sendo não de reformas psiquiátricas, mas como psiquiatrias reformadas, no intento de ressaltar a necessidade dos movimentos de ruptura tanto com a epistemologia psiquiátrica, quanto com suas instituições assistenciais.

A antipsiquiatria teve início no final dos anos 1950, mas alcança repercussão nos anos 1960. Tem como expoentes teóricos: Laing, Cooper, Basaglia, Deleuze, Guatarri, Szasz, Esterson, dentre outros. Pode ser definida como um “conjunto de reflexões acerca da origem, conceito, abordagem do facto social e individual que constitui a loucura.” (Fábregas & Calafat, por Pacheco, 2005, p. 99).

Com esse movimento, ergue-se um conjunto teórico que se difunde e influencia outras correntes teóricas e a psiquiatria democrática italiana. Porém, as experiências de formas de tratamentos concernentes aos princípios apregoados pela antipsiquiatria e executadas pelos seus principais autores, como Laing e Cooper, são mitigadas. Por isso, alguns autores consideram que esse movimento se restringiu à crítica epistemológica da psiquiatria (Amarante, 1995a).

Alguns pressupostos adotados (Cooper, 1974):

- Busca diálogo entre razão e loucura e considera que esta ocorre *entre* os homens e não *dentro* deles e é, portanto, uma produção social;
- Rejeição da tentativa de normatização da sociedade, vendo a violência da psiquiatria como a violência dos sadios contra os rotulados loucos;
- Ressignificação do diagnóstico, que é denunciado mais como uma objetivação do que um testemunho;
- Quebra da oposição médico-paciente como forma de possibilitar a inversão dos papéis e a mobilidade entre essas categorias;
- Não interferência, isto é, possibilita a vivência da experiência, em vez de sua evitação, com o acompanhamento de pessoas “não apavoradas”. O seu método terapêutico não previa nenhum tratamento químico ou físico.

Dessa forma, esse movimento contribuiu para reformulações teórico-práticas na assistência à saúde mental, inserindo no debate o papel da família e do grupo social no adoecimento e restabelecimento, bem como a resignificação da vivência de uma crise como o potencial de crescimento e auto-conhecimento. Para Amarante (1995a), a antipsiquiatria traz importantes contribuições teóricas e práticas transformadoras, como a compreensão da desinstitucionalização como desconstrução, noção que é, ao mesmo tempo, desenvolvida por Basaglia na psiquiatria democrática.

A Psiquiatria Democrática Italiana se constituiu como produto de uma trajetória de desconstrução do hospital psiquiátrico em cidades da Itália. É referido o psiquiatra Franco Basaglia como pioneiro dessa transformação que se baseou na negação da capacidade terapêutica do confinamento e na possibilidade de invenção de um novo jeito de lidar com a loucura, de forma democrática.

Ao considerar o processo histórico que levou à apropriação da loucura pelo discurso médico e o imperativo de seu tratamento confinado - apoiado nas leituras de Foucault, Goffman e dos teóricos da Antipsiquiatria – esse movimento propõem a inversão desse quadro e o retorno da loucura ao universo social, dissociada das noções construídas de periculosidade, incapacidade e irracionalidade (Amarante, 2007).

A história de vida de Basaglia também é importante de ser considerada, pois, por ter sido prisioneiro da Segunda Grande Guerra Mundial, pode lançar um olhar diferente do organicismo e da institucionalização dominante na época e procurou uma formação diferenciada com a fenomenologia e o existencialismo (Amarante, 1996). No primeiro

hospital psiquiátrico que dirige, em Gorizia (Itália), inicia uma grande transformação, com abolição dos métodos coercitivos e violentos, resgate dos direitos e dignidade dos internos, participação de todos em reuniões e assembleias e abertura de pavilhões. Porém, efetuando essas mudanças com influência das experiências anteriores de reforma psiquiátrica, logo se percebeu a impossibilidade de dignidade humana em situação de confinamento. Essa transformação em Gorizia culmina em pedido de fechamento do hospital, mas que, ao não ser acatada pelo poder local, acaba em alta coletiva aos internos e demissão em massa da equipe. Conforme Amarante (1996), após esse episódio, ocorre um retrocesso, com tentativa de retorno aos moldes asilares clássicos, mas logo foram retomados os efeitos das transformações por terem sido construídas de forma compartilhada.

A experiência de Basaglia em Gorizia ganhou muita repercussão, sendo ele convidado a conhecer a psiquiatria comunitária dos EUA e ser professor em um Centro de Saúde Mental. Porém, lá foi possível perceber como a compreensão da desinstitucionalização era sobrepujada pela prática de desospitalização (Rotelli, 1990a).

Assim, com o retorno à Itália e sua nomeação como diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste, Basaglia e equipe conseguiram levar a cabo profundas transformações das quais derivaram novas posturas teóricas e práticas em saúde mental. O trabalho realizado em Trieste se deu de forma gradativa com o fechamento de pavilhões e restabelecimento da autonomia das pessoas internadas naquele lugar. Aos poucos foram criadas cooperativas, alta coletiva por falta de justificativas psicopatológicas para internação e a criação do lugar de hóspede do hospital (em vez de paciente e pessoa tutelada), recebimento de subsídios do Estado em dinheiro para subsistência, até a saída do hospício para a cidade. Em 1975 foi aberto o primeiro Centro de Saúde Mental e o início da construção de uma rede de serviços territoriais verdadeiramente substitutivas ao hospital psiquiátrico especializado. Verdadeiramente substitutivos porque ofereciam atenção integral, isto é, 24 horas, todos os dias do ano, com acolhimento de crise, atendimento domiciliar e apoio social. Assim, em 1976, o hospital psiquiátrico de Trieste foi fechado oficialmente, sendo garantida uma atenção em saúde mental pela rede construída de centros territoriais, grupos-apartamentos, serviço de emergências do hospital-geral (Amarante, 1996).

Rotelli (1990a) nos dá as pistas para compreender esse processo que foi chamado de Desinstitucionalização. Em primeiro lugar é necessário desinstitucionalizar o paradigma racionalista doença-cura, isto é, reconhecer que

o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a 'doença', da 'existência global e complexa e concreta' dos pacientes e do

corpo social. Sobre essa separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’ (p. 27-28)

É necessário colocar a “doença entre parênteses” como forma de permitir ver a pessoa que sofre e, então, poder se aproximar do fenômeno humano que a ciência psiquiátrica clássica, somente focada na doença, objetivou e restringiu. Além disso, essa visão permite observar o que se chamou de o “duplo da doença mental”, isto é, o que surge como consequência do processo de institucionalização, pela negação da identidade e da subjetividade do dito louco, ação tão bem exemplificada pelo trabalho supracitado de Goffman (2003). Para Basaglia, enfrentar esse “duplo”, “revelar o sujeito que sob ela se mascara e se coisifica, deve ser o primeiro e o mais fundamental ato terapêutico” (Amarante, 1996, p. 81).

Há, então, uma ruptura epistemológica, uma profunda divergência sobre o objeto da psiquiatria, de “doença-cura” para a “existência-sofrimento” das pessoas e suas relações com o corpo social. Com a operação, é necessário também construir todo um arcabouço teórico e prático, bem como a re-organização de instituições (de cuidado, assistenciais, judiciárias, administrativas, diagnósticas, etc), muito diferente do que se conseguia construir com o foco na doença. Nesta nova perspectiva, considerando a existência e o sofrimento das pessoas, o foco não é mais na sua cura, mas na invenção da saúde, da produção de vida, da subjetividade, da reprodução social; ou ainda “a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de probabilidades” (Rotteli, 1990b, p. 92).

Uma boa definição do que se entende por desinstitucionalização se tem com essa citação de Rotelli (1990a):

é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. 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 esse sofrimento (p. 33)

Nesse percurso de desinstitucionalização, esse autor ainda traz à luz aspectos importantes que permitiram essa experiência inovadora. Em primeiro lugar, fica a importância de reconhecer que esse é um processo em aberto, ou melhor, em constante construção, um processo de invenção (de “instituições inventadas”), centrada na produção de vida e reprodução social, ou seja, organizada em relação ao território e emancipando pessoas como

atores sociais (em oposição aos dispositivos criados em referência à doença: ambulatórios, hospitais e os diagnósticos estanques e desclassificatórios). Em segundo, a seriedade de se colocar ênfase no papel que os técnicos desempenham nesse processo, pois trabalhando no interior das instituições, devem realizar as reflexões necessárias para transformar suas relações (e a própria instituição), ativando redes, poderes, demandas sociais.

Dessa forma, outro aspecto se desvela, de que é com a utilização das próprias energias internas da instituição que se faz a decomposição e construção de novas estruturas externas inteiramente substitutivas ao manicômio, isto é, que não reproduza a necessidade de internação. Mas, para tanto, é preciso se pautar num recurso fundamental: a tomada de responsabilidade*, tanto por parte dos técnicos (atores tão importantes), quanto de todas as pessoas envolvidas no processo de desinstitucionalização; usuários, familiares, comunidade; de forma tal que os serviços territoriais criados respondam às necessidades de saúde mental do território e, portanto, se oponham às práticas de abandono que se propõem superar.

Em 13 de maio de 1978 é aprovada pelo parlamento italiano a Lei nº. 180, que acolhe todo o processo realizado em Trieste. Seus pontos centrais são, segundo Rotelli (1990a): (a) a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes; (b) a responsabilidade dos serviços territoriais pela saúde mental de uma determinada população; (c) abolição do estatuto de periculosidade social, das tutelas jurídicas, das internações coagidas e o reconhecimento da cidadania das pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave; (d) e, por fim, a manutenção dos direitos pessoais no caso de tratamento sanitário obrigatório pelo paciente, previsto em casos excepcionais, depois de esgotadas outras possibilidades, compreendendo, de forma complexa, “dois elementos em geral tomados separadamente: o direito do paciente a recusar o tratamento e a obrigação do Serviço Sanitário de não abandonar o paciente a si mesmo. E por isso a obrigação da qual se fala fixa uma responsabilidade terapêutica do serviço e não uma sanção legal do paciente” (p. 49).

Para esse autor, o trabalho de desinstitucionalização continua por meio da implementação dessa lei, ou melhor, é ampliada, pois a desinstitucionalização é entendida como um processo social complexo.

* Esse termo, segundo Amarante (1995b) pode ser entendido como propõe Giuseppe Dell’Acqua, isto é, “ocupar-se do doente em sua existência-sofrimento” (p. 493).

Com o triunfo dessa experiência triestina abrem-se os caminhos e as reais possibilidades de uma outra forma de atenção em saúde mental sem exclusão, com uma rede de assistência aberta e territorial e total eliminação da separação dentro/fora*.

Para concluir esse capítulo, sintetizamos as informações apresentadas em um quadro sinóptico, bem como acrescentamos outras informações históricas, conforme pesquisa de Vicentino (2005). Nomeamos esse primeiro quadro sintético (Quadro 1) como “Resumo da História ‘Geral’ da Loucura”, como uma referência à divisão didática realizada pela disciplina histórica.

As divisões em “períodos” ou “regiões” são técnicas de estudo que a historiografia se utiliza para organizar e abordar um assunto, sendo mais “recortes que evidenciam escolhas e não uma constatação de que os eventos, na prática, se organizaram dentro daquela periodização ou tiveram efeito apenas na regionalização criada ou escolhida.” (Vicentino, 2005, p. 139). A periodização diz respeito à divisão em períodos, como “Idade Antiga”, “Idade Média”, “Idade Contemporânea”; a divisão em regiões do mundo, ou “regionalização”, é usada para organizar a história em “da América”, “da Inglaterra”, “de Ouro Preto”.

* Por concordarmos com essa orientação teórica e com vistas ao debate acerca da noção de doença mental e esquizofrenia, inserido por Thomas Szasz, passaremos - a partir desse ponto - a colocar os termos “doença mental, doente mental, esquizofrênico, esquizofrenia” entre parênteses, como forma de sublinhar nossa divergência com essas concepções, buscando compreender as pessoas, antes referidas por esses termos restritivos, em seu sofrimento psíquico de natureza grave, conforme Costa (2003).

Quadro 1 – Resumo da história geral da loucura

Idade Média (do século V, desde 476, ao XV, até 1453, com a tomada de Constantinopla)

- Organização feudal. Teocentrismo. Guerras, Fome, Peste, Morte.
- Loucura circulava, também era segregada em exílios rituais, sugerindo uma estranha hospitalidade com a loucura (Foucault, 1978)

Renascimento (período considerado entre meados do século XIV ao XVI)

- Renascimento cultural e das cidades. Comércio, Expansão Marítima, Colonização, Reformas religiosas, Humanismo e Antropocentrismo.
- Coexistência de uma “experiência trágica” e “consciência crítica” da loucura (Foucault, 1978)

Idade Moderna (do século XVI, desde 1453, ao XVIII, até 1789, com o início da Revolução Francesa)

- Nacionalismo, Reorganização das Monarquias, Revolução industrial, Crescimento das cidades, Problemas sociais, Tensão crescente entre monarquia e burguesia; Iluminismo, entre os séculos XVII e XVIII: racionalismo e conhecimento crítico.
- Período da Grande Interação (Foucault, 1978); Triunfo da “consciência crítica” sobre a “experiência trágica”; A loucura vista como vício, erro, defeito, des-razão.
- 1656 – 1^o. Hospital Geral, França.

Idade Contemporânea (do século XIX, desde 1789, até os dias de hoje)

Duas Guerras Mundiais (1^a. GM de 1914 a 1918; 2^a. GM de 1939 a 1945), ONU (1945), OMS (1948), Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Guerra Fria (1945 a 1991), Comunismo, Socialismo, Capitalismo, Informatização, Desenvolvimento tecnológico, Conquista do espaço, Superpopulação, Urbanização, Neo-Liberalismo, Globalização, Preocupações ecológicas.

Século XIX (de 1789 a 1914, com o início da 1^a. Guerra Mundial)

- Marcado por revoluções contra a ordem estabelecida, originadas de idéias liberais, democráticas, do movimento social ou do movimento de nacionalidades (movimento no qual inclui a Independência do Brasil, em 1822), segundo Rémond (por Vicentino, 2005).
- 1793 - Gesto de Pinel, Bicêtre, França. O alienismo: a psiquiatria nascendo como reforma. 1838 – Edição da primeira lei de assistência aos alienados, em 30 de junho, na França. Expansão dos asilos, sucedendo uma proliferação de explicações e classificações da(s) loucura(s).
- 1840 - Teoria da Degenerescência – principais teóricos: Morel (1809 - 1873), Magnan (1835 - 1916) e Lombroso (1836 - 1909).

Século XX (de 1914 a 1991)

- Marcado pela disputa ideológica entre capitalismo e comunismo e pela violência das duas guerras mundiais, segundo Hobsbawn (por Vicentino, 2005).
- Psicofármacos, ECT, psicocirurgias e os Movimentos de Reforma Psiquiátrica; Tratamentos: Malarioterapia (1917), Insulinoterapia (1933), Choque cardiózólico (1935); Psicocirurgia (1936); Eletroconvulsoterapia (1938); Lobotomia (1949); Neurolépticos, Tranquilizantes e Antidepressivos (1952 – 1960).
- Movimentos de Reforma Psiquiátrica: Comunidades terapêuticas, experiências de Menninger na década de 40; Maxwell Jones consagra o termo em 1959; Psicoterapia institucional, termo usado em 1952 para caracterizar o trabalho de Tosquelles; Psiquiatria preventiva ou comunitária, EUA, Mental Health Act em 1963; Psiquiatria de Setor, França, incorporada como política oficial na década de 60; Antipsiquiatria, década de 60; Psiquiatria Democrática Italiana, início em Gorizia (1961), fundada em 1973 (Bolonha) e adotada como lei na Itália em 13 de maio de 1978.

Século XXI (de 1991 aos dias de hoje)

- Blocos Econômicos, Países emergentes (Brasil, Rússia, Índia, China), Terrorismo, Invasão americana no Oriente Médio.
- Expansão da promoção da saúde mental (OMS) e das experiências de reforma psiquiátrica.

CAPÍTULO II

Loucura, reforma psiquiátrica e saúde mental no Brasil

*"Quisera encontrar
Aquele verso menino que escrevi
Há tantos anos atrás..."
Milton Nascimento/Fernando Brant*

Passamos agora à compreensão da inserção da psiquiatria no Brasil e da composição da assistência psiquiátrica brasileira para entender o posterior processo de reforma psiquiátrica brasileira, da qual deriva a atual Política Nacional de Saúde Mental.

2.1 – Breve história da assistência psiquiátrica brasileira e a emergência de uma reforma psiquiátrica no país

As circunstâncias que determinaram as transformações do lugar social do louco na Europa no século XVI, isto é, a sua incidência enquanto problema social e a necessidade de instituições para controlá-lo, guardam semelhanças com o que ocorreu no Brasil do século XIX, exceto pelas peculiaridades locais e pela imensa diferença de séculos. Em especial, temos que enquanto na Europa há o desenvolvimento de uma massa de excluídos em função da ordem que começava a se instalar e reorganizar toda a vida social em torno do trabalho, no Brasil a necessidade de ter controle dessa massa se dá em plena atividade rural e organização pré-capitalista.

Para Resende (2000), é principalmente a situação do Brasil enquanto colônia de Portugal e suas peculiaridades econômicas e sociais que introduzem algumas diferenças. No período colonial, que vai do século XV até meados do século XIX (no ano de 1822 com a Independência do Brasil), não havia a necessidade de uma assistência especializada ao louco, por esse motivo, há suposições de que viviam da caridade pública, ou ainda aos loucos pobres, se mansos, permitiam errar pelas cidades, mas ao apresentarem comportamentos violentos ou imorais, eram recolhidos em cadeias; loucos ricos, mantidos em casa e amarrados, se violentos (Santos, 1994).

Resende (2000), baseado nos trabalhos de Tácito Medeiros, considera que a assistência dada aos loucos pelas Santas Casas de Misericórdia, existentes no país desde o século XVI, não era expressiva, tornando-se somente importante num momento posterior de

crescente urbanização. No entanto, esse autor retira da literatura de Guimarães Rosa algumas referências que sugerem as maneiras que eram tratadas as pessoas que poderiam ser consideradas loucas à época no sertão mineiro, pois em suas crônicas são descritas pessoas ensimesmadas e tomadas por esquisitões, que se recolhem em retiros no meio do mato ou que vagam pelo leito dos rios até se sentirem à vontade de retomar o convívio com a comunidade local. É interessante notar que essas ilustrações da vida dos sertanejos lembram os exílios rituais realizados por meio de peregrinações às cidades específicas ou em navegações incertas na “nau dos loucos”, conforme descritas por Foucault (1987).

A situação do Brasil Colônia muda com a vinda da Família Real, em 1808, pois a partir de então ocorre um processo de modernização das cidades e subsequente criação de instituições, como escolas de Direito e Medicina, assim como a expansão das Santas Casas de Misericórdia para cuidar da saúde e da mendicância.

Segundo Santos (1994), é nesse momento de crescimento desordenado que são acirradas as desigualdades sociais e cresce o contingente de vadios, posto que num ambiente organizado em polaridades, de uma maioria esmagadora de escravos e uma minoria de senhorios, quem não se encaixava nessas categorias de dono ou servo não desfrutava de situação estável. Logo, o contingente de vadios era formado por pessoas que não trabalhavam* e não tinham acomodação social, sendo, em sua maioria, os mulatos não-escravos e mestiços provindos de variadas miscigenações, mas também brancos, considerados puros. Para a respectiva massa, cabiam basicamente apenas os ofícios de caçadores de escravos foragidos, ou em outros afazeres como “polícia” dos senhores, ou, ainda, conseguir se tornar um agregado dono de terras e engenhos. Afora essas opções, crescia a tropa de desocupados permanentes que se torna uma preocupação das autoridades coloniais.

Dentre esses, os loucos, que passam a se incluir no rol de assistidos pelas Santas Casas de Misericórdia. Porém, sem assistência médica, eram trancafiados em porões e “tratados” pelos guardas e carcereiros, em geral, grandes e brutos homens portugueses. Assim, é ainda como Colônia que o Brasil ainda predominantemente rural, no século XIX, vive o processo ocorrido entre os séculos XVII e XVIII na Europa, em decorrência da transformação da organização do trabalho com a revolução industrial e a emergência da burguesia (Santos, 1994).

Com o retorno do rei a Portugal em 1821, e o Fico do príncipe Dom Pedro I, o Brasil se torna independente em 7 de setembro de 1822. Para Amarante (1994), é a partir deste

* É interessante notar que, à época, o trabalho era uma atividade imbuída de preconceitos, pois era realizada ostensivamente por escravos.

momento que as equações louco-doença mental e reclusão-tratamento são inseridas no país. Os médicos brasileiros, formados pelas novas escolas fundadas no período colonial e com experiências nos asilos franceses, iniciam um movimento de severas denúncias contra o tratamento violento, leigo e insalubre oferecido pelas Santas Casas de Misericórdia. Assim, as pessoas consideradas loucas, até então livres ou trancafiadas em prisões, casas de correção, asilos para mendigos ou nos porões das Santas Casas, viram “doentes mentais” e necessitam de um espaço próprio para sua cura, tal como o *slogan* que criam em 1830: “aos loucos, os hospícios”.

A criação de hospícios no Brasil se dá a partir de 1841, com a assinatura do decreto de fundação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, inaugurado no ano de 1852 (criado após dez anos do decreto de sua fundação). Esse evento, considerado uma importante obra assistencial do Império, é acatado como o marco institucional da assistência psiquiátrica no Brasil (Amarante, 1994). A partir desse hospício, são criados outros nas demais capitais como São Paulo, Pará, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul, que têm em destaque, como características comuns, a localização distante do centro e as doações e/ou impostos direcionados para erguê-los, implicando a mobilização da opinião pública a favor dessa causa médica (Oda & Dalgalarrodo, 2005).

Conforme Santos (1994), mesmo sendo uma requisição médica, estes hospícios não dispunham de médicos em sua direção, que continuou nas mãos das Santas Casas. O tratamento prestado era leigo (não científico), contando com algumas orientações do tratamento moral (como a repressão do delírio para incutir a consciência de culpa do louco, divisão de alas por sexo, características do adoecimento, camisas de força, laborterapia), mas realizada de forma fragmentada, sem reflexão médica própria, figurando mais como uma cópia débil dos modelos franceses. Não obstante, o mesmo autor assegura que a clientela atendida não contava somente com os ditos “doentes mentais”, mas marginais de toda sorte, assim como sempre funcionou a assistência filantrópica dessas Santas Casas.

Como resultado dessa compreensão leiga do papel do hospício, ocorre sua superlotação em apenas dois anos de funcionamento (já em 1854), frente à qual Amarante (1994) destaca que foram necessárias algumas medidas emergenciais para minimizar novas internações, incorrendo em ainda mais pessoas identificadas como loucas nas ruas e, portanto, o reinício do ataque à administração religiosa por parte dos médicos, bem como a justificativa para a construção emergencial de mais hospícios.

Conforme discorre Amarante (1994), somente em 1881 é iniciado um processo de queda da hegemonia religiosa na administração dos manicômios com a ascensão de um médico generalista (Nuno de Andrade) à direção do Hospício Pedro II. No mesmo ano, é também criada a cadeira de medicina “doenças nervosas e mentais” lecionada por Teixeira Brandão, que exerce uma forte atuação nas denúncias de maus-tratos nos hospícios e, em 1886, é nomeado diretor do Hospital Pedro II, ocupando esse lugar como o primeiro especialista na área da psiquiatria.

Nessa mesma época data-se a chegada das teorias da degenerescência ao Brasil, influenciando os médicos que começam a se especializar em psiquiatria. Segundo Cunha (1990), além da teoria de Morel, é também difundida a criminologia de Lombroso - com os trabalhos de Nina Rodrigues sobre a morfologia e fisiologia dos criminosos brasileiros -, mas aqui o trabalho da teoria da degenerescência no Brasil vai servir como mais uma forma de discriminação dos negros, mulatos e outros mestiços, aos quais eram dadas a condição de predisposição à degeneração e a responsabilidade pelo não-progresso do país, pois eram associados a tais raças as características de indolência, dificuldade de aprender e de não evoluir.

Assim era justificada, como extremamente necessária, a profilaxia do espaço urbano, exercida pelos alienistas como forma de viabilizar o novo regime. Porém, ao mesmo tempo em que os mestiços eram estigmatizados e os índios dizimados e expropriados de suas terras, de forma contraditória ocorria o desenvolvimento do movimento nacionalista que se formava com a finalidade de libertar o Brasil à condição de República. Nesta, eram exaltados os índios como povos originais da terra, o valor do povo brasileiro, tudo como forma de se opor a um inimigo colonizador. De toda forma, é uma época de grandes transformações sociais e políticas no Brasil – aproximando a sua transformação em República – em que a emergente psiquiatria é chamada a continuar exercendo seu papel de controle social, com a detecção e isolamento dos perturbadores da ordem, mas, agora, com o adicional de estar sob total respaldo científico: o de exercer o saneamento do espaço urbano (Cunha, 1990).

Sobre esse embate, que legitima a emergente psiquiatria e a construção das várias “casas de orates” no Brasil, é perspicaz a visão de Machado de Assis em “O Alienista” (Assis, 1881). Essa obra ilustra, ao mesmo tempo, uma época em que se buscava afirmar a ciência e o positivismo como necessários e suficientes para a ordenação social (cuja nossa maior herança está estampada na bandeira nacional: “ordem e progresso”), bem como demonstra como

estava na ordem do dia o debate sobre os limites da loucura e sobre os novos cientistas especialistas para tratar e determinar quem é louco ou não.

Por todo esse contexto de transformação da conjuntura política social do Brasil, Resende (2000) considera este fator o que mais adquire importância na determinação sobre o desenvolvimento local da psiquiatria, em contraposição às teorias importadas, que ficam em segundo lugar. Assim, esse autor explica que não é possível adaptar a situação no país com o advento de uma teoria, estas sim que, ao chegarem aqui, são adequadamente mutiladas e tropicalizadas para se adaptar às condições que encontram e não o oposto: “isto porque a psiquiatria, do mesmo modo que outras instituições, cumpre determinadas funções sociais, múltiplas e variáveis com o tempo e as diversas sociedades, e a natureza deste mandato é função das sociedades concretas onde ela opera” (p. 30).

Cunha (1990) corrobora essa visão argumentando que a aceitação da teoria da degenerescência no Brasil, às vésperas e durante os primeiros anos da República, se deu pela necessidade de reordenamento social que se operava, pois “o regime republicano encontrou nas teorias da degenerescência um eficaz instrumento de controle social” (p. 23), que a um só tempo tinha o poder de justificar e estigmatizar a pobreza. Resende (2000) oferta dados da época, início do século XX: revelam que 90% dos pacientes internados no Hospital Nacional de Alienados são diagnosticados como “degenerados atípicos”. É, portanto, possível prever que em tal categoria cabe uma ampla gama de pessoas, desde as que realmente necessitavam de algum cuidado até “marginalizados sociais de todos os matizes e categorias” (p. 44). Outro exemplo dessa arbitrariedade aponta que, entre 1905 e 1914, 31% da população internada nesse mesmo hospital era composta por imigrantes, sendo também um retrato fiel dos problemas sociais brasileiros fora das portas dos asilos.

Temos a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, momento em que ocorre a separação do Estado e da Igreja e a administração dos hospícios, que era ainda mantida sob mãos de ferro da Santa Casa de Misericórdia, passando para as mãos da administração pública. Portanto, é somente com o começo da República que se firma, no Brasil, a posição hegemônica da necessidade de psiquiatras na direção dos hospícios e a afirmação de seu saber sobre a loucura (Cunha, 1990). Desta feita, em 1890, o antigo Hospício Pedro II é renomeado como Hospital Nacional dos Alienados, consolidando, afinal, a mudança da administração do serviço ao Estado. Ao mesmo tempo, foi estabelecida a primeira instituição pública de saúde do novo Estado - a Assistência Médico-Legal dos Alienados - com o médico Teixeira Brandão assumindo ambos os postos da administração (da

organização federal e do serviço da capital), tendo uma gestão de ampliação dos asilos e acompanhada de uma profissionalização dos psiquiatras e enfermeiros.

Este momento histórico é referido por Amarante (1994) como a primeira reforma da assistência psiquiátrica brasileira, pois, na República, a psiquiatria tenta se modernizar uma vez que o asilo/hospício é uma referência às instituições do Império e ao Absolutismo, muito distante dos ideais libertários. Com isso, se insere neste período uma nova forma de assistência no país, com a adoção do modelo dos hospitais-colônias, que são largamente criados, sendo os primeiros do Brasil e da América Latina: a Colônia São Bento e Colônia Conde de Mesquita, na Ilha do Governador do Rio de Janeiro; Colônia de Vargem Alegre também no Rio de Janeiro e a Colônia do Juquery, em São Paulo.

Essa reforma da assistência psiquiátrica irá se direcionar aos espaços sociais, movimento concretizado mais tarde sob a influência da Liga Brasileira de Higiene Mental (fundada em 1923). Porém, nesse momento, o que essa organização do espaço asilar tinha de novo era o funcionamento com ênfase na convivência em comunidade e na terapêutica baseada nos valores de fraternidade e trabalho – o novo valor do capitalismo – por meio da prática terapêutica chamada de laborterapia, cuja função também era tratar a degeneração como forma de “reverter ao normal a tradicional moleza do brasileiro” (Santos, 1994, p. 33). Porém, essas colônias eram criadas em lugares distantes das capitais e das grandes cidades, de tal forma que a convivência prevista era em comunidades rurais e não nas urbanas, inclusive como forma de levar para longe os hospícios que já ficavam muito perto das cidades que cresciam vertiginosamente.

Cunha (1990), ao tratar do Juquery, ainda destaca que a liberdade, longe de ser recurso terapêutico, era dada como um prêmio de bom comportamento na carreira asilar e, caso houvesse alguma distorção dos papéis que deveriam ser cumpridos, voltava-se para a estaca zero: a internação em ala junta, depois em ala separada, logo, os trabalhos internos forçados até chegar novamente aos trabalhos externos, também forçados. Além desse efeito de prêmio, alguns autores (Resende, 2000; Amarante, 1994; Santos, 1994) relatam outros problemas com essa forma de assistência: (1) o trabalho interno serviria mais a uma necessidade governamental de reduzir custos com a assistência psiquiátrica; (2) ao ser integrado em famílias, pelo idealizado sistema de assistência heterofamiliar, não se sabe ao certo quantos pacientes se beneficiaram. No entanto, os autores relatam que, na maioria das vezes, o paciente era explorado em sua capacidade de trabalho, sendo uma fonte de mão de obra barata para pequenas propriedades rurais; (3) ao longo do tempo, se torna um modelo anacrônico,

pois num país em constante industrialização não se demandava trabalho rural nas grandes cidades, nem no campo, uma vez iniciado o processo de modernização da agricultura; (4) a criação de mais hospícios, paradoxalmente, aumenta a população de “pacientes”, dessa forma, a psiquiatria organiza e aumenta a sua clientela e as novas colônias não conseguem absorver a demanda e oferecer tratamento digno.

Portanto, os autores referidos argumentam que o novo modelo não atinge o objetivo esperado de ressocialização e capacitação para o trabalho, caracterizando a assistência aos alienados somente com a função de exclusão social, assim como fora desde a criação dos hospícios. Soma-se a essa análise que no período de governo de Campos Sales (1898-1902) houve uma deterioração da assistência psiquiátrica com a introdução de reduções orçamentárias à área, que somente são retomadas no governo posterior, de Rodrigues Alves (1902-1906), em que um inquérito revela que o Hospital Nacional dos Alienados, da Capital, é apenas um lugar de detenção e não dispõe de tratamento conveniente. (Resende, 2000).

Em 1902, Juliano Moreira assume a direção do Hospital Nacional dos Alienados e também da Assistência Médico Legal dos Alienados e, podendo contar com o investimento do Estado na área, continua a gestão iniciada por Teixeira Brandão, com criação de mais hospícios e reorganização dos que já existem, conseguindo, também, a legitimação jurídico-política em território nacional com a edição da primeira lei relativa à assistência psiquiátrica no Brasil: Lei nº. 1131, de 22 de dezembro de 1903, que confere à psiquiatria o papel de guardião da ordem pública e, desde já, determina a construção de manicômios judiciários (Amarante, 1994).

Conforme Costa (2004), esta determinação é fruto de um movimento iniciado desde 1870 no Brasil pelos alienistas que, da mesma forma como ocorria na Europa, requeriam instituições especiais de tratamento para esses loucos criminosos ou, pelo menos, seções separadas nos hospícios. O primeiro manicômio judiciário no Brasil é inaugurado em 1919, por Heitor Carrilho, sob clamores populares após o assassinato da esposa de um senador por uma pessoa tida por degenerada. O autor supracitado argumenta que com essa lei é revelada, no Brasil, a face da psiquiatria como forma de controle social e mais: é exposta a sua relação com a justiça penal e a associação arquitetada entre a doença mental – criminalidade – internação.

Sobre o Dr. Juliano Moreira, o trabalho de Vasconcellos (2005) revela que apesar deste ter em mente a necessidade de uma assistência psiquiátrica que contasse com a criação de serviços diversificados, como hospitais urbanos para pacientes agudos nos grandes centros

urbanos com mais de 50.000 habitantes, só conseguiu implantar os modelos de hospitais-colônias e, em locais distantes. Em que pese ser preconizado nessas colônias o tratamento em sistema *open-door*, como já foi visto com o trabalho de Cunha (1990) sobre a Colônia Agrícola do Juquery, não era essa a realidade encontrada, sendo a liberdade utilizada menos como algo terapêutico e mais como controle de boa conduta. Como resultado de seu trabalho, Juliano Moreira conclui, já em 1920, uma etapa em que a psiquiatria brasileira se destaca pela ampliação do espaço asilar (Resende, 2000).

Em 1923 é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), por Gustavo Riedel - sistematizando um movimento higienista que já vinha sendo seguido – e, segundo De Macedo (por Santos, 1994), foi por meio dessa Liga que se organizou “o primeiro projeto de gestão social da loucura no Brasil” (p. 39).

Costa (1976) discute que, se num primeiro momento a LBHM defendia a higiene mental no interior das instituições psiquiátricas, depois, começou a desenvolver uma concepção eugênica que buscava o aprimoramento da raça brasileira inspirada na psiquiatria organicista alemã. Para o mesmo autor, atuação da LBHM se faz, ao apropriar do princípio da eugenia*, restringindo esse princípio ao entendimento da higiene psíquica individual para, depois, ampliar sua atuação com a noção de prevenção e direcionando seu alvo de cuidado aos indivíduos “normais” e não mais aos considerados doentes mentais. Assim, suas práticas são calcadas em preconceitos raciais, sociais e xenofóbicos, que são, porém, sabiamente mascarados pelo discurso biologista. Como medidas, contemplavam a esterilização dos internos e a limpeza das cidades com a caracterização da clientela com alto potencial à degeneração, obviamente os pobres e marginalizados sociais.

A eugenia, porém, chega num momento social oportuno, pois procurou justificar cientificamente os vários problemas sociais que a República enfrentava em seu começo: a abolição da escravatura; a imigração européia; migração dos camponeses e ex-escravos para as cidades e a crescente industrialização. Nesse contexto, os intelectuais participaram ativamente “deste ‘tour de force’ ideológico, elaborando explicações para as dificuldades econômicas e políticas da República, que subtraía toda a responsabilidade das elites para imputá-la ao povo.” (Costa, 1976, p. 36).

* “Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar ‘o estudo dos factores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto physica quanto mentalmente’. (...)” (Costa, 1976, p.35). Essa teoria logo foi explorada acerca dos efeitos raciais produzidos pela miscigenação por vários intelectuais europeus e norte-americanos no começo do século XX. À mesma época é introduzida no Brasil e seguida por vários intelectuais (historiadores, sociólogos, antropólogos, etc) para somente depois ser adotada pelos médicos (Costa, 1976).

Apesar de ser preconizada pelo LBHM a criação de ambulatórios para a prevenção, pouco se investe nesse recurso nesse momento, sendo ainda a assistência psiquiátrica restrita aos asilos, ou mais, uma vez que, segundo Amarante (1994), com o movimento higienista a instituição asilar no Brasil é fortalecida e valorizada como espaço eugênico, asséptico e de normalidade.

No início do período chamado de Era Vargas (1930 a 1945), Juliano Moreira é retirado da administração pública. Neste governo é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a controlar a Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal (antes Assistência aos Alienados do Distrito Federal) e também são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões e Assistência Médica.

Em especial, a partir de 1930 há uma mudança nos estatutos e a psiquiatria se insere no domínio cultural e social iniciando um trabalho de prevenção na sociedade, possibilitada pela crescente atuação da LBHM, cujo marco é a edição do Decreto 24.559 de 03/07/1934 que “dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos”, do qual Santos (1994) chama a atenção aos principais aspectos:

(a) ‘doença mental’ como caso de polícia e de ordem pública; (b) fica clara a atuação da psiquiatria como ‘sociedade política’ (repressiva), e como ‘sociedade civil’ (criadora de ideologia), dando aos psiquiatras amplos poderes sobre a ‘doença mental’, inclusive o de questionar uma ordem judicial se assim achar por bem; (c) o ‘doente mental’ ou louco perde o direito a ser cidadão; (d) hipótese bastante provável, a psiquiatria privada incrementa a sua participação junto aos fóruns do Estado, bem como passa-se a detectar um maior número de ‘loucos/doentes mentais’ junto às classes mais abastadas (pp. 41-42)

Em 1938 começam a funcionar os primeiros ambulatórios psiquiátricos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado, e, em 1941 é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão que passa a gerenciar toda a política nacional referente à “doença mental” (Paulin & Turato, 2001). Segundo estes autores, o SNDM, tendo por diretor o Dr. Aduino Botelho, discípulo do Dr. Juliano Moreira e defensor do modelo asilar de tratamento, continua no Brasil a lógica de implantação dos hospitais-colônias começada no início do século XX, ampliando-se ainda mais por meio de decreto que autorizava a efetivação de acordos com os Estados para a construção de mais hospitais e a ampliação da assistência. Logo chegariam também ao Brasil as novas descobertas de tratamento com

psicocirurgias, choques elétricos e químicos^{*}. Como exemplo dessa influência temos a transferência do Hospital Nacional dos Alienados, na década de 1940, para o Engenho de Dentro – um local mais distante da Capital – contando em sua construção com os mais modernos centros cirúrgicos para as psicocirurgias em suas instalações, além, claro, de mais vagas.

Para Paulin e Turato (2001), nessa época a psiquiatria procurava se firmar no Brasil como especialidade médica, bem como de seu espaço de atuação. Para tornar possível essa operação foram condenados os termos “asilo”, “hospício”, “retiro”, reconhecida a categoria “hospital” (conforme o Código Brasileiro de Saúde de 1945, segundo os autores) e valorizadas novas terapêuticas químicas e físicas que retiravam a especialidade de sua função meramente custodial e a afirmava com uma função médica “pura”. Em 13 anos da gestão de Aduino Botelho (de 1941 a 1953), ocorreu um aumento de mais de 16 mil leitos psiquiátricos, que em nada amenizava a situação de abandono da clientela, de forma que temos a seguinte situação, a título de exemplo: 13 mil pessoas internadas **somente** no Hospital do Juquery, em São Paulo (conforme os autores supracitados). Portanto, é assim que há o estabelecimento da psiquiatria e do modo de assistência asilar no Brasil, firmando ao mesmo tempo, quem é o louco, quem é responsável por tratar a loucura e qual o espaço e a terapêutica para essa cura.

Em 1953 é criado o Ministério da Educação, novamente no Governo de Vargas, sendo esse órgão responsável por abrigar o SNDM, que continua sua política de proliferação de hospitais-colônias e recriando, por sua vez, seus pacientes internos. Somente no final dos anos 1950 é enfatizada a criação de uma rede ambulatorial como uma forma de racionalização do atendimento psiquiátrico, contando com hospitais-dias, unidades psiquiátricas em hospitais-gerais, centros de recuperação, etc (Santos, 1994).

Ao mesmo tempo, têm-se dois eventos nessa década: a descoberta de drogas antipsicóticas[†] e a recomendação da OMS às nações membros de investimento em “ações de saúde mental” como proposta rentável tendo em vista o alto custo da “doença mental” ao processo produtivo, destacando que esse procedimento ajudava a evitar os desajustes que poderiam vir a acompanhar a industrialização. O código brasileiro de saúde seguindo as recomendações da OMS, passa também a considerar a saúde como “bem-estar físico, mental e social”, substituindo os termos “doença mental” por “saúde mental” (Santos, 1994).

^{*} Insulinoterapia, 1933; Choque cardizólico, 1935; Psicocirurgia, 1936; Eletroconvulsoterapia (ECT), 1938; Lobotomia, 1949 (Postel & Quérel, 2000).

[†] Neurolépticos, Tranquilizantes e Antidepressivos, 1952 – 1960 (Postel & Quérel, 2000).

Com esse advento, a partir das décadas de 1950 e 1960, o discurso adotado passa a ser o da medicina preventiva e, contando com as novas descobertas de psicotrópicos, passaria a atuar tanto dentro como fora dos hospícios. Todavia, a prática continua a ser de isolamento, em contradição com o discurso preventivo. As novas formas de tratamento - eletroconvulsoterapias, choque insulínico, cardiazólico e psicocirurgias - conferiam à ciência psiquiátrica mais poder, justificava sua existência e a necessidade de criação de mais asilos (Santos, 1994). Consequente à descoberta dos primeiros neurolépticos, é dado um processo de fortalecimento da psiquiatrização da sociedade e a tranquilização dos internos dos hospícios, pois os técnicos agora dispunham de uma “camisa de força” química.

Nesse momento de pós 2ª Grande Guerra Mundial, ao mesmo tempo em que começam a aparecer experiências inovadoras na Europa e EUA, ocorrem também no Brasil algumas experiências de reforma psiquiátrica, mas que de forma geral acontecem de maneira isolada, o que dificulta a recuperação de sua memória (Amarante, 1994). Ainda assim, é muito importante destacar a experiência pioneira da Dra. Nise da Silveira que, conhecendo os horrores da tortura, preferiu ser psiquiatra na Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional (o antigo Hospital da capital transferido para Engenho de Dentro), sob sua direção em 1946. Nesse local, em vez de ser adotada a prática de laborterapia, é criado um espaço diferente, propício à expressão genuína dos pacientes internos, que deu origem, em 1952, ao Museu de Imagens do Inconsciente.

Conforme Melo (2001), o trabalho de Nise da Silveira ganhou muita repercussão, inclusive por meio das exposições artísticas, tanto no âmbito nacional quanto internacional e, em 1956, Nise da Silveira e amigos ampliam a experiência e criam um serviço aberto que até hoje funciona: a Casa das Palmeiras. Sua inovação é formidável, pois a expressão dos pacientes era muito temida à época, já que se opunha à forma tradicional de tratamento baseada na violência e repressão, na qual a expressão pessoal era vista como agravamento da “doença”.

É importante contextualizar, conforme fazem Paulin e Turato (2001), que na década de 1950 o Brasil se caracterizou pela instalação de um intenso processo de urbanização e consequente mudança do perfil da sociedade brasileira. Às grandes cidades são trazidas inúmeras levas de pessoas, formando uma grande massa de assalariados que comumente contavam com más condições de trabalho e baixa remuneração, mas também - e em contrapartida - contava, ao menos, com uma assistência médica dos institutos de aposentadoria e pensões organizados por classes, como forma de manutenção da força de

trabalho. Com essa assistência privada cresce o número de instituições psiquiátricas também da iniciativa privada, mas com menos leitos que os hospitais públicos. Sampaio (por Paulin & Turato, 2001) traz a informação de que entre 1941 e 1961 cresceram tanto os hospitais psiquiátricos públicos quanto os privados mas, os últimos significavam apenas um quarto do total de leitos psiquiátricos do país, o que, contudo, é revertido a partir da década de 1960, quando se iniciou uma expansão dos hospitais privados por razões que veremos a seguir, sendo estes últimos responsáveis por 70,6% dos leitos, enquanto a assistência pública passa a contar com 29,4%.

Conforme aqueles autores, era a seguinte situação do Brasil no fim da década de 1950 e início da década de 1960:

O período que antecedeu o golpe militar, predominava no país uma política de base desenvolvimentista com forte influência dos setores sociais organizados, exercida por meio de sindicatos e associações classistas, que reivindicavam as chamadas 'reformas de base'. (...) O novo modelo econômico em vigor a partir do golpe de 1964 se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. (...) Foram excluídas as classes trabalhadoras como elemento de sustentação política e firmou-se uma aliança com os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional (p. 246)

Na década de 1960, com a instalação do governo ditatorial, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), especificamente em 1967, com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões dos trabalhadores. Com esse evento é considerado que, a partir de 1964, ano do golpe militar no Brasil, a assistência antes direcionada aos indigentes passa a ser uma “prática assistencial de massa”, baseada na lógica privatizante e estendendo a assistência psiquiátrica aos trabalhadores (Resende, 2000). Dessa feita, as pessoas portadoras da carteira do INPS podiam ser atendidas nos hospitais conveniados, mas quem não a possuía tinha como opção os hospitais públicos, que encontravam-se cada vez mais em estado caótico e de degradação. Esse momento se caracteriza pelo fenômeno chamado de “indústria da loucura”, com a compra de serviços de saúde e psiquiátricos de empresas privadas.

Para Amarante (1995a), esse negócio da loucura era visto como altamente lucrativo, pois era concebido como de fácil montagem já que não necessitava de tecnologia sofisticada e pessoal qualificado. Acrescenta-se, ainda, que esses serviços seguiam a seguinte operação para manter a lucratividade do investimento: mais admissões, mais tempo de internação e menos recursos técnicos e medicamentosos. Por isso o uso do termo “indústria da loucura”. A título de ilustração, temos dados de Resende (2000) trazendo o salto do movimento de internações de 35.000 para 70.000 em apenas cinco anos, no quinquênio de 1965/1970.

Assim, a loucura vira mercadoria e cria condições, mais uma vez, de incrementar a assistência asilar e implantar um verdadeiro parque manicomial no Brasil. Ao longo dessa revisão histórica foi possível conferir que, desde o início dos tempos, a tônica é a mesma: a construção de asilos. Em diferentes momentos não há efetivamente uma inflexão na gestão assistencial em psiquiatria, é continuamente uma monótona sucessão de voltas sobre um tema central: a exclusão (Resende, 2000). Portanto, Amarante (1994) resume: “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização do social” (p. 74). E, ao mesmo tempo em que se construía um complexo manicomial extenso no país, esse não era suficiente para dar conta da quantidade de pessoas internadas. No documentário “Em nome da razão” de Helvécio Ratton, lançado em 1889, sobre o manicômio em Barbacena em Minas Gerais, os médicos relatam a existência dos “trens de doidos” que descarregavam a cada semana dezenas de pessoas neste hospício que se tornou um verdadeiro depósito de gente, bem como o maior fornecedor de cadáveres às faculdades de medicina do Estado (Resende, 2000).

Ainda, em 1974, edita-se uma portaria que ficou conhecida como Plano de Pronta Ação (PPA), que previa a desburocratização do atendimento das emergências para segurados e dependentes (que representavam à época 80% da população), com a dispensa da avaliação prévia do setor público, contribuindo para o aumento da atuação da rede privada de saúde, inclusive dos hospitais psiquiátricos, que, “após dois anos de sua implantação, verificou-se uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários ou racionais, o que provocou uma insolvência da Previdência pelo esgotamento dos recursos financeiros” (Paulin & Turato, 2001, p. 252-253).

Ora, fundamentado nessa lógica privatizante e aliada a uma falta de fiscalização de serviços prestados, tanto os gastos quanto à assistência prestada tornam-se insustentáveis, levando a um déficit financeiro. Portanto, em meados da década de 1970, o sistema de saúde implantado começa a entrar em crise e, nesse momento, vem acompanhado de várias denúncias da situação caótica em que se encontravam os hospitais psiquiátricos. Mas nessa década, os planos, portarias e manuais* que tentavam dar soluções à situação não conseguiam ser implantados, pois uma vez inspirados na Psiquiatria Comunitária dos EUA e privilegiando

* Manual de serviço para a assistência psiquiátrica (aprovado em 19 de julho de 1973, pela Secretaria de Assistência Médica do INPS); Plano Decenal para as Américas e Declarações de princípios de saúde mental da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Portaria 32 de 1974, definindo a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) como órgão normatizador e preconizando os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária; e, por último, o Plano Integrado de Saúde Mental, lançado na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, que apesar de relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste foi pouco tempo depois desativado sob críticas do setor privado (Paulin & Turato, 2001).

a assistência pública, eram duramente combatidos pela iniciativa privada, que previa a diminuição de atendimento nos leitos psiquiátricos com essa nova forma de promoção de saúde mental (Paulin & Turato, 2001).

Portanto, na década de 1980, a consequência dessa política se fazia clara, com a destinação de 97% da verba em psiquiatria para os manicômios privados e públicos (mas em grande maioria privados). É a instauração desta crise do INPS, decorrente do péssimo serviço prestado e da falta de fiscalização, que permite a emergência de uma reforma do modelo de atenção em saúde e em saúde mental no Brasil, que foi baseada nos exemplos de reforma psiquiátrica de outros países. É interessante notar que a reforma psiquiátrica no Brasil se tornará um processo amplo, popular, como uma antítese necessária para fazer oposição a esta histórica lógica de exclusão e desassistência.

2.2 – A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a reforma psiquiátrica emerge no contexto da luta pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970, quando são reorganizados os partidos políticos, os sindicatos, as associações e outras entidades da sociedade civil. Assim, foi ao longo do período chamado de Nova República, com o aprimoramento da democracia brasileira, que se construiu a atual Política Nacional de Saúde Mental.

2.2.1 – A reforma psiquiátrica brasileira em trajetórias

Utilizaremos, como forma de entender o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, a organização em trajetórias proposta por Amarante (1995a), que propõe uma visão dividida em três trajetórias*: trajetória alternativa, trajetória sanitaria e trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

Essa periodização composta por trajetórias se fez, no entender do autor, por permitir “uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se

* Esse autor considera aquele período em que relatamos da inserção da psiquiatria no Brasil, em meados do século XIX ao início do século XX, com a Segunda Grande Guerra Mundial, como a trajetória higienista “que diz respeito ao aparecimento de um processo projeto de medicalização do social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder, em uma medicina que se auto-denomina social (...) como um dispositivo de controle político e social que (...) é uma psiquiatria da higiene moral” (p. 88). E no período imediatamente posterior emergindo também o que pode ser entendido por a trajetória da saúde mental, isto é, em que “a arcaica concepção de prevenção da psiquiatria higienista (...), passa a superar a idéia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção de saúde mental” (p. 88).

sobrepõem (...) [e] refere-se mais à existência e tradição de uma linha prático-discursiva, do que de uma determinada conjuntura.” (p. 88).

A primeira (trajetória alternativa) se refere ao momento em que a discussão emerge como uma alternativa ao modelo hegemônico, sendo um período em que há uma sistematização do pensamento crítico em saúde e em saúde mental, bem como das denúncias sobre a violência das instituições psiquiátricas. A segunda (trajetória sanitarista) é percebida quando acontece, no contexto da reforma sanitária, a inclusão de pessoas desse movimento no aparelho do Estado; e, a última, quando o processo de reforma psiquiátrica se torna amplo e, principalmente, fiel à discussão sobre a desinstitucionalização, conforme o modelo de reforma italiano, uma vez que o movimento de reforma sanitária não prossegue com a problematização da medicina como instituição social e dispositivo de controle e normatização.

A seguir destrinchamos melhor cada trajetória, conforme a referência supracitada.

(i) A trajetória alternativa

Esta trajetória se refere ao início do movimento de reforma psiquiátrica, compreendido pelos acontecimentos ocorridos entre os anos de 1976 e 1980. Em especial, temos que no ano de 1976 constitui-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que acabaram por se tornar a base política estruturante dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica pela própria característica de produção de pensamento crítico em saúde. Um Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) é originado, em grande, parte por pessoas desses dois espaços acima mencionados e, com o tempo, se torna um ator político importante, tanto na deflagração de greves e denúncias de maus-tratos e desumanização do tratamento aos pacientes nas unidades psiquiátricas, como no desenvolvimento posterior das políticas no setor de saúde mental.

O marco que define o início do MTSM é o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental” (DINSAM), em 1978, cujo estopim foi a greve deflagrada nos quatro hospitais da DISAM, no Rio de Janeiro, com a demissão de 260 estagiários e profissionais. Com esse evento, a forma como o Estado administrava a assistência psiquiátrica foi exposta sob a forma de um verdadeiro escândalo, alcançando repercussão nacional. Essa instituição foi questionada quanto à maneira que investia na assistência em saúde mental até o momento, pois o quadro encontrado era o pior possível: completa degradação da assistência no país, com abandono, mortes, violências, torturas,

maus-tratos. Também os hospitais da DINSAM contavam com poucos funcionários e, pela ausência de concurso público desde o final dos anos 1950, as atividades eram executadas por bolsistas que, verdadeiramente, eram os efetivos profissionais em exercício.

Nesse momento, é importante lembrar, temos um Brasil em processo de abertura democrática em que, paulatinamente, já começa ser possível falar sobre as torturas e perseguições pelas quais muitas pessoas (e porque não toda a sociedade) sofreram durante o período ditatorial. Esse contexto político-social favorece a discussão da luta contra os manicômios na mídia e grande público, recebendo forte apoio popular. Ademais, emergem também as denúncias de que presos políticos foram ocultados nesses lugares, sabiamente por serem distantes e apartados da sociedade. Por tudo isso, não é difícil reconhecer como esse movimento consegue tamanha repercussão, pois a “violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie” (p. 90).

Assim, o MTSM organiza núcleos estaduais e se constitui como uma força nacional já em 1978. Isso pôde ser percebido por sua participação no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, também conhecido por “Congresso da Abertura”, pois trouxe a discussão crítica sobre o regime político nacional num evento caracterizado pela presença de setores conservadores organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Logo, ocorrem outros congressos em que a discussão política e teórica pôde ser incrementada e contaram com a presença dos expoentes da reforma psiquiátrica na Europa: Basaglia, Guatarri, Castel, Goffman. Dessa forma, os profissionais de saúde mental vão tendo a possibilidade de se (in)formar, compartilhar experiências e pensar em alternativas à situação que vivenciavam em seus trabalhos diários.

É importante destacar que esse momento formativo e informativo é de grande valor nesse período caótico em que o Brasil possui um grande parque manicomial, construído desde o advento da República e enormemente ampliado no governo ditatorial, enfim, contando com uma assistência avessa a qualquer coisa que significasse cuidar do ser humano em sofrimento e com poucos espaços para uma formação diferenciada, que possibilitasse esse cuidado.

Deste modo, nesse momento, uma influência determinante no pensamento do MTSM é exercida por Franco Basaglia, que trouxe sua experiência na Itália, recebendo inclusive apoio do CEBES para a realização de várias palestras pelo Brasil. Portanto, é por esses caminhos que nasce o MTSM, com o objetivo de “constituir-se em um espaço não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da

assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como setores mais amplos da sociedade” (p. 52).

Com o tempo vem à tona o forte engajamento político desse nascente movimento de reforma psiquiátrica, em face mesmo do contexto no qual se insere. Essa característica pôde ser bastante percebida pelo caráter mais político e reivindicatório apresentado pelo MTSM na ocasião do I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo, no ano de 1979, com a presença de moções de repúdio e da atuação de sindicatos. É também nesse contexto político que aparece, pela primeira vez no país, uma preocupação com os direitos dos pacientes, sendo constituída uma CPI no Congresso Nacional para “apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental” (p. 56).

É possível perceber, portanto, que nesse momento o movimento da saúde também buscava aliança com outros movimentos sociais populares defensores dos direitos humanos e da democratização econômica-social. É necessário ressaltar, ainda, que desde o início dessa luta se destaca a necessidade de revisão legislativa, sendo possível realizar em parte, anos mais tarde, mas que ainda persiste como necessidade de novas conquistas.

Por todo esse desenvolvimento das críticas ao modelo hegemônico e das próprias bandeiras de lutas, ocorre nesse ínterim o acirramento das posições entre o MTSM e a ABP. Na ocasião do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental e VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, essas duas forças, anteriormente juntas na luta pela assistência psiquiátrica minimamente digna, se afastam e se tornam forças conflitantes até os dias atuais. Naquele momento, a ABP se colocou a favor da continuação da privatização, enquanto o MTSM se mantém contra as privatizações e da participação do setor privado nas decisões políticas, conduzindo também à discussão, com duras críticas à psiquiatria como mecanismo de controle social.

(ii) A trajetória sanitaria

A trajetória sanitaria se destaca por uma inflexão do caminho das políticas públicas, em 1980, ano do Convênio de Co-gestão do Ministério da Saúde (MS) com o Ministério da Assistência e Previdência Social (MPAS). Pessoas ligadas às reformas sanitaria e psiquiátrica entram no aparelho governamental, possibilitando transformações de caráter preventivo-sanitaria e anti-privatizante, já em 1982. Como consequência, essa opção de inserção no Estado implicou o afastamento da reforma sanitária das discussões acerca do

papel de controle e normatização social da medicina ocidental, ao passo que esta reflexão, no entanto, é exaltada pelo movimento de reforma psiquiátrica. Posteriormente, essa diferenciação do movimento sanitarista marcará uma nova trajetória para o processo de reforma psiquiátrica.

O marco desse período para a saúde mental no Brasil é a “co-gestão”, como ficou conhecido o convênio estabelecido com a união de forças dos MS e MPAS para o “custeio, planejamento e avaliação” dos hospitais da primeira instituição. A implantação da co-gestão se impõe como uma divisa para a saúde pública brasileira, pois “estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento de hospitais públicos, mais descentralizados e mais dinâmicos, em face de um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante.” (p. 59). Portanto, este processo de co-gestão pode ser visto como o precursor das novas tendências e modelos no campo das políticas públicas, que posteriormente iriam edificar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em especial, o que esse plano passa a comprovar é a viabilidade do hospital público como capacitado para oferecer serviços de qualidade e servindo de local de geração de novas experiências e formação de novos recursos humanos. Obviamente, esse plano contraria e é criticado principalmente a Federação Brasileira de Hospitais (FHB), ou os “empresários da loucura”, pois são os que lucram com o modelo privatista até então estabelecido.

Esse investimento político na saúde pública se amplia com a crise da Previdência Social (PS), que cria como alternativa e tentativa de solução o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. O objetivo é melhorar o sistema público de saúde, em especial quanto à produtividade, qualidade, extensão da cobertura e a racionalização do próprio sistema, com a responsabilidade e o controle estatal.

Desse plano derivam outros, como o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social do CONASP, em agosto de 1982. Neste, torna-se clara a influência para a criação do SUS, exercida pelo CEBES; do Manual de Assistência Psiquiátrica, elaborado em 1973 por Luiz Cerqueira e não implantado; bem como das recomendações da OPAS/OMS por meio da adoção de diretrizes como a descentralização executiva e financeira, regionalização, hierarquização dos serviços e fortalecimento da intervenção do Estado.

Para Pitta (por Amarante, 1995a), esse é o primeiro plano de assistência médica a ser discutido com distintos setores diretamente envolvidos (com exceção dos usuários do sistema de saúde), embora ainda tivesse advindo de forma autoritária e com pouca margem para

discordância e alterações. Alguns objetivos desse projeto, importantes de serem destacados, são a redução do número de internações, bem como do tempo médio destas e a centralidade do atendimento ambulatorial.

Em seguida, no ano de 1985, é articulado o I Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em Vitória, onde são discutidas políticas públicas para a região, inclusive com a inovação de ações integradas, comissões interinstitucionais de saúde mental, controle de recursos, qualificação de recursos humanos, bem como a necessidade de participação comunitária e não somente técnica.

Mas, é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no ano de 1986, que traz verdadeiras inovações no campo da saúde brasileira. Para além de um espaço técnico-científico, essa Conferência (conhecida como “a oitava”) se tornou uma arena em que foi possível alargar a discussão com o aumento da participação popular, por meio de atores sociais como políticos, moradores, usuários, pastores, sindicatos. Como efeito desse processo de popularização, são propostas as realizações de conferências com temas especiais em saúde, como a de saúde da mulher e a da saúde mental.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorre por pressão exercida pelo MTSM à DINSAM, que em articulação com a ABP previa uma conferência de caráter congressual. Nesse cenário, um embate é criado e a resistência do MTSM conseguiu se manter forte nesse momento e mudar a direção da Conferência. As proposições gerais da I CNSM, conforme Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), foram congruentes com o contexto político e de discussão na área da saúde, sendo estas: concepção de saúde, participação popular, cidadania e interesses dos usuários. Ainda segundo esses autores, essa CNSM foi histórica para o movimento que estava se articulando, pois fez prevalecer suas teses em quase todos os temas. Uma consequência da I CNSM, com articulações em reuniões paralelas durante o evento, é a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (ENTSM), que ocorreu no mesmo ano, em Bauru, São Paulo (Luzio, 2003).

A realização da I CNSM marca uma nova inflexão na trajetória do movimento da psiquiatria e saúde mental, que nasce junto ao movimento pela reforma sanitária. Ambos continuam lutando juntos por mudanças do sistema de saúde brasileiro, porém o campo de discussão do MTSM se expande e continua a problematizar e construir um percurso baseado no conceito de desinstitucionalização, influenciado pela experiência da psiquiatria democrática italiana.

Em relação ao sistema de saúde nacional, no ano de 1987 também foi implantado o

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que propôs a “universalidade e a equidade do acesso às ações serviços; descentralização, regionalização, e integração dos serviços; atendimento integral à saúde e participação popular” (Luzio, 2003, p. 57). O SUDS figurou como o antecessor do SUS e foi gestado numa Comissão para Reforma Sanitária. Essa Comissão conseguiu concluir seu trabalho a tempo de conseguir assegurar o SUS na Constituição Cidadã de 1988 e, posteriormente, regulamentar por meio da Lei Orgânica de Saúde, em 1990.

Segundo Luzio (2003), apesar do movimento pela reforma sanitária conseguir garantir com sucesso na Constituição a saúde como direito de todos e dever do Estado, a situação econômica brasileira a partir de 1988 acabou por direcionar o sistema público para a população de baixa renda, enquanto para aos setores médios da sociedade foram direcionados os serviços do sistema privado - estes inclusive puderam contar com incentivos fiscais. No entanto, mesmo nesse contexto desfavorável foi possível conseguir efetivar práticas inovadoras que fomentaram a descentralização e o fortalecimento do futuro SUS.

(iii) A trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção

O ano de 1987 pode ser considerado como um marco para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Pode ser delimitado, principalmente, com a realização do II ENTSM, também chamado de “Congresso de Bauru”. Esse evento assinala o distanciamento da reforma sanitária e início de uma trajetória que se desenvolve pela noção da desinstitucionalização e a seguir os princípios da Psiquiatria Democrática Italiana, como a negação do caráter terapêutico do hospital psiquiátrico e a necessidade de cuidado do sofrimento no território. Esse momento também se destaca por haver maior participação popular, tanto da sociedade civil organizada, como de simpatizantes da causa, organizados como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nessa perspectiva de ampliação do movimento é instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, como forma de mobilizar e aglutinar maiores parcelas da sociedade em torno dessa causa.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados ‘usuários’ dos serviços de saúde mental (em lugar de ‘pacientes’) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica, marcante do processo (Tenório, 2002, p.35)

Ocorre também nesse período a materialização de experiências bem-sucedidas de desinstitucionalização, que foram importantes para mostrar a viabilidade da reforma psiquiátrica no Brasil. Além disso, nesse momento, são propostos vários projetos de lei inspirados na Lei 180 da Itália, tanto no nível federal quanto nos Estados. Essas primeiras movimentações serviram de base para a construção teórica, prática, administrativa, política e legislativa do movimento, bem como serviu para a formulação posterior de uma política nacional de saúde mental brasileira.

Essas experiências são: a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, em 1987; a intervenção no Hospital Anchieta, em 1989, na cidade de Santos, com a capacidade de construir a primeira rede de serviços substitutivos do país; a proposição de projetos de leis em vários Estados* e de um projeto de lei federal (PL 3657/89) que possibilitasse a instauração da reforma psiquiátrica no Brasil. Em Brasília, foco do nosso trabalho, temos a criação de um dos primeiros serviços de Hospital-Dia no Brasil, o Instituto de Saúde Mental (ISM) em 1987, e a criação da lei 975 em 1995, que fixa diretrizes para a atenção em saúde mental no DF, nos moldes propostos pela reforma psiquiátrica.

Com vistas a esse período, Amarante (1995a) considera que o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil deixa de ser restrito ao campo técnico e se torna um processo social mais complexo “que ocorre a uma só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (p. 76).

Para Tenório (2002), a via da desinstitucionalização adotada pelo movimento nesse momento estabeleceu um novo horizonte de ação, qual seja o “ato de saúde”, que serão seguidas na formulação das políticas adiante. Para esse autor, “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (p. 35).

Em 1990 acontece outra reestruturação no Ministério da Saúde, fundindo com as estruturas administrativas do INAMPS. No mesmo ano é realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, em Caracas, Venezuela no qual o Brasil foi representado. Esse evento é considerado um marco histórico por ter possibilitado mudanças ao nível do MS. Nesse encontro foi gerado um documento final, a “Declaração de Caracas”, que “pede a retirada do hospital de seu papel hegemônico, a reestruturação da assistência ligada ao

* Conforme Amarante (2007), a primeira lei estadual de reforma psiquiátrica foi aprovada no Rio Grande do Sul em 1992, seguida dos Estados do Ceará (1993), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal (1995) e Espírito Santo (1996).

atendimento em nível primário, o respeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a formação de recursos humanos voltada para o atendimento comunitário e a revisão da legislação dos países” (Borges & Baptista, 2008). O Brasil, assim como outros países da América Latina, se comprometera com os princípios dessa Declaração.

A extinção da DINSAM, em 1990, e a criação de uma Coordenação de Saúde Mental (COSAM) no MS, abriram caminho para a construção de uma política de saúde mental congruente com a Declaração de Caracas. A nova equipe que assume a COSAM do MS, em 1991, foi composta de pessoas que faziam parte do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e, até os dias de hoje essa coordenação é gerida por pessoas ligadas ao MLA. Mas, é importante diferenciar a política de saúde mental baseada nos princípios da reforma psiquiátrica do movimento social, posto que a primeira deve trabalhar negociando com os interesses econômicos, políticos e sociais, representados por várias entidades civis, tanto ligadas ao referido movimento, como opostas, tais como as ligadas à FBH e ABP.

Amarante (1995a) oferece um panorama sobre esses diferentes atores sociais em negociação para a reforma psiquiátrica brasileira. Mas, apesar desse autor distinguir alguns grupos, adverte que estes não são homogêneos e que são percebidos “muito mais por suas práticas de construção de olhares diferentes sobre a loucura e não por se enquadrarem em determinado status ou classe social. (...) [considera] a tensão destes grupos na composição dos diversos cenários de resistência ou manutenção de formas hegemônicas de lidar com a loucura.” (p. 106). São estes:

(a) O **setor privado**, cuja maior representação é exercida pela FBH, criada em 1966 e que reivindica os benefícios ao setor privado que investe na assistência psiquiátrica brasileira e possui hospitais conveniados com o SUS. A assistência prestada por esses serviços pode ser considerada péssima, exclusivamente asilar e composta por muitos hospitais que não oferecem condições dignas de tratamento, muitos dos quais foram fechados ao longo dos anos. Com o tempo e a destinação de mais recursos aos serviços públicos de saúde, essa entidade perde importância, mas outras entidades do setor privado, como Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e seguradores de saúde, também atuam no sentido de influir em decisões de políticas públicas de saúde;

(b) A **indústria farmacêutica** pode ser incluída nesse rol de atores sociais, pois é negociadora de seus produtos para a clientela que apresenta transtornos mentais. Por isso é possível prever sua atuação como lobistas para influir nas decisões de políticas públicas de saúde, com vistas ao lucro de suas empresas, que geralmente são multinacionais agindo

também em detrimento das nacionais. Apesar dessas empresas usarem um discurso a favor da luta antimanicomial por oferecem medicamentos mais avançados e com menores efeitos colaterais, o acesso a vários desses remédios não é democrático e muitas pessoas deixam de se beneficiar desse tratamento. Isso porque são muitas vezes bastante caros, sendo difícil sustentar um tratamento privado, e ainda, pelo mesmo motivo, frequentemente também não são disponibilizados pelo sistema público de saúde;

(c) A **ABP**, constituída em 1970, é apontada como um influente ator social que mesmo já apoiando o MTSM anteriormente, se afastou da discussão mais política acerca da saúde mental e saúde pública, sendo associada aos setores conservadores da sociedade. Para Amarante (1995a), cada vez mais é percebida a ênfase dos congressos dessa associação nas discussões acerca das causas biológicas dos transtornos e a terapêutica medicamentosa;

(d) Os **movimentos da sociedade civil**, como o MTSM (depois ampliado pelo MNLA) e associações de usuários. O primeiro se organiza em torno da defesa de um processo de reforma psiquiátrica no Brasil, em todas suas dimensões: técnica, assistencial, teórica, jurídica, política e sociocultural. As associações criadas são geralmente de usuários e/ou familiares. Há uma parcela dessas associações que foi criada e estimulada com a abertura de espaços democráticos de participação e controle social das políticas públicas, possibilitadas desde a 8ª CNS. O incremento dessas entidades demonstra o alcance do processo de edificação da cidadania de pessoas historicamente excluídas, tornando-se agentes transformadores da realidade. Dentre as entidades de familiares e usuários há as que participam do MLA, bem como as que são patrocinadas pela FHB e lutam contra a política de saúde mental nos moldes da desinstitucionalização, entendendo esta como desassistência. Apresentaremos mais adiante a discussão em torno dessa compreensão acerca do processo de desinstitucionalização como desassistência.

A II CNSM é realizada em 1992, no contexto das mudanças no cenário da saúde mental brasileira, isto é, com o cenário formado pela nova gestão do MS, pelo respaldo da OPAS/OMS, pela consolidação de diversas experiências de desinstitucionalização no país e pela aprovação de leis estaduais inovadoras.

Essa conferência contou com etapas municipais, regionais e estaduais, tendo a participação de cerca de 20 mil pessoas, com cerca de 20% composta por representação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental. As proposições gerais dessa conferência giraram em torno da Atenção Integral, Territorialidade, direitos e terapêutica cidadã (Costa-Rosa & cols, 2001). As deliberações do II CNSM estavam em sintonia com as transformações

ocorridas até aquele momento na assistência em saúde mental e o relatório final foi adotado como diretriz pelo MS para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil (Tenório, 2002). Logo no ano seguinte é instaurada a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica* do Ministério da Saúde (Resolução nº. 93, de 02 de dezembro de 1993), com o objetivo de definir estratégias para cumprir a resolução da II CNSM e avaliar o processo de reforma psiquiátrica no país.

A partir desse evento são realizados vários encontros nacionais do MNLA, fortalecendo-o como movimento social e firmando-o como um dos principais atores do processo de transformação em curso. Além disso, foram realizados vários encontros de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, consolidando a participação desses atores também (Luzio, 2003).

Colocamos aqui, para visualização, uma cronologia desses encontros até 2004, conforme compilado por Pacheco (2005), seguidos dos realizados até 2007, conforme Amarante (2007):

Quadro 2 – Encontros do MLA e Entidades de usuários e familiares e outras atividades com participação da sociedade civil organizada

| | |
|------|---|
| 1991 | • I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, São Paulo (SP); |
| 1992 | • II Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Rio de Janeiro (RJ); |
| 1993 | • I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Salvador (BA), no qual também aconteceram: Reunião da Articulação Latino-americana da Luta Antimanicomial, Reunião de Parlamentares da Luta Antimanicomial, Encontros de núcleos estaduais da Luta Antimanicomial, III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, com a elaboração da Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental; • III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Santos (SP); |
| 1995 | • II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, Belo Horizonte (MG); |
| 1996 | • IV Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Franco da Rocha (SP); |
| 1997 | • III Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Porto Alegre (RS); |
| 1998 | • V Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Betim |

* Em 1999 essa Comissão foi renomeada para Comissão de Saúde Mental.

| | |
|------|--|
| | (MG); |
| 1999 | • IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Paripuera (AL); |
| 2000 | • Fórum Nacional: “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira? Avaliação, Perspectivas e Prioridades”, Brasília (DF), I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira e VI Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Goiânia (GO); |
| 2001 | • V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Miguel Pereira (RJ) e III Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília (DF); VII Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, Xerém (RJ); |
| 2003 | • Constituição da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial; |
| 2004 | • I Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, Fortaleza (CE); |
| 2005 | • Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, São Paulo (SP); |
| 2007 | • Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, Vitória (ES) e Encontro da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial, Goiânia (GO). |

Nesse processo, em que vão se articulando vários interesses e atores sociais, estava em curso a tramitação do projeto de lei federal (PL 3657/89) do Deputado Paulo Delgado. A tensão dessa luta para a construção de um novo caminho para a saúde mental no Brasil pode ser percebido pelo processo de aprovação desse projeto de lei; seja pela demora de 12 anos para a aprovação de uma lei para a área, seja por ter sido aprovado um substitutivo. O projeto de lei inicial dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios brasileiros e sua substituição por outros recursos assistenciais e, regulamentava a internação compulsória. Já a lei resultante do andamento da tramitação no congresso, a lei nº. 10.216/01, dispõe sobre a reorientação do modelo de atenção em saúde mental e a defesa dos direitos das pessoas que necessitam dessa atenção.

Segundo Tenório (2002), a aprovação da referida lei é apenas o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo feito pelo executivo através de portarias ministeriais e que representam, em seu conjunto, o estrangulamento do modelo centrado do hospital e a implementação progressiva da rede mult institucional de atenção psicossocial que tornará o manicômio prescindível. Para Delgado (2001), essa lei abriu perspectivas para novas conquistas, em especial a coibição de internações involuntárias desnecessárias, por meio da notificação ao Ministério Público, bem como a possibilidade de

realizar uma revisão jurídica civil e penal para defender os direitos dos usuários de saúde mental assegurados por esse código. Para Costa (2002), o próprio reconhecimento das pessoas marginalizadas socialmente como sujeito de direitos desperta a sociedade para a escolha da forma de lidar com seus diferentes, com as suas minorias, com indivíduos em desvantagem social. Ainda para esse autor, é nesse sentido que o processo de reforma psiquiátrica caminha no Brasil, considerando as pessoas como sujeitos - e não objetos da ciência e das práticas assistenciais - e conseguindo assegurar os direitos desses cidadãos.

A decisão da OMS de eleger o ano de 2001 para a defesa de uma atenção em saúde mental de base comunitária, bem como da condenação do abandono e da desassistência do modelo asilar clássico, serviu de apoio e respaldo ao movimento para aprovação da referida lei. Como consequência, no mesmo ano ocorre a III CNSM, que “consoante com as deliberações das Conferências anteriores, contém propostas e estratégias cujo objetivo é efetivar um modelo de atenção em saúde mental, de qualidade e com participação social.” (Luzio, 2003, p. 71). Para Borges e Baptista (2008), esse evento contou com ampla participação e resultou na elaboração de um relatório final extenso, “com propostas variadas, às vezes conflitantes, mas certamente voltadas entre outras coisas para inovação do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos.” (p. 463).

Foram por esses caminhos enunciados que o movimento de reforma psiquiátrica cresceu e expandiu suas discussões no desenvolvimento dessa trajetória de desinstitucionalização (ou da desconstrução/invenção), que culmina na construção da atual Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

2.2.2 – A Política Nacional de Saúde Mental

Para entender o processo de construção da política pública em saúde mental brasileira iremos utilizar, por concisão, os trabalhos de Borges (2007) e Borges e Baptista (2008). Os estudos dessas autoras consistiram numa revisão dos documentos normativos pelo MS relativos à política de saúde mental no período de 1990 a 2004, cuja análise propôs uma periodização - que será apresentada a seguir - compreendida em quatro momentos (cada um com características específicas e com duração variada), sendo: germinativo (1990 a 1996); latência (entre 1997 e 1999); retomada (de 2000 a 2001) e de expansão (2002 a 2004).

O Período germinativo, compreendido entre 1990 e 1996, se caracteriza principalmente, pela primeira normatização do SUS, por meio das Leis nº. 8080/90 e 8142/90,

e dos caminhos trilhados pela nova COSAM do MS (COSAM/MS), com a qual passou a existir, pela primeira vez no cenário nacional, uma política pública específica para a saúde mental (Borges, 2007). Uma das principais produções normativas desse momento germinativo é a Portaria SNAS nº189/91, que se desdobra “em quatro linhas de atuação que terão prosseguimento diferenciado nos documentos normativos seguintes: (1) qualificação/desospitalização; (2) avaliação; (3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH); (4) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)” (Borges & Baptista, 2008, p. 458).

A linha de atuação de qualificação/desospitalização consiste em melhorar as condições hospitalares das unidades credenciadas ao mesmo tempo em que induzem a desospitalização com o descredenciamento das unidades que não atendem as sanções e prazos estabelecidos. As linhas de atuação referidas como avaliação e AIH estão diretamente ligadas ao processo de qualificação e desospitalização; a primeira fornecendo subsídios a esse processo (sendo aprimorada em momento posterior); e, a segunda, por permitir o manejo das internações. A última linha de atuação se refere “a organização de grupos de procedimentos do SIA (...) abarcando ações e serviços para a conformação de um modelo assistencial de base comunitária” (Borges & Baptista, 2008, p. 458) como os CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS*).

As autoras ressaltam, portanto, o potencial germinativo da produção normativa desse período, pois

apesar de não haver configurado um desenho de modelo assistencial que vislumbrasse o que o movimento pela reforma psiquiátrica ansiava, ou seja, uma rede de serviços de complexidade e territorializada tal qual aquela composta em Trieste ou em Santos, preparava terreno para a construção de uma rede ampla através do enfrentamento da questão da desospitalização e da abertura do financiamento, bem como através da construção de consensos e de legitimidade em torno da política de saúde mental (p. 461)

O momento identificado como de latência, entre 1997 e 1999, caracteriza-se por transformações na estrutura do MS, tendo como consequência o enfraquecimento da COSAM/MS como formador de política pública, possuindo nesse período um caráter mais consultivo que propositivo. Por esse motivo, esse período é vazio de portarias, somente sendo editada em 1999 uma portaria para aquisição de medicamentos essenciais para a área de saúde mental e para a constituição de um grupo técnico-assessor para avaliar o impacto na reestruturação do modelo de atenção (Portaria GM nº. 1077/99). Além dessas produções

* Os NAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, funcionando 24 horas, que compuseram a rede assistencial em saúde mental na cidade de Santos, São Paulo.

normativas do MS, é sancionada uma lei que cria as Cooperativas Sociais (Lei nº. 9.867/99) beneficiando, também, os usuários dos serviços de saúde mental.

O caráter de latência é explicado pelas autoras porque mesmo com essa queda de produção normativa, perda de poder e a mudança de coordenadores na área de saúde mental, esse cargo continua sendo exercido por militantes ligados ao MLA e, junto com o Conselho Nacional de Saúde, continua atuante e produzindo resoluções coerentes com o projeto de reforma psiquiátrica. Por essas razões, ficaria subtendida uma coerência interna da condução política, o que justificaria a denominação “latência”.

Ao período de latência seguiu-se um de retomada, entre os anos 2000 e 2001. É o momento em que há uma nova estruturação ministerial no qual a COSAM/MS volta a ser subordinada à SAS/MS e recupera seu papel propositor. Segundo as referidas autoras, é possível perceber o caráter de retomada pelas seguintes questões: a nova linha de atuação que é inaugurada nesse momento, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Portaria GM nº. 106/00 e Portaria GM nº. 1.220/00); a recuperação de outras, como a de avaliação (pela Portaria GM nº. 799/00) e AIH (Portaria SAS nº. 111/1 e Portaria GM nº. 469/01)*; e, ainda, com a construção de consensos. Essa última particularidade é suscitada pelo contexto, pois também foi esse o período no qual ocorreu a aprovação da Lei nº. 10.216 - após 12 anos de tramitação no Congresso - e a realização da III CNSM.

Esses eventos marcarão os anos seguintes, cuja produção normativa terá relação direta com o relatório da III CNSM.

Sobre os SRTs, apesar de terem a nome de serviços, são, antes de tudo, casas, como explica o documento do MS (Brasil, 2005):

residências localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. (...) os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunicação são, de fato, os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação (...). Sendo residências, cada casa deve ser considerada como única, devendo respeitar as necessidades, gostos, hábitos e dinâmicas de seus moradores (p. 14-15)

Essas residências devem acolher no máximo oito moradores e, de forma geral, contar com um cuidador para apoiar os moradores nessa nova situação de morar e circular pela cidade, sendo “o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador” (Brasil, 2005, p. 15). Posteriormente, ocorre uma ampliação e

* Essa última portaria, Portaria GM nº469/01, será revogada no ano posterior, 2002, com a criação da Portaria GM nº251/02, que também atualiza a Portaria SNAS nº224/92 e adota nova classificação hospitalar baseada no número de leitos e institui o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar, o PNASH/Psiquiatria (Borges, 2007).

diversificação da política de saúde mental, com a possibilidade de efetivar a construção de uma rede de serviços de atenção em saúde mental, de forma que esses SRTs deverão ser referenciados a um CAPS e funcionar em articulação com o território*. Esse período será chamado de expansão pelas autoras Borges e Baptista (2008), conforme veremos a seguir.

Os números de SRTs no Brasil, até março de 2008, contabilizavam 604 com 2.514 moradores. Porém, esses serviços estão dispersos de forma desigual no país, pois há muitos Estados das regiões Norte e Centro-Oeste (AC, AL, AM, AP, DF, PA, RO, RR, TO) que ainda não possuem nenhum dispositivo (Faleiros, 2008).

Logo, chegamos ao denominado momento de expansão, localizado entre o ano de 2002 e 2004, caracterizado pela ampliação e diversificação das linhas de atuação, a saber, (1) avaliação/desospitalização, (2) Programa “De Volta para Casa” (PVC), e (3) CAPS.

A primeira linha de atuação marca uma diferença com a anterior (qualificação/desospitalização), pois o processo de avaliação, por meio da inserção no Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria, Portaria GM nº. 251/02), é inovado e ganha mais peso que a qualificação. Além disso, vai ficando mais explícita a política de redução de porte hospitalar, sendo apresentada em 2004 como Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) no SUS (Portaria GM nº. 52/04).

Segundo o Relatório da Gestão da COSAM/MS de 2003 a 2006 (Brasil, 2007), o PNASH/Psiquiatria sofreu muitas resistências à implantação, principalmente pelos prestadores conveniados ao SUS, inclusive por meio de ações judiciais. Após conseguir ser implantada essa avaliação pelo MS, os resultados de 2002 e 2003 revelaram que havia na grande maioria dos hospitais psiquiátricos (em torno de 70%) ausência de profissionais conforme prescrito na Portaria GM nº. 251/02, bem como de projetos terapêuticos, indicando que essas instituições não trabalhavam com a inserção social de seus usuários. Em torno de 62% dessas instituições, as internações duravam um mês ou mais, sendo 20% de sua clientela caracterizada como de longa permanência. Censos e levantamentos da população de

* O conceito de território adotado no processo de reforma psiquiátrica brasileira não se refere apenas a uma área geográfica, mas a pessoas, instituições, redes, e cenários nos quais se dão a vida comunitária. “Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.” (Brasil, 2005).

moradores nos hospitais psiquiátricos, realizados pela COSAM/MS, em 2003 e 2004, indicaram uma média de 35% de pessoas nessas condições.

Esse quadro é reconhecido pela COSAM/MS como um desafio à desinstitucionalização, pois as pessoas que se encontram internadas há muito tempo em hospitais psiquiátricos adquirem características como desterritorialização, afastamento de suas referências familiares, diferentes graus de dependência, poucos recursos sociais, idades avançadas, dentre outros (Brasil, 2007).

O PRH foi instituído para a reorganização da assistência hospitalar com redução de leitos e melhoria da qualidade assistencial, privilegiando as instituições de menor porte (até 160 leitos). Esse programa foi discutido amplamente e, mesmo sofrendo ataques impetrados principalmente pela FBH, recebeu aprovação tanto no CNS como no âmbito judicial (Brasil, 2007). A redução progressiva do porte hospitalar pode ser percebida já em 2006, quando 42,53% dos hospitais psiquiátricos se encontravam na faixa de até 160 leitos, enquanto em 2002 essa faixa só contava com 24,11% dos hospitais (Brasil, 2007). Para o MS, conforme consta no referido relatório, o processo de redução progressiva de leitos deve ocorrer em ritmo pactuado entre os gestores, hospitais e controle social, para ser acompanhado pela expansão dos equipamentos e ações de desinstitucionalização (CAPS, SRT, ações na Atenção Básica, Centros de Convivência e Cultura, PVC).

Por isso, a COSAM/MS, nessa nova Política de Saúde Mental, começou a usar o conceito de “leitos de atenção integral em saúde mental”, contando os leitos em hospitais-gerais, CAPS III, emergências, serviços de referência para álcool e outras drogas, que devem se associar aos leitos de hospitais de pequeno porte, desde que ofereçam o acolhimento integral às pessoas em crise articulando-se com os outros dispositivos psicossociais. A orientação é que essa rede de leitos de atenção integral seja substitutiva à internação nos hospitais psiquiátricos convencionais.

Tanto o PNASH/Psiquiatria como o PRH preveem a redução progressiva de leitos psiquiátricos aliados à expansão de uma rede de atenção aberta e comunitária. Muitas vezes esses programas são desencadeadores do processo de mudança do modelo de atenção, mas ocorrem também fechamentos abruptos, não planejados e não pactuados. Essas situações são muitas vezes problemáticas do ponto de vista da gestão e da condução do processo de desinstitucionalização das pessoas internadas, colocando em risco a garantia da assistência à esta população. Essas políticas são questionadas principalmente pela ABP e FBH, que argumentam ser uma política geradora de desassistência.

Amarante (1996) analisa que o conceito de desinstitucionalização pode ser entendido de três formas: desospitalização, desassistência e desconstrução. A primeira concepção é entendida no contexto da experiência de Psiquiátrica Comunitária nos EUA, que como já foi mencionado, mantiveram a centralidade do hospital psiquiátrico e não criaram serviços efetivos para a desinstitucionalização dos pacientes, o que fez emergir o fenômeno de portar-giratória, isto é, os serviços comunitários como (retro) alimentação dos hospitais psiquiátricos. A segunda concepção considera que as pessoas antes atendidas pelas instituições asilares estarão abandonadas à sua própria sorte, subjazendo a noção de desinstitucionalização como mera desospitalização e não criação de mecanismos de atenção de base comunitária substitutiva ao hospital psiquiátrico. Já a noção de desinstitucionalização como desconstrução é a adotada pela Psiquiatria Democrática Italiana, que realiza uma crítica epistemológica aos saberes constituintes da psiquiatria clássica e suas práticas baseadas no isolamento e exclusão social.

É nesta última concepção que o movimento de reforma psiquiátrica brasileira se inspirou e que a política de saúde mental implantada tenta dar forma em política pública. Isso foi garantido, principalmente, pelo remanejamento do financiamento antes dado aos leitos psiquiátricos para outros dispositivos de cuidado extra-hospitalares e a previsão de mecanismos, que veremos mais adiante, para a reabilitação psicossocial* dessas pessoas internadas. É importante destacar que essa concepção de desinstitucionalização no sentido de desconstrução implica um grande desafio de criatividade no cotidiano dos novos serviços e na construção de normativos.

Uma das linhas de atuação inauguradas nesse período é o PVC que, apesar de não se tratar de um dispositivo propriamente assistencial, certamente fortaleceu e fortalece os demais recursos do novo modelo assistencial que vão sendo concretizados no Brasil (Borges & Baptista, 2008). Esse Programa foi gestado desde a década anterior, tanto pela COSAM/MS, quanto pelo CNS, bem como nos seminários, conferências, encontros, sendo uma antiga reivindicação do movimento social. A aprovação da Lei nº. 10.216/01 e a III CNSM foram decisivas para a oficialização do Auxílio-Reabilitação Psicossocial, assegurado pela Lei nº. 10.708/03 e da Portaria GM nº. 2.077/03 e Portaria GM nº. 2.078/03.

* O conceito de reabilitação psicossocial pode ser entendido como um processo de reconstrução do exercício pleno de cidadania e também a recuperação da habilidade das pessoas realizarem trocas, isto é, a plena da contratualidade nos cenários da vida cotidiana: casa, trabalho, rede social. É sentida como uma necessidade ética no campo de transformações na atenção em saúde mental, sendo as práticas territoriais as mais coerentes com esses propósitos, pois articula o cuidado com diferentes recursos comunitários (Pitta, 2001; Saraceno, 2001).

Esse benefício tornou possível a desospitalização de pessoas com histórico longo de internações, sem trabalho ou outra fonte de renda, sendo um facilitador do processo de inserção social. Para o MS, esse auxílio-reabilitação tem o poder de intervir significativamente no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia, podendo ser alcançado o processo de desinstitucionalização com a expansão dos serviços de atenção psicossocial (CAPS, SRT, Centros de Convivência e Cultura, ambulatórios de saúde mental, emergências em hospitais-gerais). A dificuldade encontrada nesse processo, até o momento, conforme relatório da COSAM/MS (Brasil, 2007), é a ausência de documentação dessas pessoas com longo histórico de internação, uma barreira para a inclusão social que tem sido superada por meio dos “mutirões de cidadania” em parcerias com os MP.

Já a linha de atuação dos CAPS é uma consequência direta da III CNSM e foi normatizado em 2002, pelas Portaria GM nº. 336/02 e Portaria SAS nº. 189/02, e, aprimorada posteriormente. Os CAPS, que anteriormente foram instituídos dentre outros serviços de atenção psicossocial pela Portaria SNAS nº. 189/91 e Portaria SNAS nº. 224/92 são, nesse momento, reestruturados e diferenciados por abrangência populacional e modalidades.

Os CAPS são então apresentados como serviços de saúde abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas que apresentam transtornos mentais severos e persistentes. Realizam atendimento clínico, bem como a reinserção social destas pessoas. Isso é possível através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2007). São, assim, dispositivos estratégicos que têm a função de organizar a rede de atenção de base comunitária - complexa e diversificada - como um conjunto vivo e concreto de referências para os usuários desses serviços (Brasil, 2007).

Para Amarante (2007), os serviços de atenção psicossocial “devem procurar desenvolver ao máximo suas atividades e atuar no território (...) sendo considerado tanto mais de base territorial, quanto mais seja capaz de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito da comunidade.” (pp. 84-85). Portanto, os desafios desses serviços são imensos, pois atuar no território significa mudar o lugar social da loucura numa sociedade. Isso também significa mudar a relação que se estabelece dentro desses serviços inovadores e significa que as relações devem ocorrer entre pessoas e não mais com doenças, como ocorre no modo de atenção asilar. Dessa forma, os lugares de violência e exclusão, antes destinados

às pessoas em sofrimento psíquico intenso, são transformados em lugares de acolhimento, cuidado e trocas sociais, voltados para a produção de saúde e vida das pessoas.

Ainda nesse período de expansão são produzidas outras normas importantes que Borges e Baptista (2008) não consideraram como formadoras de linhas de atuação. São estas: a Portaria GM nº. 2.391/02 que regulamenta o tratamento das internações voluntárias e involuntárias e os procedimentos de notificação ao MP, regulamentando o que foi disposto na Lei nº. 10.216/01; e, Portaria GM nº. 1.635/02 e Portaria SAS nº. 728/02, que definem serviços e procedimentos específicos às pessoas com diagnóstico de deficiência mental e autismo.

É assim que o período compreendido entre 2002 e 2004, para Borges e Baptista (2008), consagra a retomada da aceleração das ações de desinstitucionalização e expansão dos serviços extra-hospitalares, que conseguem desenhar um novo modelo assistencial com a constituição de uma rede de cuidado em saúde mental.

Contudo, as autoras concluem o estudo considerando a Política de Saúde Mental Brasileira (PNSM) ambígua, no sentido de se pautar mais pela Declaração de Caracas do que no modelo de reforma psiquiátrica italiana. Isto, porque a Declaração refere-se a uma “reorientação” de modelos, enquanto a desinstitucionalização, conforme a tradição italiana, acontece mais no cotidiano e nas relações de troca estabelecidas entre as pessoas envolvidas nesse processo - profissionais, usuários, familiares, comunidade - e voltadas para o cuidado, isto é, a produção cotidiana de saúde. Dessa forma, consideram ter havido, na recém-nascida política nacional, uma reestruturação da assistência no seu “aspecto mais externo”, ou seja, na constituição de serviços enquanto rede articulada e complexa, conquanto uma construção do modelo assistencial voltado para a desinstitucionalização deveria contemplar, em seu “aspecto interno”, uma forma sistemática de avaliação cotidiana da prestação do cuidado.

O trabalho de desinstitucionalização não pode remeter apenas ao político, jurídico, teórico-conceitual e sócio-cultural. Não pode esquecer de dar visibilidade e conferir concretude ao técnico-assistencial – atravessado pelas outras dimensões, o que implica diferentes modos de olhar para a organização dos dispositivos assistenciais, externamente e internamente (p. 466)

Amarante (2003) também acrescenta a esse debate o conceito de “reformismo”, isto é, quando a noção reforma psiquiátrica fica restrita à de reestruturação e reorganização do modelo assistencial psiquiátrico, ou como modernização das técnicas terapêuticas ou, ainda, somente como humanização da instituição asilar. Contudo, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil é inspirada na experiência italiana e, como vimos, entende a desinstitucionalização

como desconstrução, isto é, uma crítica radical dos saberes e práticas classicamente empregados na mediação das relações entre os sujeitos no campo da saúde mental, sendo seu escopo a construção de formas mais éticas de relacionamento entre seres humanos. Portanto, como forma de esclarecer a abrangência desse processo de reforma psiquiátrica, Amarante (2003) propõe entendê-lo mais como uma revolução: para dar idéia de uma reforma estrutural, de uma transformação radical, de uma superação paradigmática. Sua preocupação é que a PNSM fique restrita à organização administrativa e tecnocrática da saúde mental, restringindo a noção de reforma psiquiátrica e não a compreendendo como um processo social complexo.*

As ações mais recentes do MS revelam que sua orientação tem caminhado para a organização desses dispositivos internamente, por meio do Programa Permanente Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, para profissionais dos CAPS e da Atenção Básica, e da supervisão institucional (Brasil, 2007). Essas duas vias abrem a possibilidade de se cuidar do trabalho realizado – e seus trabalhadores – pelos CAPS e pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Lancetti (2006) indica o caminho da integração dos CAPS com o Programa Saúde da Família (PSF) como uma forma de “turbinar” esses dispositivos, no sentido de estimular e alimentá-lo com novos olhares, visões e desafios de modo a não deixá-los cristalizados, isto é, “lugar zero de trocas sociais” como Franco Rotelli se refere ao cuidado manicomial. Para esse primeiro autor é na estratégia da saúde da família que se pode alcançar a radicalidade da desinstitucionalização, já que o sentido desse programa é trabalhar no território.

Uma crítica que este último autor faz à PNSM é que esta deveria começar pela implantação dos CAPS que funcionem 24 horas, por terem capacidade substitutiva ao hospital psiquiátrico e não com os CAPS I. No entanto, segundo dados do Relatório de Gestão da COSAM/MS de 2003 a 2006, com a estratégia de implantação de CAPS I houve um incremento no acesso a serviços de atenção psicossocial em regiões onde a rede extra-hospitalar era praticamente inexistente, como o Nordeste e o Centro-Oeste, inclusive em Estados com forte tradição asilar e baixa cobertura assistencial, como Bahia e Goiás (Brasil, 2007). Por isso, para o MS, “embora a distribuição espacial reflita as desigualdades das regiões brasileiras, há uma tendência de ampliação igualitária de cobertura.” (p.13).

Esse mesmo Relatório de Gestão traz os avanços construídos para a implementação de políticas e programas de saúde mental intersetoriais, mostrando o compromisso da gestão com

* Explicitaremos adiante o conceito da reforma psiquiátrica como um processo social complexo, conforme adotado por Amarante (2003, 2007).

as diretrizes do SUS, para a qual a política pública de saúde é, por definição, intersetorial. Dessa forma, estão sendo gestadas várias articulações, das quais listamos:

- Política de Saúde Mental para a criança e adolescência, com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil;
- Programa para a Inclusão Social pelo Trabalho, articulando-se com a Secretaria Nacional de Economia Solidária do Ministério do Trabalho e Emprego, com discussão da saúde mental e economia solidária além de uma linha de financiamento;
- Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, instituída por portaria interministerial do MS e Secretaria Especial de Direitos Humanos* ;
- Política de Saúde Mental e Intervenção na Cultura, cujos dispositivos públicos principais, mas não únicos, são os Centros de Convivência e Cultura†;
- Política de Saúde no Sistema Penitenciário (Portaria Interministerial nº. 1.777/03), que busca implantar ações e serviços de atenção básica nos estabelecimentos prisionais, incluindo os Manicômios Judiciários;
- Prevenção ao suicídio, por meio da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que já produziu material e que está em fase de planejamento de uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio;
- Articulação de ações de saúde mental e população negra (com a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, conquistada pelo Movimento Social Negro), com a população GLTTB (Programa de Combate à Violência e Discriminação contra Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais – GLTTB – e Promoção da Cidadania Homossexual); população feminina (com Área Técnica de Saúde da Mulher do MS).

* Em agosto de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes que se deu numa clínica psiquiátrica em Sobral, Ceará. A importância histórica dessa condenação reside no fato de ser o primeiro pronunciamento desta corte sobre a violação de direitos humanos das pessoas acometidas por transtornos mentais e que vivenciam intenso sofrimento psíquico. A atuação do Brasil foi exemplar em reconhecer sua responsabilidade pela morte desse cidadão e valer-se da experiência para continuar o processo de reforma psiquiátrica.

† Estes dispositivos são “altamente potentes e efetivos” na inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico grave, pois oferecem espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Sua vocação para a inclusão social deriva do fato de serem concebidos no campo da cultura e não exclusivamente no da saúde, pois não oferecem atendimento médico ou terapêutico, mas sim, um espaço de cultura para essas pessoas e toda a comunidade. O MS recomenda esses Centros em municípios com boa rede de CAPS e com população superior a 200 mil habitantes. Dados do MS apontam existir 60 desses Centros no Brasil, mais concentrados nos municípios de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo (Brasil, 2007).

A construção da Política Nacional sobre Drogas é resultado dessa articulação intersetorial efetivada pela COSAM/MS, superando uma lacuna histórica na política pública de saúde. Em 2003, foi criado um Grupo de Trabalho que adotou os CAPSad como principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, usando ferramentas da redução de danos, bem como ações de prevenção e promoção da saúde, sendo implantados em regiões e municípios estratégicos de acordo com indicadores epidemiológicos. Em 2004, foram criados mecanismos de financiamento para leitos de atenção integral em saúde mental para álcool e drogas em hospitais gerais, sendo aprovada, pela primeira vez no Brasil, uma norma sobre a redução de danos. A nova lei sobre drogas no país foi sancionada em 2006 (Lei nº. 11.342/06).

Outros dispositivos de saúde mental do MS que ainda não foram referidos são os ambulatórios de saúde mental e os Hospitais-Dia (HD). Existem 862 ambulatórios de saúde mental contabilizados pelo MS em 2006, considerados aqueles que possuem uma equipe constituída de pelo menos quatro profissionais, apesar do MS compreender que há um atendimento ambulatorial disperso na atenção básica e hospitais gerais. Esses serviços são responsáveis pela assistência às pessoas com transtornos mentais menores (cerca de 9% da população), mas apresentam pouca articulação com a rede de atenção à saúde. Nesse sentido, há necessidade de discussão sobre esses serviços, que apresentam baixa resolutividade, e sua relação com os CAPS, atenção básica e território. Quanto aos HD, o MS indica ser necessário rever suas atividades e adequá-las ao modelo de CAPS.

Com a exposição desse percurso, é possível perceber a complexidade que a política nacional ganha com o amadurecimento de uma discussão que se inicia com o período de redemocratização do país, podendo ser considerado o fruto desse projeto democrático que se instala com o advento da Nova República.

Em 2005, a OMS/OPAS reconheceu as experiências do Brasil e do Chile, por ocasião da Conferência Comemorativa dos 15 anos da Declaração de Caracas, realizada em Brasília, como referências em saúde mental na América Latina pelos significativos progressos na assistência nessa área de saúde. O Brasil se destacou com a redução dos leitos psiquiátricos e a criação de redes comunitárias de atenção, enquanto o Chile avançou na integração dos serviços de saúde mental dentro das redes de saúde pública. A Carta de Brasília, construída nesse encontro, e aprovada por 160 participantes de 26 países

reafirma os princípios da proteção aos direitos humanos, da ampliação da cidadania das pessoas com transtornos mentais e da necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos, garantindo a atenção integral da saúde dessas pessoas e a participação de usuários e

familiares no planejamento e na implantação dos programas de saúde mental (OPAS, s/d)

Em 2007, uma série de artigos na revista inglesa *The Lancet* sobre a saúde mental no mundo também elogiou a política brasileira, reafirmando as considerações da OMS/OPAS ao promover uma atenção integral de base comunitária. Em especial, destaca o compromisso do país nessa seara, que se tornou possível com o comprometimento da sociedade pelo esforço dos profissionais de saúde mental, usuários dos serviços, familiares, conseguindo construir uma política efetiva apesar do baixo orçamento que o país dispõe para seu desenvolvimento (Jacob & cols., 2007).

Outro artigo dessa mesma série trata das principais barreiras enfrentadas pelos países de baixa ou média renda* para a construção de serviços de saúde mental de base territorial. Entre esses, estão: a vontade política - entendida no jogo de diferentes interesses que bloqueiam ou aceleram as ações de mudança em saúde mental -; financiamento insuficiente; centralização de serviços em centros urbanos e macro-hospitais; complexidade da integração do cuidado em saúde mental na atenção básica; falta de profissionais treinados e supervisionados na atenção desenvolvida pelos novos serviços de saúde mental; e deficiência de formação em saúde pública por parte de líderes/gestores (Saraceno & cols., 2007).

É ainda importante destacar nesse momento de apresentação da PNSM algumas das críticas feitas pela já referida ABP, pois esta entidade tem marcado forte oposição à atual direção da política pública para a área da saúde mental. Para tanto, é possível utilizarmos o documento criado e divulgado pela ABP (2006), chamado “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”, para explicitar algumas das críticas desse grupo. Segundo afirmado no próprio documento, sua criação se deu por meio de ampla discussão e aprovação dos delegados das associações federadas, sendo, portanto, apresentado como a posição oficial dos psiquiatras brasileiros associados pela ABP. Porém, é importante destacar que, embora seja uma postura da corporativa, não significa que todos os psiquiatras brasileiros - nem mesmo os associados à entidade - concordam com esta disposição.

De forma geral, nessas diretrizes da ABP revela-se uma posição de todo antagônica à ancorada pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira, em especial por se pautar mais pela desinstitucionalização italiana, que também tem sido seguida pela PNSM. É possível perceber essa diferença de orientação logo no início do documento, a partir da leitura do item

* Categorização do Banco Mundial de países por renda, do inglês, *low-income* e *middle-income*.

“Princípios” (p. 7). A ABP adota uma concepção próxima ao paradigma doença-cura, tal qual referido - e contraposto ao de existência-sofrimento - pelos italianos Basaglia e Rottelli.

A disposição sustentada pela ABP é de que a direção da COSAM/MS tem seguido o que foi defendido no projeto de lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado e não pela Lei nº. 10.216/01. Esta corporação classifica o referido PL como “antimédico e especificamente antipsiquiátrico” (p. 14), pois propunha “a extinção dos hospitais psiquiátricos e a subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à promotoria pública” (p. 15) e, do contrário, considera ser necessário pensar numa assistência psiquiátrica com “fundamentos exclusivamente técnicos e científicos e não políticos partidários ou de interesses de grupos particulares” (p. 15).

Portanto, é possível apreender que a ABP entende a PNSM como decorrente de interesses particulares e não construída de forma coletiva, principalmente por meio da III CNSM. Além disso, também considera a orientação da atual política contra os psiquiatras, ou que, pelo menos, se tem considerado essa especialidade prescindível. O argumento da corporação é que os psiquiatras têm sofrido preconceitos, ou por serem considerados os responsáveis pelas mazelas do sistema, ou, pelo papel profissional que a estes são destinados nos serviços criados, tais como os CAPS, já que em muitos serviços nos quais os médicos são previstos não o são, necessariamente, da especialidade psiquiátrica.

Além dos psiquiatras, é exposto no referido documento que outro alvo de preconceitos é o hospital psiquiátrico, inclusive sendo pejorativamente chamado de manicômio. A crítica que alicerça essa visão é de que a imagem de câmaras de torturas e de opressoras da liberdade de expressão individual acerca desses estabelecimentos são baseadas nas péssimas condições dos hospitais públicos que são insuficientemente patrocinados pelo poder público; logo, um hospital psiquiátrico de boa qualidade não corresponderia a esse cenário.

É possível compreender essa posição da ABP também por meio da sua assinatura à Declaração de Margarida (documento oriundo da Assembléia da Associação Psiquiátrica da América Latina – Apal – do ano de 1999). Por meio dessa declaração, essa Associação reafirma os propósitos de terminar definitivamente com as instituições manicomiais, tal como a Declaração de Caracas da qual também é signatária, porém aponta que alguns governos latino-americanos "se limitam ao fechamento das instituições com o propósito de reduzir os investimentos em saúde mental, lançando às ruas pessoas com sofrimento mental para as quais não se criaram as redes assistenciais necessárias, nem as condições comunitárias que

facilitem sua reinserção social" (Jorge & Franca, 2001, p. 4). Os mesmos autores destacam que as recomendações da Apal aos governos latino-americanos na Declaração de Margarida:

reorientação dos programas de saúde mental e de psiquiatria para a atenção primária (...) mantendo a existência de hospitais especializados devidamente transformados em sua concepção, infra-estrutura e recursos humanos (...) integrados à rede assistencial e comunitária (...) criar estruturas intermediárias de trânsito até a plena reinserção social (p. 5)

Por isso, para esta entidade, o governo brasileiro tem buscado a desospitalização a qualquer preço, sem considerar o destino das pessoas hospitalizadas, havendo “um fechamento incondicional dos hospitais” (ABP, 2006, p. 21), o que gera desassistência, já que o modelo “CAPScêntrico” não dá conta das diversas demandas da área de saúde mental. Conforme ilustra o documento:

Trocou-se um modelo obsoleto, centrado em um único serviço, o hospital, por outro, também centrado em um único serviço, o CAPS, incapaz de atender na totalidade as necessidades dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais (p. 53)

O modelo de assistência proposto pela ABP é nomeado como Integral e dividido em três níveis: primário, secundário, terciário e com programas específicos, também nos três níveis, conforme clientela: crianças e adolescentes; idosos; área de álcool e drogas; e “doentes mentais cumprindo medida de segurança e população prisional com transtornos mentais” (p. 25).

Nesse chamado “modelo de assistência integral em saúde mental” destacamos dois pontos que se sobressaltam em oposição à PNSM. Uma é a proposição do CAMPES, em vez do CAPS, ou seja, um Centro de atenção médica, psicológica e social, como serviço intermediário entre ambulatório e internação, estruturados em três níveis de complexidade. A proposta do CAMPES não especifica ser um serviço de base comunitária, como previsto pela OMS, nem apresenta uma noção próxima à atenção psicossocial*, conforme prevista nos atuais CAPS. Ou seja, é tratado da necessidade de uma equipe e da existência de vários profissionais, mas parece subsistir uma certa compartimentalização da visão de homem, usurpado por várias especialidades, o que contrasta com a visão integral do ser humano, que é mais próxima à presumida pela atenção psicossocial. Igualmente, há um contraste na forma de atenção integral prevista neste modelo da ABP, que prescreve sua divisão em três níveis hierárquicos, enquanto a proposta da PNSM com os CAPS antevê uma atenção integral no

* Abordaremos mais adiante a evolução do termo e do conceito psicossocial, tentando elucidar também a atenção psicossocial.

território, que contemple os diversos serviços (desses diferentes níveis de atenção) de forma também integrada.

Outro destaque é sobre um programa específico de saúde mental para a área de álcool e drogas, na qual a ABP prevê o foco na abstinência e não na redução de danos, tendo em tela a compreensão da “dependência química como uma doença grave e crônica e não somente um problema social ou psicológico” (p. 43). Segundo o documento:

Somente com a abstinência é que o dependente volta a um nível satisfatório de saúde física e mental. Isso não quer dizer que não se possa utilizar estratégias de redução de consumo sem abstinência, com resultados inferiores ao ideal. Mas não se pode oferecer à população exclusivamente uma política de redução de consumo, chamada de redução de danos, como se isso fosse o melhor para os pacientes. O tratamento visando a abstinência pode ser caro, longo e trabalhoso, mas ainda é o melhor que a medicina pode oferecer.” (p. 44)

É possível perceber que algumas das críticas pontuadas pela ABP à atual PNSM são também questionadas por teóricos e militantes da reforma psiquiátrica, como a preocupação com a desassistência e com a construção de um modelo “CAPScêntrico”. Porém, a base das críticas é diversa. A preocupação oriunda do movimento social é o não-aprofundamento das mudanças necessárias no panorama da saúde mental brasileira, ou seja, pauta-se pelo alerta do perigo de percorrer um caminho de “reformismo” e não uma verdadeira “revolução paradigmática” em saúde mental, no perigo de “transformar para nada mudar” ou, ainda, a substituição por um modelo de grandes asilos para o de pequenos manicômios, ou de “CAPScômios”.

Com esse panorama de críticas à PNSM procuramos ilustrar, mais uma vez, as forças, posições e questionamentos envolvidos nesse processo de reforma psiquiátrica brasileira.

2.3 – A reforma psiquiátrica brasileira como processo social complexo: modo asilar *versus* psicossocial

As mudanças em curso na saúde mental coletiva brasileira, voltadas para a superação do modelo psiquiátrico hegemônico, exigiram a construção de novos aportes teóricos que circunscrevessem esse processo. Nesse estudo, destacamos dois referenciais que ajudam a compreender o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e a conformação de um novo campo na saúde mental, respectivamente, o conceito de processo social complexo e de atenção psicossocial.

Para entender o conceito de Atenção Psicossocial é preciso antes entender como se deu a transformação do termo psicossocial em conceito (Costa-Rosa & cols., 2003). Foi no âmbito da Medicina Comunitária, agregando conhecimentos da Medicina Integral e Medicina Preventiva, que começa a ser usado o termo psicossocial para permitir a compreensão do indivíduo em sua totalidade bio-psico-social. Na saúde mental, o termo psicossocial teve influência nas novas práticas na assistência psiquiátrica no contexto do período pós-guerras, com forma de superação da própria psiquiatria, que se mostrou impotente terapêuticamente ao ficar centrada no objeto “doença mental” e no hospital psiquiátrico como principal dispositivo.

Assim, emergem os movimentos de reforma psiquiátrica abordados anteriormente. Porém, os movimentos de psiquiatria reformada, como Rotelli (1990a) concebe as experiências de Comunidade Terapêutica, de Setor e Psiquiatria Comunitária, “não chegaram a conferir ao significante ‘psicossocial’ mais que o estatuto de um termo que pretendia incorporar aspectos psíquicos e sociais aos biológicos do paradigma e do objeto da Psiquiatria” (Costa-Rosa & cols., 2003, p. 18). É com os movimentos de crítica mais radical à psiquiatria clássica – a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana – em que são transformadas as concepções de objeto, as formas de conceber e estruturar a instituição como dispositivo e as relações terapêuticas estabelecidas nesta, inclusive em vista de suas implicações éticas, que o termo psicossocial vai aspirar ao estatuto de conceito para designar uma via alternativa ao modelo hospitalocêntrico tradicional.

No Brasil, com o surgimento de um movimento de reforma psiquiátrica, o termo psicossocial começou a ser utilizado para designar novos dispositivos em saúde mental substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico – CAPS e NAPS. Dessa forma, essas experiências exigiram transformações político-ideológicas para a construção de um novo lugar social para a loucura e, portanto, de outra fundamentação teórico-técnica compatível a esse novo entendimento.

Portanto, é no sentido de transição de modelos que Costa-Rosa e cols (2003) entendem a transformação do significante “psicossocial” em conceito, isto é, no intuito de abarcar as experiências que começam a se construir em oposição ao modo dominante asilar. Assim, diferentemente do termo, o conceito não visará mais uma “visada de especialidades” e não se referirá somente ao campo psíquico e social, mas sim à integração de vários aspectos – políticos, ideológicos, éticos, econômicos, técnicos – como componentes do sentido mais

amplo que o campo psicossocial procura articular. Para Costa-Rosa (2000), emerge, assim, um novo modo, oposto ao asilar, o modo psicossocial.

Para realizar uma aproximação do modo psicossocial, Costa-Rosa e cols (2003) compreendem ser necessário entender o processo de reforma psiquiátrica como social e complexo, tal qual Amarante (2003) compreende. Para esse autor, as transformações necessárias para viabilizar essa superação do modelo psiquiátrico clássico não podem ficar restritas ao que antes denominamos como reformismo, isto é, à simples reforma administrativa e técnica da assistência psiquiátrica, sendo necessária uma compreensão mais abrangente que transmita a amplitude e dinâmica desse profundo processo de transição de modelos. Por isso, esse autor propõe uma concepção da reforma psiquiátrica, como um processo social complexo, que

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

Para possibilitar uma reflexão mais sistemática sobre esse processo social complexo “que se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos e tensões” (Amarante, 2007, p. 63), esse autor oferece quatro dimensões: teórico-conceitual (ou epistêmica), técnica-assistencial, político-jurídico e sociocultural.

Para entender a Atenção Psicossocial tal qual vêm sendo construído no cenário brasileiro, Costa-Rosa e cols (2003) indicam ser necessário integrar as análises de Amarante (2003) sobre a reforma psiquiátrica e de Costa-Rosa (2000) sobre o modo psicossocial. A análise de Amarante (2003) visa compreender a reforma psiquiátrica em quatro dimensões. A primeira - **teórico-conceitual ou epistêmica** - para ele resulta da própria transformação da psiquiatria como ciência, isto é, por ter sido fundada no positivismo acabou por entender a doença como um objeto natural e não como uma experiência de sujeitos enfermos. Dessa forma, a recontextualização dessa ciência fez emergir os movimentos de contestação de seus saberes e prática clássicos. A noção de transtorno mental reflete uma das transformações empreendidas nesse campo, porém ainda é preferível utilizar o termo sofrimento psíquico para sublinhar o enfoque que se quer transformar, qual seja, sobre as pessoas que sofrem e não sobre patologias.

A partir das reflexões propiciadas pela Psiquiatria Democrática Italiana, já enunciadas no capítulo anterior, foi percebida a necessidade de uma operação de ruptura com a psiquiatria

clássica, por meio da negação da doença, isto é, colocar a doença entre parênteses, tal qual a redução fenomenológica de Husserl, tornando possível se aproximar do sujeito da experiência humana. Essa operação desvela “o duplo da doença mental”, isto é, a carreira moral das pessoas internadas, as características desenvolvidas e exacerbadas pela situação de institucionalização, que antes de ser revelada era entendida como o “curso natural da doença mental” pela psiquiatria clássica. Dessa forma, no campo epistêmico, é necessário colocar a doença entre parênteses, para tornar possível se aproximar das pessoas, de “suas vicissitudes, problemas concretos do cotidiano, trabalho, família, parentes, vizinhos, projetos e anseios” (Amarante, 2007, p. 69).

Nesse entendimento, o processo de desinstitucionalização não deve ser voltado apenas para o hospital psiquiátrico, a reestruturação técnica, mas sim ter vistas a “um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações” (Amarante, 2003, p. 50).

Com essa visão nos chegamos à segunda dimensão, a **técnica-assistencial**, que impõe o desafio de construir novos dispositivos que não sejam calcados na tutela, na custódia, na disciplina e na vigilância. Isso significa que, ao retirar o foco da doença e recolocá-lo sobre as pessoas e suas vidas, torna-se necessária uma prática diferente, voltada para o acolhimento, cuidado; permitindo que os lugares antes destinados à loucura, à diferença, sejam agora espaços de sociabilidade, de trocas sociais, de produção de saúde e vida. Ainda, o cuidado agora não consiste em objetivo principal a supressão dos sintomas, mesmo sendo ela almejada e alcançada, o objetivo em questão é o “de ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (Rotelli, 1990b, p. 94). Para isso, é necessária a ativação de todos os atores envolvidos nessa transformação – profissionais, usuários, familiares, comunidade – recuperando seu protagonismo.

Dessa forma, trabalhar na perspectiva da desinstitucionalização é reconstruir as pessoas como atores sociais de transformação, assim a “emancipação terapêutica (que se torna o objeto substitutivo da “cura”) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico” (Rotelli, 1990a, p. 31). Por isso os lugares de cuidado, acolhimento, produção de vida, devem ser entendidos mais como laboratórios, em que os atores sociais se organizam e constroem novas formas de funcionamento. Daí advém a noção de que são usadas as próprias energias internas das instituições para transformá-las, por meio de uma nova concepção de enriquecimento da

existência global, complexa e concreta dos atores envolvidos, o que implica uma multiplicidade de ações que construam espaços de solidariedade e cuidado no território (Luzio, 2003).

Assim sendo, é também preciso articular a dimensão **político-jurídica**, pois a legislação existente também foi fundada sobre as noções de doença e tutela, enxergando as pessoas em sofrimento sob os estigmas da periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade civil. Assim, a mudança que se opera no campo da saúde mental, ou melhor, na existência global, complexa e concreta das pessoas, encontram barreiras jurídicas ao exercício de sua cidadania, de forma que não basta assegurar o direito das pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico de se cuidarem, mas sim de pertencerem ao tecido social e serem aceitas em suas vicissitudes e, portanto, são de extrema importância as ações de inserção social realizadas por meio de mecanismos como residências terapêuticas, cooperativas e benefícios sociais (Luzio, 2003).

Por essa via de raciocínio, Amarante (2007) considera que a questão dos direitos humanos ganha uma perspectiva singular, de inclusão de novos sujeitos de direitos e novos direitos aos sujeitos em sofrimento psíquico, “direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece. ‘De volta à cidade, senhor cidadão’ diz o poeta Paulo Mendes Campos” (p. 70).

Contudo, não é somente com leis que se constrói a cidadania. É preciso mudar relações sociais e o imaginário social sobre a loucura, o que se faz observando a dimensão **sócio-cultural** desse processo social complexo. Para Amarante (2007), essa dimensão é estratégica nesse processo, uma vez que por meio desta se trabalha o envolvimento da sociedade na discussão sobre a loucura, provocando seu imaginário social e instigando o diálogo. Nesse sentido, foi instituído pelo MLA o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio, para ser um período em que são realizadas diferentes atividades acadêmicas, culturais, políticas, de forma a propiciar a reflexão da sociedade sobre a loucura, a figura do louco, os hospitais psiquiátricos, os CAPS, os SRTs, etc.

A mudança da representação social da loucura e do louco, que foi construída historicamente por vários séculos como pessoas perigosas, irresponsáveis e incapazes são imensamente modificadas pelas transformações engendradas no contexto de reforma psiquiátrica, principalmente a construção de serviços abertos e substitutivos que dão espaços para a produção social dos atores sociais envolvidos no processo, conforme analisado por Pacheco (2005). Em especial, argumenta esta autora, as ações culturais, como as rádios e TV

Comunitárias, ganham destaque por propiciarem o diálogo com a sociedade, possibilitando a quebra de estigmas e preconceitos, mas também são importantes as produções em outros campos como música, poesia, artes cênicas, artes plásticas, etc.

Outro aspecto fundamental dessa dimensão sociocultural – e que possui intensa relação com as outras dimensões – é a participação social e política dos atores sociais envolvidos no processo de reforma psiquiátrica, seja por meio de associações, encontros, conferências de saúde e de saúde mental, bem como nos conselhos e comissões de saúde. Foi essa intensa articulação da participação social no processo de reforma psiquiátrico brasileiro e de reforma sanitária que permitiu (e permite, entendendo esse processo como um devir) a construção do SUS e da política de saúde mental.

Tendo em vista essa compreensão da reforma psiquiátrica, para Costa-Rosa e cols (2003) a Atenção Psicossocial foi se definindo pelas transformações no modelo psiquiátrico clássico, operadas na e pelas dimensões acima explicitadas, de forma tal que podemos hoje falar desse campo específico que congrega “todo o conjunto de práticas substitutivas ao **Modo Asilar**, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão.” (Costa-Rosa & cols., 2003, p. 34).

E, com a finalidade de compreender as características dos dispositivos de Atenção Psicossocial, Costa-Rosa (2000) e Costa-Rosa e cols (2003) se propuseram a efetuar uma análise desse novo modo de atenção que vem se conformando na saúde mental brasileira, chamando-o de **Modo Psicossocial**. Para realizar essa análise, os autores consideram que é preciso entender esse modo psicossocial como capaz de ser a “alteridade radical” do outro modo asilar a que pretende suplantá-lo. Dessa forma, o primeiro seria entendido como o que alterna o segundo, como um conjunto possível da lógica do seu devir.

Para construir parâmetros de definição de um novo modo de atenção, e com capacidade de ser realmente alternativo ao outro, Costa-Rosa (2000) partiu de alguns aportes teóricos que permitissem uma análise das transformações operadas nas teorias, práticas e discursos de forma a distinguir um modo asilar e um psicossocial. Ainda afirma:

A elaboração das práticas do modo psicossocial é tributária de diferentes movimentos sociais e científicos e vários campos teóricos. A compreensão mais ampla de sua complexidade exige incursões na teoria da análise política e instituições, teoria da análise institucional, teoria da constituição subjetiva e elementos de análise da história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da Saúde Mental e suas repercussões no contexto brasileiro (p. 142)

É, portanto, utilizando algumas noções desses campos que se tornou possível para o autor distinguir as características alternativas essenciais do modo asilar e do modo psicossocial e construir quatro parâmetros para se pensar a Atenção Psicossocial:

- Concepções do processo saúde-doença e dos meios teóricos-técnicos, que dizem respeito às concepções do processo saúde-doença e dos aparatos técnicos, científicos e administrativos para seu manejo;
- Concepções da organização das relações intra-institucionais e a divisão do trabalho interprofissional, no qual são estabelecidas relações de poder e suas possibilidades de transformação;
- Concepção da forma das relações da instituição com a clientela e com a população em geral, contemplando as possibilidades de mútuo intercâmbio, mas com destaque para o papel da instituição como equipamento;
- Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos, que são sentidos pelos fins políticos e sócio culturais das práticas exercidas.

Para apresentar esses parâmetros e suas características, lançamos mão da síntese realizada por Medeiros (2005) do trabalho de Costa-Rosa (2000), comparando o modo psicossocial e o asilar:

(a) Concepções do processo saúde-doença e dos meios teóricos-técnicos:

No modo asilar

- Ênfase nas determinações orgânicas da doença;
- Meio de intervenção: medicamento;
- Pouca ou nenhuma consideração da pessoa em sofrimento como sujeito. Não investe na sua participação no tratamento. Quem trabalha é o remédio;
- A loucura é vista como um fenômeno individual. Por isso, a intervenção se restringe ao indivíduo. A relação com a família, quando existe, se limita a questões pedagógicas e assistenciais;
- Utiliza recursos multiprofissionais enquadrados no modelo de divisão do trabalho corresponde à “linha de montagem”, onde tarefas e sujeito são fragmentados como em um processo de produção de mercadorias;
- O prontuário é o elo de interconexão dos profissionais da equipe;

- Psicose, alcoolismo, neurose e outras problemáticas são consideradas doenças para as quais deve-se buscar a cura de acordo com o modelo médico;
- O hospital psiquiátrico fechado é a instituição típica. No entanto, outros dispositivos também podem funcionar segundo os mesmos parâmetros.

No modo psicossocial

- Consideração dos aspectos biológicos, culturais, sociais, políticos e psicológicos;
- Meios de intervenção: psicoterapias, oficinas terapêuticas, socioterapia e ações de reintegração sociocultural, como cooperativas de trabalho;
- Considera como decisiva a participação do sujeito no tratamento, considerando suas dimensões orgânicas e socioculturais;
- Não vê a loucura como fenômeno exclusivamente individual, mas social também. Procura-se incluir a família e o grupo próximo no tratamento (associações de usuários e familiares);
- Utiliza equipe interprofissional que busca superar a simples reunião de especialistas através de um intercâmbio das suas visões teórico-técnicas e das suas práticas;
- O objeto das práticas em saúde mental é entendido como existência-sofrimento. Critica o paradigma doença-cura;
- Dispositivos institucionais típicos: CAPS, ambulatórios de saúde mental, equipes multiprofissionais de saúde mental de centros de saúde e hospitais gerais.

(b) Concepções da organização das relações intra-institucionais e a divisão do trabalho interprofissional:

No modo asilar

- O organograma típico é o vertical ou piramidal; com o fluxo do poder institucional em um só sentido (do topo para a base);
- A organização do serviço é percebida como indiferente ao processo terapêutico. Há campos ou espaços interditados ao usuário e a população, em geral. O poder e saber são estratificados;
- Indiferenciação entre o poder decisório, que se refere à esfera política; e o poder de coordenação, referente à esfera teórico-técnica.

No modo psicossocial

- O organograma típico apresenta um desenho mais achatado e horizontal, com o fluxo de poder institucional em vários sentidos;

- A organização do serviço é posta a serviço das práticas de atenção. Busca-se a participação dos usuários, familiares e comunidades, através da realização de assembléias e encontros;
- Distinção entre poder decisório e poder de coordenação. O primeiro é exercido pelo conjunto da instituição, através de reuniões; e o segundo – coordena as ações conjuntas e faz executar em suas dimensões particulares as decisões tomadas pelo coletivo.

(c) Concepção da forma das relações da instituição com a clientela e com a população em geral:

No modo asilar

- A instituição é um espaço de relação entre loucos e sãos ou entre doentes e sãos;
- Para a população de referência, a instituição é o lócus depositário de seus elementos problemáticos para serem tratados ou excluídos do convívio social;
- Interdição do diálogo, produzindo um discurso que fixa o usuário à imobilidade e ao mutismo.

No modo psicossocial

- Organização programática em forma de equipamentos integrais tanto em relação ao território como ao ato terapêutico propriamente dito;
- Espaço de interlocução que possibilita a subjetividade e o diálogo;

A instituição funciona como ponto de fala e de escuta da população; o que implica na sua capacidade para discriminar a demanda social.

(d) Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos:

No modo asilar

- Defeitos do tratamento como cronificação e dependência de medicamentos, por exemplo;
- Supressão sintomática com remoção ou tamponamento dos sintomas.

No modo psicossocial

- Além da supressão sintomática, procura-se o “reposicionamento do sujeito”, que leva em conta a dimensão subjetiva e sociocultural;
- Ao colocar a ética na perspectiva da singularização, da horizontalização e interlocução, da implicação subjetiva e sociocultural, o modo psicossocial procura, ao menos, interceptar a questão do individualismo, que obstaculiza as relações intersubjetivas horizontais, no seu espaço de ação.

Para finalizar este capítulo, construímos também outros dois quadros sinópticos da história da assistência psiquiátrica e reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro, contempla a época da Colonização até o final século XX; o segundo, a partir do final da década de 1970. Utilizamos essa divisão como forma de marcar a inflexão histórica lograda com as transformações impressas pelo processo de reforma psiquiátrica.

Porém, é ainda preciso reiterar que esse processo social e complexo de reforma psiquiátrica é vivido de forma bastante heterogênea no amplo território nacional, por isso, o nosso trabalho se propôs a fazer uma aproximação inicial à trajetória desse processo no Distrito Federal, que será inicialmente balizado no próximo capítulo por meio de revisão bibliográfica.

Quadro 3 – Resumo da loucura no Brasil – de 1500 à década de 1970

Brasil Colônia (1500 a 1822)

- Idade Moderna: Primeiras Santas Casas de Misericórdia trazidas de Portugal.
- Idade Contemporânea: Modernização, construção de instituições sociais como escolas de direito e medicina e expansão das Santas Casas de Misericórdia, que também leva ao crescimento das cidades e aumento da mendicância.
- Corte Portuguesa no Brasil (1808-1821): Assistência à saúde sem sistematização no período colonial, oferecida apenas pelas Santas Casas de Misericórdia (entidades filantrópicas e religiosas) e estendida a todos os miseráveis.

Brasil Império (1822 a 1889)

- I Reinado (1822 – Independência do Brasil):
 - . 1824 – Primeira Constituição (união da Igreja e Estado)
 - . Protestos públicos contra o modo desumano de tratamento dos doentes mentais e afirmação da ciência.
 - . Campanha “aos loucos, o hospício!” e edição de revistas da sociedade médica do Rio de Janeiro (1830).
- Regência (1831 – 1840):
 - . Relatório de visita hospitais e prisões (1839)
- II Reinado (1840 – 1889):
 - . 1852 – Abertura do Hospício Pedro II na Capital e em outras cidades no mesmo ano (SP, PE, BA, RS).
 - . Gestão leiga, tratamento fragmentado “cópia irrefletida dos alienistas franceses”.
 - . Conflito de autoridade dos médicos cientistas versus freiras das Santas Casas.
 - . 1886 – Primeiro especialista a administrar o Hospício Pedro II (Dr. Teixeira Brandão).

Brasil República (a partir de 1889)

- República velha (1889 – 1930):
- Ruptura do Estado com a Igreja. A assistência que antes era filantrópica, depois generalista, torna-se, enfim, psiquiátrica.
- Gestão de Teixeira Brandão (1889-1902): ampliação de asilos. Primeira reforma psiquiátrica brasileira: implantação do modelo de colônias, entendidas como mais humanas.
- Gestão Juliano Moreira (1902-1930): continua a construção de asilos e legitimação jurídica (Lei no. 1131, de 22 de dezembro de 1903). Divulgação do pensamento psiquiátrico por revistas específicas
- Século XX:
 - . Liga Brasileira de Higiene Mental (1923). Cristaliza a higiene mental e os ideais eugenistas, xenofóbicos, antiliberais e racistas.
- Era Vargas (1930 – 1945):
 - . o Década de 1930: Criação dos Ministérios da saúde e educação e criação do Serviço de Assistência aos Doentes Mentais. Assistência pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões e assistências médicas (IAPs). Decreto no. 24.559, de 1934, “Dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas”.
- República Nova (1945 -1964); Brasília-DF (1960):
- Nise da Silveira dirige o Setor de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional em 1946.
- Ampliação da experiência de Nise da Silveira: Museu de Imagens do Inconsciente (1952) e Casa das Palmeiras (1956)
- Com a assistência privada dos IAPs ocorre uma paulatina privatização da assistência de saúde e também na área de psiquiatria, mas há menos leitos privados do que públicos, situação que se inverte a partir da década de 60 com o governo militar.
- Regime militar (1964 – 1985):
- Década de 1960: reunificação dos institutos, criando o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Privatização da assistência à saúde mental. Fenômeno “indústria da loucura”, multiplicação dos hospitais conveniados (97% dos recursos destinados à internação hospitalar conveniada).

Quadro 3. 1 - Resumo da história da loucura no Brasil – década de 1970 aos dias atuais

Brasil República (a partir de 1889)

- **Ditadura (Abertura) 1977 a 1985:**

- . Criação do CEBES e REME (1976) e MTSM (1978)
- . Década de 80: crise financeira e institucional do INPS
- . Convênio de Co-gestão do Ministério da Saúde com o Ministério da Assistência Social (1980);
- . Racionalização do Estado reorganização da assistência a saúde mental

- **Nova República (desde 1985) - Governo Sarney (1985 a 1990)**

- . 1988 – “Constituição Cidadã”: a “saúde como direito de todos é dever do Estado”
- . 8ª CNS (86)
- . I CNSM, MNLA, 1º. CAPS (São Paulo-SP, 1987)
- . 1ª. Rede de serviços substitutivos do país (Santos-SP) e PL3657/89 (1989)
- . Ampliação do movimento social antimanicomial e primeiras experiências bem sucedidas nos moldes da reforma psiquiátrica

- **Governo Collor (1990 a 1992)**

- . Década de 1990: Fusão das estruturas administrativas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Ministério da Saúde; Primeiras normatizações do SUS (leis 8080/90 e 8142/90)
- . Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (Caracas); Criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (1991)

- **Governo Itamar (1992 a 1995)**

- . II CNSM (92)
- . Aprovação das primeiras leis de Reforma Psiquiátrica Estaduais (ES e RS) e criação de portarias ministeriais apoiando as novas experiências em saúde mental (Portarias SAS nº 189/91 e SAS nº 224/92)
- . Possibilidade de construção de uma Política Nacional de Saúde Mental inspirado no movimento de reforma psiquiátrica

- **Governo F.H.C (1995 a 2003) e Governo Lula (2003 a 2010)**

- . Lei nº. 9.867/99 de Cooperativas Sociais, beneficiando inclusive a clientela de serviços de saúde mental
- . SRT (2000); Lei 10.216/01 e III CNSM (2001); CAPS e PNASH/Psiquiatria (2002); PVC - Lei nº. 10.708/03 (2003); PRH (2004)

CAPÍTULO III

Assistência em saúde e saúde mental e reforma psiquiátrica no Distrito Federal

*"Falo assim sem saudade
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito
Mais vale o que será"
Milton Nascimento/Fernando Brant*

Para entendermos esse processo de reforma psiquiátrica no DF é preciso caracterizar o campo. Levantamos, primeiramente, os aspectos geopolíticos de sua fundação, suas características urbanísticas e sócio-demográficas, bem como uma breve revisão histórica de seu sistema de saúde e das unidades de saúde mental.

3.1 - A transferência da Capital e sua fundação

A origem mítica do Distrito Federal, situado no Planalto Central do Brasil, é atribuída ao sonho de Dom Bosco, “Santo Italiano nascido em 1815 e fundador da Ordem dos Salesianos, em 30 de agosto de 1883. Neste sonho, Dom Bosco vislumbrou uma depressão bastante larga e comprida, partindo de um ponto onde se formava um grande lago, entre os paralelos 15° e 20°” (Governo do Distrito Federal [GDF], n/d).

Efetuar a transferência da capital para o interior do país era um projeto muito antigo. Sua origem histórica pode ser localizada no século XVIII com Marquês de Pombal como a primeira idéia de fixar a sede do governo no sertão do Brasil. Também era um projeto defendido pelos inconfidentes mineiros, que em 1789 haviam incluído a transferência da capital para o interior como um dos objetivos de seu movimento. Essa questão da transferência e interiorização da capital permaneceu presente também após a Independência do Brasil, mas tornou-se plausível efetivamente somente na República, sendo estabelecida a mudança da Capital na Constituição de 1891 e ratificada na de 1934. Em 1893, a Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil, denominada Comissão Cruls, realizou a primeira demarcação da área do futuro Distrito Federal, que abrangia uma área de 14.400 Km² entre os paralelos 15 e 16 graus. Em setembro de 1922, como parte das comemorações do Centenário da Independência do Brasil, aconteceu o lançamento da Pedra Fundamental, no Morro do Centenário, na cidade de Planaltina (GDF, 2006).

Para Paviani (2003), a transferência da capital teria conotações geopolíticas e foi precedida pelo

projeto para a capital mineira em fins do século XIX e da capital goiana, nos anos 30 do século XX. Assim, a expansão do povoamento para o interior foi-se consolidando no bojo do ideário da ‘Marcha para o Oeste’, ao tempo do governo Vargas e visava incorporar ao mercado do Brasil industrializado um *hinterland* cujas terras começavam a ser produtivas (p.65)

Foi com a Constituição de 18 de setembro de 1946 que ficou determinada a transferência da capital para o Planalto Central. Esse encargo foi cumprido pelo Presidente Juscelino Kubitschek, que em 15 de março de 1956 assinou a Mensagem de Anápolis, que lançava as bases da Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap) e sacramentava o nome da nova Capital, Brasília, no artigo 33 da Lei nº 2.874, de 19 de setembro de 1956.

Portanto, Brasília tem suas origens muito antes do início da construção da capital, em 3 de novembro de 1956, pela Novacap.

As grandes máquinas acionadas pelos candangos, trabalhadores vindos espontaneamente de todos os pontos do país, sobretudo do Nordeste, começaram a tornar realidade o plano piloto elaborado por Lúcio Costa e executado por Oscar Niemeyer. Antes mesmo da inauguração de Brasília, Israel Pinheiro foi nomeado Prefeito da Capital, em 17 de abril de 1960. Em 21 de abril de 1960, com a inauguração de Brasília pelo Presidente da República Juscelino Kubitschek, e encerrou-se a pré-história da nova capital brasileira (GDF, s/d)

Após o governo Kubitschek e, com as crises políticas dos governos posteriores, a permanência da capital em Brasília foi desacreditada, sendo cogitada a volta do poder federal para o Rio de Janeiro. No entanto, com o golpe militar, a nova localização da capital é fortalecida dentro do projeto de integração nacional, sendo transferidos definitivamente os órgãos federais para Brasília. Com efeito, essa nova capital começa a crescer aceleradamente (Paviani, 2003). A promulgação da Constituição Cidadã de 1988 estabeleceu eleições diretas para Governador e Deputados Distritais, que tiveram como primeira atribuição a elaboração da Lei Orgânica do Distrito Federal, promulgada em 1993.

3.2 – Características urbanísticas e sócio-demográficas

Tida como uma cidade planejada, Brasília foi declarada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) “Patrimônio Histórico e Cultural da Humanidade” em 1987. No entanto, Paviani (2003), em seu estudo, mostra como o projeto original de se construir uma “cidade planejada” não se cumpriu, sendo a nova capital mais

uma “metrópole polinucleada”, isto é, com uma periferia (constituída de cidades-satélites e cidades do Entorno, dos Estados de Goiás e Minas Gerais) com forte dependência do centro, o Plano Piloto, para bens e serviços.

Desde o início de sua construção essa organização já podia ser percebida, pois ao mesmo tempo em que se construía o Plano Piloto, núcleo central da Capital, delimitaram-se novos espaços urbanos para a leva de imigrantes, muitos dos quais trabalharam nos canteiros de obras. Assim, nasce o polinucleamento da cidade que almejava ser planejada, repetindo a “apartação e exclusão sócio-espacial” (p.64) encontrada em outras metrópoles. A cidade de Taguatinga é oficialmente a cidade-satélite mais antiga criada como tal e implantada em 05 de junho de 1958, seguida por Sobradinho e Gama em 1960, Guará em 1969 e Ceilândia, em 1971, que tem o nome pela derivação da sigla CEI, que significava: Campanha de Erradicação de Invasões (GDF, s/d).

A noção de cidade-satélite prevê uma auto-suficiência desta, em termos de “fins ordinários da vida, trabalho e recreação” (Paviani, 2003, p. 70). Porém, o crescimento acelerado deu lugar a uma mancha urbana formada por vários núcleos esparsos e com forte dominância do núcleo central, o Plano Piloto de Brasília. Segundo o mesmo autor, podem ser reconhecidas as características referidas de cidades-satélites somente em Taguatinga e Núcleo Bandeirante.

Há no DF, portanto, uma desigualdade de distribuição democrática de bens e serviços, um modelo de povoamento com exclusão e apartação social cuja organização pode ser percebida pela concentração do desenvolvimento de um centro - no qual se localiza a elite – e, periferias compostas por bairros pobres, desequipados e depositários de violência e criminalidade, com crescentes tensões sociais.

Segundo estudo da Organização das Nações Unidas (ONU), o DF quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano* (IDH) ocupa a primeira posição em comparação com as outras 27 unidades da Federação, apresentando a melhor qualidade de vida do Brasil desde 1991 (GDF, 2005). Porém, apesar do DF apresentar esses indicadores, a concentração de renda está nas Regiões Administrativas (RA) Lago Sul, Lago Norte, Sudoeste e Plano Piloto, mostrando a desigualdade social do DF. Além disso, o DF absorve as pressões sociais oriundas das cidades

* O IDH “mede os progressos efetuados por cada país, tendo em conta uma seleção de parâmetros sociais e econômicos fundamentais. Os três componentes essenciais para o seu cálculo são: a esperança de vida, a educação e o rendimento per capita.” (GDF, 2005, p. 11). O DF tem os seguintes índices: renda per capita média: R\$ 605,41; expectativa de vida: 70,37 anos; o tempo médio de estudo dos brasilienses com 25 anos ou mais: 8,2 anos.

mineiras e goianas próximas, onde as condições de vida apresentam registros inferiores de IDH (GDF, 2007).

O DF, por preceito constitucional, não pode se organizar em municípios. Deste modo, foram criadas Regiões Administrativas com a finalidade de facilitar exatamente a administração do DF. Desde sua criação, o território do DF foi dividido em RAs que possuem um Administrador Regional, nomeado pelo Governador, cuja responsabilidade é a promoção e coordenação dos serviços públicos da região.

Para ter uma visão do crescimento populacional do DF, os dados de Paviani (2003) indicam que no início dos anos existia nove RAs e no final da mesma década, 19. Dados da Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal (GDF/CODEPLAN, 2006) revelam haver, atualmente, 29 RAs, sendo a população total do DF estimada em 2.333.108 habitantes no ano de 2005. Essa população está distribuída de maneira disforme pelo território, com concentração populacional nas RAs de Taguatinga e Ceilândia (GDF, 2007)*. Nove destas RAs, criadas desde 2003, ainda não apresentam delimitação pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação, segundo relatório do GDF (2005), são elas: Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, Setor Complementar de Indústria e Abastecimento, Sobradinho II, Jardim Botânico e Itapoã.

Além da população do Distrito Federal existe a região do Entorno, que foi balizada e criada por meio da Lei complementar nº 94 de 19/02/98 com o nome de Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), composta por 19 municípios de Goiás e três de Minas Gerais†, além do Distrito Federal. A população da região do Entorno está estimada em 1.128.280 habitantes (GDF, 2006). Conforme a CODEPLAN, a criação da RIDE se fez necessária porque “conhecer a área de influência do Distrito Federal e a realidade dos municípios que a compõem, num contexto de inter-relações de dependência econômica com o DF, é fundamental para o planejamento de políticas públicas” (GDF, 2006, p. 64).

Os indicadores socioeconômicos da população da RIDE, excluindo o Distrito Federal, refletem as discrepâncias existentes entre os municípios do entorno e a capital federal, sendo a primeira caracterizada por menor renda per capita, maior taxa de pessoas sem escolarização e

* Para visualização dessas informações, disponibilizamos em anexo duas tabelas, a primeira sobre a população urbana do DF por RA e a segunda com a data de criação de todas as RAs – respectivamente anexos I e II.

† São as cidades do Entorno: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Buritis, Cabeceira Grande, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antonio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Unai (GDF, 2006).

maior taxa de desemprego. A dependência dos municípios do Entorno foi confirmada por uma pesquisa do GDF em 2003, essencialmente na questão de saúde, trabalho e comércio.

A dependência dos municípios da RIDE com relação ao Distrito Federal é mais fortemente verificada naqueles localizados no seu Entorno imediato, ou seja: Águas Lindas, Cidade Ocidental, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso de Goiás. A grande maioria da população destas cidades (67,6% em média) utiliza os hospitais públicos do DF, enquanto a metade trabalha e faz compras de eletrodomésticos, roupas e calçados também aqui no DF (GDF, 2006, p. 65)

Essa contextualização do DF se fez necessária para que possamos compreender o sistema de saúde que está diretamente ligado à (des)organização urbana que, assim como outros serviços, são centralizados na zona central.

3.3 – Breve histórico do sistema público de saúde e saúde mental do DF

Para compreendermos um pouco da história da reforma psiquiátrica no DF, percorremos uma série de documentos, artigos e outras comunicações acadêmicas que serviram tanto para nos possibilitar a contextualização da área da saúde mental no âmbito geral da saúde pública no DF, como, também, uma primeira aproximação do campo de nosso estudo, qual seja, a saúde mental e reforma psiquiátrica no DF.

De forma geral, a história recuperada pela revisão bibliográfica confirmou que a “assistência à saúde mental no DF tem reproduzido a trajetória do setor de saúde no que se refere a uma prática desenvolvida segundo interesses políticos, econômicos e profissionais” (Lima, 2002, p. 58).

O primeiro plano de saúde para o DF foi concebido em 1959, antes mesmo da inauguração de Brasília, pelo médico Henrique Bandeira, que o nomeou de “Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar”. Esse plano previu um modelo regionalizado que era muito diferente dos sistemas tradicionais, sendo concebido dentro dos princípios da regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental no qual integram-se as atividades preventivas, curativas e de reabilitação. Para estabelecer um estado sanitário de nível elevado, o plano propunha a construção de uma extensa rede de assistência médico-hospitalar composta por hospitais de dimensões variadas e funções complementares: um Hospital de Base, 11 hospitais distritais, seis hospitais rurais e o tanto de unidades-satélites que fossem necessárias, com previsão de cinco leitos/1.000 habitantes. Também comporia esse quadro alguns Hospitais especializados e Laboratórios, dentre esses, um seria destinado aos “Doentes Mentais e Psiquiátricos”. O comando único das atividades desenvolvidas nesse complexo

seriam coordenadas e integradas pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), criada em 1960 e subordinada à Secretaria de Saúde, (GDF, 2000).

Conforme Lima (1993), a assistência psiquiátrica na FHDF teve início no Hospital de Base, com a unidade de Psiquiatria desde 1960, sendo a única referência pública de internação até a criação do HSVP; e no Hospital Regional de Sobradinho, com o setor de psiquiatria da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS). Esta última desenvolvia atividades de ensino, por meio de convênio entre a FHDF e a UnB, possuindo uma proposta avançada, dispondo inclusive de leitos de internação na unidade de clínica geral. Dessa experiência da UISS foi elaborada, em 1975, um “Plano Assistencial Psiquiátrico em Hospital Universitário para a Comunidade de Sobradinho” que propunha a criação de um Centro de Saúde Mental “que implementaria um atendimento de Psiquiatria com Atendimento Ambulatorial, Pronto Socorro, Internação, Hospital-Dia, Hospital-Noite e Oficinas Profissionalizantes (...) e, a formação e treinamento de pessoal especializado na área de psiquiatria” (p. 35). Porém, esse plano não foi desenvolvido em sua totalidade, ficando inviabilizado com o fim do convênio da FHDF com a UnB, em 1980, sendo reduzido ao atendimento de emergências psiquiátricas. A Unidade de Psiquiatria no Hospital de Base (UP/HBDF), conforme o estudo de Araújo, Coelho e Vieira (2006), sofreu resistências a sua continuação como tal, mas foi mantida, sobrevivendo apesar das restrições do governo militar, de tal forma que após esse período houve a ampliação de seu trabalho e passou também a oferecer curso de residência médica em psiquiatria.

Além desses serviços, foi criado em 1969 o Centro de Orientação Médico Psicopedagógico (COMPP) para crianças e adolescentes resultante de um convênio da SES e da Secretaria de Educação, com uma proposta também avançada. Primeiro, por oferecer atendimento específico para crianças e adolescentes e, segundo, por oferecê-lo de forma multidisciplinar, com uma equipe composta por psiquiatras, pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e pedagogos.

O excedente de pacientes que necessitava de leitos psiquiátricos de internação e que contribuía para o INAMPS era distribuído pelas quatro Clínicas de Repouso conveniadas, que dispunham de um total de 720 leitos: Clínica de Repouso Planalto em Planaltina (DF), Clínica São Miguel, Luziânia (GO), Clínica Nossa Senhora de Fátima, Asa Norte e Clínica São Judas Tadeu no Gama (DF). Para os não-contribuintes, era destinado o Sanatório Espírita de Anápolis (SEA), por meio de convênio com a FHDF, com um total de 60 leitos. Não foi

possível recuperar com precisão a data de credenciamento e descredenciamento dessas clínicas, somente da Clínica Repouso Planalto, fechada recentemente, em 2003.

Para Lima (1993), a situação dessas clínicas era semelhante à encontrada no quadro nacional,

a ocupação desses leitos era feita de forma indiscriminada, sendo tais leitos utilizados para internação de todo paciente que a psiquiatria vinha atendendo, desde os que apresentavam distúrbios psiquiátricos, também os alcoólatras, deficientes mentais, epiléticos e outros com problemas sociais: desempregados, desabrigados, etc (p. 36)

Com vistas a essa situação, foi criado em 1976 o primeiro hospital psiquiátrico público na rede de saúde, denominado Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP), utilizando as instalações do antigo Hospital Geral de Taguatinga, que havia sido desativado com a criação do Hospital Regional de Taguatinga. Lima (1993) relata que a proposta da criação do HPAP foi uma decisão política da FHDF, para funcionar como centro de triagem das internações, retendo as pessoas em observação por 24 a 72 horas e, depois, encaminhando às clínicas conveniadas, SEA ou acompanhamento ambulatorial no próprio. A criação desse serviço foi muito criticada à época pelos docentes psiquiatras da UnB e pela Associação de Psiquiatria de Brasília (APBr) que eram a favor da criação de leitos em hospitais gerais (Costa, 1997). O HPAP foi renomeado para Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) em 1987, como reflexo das transformações que se queriam instalar no hospital com pretensão de humanizá-lo, sendo a proposta de retorno do nome original uma tentativa de diminuir o preconceito e estigma (Lima, 2002).

Quanto ao sistema de saúde geral, em 1979 só havia sido criados seis Hospitais Regionais, um de Base e cinco Postos de Saúde dos 17 planejados. O não-cumprimento do plano de 1959, aliado ao crescimento populacional desordenado, com criação de novas RAs, geralmente habitadas por pessoas de baixo poder aquisitivo e com péssimas condições de saneamento, tornaram os serviços de saúde insuficientes. Os ambulatórios não conseguiam mais atender a demanda, sendo a maioria dos atendimentos realizados pelas emergências, o que demonstrava um setor de saúde em crise. Frente a essa situação, em 1979 foi elaborado o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e “Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, “apoiados no tripé regionalização, hierarquização da rede e extensão de cobertura, calcadas nas definições de Alma-Ata, na VII Conferência de Saúde e no Plano CONASP” (Lima, 2002, p. 59). A partir desse plano, foram construídos 35 Centros de Saúde (C.S) e adaptados os cinco Postos já existentes para prestar atenção primária a uma população de 30 mil habitantes (sendo prevista a criação de um CS a cada acréscimo de cinco mil habitantes).

Como sistema de apoio e atendimento especializado, o DF contava, desde 1976, com o HPAP em Taguatinga.

A ampliação da capacidade dos serviços de saúde, prevista no Plano de 1979, não deu conta do crescimento populacional, engendrado em grande parte pelo fluxo migratório e a pressão da população do Entorno. Os CS foram descaracterizados, não apresentando resolubilidade e aumentando a demanda nos serviços de assistência (GDF, 2000). Além disso, ao longo dos anos,

a política de investimentos em saúde não assegurou adequação tecnológica e de materiais e aumento de recursos humanos para atender as necessidades de saúde da população e garantir aos usuários a referência e contra-referência, num sistema de complexidade crescente, embora tenha havido crescimento físico da rede (GDF, 2000, p. 9)

Também na área de psiquiatria e saúde mental foi criada em 1979 uma Comissão Assessora de Psiquiatria e Saúde Mental, com vistas a criar um projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF. Costa (2000) nos fornece um documento histórico interessante que consiste em uma comunicação em forma de carta redigida para a ocasião da comemoração do dia da Luta Antimanicomial, no qual coloca os principais eventos nos “40 anos de loucura no DF” (sic).

Para esse autor, uma mudança da psiquiatria no DF é iniciada com essa Comissão Assessora e, diferentemente de Lima (2002), a situa no ano de 1980 e não de 1979. Costa (1997, 2000), revela que essa Comissão Assessora teve como objetivo rever a assistência psiquiátrica no DF nos moldes da psiquiatria social, mas teve os trabalhos interrompidos pela mudança de secretário de saúde. Já Lima (2002), relata que a proposta dessa Comissão visava a descentralização do HSVP nas cidades de Taguatinga e Ceilândia e treinamento dos profissionais dos CS para reconhecimento, atendimento e encaminhamento. O desdobramento desse movimento de mudança para a assistência psiquiátrica no DF é alterado por falta de recursos orçamentários para a expansão da rede básica de saúde, sendo necessária a apresentação de uma proposta alternativa em 1982, prevendo a criação de uma Coordenadoria de Saúde Mental em nível central.

Portanto, de forma geral, como avanços (e limitações) na saúde mental do DF dessa época, Lima (1993) destaca: a ênfase na atenção primária, por meio do treinamento de equipes multiprofissionais em vários CS, mas que não teve continuidade; e a criação de uma coordenadoria central, mesmo não possuindo suporte técnico-administrativo para planejar e coordenar as atividades dos programas de saúde mental.

Em 1983, em conformidade com o panorama da saúde mental nacional, foi formado um GT para avaliação da assistência psiquiátrica no DF e para apresentar propostas alternativas para o “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária” com o CONASP, cujos princípios contemplavam ações de atenção primária e a priorização do atendimento extra-hospitalar. Porém, após a implantação desse programa, conforme Lima (1993),

só houve uma pequena mudança em relação ao número de internações e permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos. Se houvesse uma decisão séria em fazer o controle dessas internações e a utilização adequada dos serviços de saúde mental pode-se-ia ter uma mudança significativa (p. 37)

Com o fim do regime militar, em 1985 começa a discussão da reforma sanitária no DF, sendo constituída nesse ano uma Comissão Interinstitucional de Saúde para coordenar o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), como parte da criação do SUDS/DF, e realizada no ano posterior à I Conferência de Saúde do DF (CSDF). Em 1989, foi criado o SUDS/DF (Decreto nº. 11.596/89), com a definição de normas para sua implantação, sendo efetuada em 1990 a incorporação da rede previdenciária do INAMPS pela FHDF.

Nesse ínterim é criado o ISM que, segundo Costa (2000), emergiu da insatisfação crescente com o modelo de assistência tradicional e das tentativas frustradas de mudança, através inclusive da Comissão Assessora. Portanto, o ISM é o primeiro serviço de caráter substitutivo do DF, referenciado em alguns textos como o momento de ingresso do DF no processo de Reforma Psiquiátrica (Amaral, 2006; Cãnfora, 1997; Costa, 1997; Costa, 2000; Lima, 2002; Machado, 2006; Rêgo, 2002; Serra, 1997).

A história contada sobre o ISM nesses textos revela que a ideia de sua criação começou com o Dr. Inácio Republicano, ortopedista, responsável pelo Instituto de Tecnologias Alternativas à época. Ao visitar a Granja do Riacho Fundo para pesquisar alguma destinação social à ex-residência oficial de governantes militares, influenciou o então Governador do DF no momento em que esse um padioleiro questionou sobre “o que fazer para melhorar o atendimento dos doidos? [além de] pegá-los à força e botar dentro da ambulância do corpo de bombeiros e mandar para o HPAP?” (Cãnfora, 1997, p. 4). Para o Dr. Inácio Republicano, a Granja seria um hospital psiquiátrico pronto, sem grandes necessidades de reformas de adaptação para cumprir seu destino social. Com o aval obtido pelo governo, iniciou-se a elaboração de um projeto com a qualidade de ser inovadora. Surgiu, assim, a ideia de ser um Hospital-dia e de ter seu foco voltado para a saúde (e não à doença), daí o nome: Instituto de Saúde Mental.

Em todos os trabalhos supramencionados é destacada a dificuldade enfrentada por esse serviço na construção de um projeto novo e sustentado em novas bases que não o modelo tradicional. Os questionamentos emergentes eram relativos à possibilidade de se “tratar doentes mentais” num lugar aberto, com espelhos, talheres, piscina, etc. Dessa dificuldade adveio também a demora para montar uma equipe própria e ganhar autonomia como serviço independente do HSVP, já que seu início se deu ainda nas dependências do HSVP em 12 de junho de 1986, até ser criada em estrutura própria mediante o decreto governamental nº. 10.352 em 28 de abril de 1987 e inaugurado oficialmente em 10 de junho de 1987, tendo seu Regimento Interno aprovado em 10 de agosto de 1988 pelo Conselho Deliberativo da FHDF (Baú, 1997; Lima, 2002).

Além dessa dificuldade de aceitação da proposta inovadora, os profissionais (e depois os usuários do serviço e seus familiares, incluídos nesse processo de construção) se depararam com o desafio de edificação de uma nova prática, já que muitos eram frutos de uma formação tradicional e contavam com pouco referencial prático encontrado à época. Em compensação, possuíam muita disponibilidade de se pautar pelos princípios de garantir o direito de ir e vir, de cidadania, de gestão participativa, da horizontalização de poderes e saberes, da interdisciplinaridade, além de focar como objetivo principal a ressocialização e ter como elemento fundamental do plano terapêutico a convivência e a abordagem da família (Costa, 1997; Godim, 1997; Rêgo, 2002).

Ainda, segundo o manual de funcionamento do ISM, recuperado por Rêgo (2002), este serviço “fundamenta sua atenção em saúde mental nos princípios antimanicomiais de emancipação, co-participação, corresponsabilidade, desalienação com ressocialização e recontextualização do indivíduo no meio social” (p. 77). No estudo de Costa (1995) sobre a ressocialização das pessoas atendidas pelo ISM foi encontrado que este serviço favoreceu efetivamente o processo de inclusão social, que pôde ser percebido pelo aumento na taxa de inserção laborativa e diminuição de reiternações.

Em 1991 foi realizada a II CSDF que debateu a constituição do SUS/DF, sua composição, organização e funcionamento e criação de Distritos Sanitários e o Fundo de Saúde do DF. Também nesse ano foi criado o Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MPSM/DF), articulado no encontro de trabalhadores de saúde mental e lançado no Auditório da Câmara Legislativa no dia 25 de abril, passando a integrar o MNLA (Costa, 2000; Serra, 1997).

Já em 1993 foi realizado o Seminário sobre Saúde do DF com participação de técnicos e gestores da SES e da FHDF, além de representantes da sociedade. O Relatório desse seminário indicava caminhos para a saúde no DF como a constituição do SUS/DF, o resgate da SES como gestora e coordenadora de política de saúde do DF, a criação de Conselhos e Conferências de Saúde, readequação do quadro de pessoal e política de recursos humanos (GDF, 2000).

Essa época também é rica na discussão sobre reforma psiquiátrica no DF, aprovando na Lei Orgânica do DF, o Artigo 211, sobre a assistência integral à saúde psíquica do indivíduo com “rigoroso respeito aos direitos humanos e da cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares” e, elaborando o primeiro Plano Diretor de Saúde Mental, em 1994, que definiu prioridades, ações e diretrizes políticas para garantir a mudança do modelo de atenção em psiquiatria.

Sobre o descredenciamento das respectivas clínicas conveniadas, contamos com a informação de dois estudos. No trabalho de Lima (2002), aparece informação de que no ano de 1994 ocorreu o descredenciamento do SUS da Clínica São Miguel. A informação consta no trabalho dessa autora porque a mesma realizou um estudo no HSVP. Assim, a referida autora questiona que o caos previsto pela absorção da demanda pelo HSVP da clientela atendida pelas clínicas conveniadas não ocorreu, o que coloca em cheque, mais uma vez, o papel assumido pelos hospitais psiquiátricos e a não necessidade de internações tão longas e da exclusão da sociedade dessas pessoas em situação de internação. O descredenciamento das outras clínicas conveniadas parece ter ocorrido entre os anos de 1994 e 1998, conforme Lima (2002) e Costa (2000).

Em 1995, como mudança de governo, o GDF assume o compromisso de implementação e consolidação do SUS/DF, com a transformação do sistema de saúde e da relação governo e sociedade, seguindo as resoluções da III CSDF, realizada no mesmo ano. As diretrizes do novo plano de governo foram divulgadas na proposta Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do DF (REMA/SUS), sendo importante destacar que a reforma psiquiátrica é contemplada nos projetos estratégicos do Governo. Lima (2002) resume da seguinte forma o projeto de saúde do REMA:

um processo permanente e desenvolvido por equipes regionais, contemplando: sala de acolhimento, disque-saúde, reformulação das emergências, Reforma Psiquiátrica; programa de desenvolvimento de terapias não convencionais como Homeopatia, Fitoterapia e Acupuntura; ações extra-muros, como o programa “Saúde em Casa” e centro de convivência, política de ampliação de recursos humanos, otimização, plano de carreira de cargos e salários, saúde do trabalho e programas de educação e capacitação (p. 62)

Esse período é marcado por diversas mudanças e os trabalhos de Serra (1997), Costa (2000) e Lima (1993) trazem uma série de eventos ocorridos nessa época, a saber:

- A apresentação de uma política para a área de saúde mental no DF, por meio do Plano Diretor, em 1994 e 1995, sendo este amplamente discutido com os trabalhadores e usuários de saúde mental;
- Realização o I Fórum de saúde mental em 1995, durante o IV Congresso Médico de Brasília^{*}, no qual foi aprovado o Plano Diretor, requerida a criação da COSAM/DF e eleito seu futuro coordenador;
- Criação da Comissão de Supervisão, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde Mental do SUS/DF (COSAC), também em 1995;
- Criação da COSAM/DF, pela portaria nº. 15 de 6 de junho de 1995. Lima (2002) destaca a importância do mecanismo de Colegiado criado, como forma de articulação dos serviços, gerenciamento integrado e funcionando como instância político-deliberativa;
- Criação do CAPS/ISM em 03 de julho de 1995. Segundo Machado (2006), a emergência desse CAPS se deu pela evolução das atividades realizadas pelo Núcleo de Reinserção Social Franco Basaglia, desde 1993. Esse serviço foi reconhecido como CAPS após a portaria do MS nº 336, mas suas atividades não estão em consonância com a regulamentação vigente;
- Aprovação da Lei nº 975, homologada em 12 de dezembro de 1995, que fixa diretrizes para a atenção psiquiátrica no DF, também conhecida como a Lei de Reforma Psiquiátrica do DF;
- Encontro do MNLA no ISM promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, em 26 de janeiro de 1996, com participação da COSAM/DF, dos serviços ISM, HSVP, COMPP, além de associações, MPSM/DF e trabalhadores, usuários e familiares de outros e vários Estados;
- Fundação do CAPS/COMPP em 28 de agosto de 1996, que se mantém até hoje mas, também, sem estar completamente adequado conforme a legislação vigente;
- Realização do II Fórum de Saúde Mental em 1997, com a finalidade de “avaliar as estratégias desenvolvidas na implementação da Reforma Psiquiátrica, fazer correções

^{*} Conforme Serra (1997), entre o ano de 1991 e 1997 era de praxe existir nesse Congresso, as Feiras de Saúde, nas quais eram também apresentados stands sobre saúde mental com a participação do MPSM/DF, ISM e HSVP, para a divulgação da luta antimanicomial e as propostas inovadoras desses serviços.

no rumo do Plano Diretor e definir mediante um planejamento participativo, as ações para o biênio seguinte” (Lima, 2002, p. 65);

- Criação do serviço de saúde mental com equipe multiprofissional no Hospital Materno Infantil (HMIB) da Asa Sul, em 1997;
- Em 1998 Brasília sedia o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental, organizado pela COSAM/DF e pelo MPSM/DF;
- Sem precisar a data, foram também criadas Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental e, três hospitais regionais: Gama, Ceilândia e Asa Norte.

Além desses eventos, segundo Costa (2000), França (2001) e Lima (2002), entre 1995 e 1998 ocorreram transformações no HSVP, conforme os princípios dos movimentos de reforma psiquiátrica, conhecido como “um projeto corajosamente antimanicomial” segundo França (2001), e a tentativa de construção de uma UPHG no HR de Taguatinga, que não foi levada a cabo.

Ocorre também a abertura de edital, no ano de 1998, para o primeiro – tanto no Brasil como no DF – Curso de Educação Profissional em Saúde Mental aos moldes de Residência Multiprofissional - chamado por vários autores somente como “Residência Multiprofissional” (Amaral, 2006; França, 2001; Lima, 2002). Esse curso foi derivado, segundo Lima (2002), das tentativas frustradas de articulação para ampliação da Residência Médica que era orientada pelo modelo clínico-biológico. Com a mudança de governo e de coordenação da COSAM/DF, a partir de 1999, o programa sofreu mudanças bruscas em sua proposta inicial, levando ao pedido de exoneração dos preceptores e da coordenadora do projeto (França, 2001). Dessa forma, foi extinto após o encerramento da segunda turma, em 2001.

Em 1999 ocorre uma mudança de governo que introduz outras orientações políticas, havendo uma descontinuidade das propostas até então implantadas, ocorrendo essa situação tanto no setor de saúde quanto em outros (Lima, 2002). Especificamente na área de saúde mental foram remanejadas as atividades da COSAM/DF e retirada a proposta de reforma psiquiátrica da agenda de saúde e do Governo. Por isso, segundo Costa (2000), com o novo cenário político de 1999, ocorreu uma desestruturação e estagnação da reforma psiquiátrica no DF, principalmente no HSVP, que no período de 1995 a 1998 havia implantando várias mudanças para desconstrução do modo predominantemente asilar de atenção, mas que em movimento de retrocesso volta-se novamente para o modelo hospitalocêntrico.

Segundo vários autores, o período iniciado com essa mudança política se caracterizou por mudanças e retrocessos nas atividades não só do HSVP, mas também do ISM (Amaral, 2006; França, 2001; Lima, 2002; Machado, 2006). Em especial, destacamos as mudanças relativas à desativação, a partir de 1999, dos mecanismos de troca entre equipe e desta com os pacientes, em ambas as instituições, ficando apenas os mecanismos institucionais. No primeiro, as mudanças da direção fizeram com que os espaços de fórum perdessem sua característica deliberativa, portanto, seu significado de existência e sua força. No segundo, estes foram simplesmente banidos, sendo somente possível a comunicação de forma informal ou por meio de prontuários e livros de registros. Com vista a essa situação, entre outras mudanças sérias na rotina e procedimentos nestas, os estudos desses autores são consensuais em afirmar o caráter asilar, manicomial e hospitalocêntrico que vão tomando conta dos respectivos serviços e também da assistência em saúde mental como um todo no DF.

Em 2000 ocorreu uma reforma administrativa da SES (Decreto nº . 21.477) que, dentre outras mudanças, extingue a FHDF e cria no Núcleo de Saúde Mental integrada à Gerência de Recursos Médico-Assistenciais (Subordinada à Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde da Subsecretaria de Atenção à Saúde). Para Lima (2002), nesse momento houve um retorno à organização administrativa verticalizada, responsável por reforçar e privilegiar práticas e interesses corporativos. Além disso, a mesma autora relata em seu trabalho que com a transformação da SES e extinção da FHDF, houve desabastecimento de medicamentos e materiais básicos, pois o controle orçamentário passou do Fundo de Saúde para a Secretaria de Fazenda.

Ocorreu também nesse ano a V CSDF, que ratificou o SUS e defendeu a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) (GDF, 2001). No ano de 2001 foi criada pelo GDF uma Faculdade de Medicina, a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), no intuito de suprir a carência de médicos na região (GDF, 2001).

Essa instituição, aos poucos, foi ganhando mais importância no governo que o serviço pioneiro para atendimento de crianças e adolescentes, o COMPP, sendo a área do último tomada pelas atividades do primeiro, o que acarretou a diminuição de capacidade de atendimento e de sua qualidade, gerando com isso muita insatisfação dos trabalhadores e da sociedade, que se organizaram para manter o serviço. Infelizmente, essa pesquisa bibliográfica não conseguiu achar referências sobre a história do COMPP. Do contrário, constatamos que apesar de terem sido realizadas várias pesquisas nas dependências do

COMPP, gerando conhecimentos sobre a saúde mental infanto-juvenil, nada foi referido sobre sua história, exceto o ano de sua fundação.

Da mesma forma que o COMPP, as informações sobre o Adolescento, unidade de atendimento a adolescentes, também foram difíceis de localizar, não havendo nos trabalhos consultados nenhuma referência as suas atividades. As poucas informações sobre esses serviços são preocupantes, dado o conhecimento prévio dos pesquisadores que estes consistem em experiências diferenciadas no DF, para atender essa clientela específica. Mas essa parca informação pode, em alguma medida, refletir a marginalidade historicamente relatada da questão de saúde mental de crianças e adolescentes, o que vem sendo retomado mediante esforços da gestão da COSAM/MS, conforme visto no capítulo anterior.

Nesse contexto de mudança e perdas das conquistas para o processo de reforma psiquiátrica no DF, em 2000 a turma dos residentes provenientes da Residência Multiprofissional realizaram o “varal da casa verde”, na ocasião da semana de comemoração da luta antimanicomial, com o fim de intervir na situação de degradação da assistência em saúde mental e, também, mostrar um pouco das atividades desenvolvidas nesse período de atividades nos serviços de saúde mental pela Residência. Esse momento é também relatado por Amaral (2006) como o *locus* da idealização da OnG Inverso (Centro de Convivência e Recriação do Espaço Social), como forma de responder à situação encontrada no que se refere às limitações dos serviços de saúde mental no DF para a inclusão social e exercício da cidadania.

A fundação dessa instituição, a Inverso, se deu em 2001 (no mesmo ano da aprovação da Lei 10.216) pelos egressos da Residência Multiprofissional que eram, também, ligados ao MPSM/DF, contando, ainda, com o apoio de ex-professores e profissionais da área de saúde mental.

Apesar desse período em questão ser referido pelos autores consultados como retrocesso para a saúde mental no DF, no ano de 2001, com a aprovação da Lei 10.216 é convocada a III CNSM e realizada entre 11 a 15 de dezembro, da qual o DF participou realizando a etapa distrital, mas não sem dificuldades. Conforme Lima (2002), a realização da I Conferência de Saúde Mental do DF foi possível devido à articulação do MPSM/DF, cuja atuação garantiu o engajamento dos trabalhadores, usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

Em 2003, a última clínica conveniada pelo SUS, Clínica de Repouso Planalto (CRP), é interditada e fechada de forma abrupta. Amaral (2006) revela que essa Clínica funcionava

desde 1970, fundada para ser referência de serviço em hospital psiquiátrico que não existia até então no DF (somente leitos em hospital geral), mas que vinha sendo denunciada desde a década de 1990 ao MPDF sobre sua precariedade na assistência devida que, na maioria das vezes, era responsável pelo atendimento de pessoas em situação crônica e sem vínculo familiar enviadas pelo HSVP. A instituição é descrita por essa autora como um manicômio clássico e seu fechamento e interdição foi iniciada por uma Comitativa constituída pelo MPDF com outros órgãos públicos e pessoas da sociedade civil, porém, as datas de interdição e fechamento da Clínica não são consensuais nos estudos de duas autoras: em Amaral (2006) é dada a data de 23 de março de 2003 e em Machado (2006), a de 4 de abril do mesmo ano.

Com 146 leitos e pessoas internadas em situação precária, recebeu grande atenção da mídia, e a consequência do fechamento foram encaminhamentos emergenciais realizados por profissionais da SES/DF. Parte dessas pessoas ficaram alojadas – e continuam até a presente data – no ISM; outras, foram encaminhadas para um lar dirigido à terceira idade em Águas Lindas, região do Entorno no Estado de Goiás, chamado “Nosso Rancho”. Com a continuidade do alojamento de 17 pessoas no ISM, esse instituto teve de se adaptar à essa realidade para incluir a nova atividade de abrigamento de pessoas, realidade até então fora de sua proposta inicial. Esse asilamento dos egressos da CRP ocorreu também no momento identificado por Machado (2006) e França (2001) como de “retrocesso do ideário do Instituto” (entre 1999 e 2005).

A situação destas pessoas, que até hoje são moradores do ISM, é descrita como bem delicada por Machado (2006), pois não existem nem para a sociedade como cidadãos, nem para o próprio SUS. Primeiro porque não possuem identificação e comprovante de residência que permita o acesso aos benefícios sociais que têm direito (BPC, PVC e passe livre). Segundo, por não terem vinculação com a SES/DF. Essa segunda situação anacrônica se deve ao fato de estarem internadas num serviço de HD, que não pode faturar o atendimento a essas pessoas nem como um serviço de internação, por meio de AIH, já que não se pode criar leitos psiquiátricos, nem como serviço substitutivo de SRT, por meio das APACs, pois estão dentro de um hospital psiquiátrico, o que não é permitido pela portaria que instituiu os SRTs.

Ao mesmo tempo, essas pessoas não são integradas pela equipe como pacientes do ISM, recebendo tratamento diferenciado, sendo para elas somente especificado o atendimento por auxiliares de enfermagem e um enfermeiro; portanto, não incluídos na sistemática de atendimento interdisciplinar e de projeto terapêutico individual previsto pela instituição. Além disso, a interação com a equipe do ISM foi difícil, uma vez que esses egressos tinham muito

comprometimento de sua autonomia, muitos com mais de 40 anos de histórico de internações psiquiátricas e que, logo, não sabiam comer, se vestir, espelhando mesmo a marca da violência com a qual foram submetidos e que estava sendo, de certa forma, reproduzida com essa diferenciação no âmbito do ISM.

A nosso ver, a situação dessas pessoas remetem à “nau dos loucos” dos séculos medievais, como os prisioneiros da passagem tal qual Foucault se referiu. Porém, aqui no ISM, a “nau dos loucos” está em plena terra firme, mas mantendo a sua qualidade de ser o lugar dos “sem lugar”, os que estão “nem lá nem cá”, à deriva...

Quanto à instalação de SRT no DF, o trabalho de Machado (2000) também traz dados de que há um processo em trâmite na SES desde 2005, processo 060.009.365/05, mas, até hoje, nenhum dispositivo desse foi inaugurado no DF. Em face dessa situação, o mesmo estudo revela que a direção do ISM, assumida em 2005, prevê mudanças para atender da melhor forma possível as demandas dessa clientela específica, priorizando o fomento da autonomia dessas pessoas a fim de resgatar suas habilidades para as atividades domésticas de uma residência, como cozinhar, limpar, lavar, etc.

Quanto ao HSVP, sua situação desde 1999, conforme as referências encontradas, tem sido de extrema precariedade. Em 2004, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) em ação conjunta com a Ordem de Advogados do Brasil (OAB) visitou a instituição em seu projeto de Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em 16 Estados brasileiros e no DF (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2004). A realidade encontrada foi de descuido dos pacientes, em especial os homens, que se apresentavam sujos e ociosos, carência de recursos humanos em vista da demanda recebida e inexistência de um projeto terapêutico. Já em 2005, vistorias técnicas motivadas pela denúncia de suicídio de paciente que evadiu do HSVP, chegaram à conclusão de que esta instituição estava em estado de calamidade. Em face dessa constatação, houve desocupação de prédio e desativação do HD, com o encaminhamento de 15 pacientes ao ISM. Recentemente, em 2008, o HSVP passou por reformas emergenciais, pois em época de chuvas suas instalações ficavam inundadas.

Algumas informações históricas sobre a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) puderam ser obtidas pela tese de Bravo (2004), que realizou uma análise institucional e utilizou também como estratégia a análise de alguns prontuários. Conforme esse autor, o manicômio judiciário funcionava antes em local de extrema insalubridade, apesar da situação encontrada durante seu estudo não estar tão diferente, somente mais higiênica. Mas não há profissionais, bem como nenhuma sistemática de atendimento, dispensando somente

tratamento medicamentoso. O trabalho psicossocial é realizado pela Vara de Execuções Criminais do Tribunal de Justiça do DF e Territórios (VEC/TJDFT), que por ser extremamente competente tem conseguido, inclusive, contestar os laudos do IML quanto à cessação de periculosidade.

A maior dificuldade, referida por Bravo (2004), enfrentada por essa população é a construção de uma rede de serviços de saúde mental que consiga assegurar o cuidado às pessoas internadas pois, há dez pessoas esperando a criação de dispositivos terapêuticos para serem libertadas. Essa é uma espera de muitos anos que se assemelha à prisão perpétua, que é proibida pela Constituição Federal de 1988. Dessa forma, é principalmente a falta de uma rede de serviços em saúde mental o maior obstáculo para essas pessoas estarem em liberdade, e não o laudo de cessação de periculosidade em si. Por suas características, o referido autor ressalta que a ATP pode ser considerado o manicômio do DF.

Atualmente, parte dos internos da ATP passam o dia no ISM, como resultado de uma parceria da VEC/TJDFT com esse serviço visando oferecer subsídios às instâncias jurídicas para a emissão de laudos de cessação de periculosidade e retorno ao lar, além da sensibilização e acolhimento das famílias para o recebimento de seu membro após extinção da medida de segurança. Segundo Machado (2006), essa ação só foi iniciada em 2004, após longas negociações com os profissionais e usuários do Instituto para vencer resistências, temores e preconceitos. Atualmente os usuários da ATP frequentam diariamente o ISM, das 8h e 30 min às 17h.

A criação de serviços substitutivos, conforme previsto pela PNSM, é iniciada em 2006 com a inauguração do CAPSad do Guará*, em 10 de janeiro, e do CAPSII Paranoá em 9 de março (Machado, 2006). Esses serviços contaram com uma equipe terceirizada pela Fundação Zerbini, cujo trabalho, conforme a autora supracitada, foi acompanhado pelo MPDF, pelo motivo de ser polêmica a terceirização de recursos humanos para atendimento público de saúde. Para alguns profissionais essa parceria significa uma gradativa privatização dos serviços de saúde e saúde mental local (Amaral, 2006). A Fundação Zerbini também foi gestora do PSF, composta por 190 equipes, sendo uma direcionada para a atenção em saúde mental.

Em 2007 são inaugurados mais três CAPS: CAPSad de Sobradinho, CAPS II de Taguatinga e CAPSiad na Asa Sul, que já era um programa da SES/DF, o Adolescentro.

* No momento da coleta de documentos esclarecemos que o ano de inauguração do serviço CAPSad Guará ocorreu no ano de 2004.

Portanto, os serviços territoriais existentes hoje no DF são os CAPS, mas ainda nada foi publicado sobre sua história e práticas desenvolvidas (para compreender em que medida tem sido orientada pelo modo psicossocial), recriando a história de ausência de memória institucional. Mas, o total existente até a presente data é de sete CAPS esparsos pelo DF, sendo uma cobertura insuficiente, ou melhor crítica, como o próprio relatório do MS aponta (Brasil, 2006).

Por fim, destacamos um espaço para tratar das organizações de usuários e familiares do DF, cujas referências foram retiradas dos trabalhos de Câmara (1997), Amaral (2006) e Machado (2006), que, além do MPSM/DF já apresentado, são:

- Associação de Familiares, Amigos, Usuários e Profissionais, AFAGO: existente desde 1993 no HSVP, mas oficializada em abril de 1995, funcionando para dar apoio e captar recursos e doações para os programas do HSVP.
- Associação dos Amigos da Saúde Mental, ASSIM: primeira associação criada, já em 1988, e composta por familiares, funcionários e simpatizantes. Começou funcionando no interior do ISM, como uma entidade sem fins lucrativos e de utilidade pública. Seu papel era de apoiar usuários e familiares carentes com o fornecimento de medicamentos não disponíveis na rede pública de saúde e ajuda no transporte desses, além de realizar eventos beneficentes. Até hoje é mantida em funcionamento, oferecendo vários cursos profissionalizantes aos usuários dos serviços de saúde mental e pessoas da comunidade em geral, mas a articulação com o ISM não mais existe, pois desde 1997 construiu sede própria na RA do Riacho Fundo.
- Associação dos Usuários da Saúde Mental, ASSUME: criada em junho de 1995 como iniciativa dos próprios usuários que desejavam se sentir representados oficialmente nos diversos fóruns de discussão de saúde mental. Apesar de não ter havido o registro em ata de sua reunião de fundação, continua a existir até hoje, mas de forma não oficializada e desarticulada.
- Associação dos Malucos Beleza do Planeta Terra, ASMBPT: referida como uma dissidência da ASSUME, mas não foi possível recuperar demais informações sobre essa associação.
- Cooperativa Beneficente e Social Ltda. CABESSA: 22 de outubro de 1993 no ISM por técnicos, usuários e membros da sociedade civil, espaço de criação de oficinas de capacitação e produção para profissionalização e reinserção social no mercado de trabalho. Mais recentemente, segundo Machado (2006), não havia mais usuários e

familiares no corpo administrativo da cooperativa, estando em funcionamento somente duas oficinas coordenadas por profissionais do ISM (serigrafia e marcenaria), com as quais recebiam remuneração pelas atividades prestadas à entidade. Portanto, parece que essa cooperativa se tornou fechada ao ISM, não tendo capacidade de articulação com a comunidade.

Porém, de forma geral, as respectivas autoras ressaltam que não há um fórum com participação social efetiva que funcione como espaço de representação dos usuários de saúde mental e seus familiares. Isso também porque, segundo Amaral (2006), os movimentos sociais no DF não têm tido capacidade de manter a “aglutinação e liderança para funcionamento de mecanismos de contra-resistência às mudanças instituídas” (p. 70), isto é, as mudanças iniciadas a partir de 1999 que vão contra o processo de reforma psiquiátrica, na qual é fundamental a participação de todos os atores envolvidos.

Amaral (2006) corrobora essa visão apontando como o MLA está enfraquecido no DF, como exemplo, assinala que não existe mais uma secretaria instituída do MPSM/DF, nem funciona como um movimento institucionalizado com ampla participação de profissionais e usuários de saúde mental, bem como de seus familiares e simpatizantes. Essa situação de enfraquecimento é verificada pela última autora desde sempre, pois a participação do movimento social no DF não era intensa nas discussões nacionais. Os representantes que geralmente compareciam a essas discussões eram membros do Conselho Regional de Psicologia da primeira região, da Comissão de Direitos Humanos, além de pessoas ligadas ao próprio MPSM/DF e estudantes.

Para finalizar essa parte do nosso trabalho, damos luz às conclusões de outros estudos sobre a saúde mental e reforma psiquiátrica no DF.

Para Amaral (2006), o primeiro obstáculo para que as novas práticas e novos serviços sejam instituídos no DF é a vontade política, pautando-se pelo reconhecimento que este Distrito já teve serviços que foram referência para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, mas que hoje funcionam de forma degradada. Acrescenta a essa reflexão, ainda, que a reforma psiquiátrica no DF tem sido vinculada a uma causa político-partidária e não como uma questão social para a qual é necessária a definição de políticas públicas. Para Lima (2002), os impasses em relação à assistência em saúde mental no DF devem-se, também, além dos relacionados aos contextos políticos e da vontade política, à tensão ideológica entre os modelos tradicional/asilar e substitutivo/psicossocial.

Portanto, fica explicitado com este breve histórico, que há, no cenário da saúde mental do DF, um jogo de forças ideológicas e políticas em confronto, além das forças econômicas, que dificultam o traçado e cumprimento de uma política pública para a área. Mas, é importante ressaltar que esta situação se repete no contexto da saúde pública em geral no DF, porém é bastante agravada na saúde mental pelo próprio panorama nacional de resistências enfrentadas pelas ações realizadas em prol do processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

Tal como realizamos nos capítulos anteriores, sistematizamos também as informações recuperadas sobre a saúde e a saúde mental no DF num quadro sinóptico a seguir.

Quadro 4 - Resumo da história da loucura no DF

República Nova (1945 – 1964)

- 1959 – Primeiro plano de saúde para o DF
- 1960 – Criação da FHDF, subordinada à SES/DF
- 1960 – UP/ HBDF e UISS (HRS/UnB)

Regime militar (1964 – 1985)

- 1969 – COMPP
- A partir de 1970 – Existência de quatro Clínicas de Repouso conveniadas, que dispunham de um total de 720 leitos. Para os não contribuintes do INPS era destinado o Sanatório Espírita de Anápolis (SEA)
- 1976 – Primeiro hospital psiquiátrico público na rede de saúde: HPAP
- 1979 – Elaboração do “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e “Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”
- 1979/1980 – Criação de uma Comissão Assessora de Psiquiatria e Saúde Mental, para reorganizar a assistência psiquiátrica no DF.

Nova República (desde 1985)

- 1985 – Começa a discussão da reforma sanitária no DF, com a constituição da Comissão Interinstitucional de Saúde para coordenar o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma parte de criação do SUDS/DF
- 1986 – I CSDF
- 1987 – ISM
- 1988 – Associação ASSIM
- 1989 – SUDS/DF
- 1990 – Incorporação da rede previdenciária do INAMPS pela FHDF
- 1991 – Criação do Movimento Pró-Saúde Mental do DF; II CSDF, debateu a constituição do SUS/DF, sua composição, organização e funcionamento e criação de Distritos Sanitários e o Fundo de Saúde do DF
- 1993 – Seminário sobre Saúde do DF, com participação de técnicos e gestores da SES e da FHDF, além de representantes da sociedade; Lei Orgânica do DF, constando o Artigo 211, garantindo o respeito aos direitos humanos e cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental; Cooperativa CABESSA
- 1994 – Descredenciamento da Clínica São Miguel do SUS
- 1994/1995 – Primeiro Plano Diretor de Saúde Mental
- 1995 – REMA/SUS; III CSDF; I Fórum de Saúde Mental; COSAM/DF, (Portaria nº. 15/95), dividida em COSAC e Colegiado; CAPS/ISM; Lei nº 975/95; Associações AFAGO, ASSUME e ASMBPT
- 1996 – II Fórum de Saúde Mental; Encontro do MNLA no ISM promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental; Fundação do CAPS/COMPP;
- 1997 – Criação do Serviço de Saúde Mental com equipe multiprofissional no Hospital Materno Infantil (HMIB)
- 1995 a 1998 ocorreram transformações no HSVP (“um projeto corajosamente antimanicomial”) e criação de Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental e, três hospitais regionais: Gama, Ceilândia e Asa Norte
- 1998 – I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental, organizado pela COSAM/DF e pelo MPSM/DF; Residência Multiprofissional em Saúde Mental
- 1999 – Mudança de governo e orientação político-ideológica, ocorrendo uma desestruturação e estagnação da reforma psiquiátrica no DF.
- 2000 – Reforma Administrativa da SES com extinção da FHDF e criação do Núcleo de Saúde Mental integrada à Gerência de Recursos Médicos-Assistenciais; V CSDF, que ratificou o SUS e defendeu a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF)
- 2001 – Criação da OnG Inverso e da Faculdade de Medicina, a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS); I Conferência de Saúde Mental do DF, como etapa distrital para a III CNSM
- 2003 – Fechamento da última clínica conveniada pelo SUS, Clínica de Repouso Planalto. 17 egressos moram hoje no ISM e 48 no Nosso Rancho (Águas Lindas – GO)
- 2004 – Parte dos internos da ATP começam a passar o dia no ISM e inauguração do CAPSad do Guará, primeiro serviço substitutivo após a III CNSM
- 2006 – Inauguração do CAPSII Paranoá
- 2007 – São inaugurados mais três CAPS: CAPSad de Sobradinho, CAPS II de Taguatinga e CAPSi Adolescento na Asa Sul.

CAPÍTULO IV

Percurso metodológico

*“E o que foi feito é preciso conhecer
Para melhor prosseguir”
Milton Nascimento/Fernando Brant*

4.1 – A pesquisa social como o trabalho de fotografar

Utilizamo-nos de algumas questões elencadas por Minayo (1992) para situar a presente pesquisa enquanto pesquisa qualitativa. Para essa autora, as Ciências Sociais possuem especificidades próprias que são importantes de serem compreendidas ao se realizar investigações sociais. Dentre essas, é primeiramente importante ter em mente que o objeto das ciências sociais é histórico, isto é, possui uma carga histórica. Isso significa que as sociedades humanas não acontecem soltas, ao contrário, existem num determinado tempo e espaço e tudo que a constitui - grupos sociais, leis, instituições, visões de mundo - são mutáveis, apresentam-se em constante dinamismo e com potencialidade de serem transformados.

Desse fato decorre a verificação de outra característica a ser reconhecida em ciências sociais, qual seja, a identidade entre o sujeito e objeto da investigação, pois os grupos sociais (nos quais se incluem os pesquisadores) são, ao mesmo tempo, autores e frutos de seu tempo. Essa última constatação, por sua vez, leva à comprovação de que esta é uma ciência comprometida, tanto por veicular interesses e visões de mundo historicamente construídas, como também por ser necessariamente realizada com forte aproximação entre o investigador social e seu objeto, ou seja, “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (Minayo, 1992, p. 21).

É com o reconhecimento dessas questões que delineamos nossa pesquisa como qualitativa e social, o que segundo a autora supracitada, consiste numa redundância, já que pelos motivos acima elencados, a investigação social é necessariamente qualitativa.

Uma analogia ao processo de pesquisa qualitativa (ou somente social) é feito por Turato (2003) com o trabalho de fotografar: o fotógrafo seria pesquisador; o seu trabalho, a pesquisa social de certos fenômenos; e os resultados, uma fotografia retirada pelo pesquisador-fotógrafo. Para conseguir o efeito esperado na fotografia, o fotógrafo deve conseguir a máquina apropriada, ajustar lentes, ângulos, a luz que deseja, além de local,

horários e dias. Depois, ele tem que se haver com o processo de revelação, que deve ser feito de forma apropriada para conseguir o efeito desejado.

Da mesma forma ocorre com o processo de pesquisa: a parte inicial do fotografar pode ser analogamente relacionada com a escolha dos referenciais teóricos adotados e dos procedimentos de coleta de dados; já a parte de revelação da fotografia pode ser referida pela escolha da abordagem metodológica, contemplando os métodos e técnicas empregados.

Mas, a pesquisa social ainda possui outra característica que se assemelha à captura de uma foto, qual seja, a inatingibilidade do objeto. Assim como a fotografia não é a mesma coisa que a realidade fotografada, mas um recorte impreciso desta, fisgando-lhe um momento e a modificando em suas qualidades como luz, profundidade; no processo de pesquisa também as idéias que trazemos sobre o fenômeno são sempre mais imprecisas e, parciais, mais imperfeitas do que este (Minayo, 1992).

Esta última consideração é própria da pesquisa em si, concebida como “um processo incessante e intrinsecamente inacabado e permanente (...) uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados” (p. 23).

Por tudo isso, a pesquisa social é um desafio para o investigador, que deve ser cuidadoso, mantendo a clareza de seus pontos de partida, isto é, as escolhas feitas com seus referenciais, além de adaptar a abordagem metodológica às características do fenômeno que encontra e ter a lucidez de que, assim como a realidade é sempre transitória, suas conclusões de pesquisa são também provisórias.

Portanto, para se adaptar ao seu objeto, a metodologia necessariamente inclui “as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (p. 22).

Neste sentido, Turato (2003) descreve que uma característica dos métodos qualitativos é, em geral, o pesquisador-como-*bricoleur*. Esse termo *bricoleur* pode ser entendido como a habilidade na pesquisa qualitativa de envolver uma coleção de materiais empíricos captados dos referenciais teóricos assumidos e nas ferramentas de interpretação de dados, produzindo daí um objeto novo a partir dos pedaços e fragmentos (es)colhidos nesse processo de construção da pesquisa.

A palavra bricolagem é também encontrada em nosso vernáculo e significa o trabalho manual, artesanal, noções estas que podem sim ser transferidas para a prática da pesquisa,

como um verdadeiro “artesanato intelectual”, conforme expressão utilizada por Minayo (1992).

Essa idéia de ser a pesquisa social um trabalho artesanal se aproxima bastante do caminho percorrido neste estudo pois, tanto o trabalho de coleta, como o de análise, careceu de extrema entrega dos pesquisadores envolvidos. Em alguns momentos esse processo foi percebido de certa forma como orgânico, pelo próprio mergulho necessário na etapa de coleta e ordenação dos dados. No processo de coleta e das primeiras organizações do material colhido foram vivenciados também os sentimentos de confusão e insegurança que, com o auxílio das orientações de Turato (2003), mais uma vez, foi possível os reconhecemos como próprios dessa fase na pesquisa. Segundo esse autor, a experimentação desses sentimentos é natural, uma vez que, sendo o pesquisador o instrumento principal de coleta de dados, o contato com as ideias novas tanto embaralham as sedimentadas (confusão), como desacomoda o que estava instalado (insegurança).

Nesse sentido, a dificuldade adveio da própria condição de pesquisador que também participa do cenário estudado, de tal forma que só foi possível lançar um olhar crítico ao material analisado após algum tempo em contato com este. Para poder minimizar os vieses e pontos cegos da interpretação dos dados foi preciso utilizar de uma estratégia que Alves-Mazzotti (1996) recomenda para maximizar a confiabilidade de uma investigação qualitativa: o questionamento por pares. Por meio desse procedimento, outros colegas não envolvidos na pesquisa, mas que trabalham na mesma área, funcionam como “advogados do diabo”, para “apontar falhas, pontos obscuros e vieses nas interpretações, bem como identificar evidências não exploradas e oferecer explicações ou interpretações alternativas àquelas elaboradas pelo pesquisador” (p. 72).

Nesse trabalho de análise foram reconhecidas as características próprias da “bricolage”, como um verdadeiro artesanato intelectual, no qual construímos os dados acerca da reforma psiquiátrica no DF de uma forma única, articulando aportes teóricos e metodológicos, mas sem perder de vista o que Minayo (1992) nos alerta, de que “o produto final da pesquisa é sempre provisório, resultado de todas as etapas da pesquisa. (...) é um momento da práxis* do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos” (p. 237).

* A noção de práxis adotada por Cecília Minayo é fundamentada no autor Kosic, para quem “a práxis é a esfera do ser humano, ela é a própria criação humana como realidade objetiva” (Kosic, citado por Minayo, 1992, p.245).

4.2 – Dos objetivos e procedimentos de coleta e análise

Tendo em vistas as exposições iniciais acerca do processo de pesquisa, consideramos que nossa “bricolagem” se inicia com a própria revisão bibliográfica, situando os movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo, e, também, recolhendo informações iniciais sobre esse processo no DF. Essa última etapa teórica serviu tanto como uma primeira aproximação do campo de estudo – realizado basicamente por meio de artigos científicos e outras produções acadêmicas acerca de algumas instituições de saúde mental no DF, que abarcaram também o processo de reforma psiquiátrica da Capital – como, também, uma forma de fomentar e aprofundar reflexões para sua compreensão.

A partir dessa revisão foi possível perceber que há hoje, no Brasil e no Mundo, uma coexistência de modos de atenção em saúde mental opostos, que podem ser assim enunciados: modo asilar *versus* modo psicossocial, conforme estudos de Costa-Rosa (2000). Também foi possível compreender por meio do trabalho de Amarante (2003) que o movimento de reforma psiquiátrica enquanto transformação do campo da saúde mental é necessariamente um processo social complexo, ocorrendo simultaneamente em vários planos que puderam ser assim delimitados pelo autor: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

Portanto, nos utilizamos dessas referências para lançar luz ao nosso trabalho exploratório que pretende traçar o panorama histórico da saúde mental pública no DF entre 1987 e 2007, tendo em vista a transformação desse campo com o processo de reforma psiquiátrica. O recorte temporal tem como base a periodização de Amarante (2005) já descrita, que define o ano de 1987, com a realização do Congresso de Bauru, o início da trajetória de desinstitucionalização ou desconstrução/invenção, cuja importância está em justamente caracterizar uma ruptura de modelos na assistência psiquiátrica brasileira e inauguração de uma efetiva reforma psiquiátrica no país. Dessa forma, para se aproximar da compreensão do processo de reforma psiquiátrica no DF foi preciso tomar como base o panorama geral brasileiro, procedimento este que pode também nos permitir comparar as trajetórias nacionais e locais.

Assim sendo, seguimos ao balizamento dos seguintes objetivos de pesquisa:

- Estabelecer uma cronologia que circunscreva o processo de reforma psiquiátrica no DF.

- (Re)contar a história da reforma psiquiátrica no DF, tentando balizar marcos e trajetórias, que possibilitem o entendimento desse processo.
- Localizar como ocorreu no DF a concorrência entre os dois modos de atenção (asilar e psicossocial) em saúde mental.
- Possibilitar a reflexão sobre esse processo, em especial, suas limitações, desafios e perspectivas.
- Possibilitar subsídios para a construção de estudos posteriores sobre a implementação da reforma psiquiátrica no DF.

Nesse sentido, a epígrafe utilizada resume bem o caminho que a presente pesquisa pretende seguir: “conhecer para melhor prosseguir”. Para tanto, como forma de nos aproximar de nosso objeto, adotamos uma abordagem multimetodológica contemplando elementos da pesquisa histórica e mesmo da etnografia, com pesquisa documental e análise de entrevistas, além da pesquisa bibliográfica realizada na parte teórica do estudo.

Com isso, nos apoiamos na compreensão atestada por Alves-Mazzotti (1999) de que “as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam de uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados” (p. 163), o que também permite lançar mais luz sobre o fenômeno social. Portanto, recorreremos a fontes que pudessem possibilitar a leitura requerida do processo de reforma psiquiátrica no DF, que consistiram em documentos oficiais e entrevistas com informantes privilegiados.

Procuramos também abordar, como fonte documental, as informações repassadas em veículos de comunicação de massa. Chegamos a realizar também uma coleta de reportagens em um jornal de grande circulação local, mas não foi possível incluí-la nesse momento da pesquisa, posto que com a coleta de documentos oficiais encontramos um grande volume de informações, a serem oportunamente trabalhadas. Conforme Calado e Reis (2005) argumentam, a seleção dos documentos é influenciada pelo fator tempo disponível para a investigação, pois geralmente a quantidade de material existente é excessiva para o tempo que o investigador dispõe, sendo necessário fazer uma operação de escolha do que recolher e analisar. Na tentativa de compactuar o tempo disponível para a presente pesquisa, optamos por realizar a análise das reportagens num momento posterior.

Para Gil (1999), uma das vantagens do uso de fontes documentais é, além de possibilitar o conhecimento do passado, permitir que essa investigação pretérita esclareça processos de mudança social, tarefa impossível de alcançar por outros métodos como, por exemplo, a observação. No entanto, Richardson (1999) acrescenta que é possível tratar esse

tipo de pesquisa como uma “observação documental” do fenômeno, realizada por meio das manifestações que o registraram e as idéias elaboradas a partir desses registros. Com esse entendimento, compreendemos os documentos selecionados como meios de nos aproximar do passado e observar documentalmente possíveis transformações operadas no processo de reforma psiquiátrica no DF.

Como procedimentos de recolha de documentos, seguimos o proposto por Calado e Reis (2005), no que concerne à localização de fontes, bem como sua seleção, tendo em vista a credibilidade da autoria destes. Isso pôde ser realizado recorrendo diretamente às instituições e utilizando documentos oficiais ou, no caso do uso de documentos de arquivos pessoais, foram selecionados os de origem institucional. Gil (1999) qualifica esse tipo de documentação como de primeira mão, isto é, que não receberam nenhum tipo de tratamento analítico, diferenciando-os dos documentos de segunda mão que já foram analisados de alguma forma, como relatórios de pesquisa e tabelas estatísticas.

O papel das entrevistas e a opção de realizá-las se deu pela possibilidade destas ajudarem a clarear as informações obtidas pelos documentos, por meio da captação do relato das experiências/vivências de pessoas que figuraram como protagonistas dessa história. Portanto, a ideia foi colher discursos não oficiais, da fala de pessoas que vivenciaram a história documentada, mas que não possuíam mais vínculo institucional e que poderiam discorrer livremente sobre sua própria história.

A opção de entrevistar alguns protagonistas da história pesquisada se justifica pela compreensão de que essas pessoas têm a capacidade de serem informantes privilegiados para uma pesquisa qualitativa, à semelhança do papel desempenhado pelos informantes-chave numa pesquisa etnográfica, que conforme argumenta Minayo (1992), são os “informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos do grupo” (p. 118). No caso da observação documental, esses informantes-chave têm o potencial de revelar aquilo que não pôde ser registrado nas declarações institucionais.

Tendo isso em mente, a identificação de pessoas para compor esse quadro de informantes privilegiados se deu com base na pesquisa bibliográfica e documental realizada, bem como do conhecimento do prévio do campo pelos pesquisadores. Deste modo, conseguimos elencar quatro pessoas que ocuparam cargos hierárquicos, sejam em instituições públicas, sejam em entidades que participam no âmbito do movimento social. No entanto, não obtivemos consentimento de um dos entrevistados para utilizar seu depoimento como dado de

pesquisa, contudo, sua posição compareceu em alguns dados documentais e está expressa na posição da ABP.

A seguir, enumeramos as etapas da coleta de dados dessa pesquisa e em seguida as descrevemos:

1. Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
2. Coleta de documentos oficiais;
3. Realização de entrevistas semi-estruturadas.

Para iniciar a coleta de dados, nos deparamos com a necessidade de apresentar o projeto de pesquisa para dois CEPs. Uma primeira parte da coleta de dados foi possível realizar com a aprovação da pesquisa pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP-FM), que se deu em 27 de fevereiro de 2008*. Num segundo momento, ao procurarmos iniciar a coleta de documentos na Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal (SES-DF), tivemos como exigência desse órgão a apreciação da pesquisa por CEP próprio, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP-SES/DF). Assim seguimos e, em 15 de abril de 2008 obtivemos a aprovação necessária para realizar a pesquisa nas dependências desse órgão.

Para a pesquisa de documentos oficiais, o procedimento geral adotado foi o de entrar em contato com as pessoas das instituições, explicar a pesquisa que se pretendia empreender e mostrar a carta de aprovação dos referidos CEPs. Essa etapa foi realizada em três momentos. A primeira pôde ser realizada na Comissão de Direitos Humanos, Cidadania, Ética e Decoro Parlamentar da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CDDHCEDP/CLDF), em março de 2008, após a aprovação do projeto no CEP-FM. Nessa Comissão, foi possível ter acesso a documentos tais como: relatórios de visita as unidades de saúde mental (tanto da SES como a ATP, clínicas e outras instituições conveniadas ao GDF); denúncias de violação de direitos nas respectivas instituições de saúde mental; dados sobre saúde mental no DF e sugestão de planos diretores para área, tendo como autores tanto a própria Comissão, quanto por uma Rede de Saúde Mental (formada pela referida Comissão, Promotoria de Saúde, Movimento Pró-Saúde Mental do DF, Conselhos Regionais de Medicina e de Psicologia, Vigilância Sanitária, profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental).

As duas outras etapas ocorreram em alguns serviços de saúde mental e na Gerência de Saúde Mental (GESAM) da SES/DF. Como já foi explicado, a coleta de dados documentais nas unidades de saúde da SES só foi possível após a segunda aprovação do projeto em CEP.

* Disponibilizamos em anexo cópias dos documentos comprovando a aprovação pelos respectivos CEPs (respectivamente anexos III e IV).

Ainda assim, a coleta de dados foi retardada na GESAM, pois este órgão estava passando por um processo de transição de gerentes, o que dificultou a localização de pessoas que pudessem dar o aval para o início da coleta nesta. No entanto, foi possível iniciar logo a coleta de documentos nos CAPS (situadas no Guará, Sobradinho, Paranoá e Taguatinga), cuja amostra foi composta de relatórios de gestão e projetos terapêuticos desenvolvidos nestas unidades. Com a definição de um gerente, mesmo que respondendo interinamente pela GESAM, foi iniciada a coleta de dados nesta, indo de meados de junho até meados de agosto de 2008. Essa demora se justifica por ter-se acertado com a GESAM que, ao mesmo tempo em que seriam recolhidos documentos que interessasse à pesquisa, seria também organizado o arquivo interno do órgão, como forma de contribuição dos pesquisadores.

Os documentos encontrados consistiram em, basicamente, relatórios de gestão, planos diretores, relatórios de atividades (expostos em alguns poucos memorandos), relatórios de visita às unidades de saúde mental (bem como da ala de tratamento psiquiátrico do sistema prisional e das instituições conveniadas ao SUS) e cópias ou referências às leis, portarias e decretos publicados no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), todos referentes à saúde mental no período pesquisado.

As entrevistas foram iniciadas em setembro de 2008, após consulta das informações contidas na revisão bibliográfica e nos documentos, em especial no DODF, pois só com essas fontes foi possível delinear uma primeira cronologia da saúde mental no DF, conforme exposto no final do capítulo três. Dentro do amplo espectro de informações, elegemos as que foram referenciadas com maior recorrência nos estudos teóricos consultados. Tendo posse dessas informações, confeccionamos uma Linha do Tempo* para servir como ponto de partida para a entrevista. Portanto, podemos classificar essa técnica de entrevista como semi-estruturada que, segundo Sarantakos (2005), se situa entre as entrevistas estruturadas e não-estruturadas, de forma tal que, por conter elementos de ambos, possibilita ao investigador definir o grau de estruturação necessário conforme seus objetivos. Ao adotar essa técnica, tivemos em vista a necessidade de permitir um direcionamento aos relatos e, também, deixar liberdade necessária para o participante escolher os temas conforme desejasse remeter ao pesquisador.

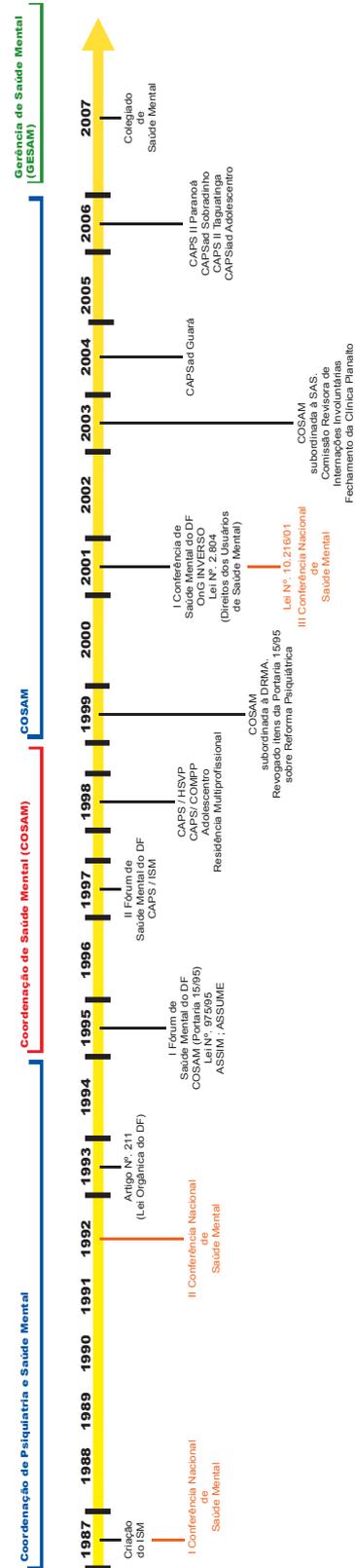
Assim, a realização da entrevista semi-estruturada se deu mediante convite prévio, com a devida explicação sobre a pesquisa e do teor da participação do informante nesta. Após um primeiro contato, geralmente via telefone, era marcada a visita em lugar de conveniência

* Modificamos a linha do tempo original, utilizada para a realização das entrevistas, como forma de preservar a identidade de pessoas envolvidas no processo.

do participante (residência ou local de trabalho). O início da entrevista se deu respeitando o protocolo de pesquisa com seres humanos, isto é, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme aprovado pelo CEP-SES/DF, bem como da aceitação para o registro por meio de dois gravadores digitais. Finda essa etapa, foi mostrada a Linha do Tempo confeccionada, explicando como esta foi construída, e dada a instrução para que os participantes contassem livremente sobre a sua vida profissional na área da saúde mental, de 1987 até 2007, ficando à vontade para se ater, ou não, às informações contidas na linha do tempo e/ou ainda acrescentar mais eventos importantes, bem como os questionar, rever e mudar. Cada entrevista teve duração média de duas horas.

Disponibilizamos a Linha do Tempo confeccionada para a realização das entrevistas a seguir.

Figura 1 – Linha do tempo utilizada como roteiro de entrevista



Para Calado e Reis (2005), o fato de lançarmos mão de diferentes estratégias de coleta de dados nos possibilita, além de recorrer a várias perspectivas sobre uma mesma situação, “proceder, posteriormente, a comparações entre as diversas informações, efectuando assim uma triangulação da informação obtida” (p. 1). Alves-Mazzotti (1999) corrobora essa visão, mas também ressalta que tanto pode ser realizada uma comparação das fontes (triangulação de fontes) quanto dos dados obtidos no processo de análise dos dados (triangulação de métodos).

Mas, como na pesquisa qualitativa, o dado não é “dado”, isto é, comporta uma informação da realidade que necessita de um tratamento e elaboração pelos pesquisadores sociais, de tal forma que se torne uma construção, “fruto de uma relação entre questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador” (Minayo, 1992, p. 235) e que deve ser comunicada.

Portanto, organizar e compreender a enorme quantidade de informações coletadas é um trabalho de análise que

se faz através de um processo continuado em que se procura identificar dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o significado. (...) é um processo complexo, não-linear, que implica um trabalho de redução, organização e interpretação dos dados que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação. À medida que os dados vão sendo coletados, o pesquisador vai procurando tentativamente identificar temas e relações, construindo interpretações e gerando novas questões e/ou aperfeiçoando as anteriores (...) num processo de sintonia fina que vai até a análise final (Alves-Mazzotti, 1999, p. 170)

Prosseguindo dessa forma, a construção dos dados desta pesquisa foi possível de ser realizada nas seguintes etapas:

(i) Análise documental:

Para Richardson (1999), esta análise pode ser efetuada por meio de operações para codificar a informação e estabelecer categorias à semelhança das etapas de uma análise de conteúdo. Contudo, há algumas diferenças entre esses dois tipos de análise de dados. A análise documental trabalha necessariamente sobre os documentos e é essencialmente temática, já a análise de conteúdo trabalha sobre as mensagens (em geral) e tem a análise temática como apenas uma de suas técnicas. É também ressaltado que a análise documental consiste em “estudar os documentos visando investigar os fatos sociais e suas relações com o tempo-sócio-cultural-cronológico” (p. 230), de forma tal que essas dimensões também devem fazer parte de uma análise processual.

Portanto, para conseguirmos atingir os objetivos do nosso estudo tivemos as seguintes formas de “reduzir, organizar e interpretar os dados”, realizadas durante o processo de coleta e de análise:

Na parte de organização inicial do material, tendo em vista o universo de documentos coletados (83 documentos) foi necessário fazer um recorte, selecionando os que contivessem os registros históricos necessários sobre o que aconteceu na saúde mental no DF, de forma a responder os objetivos da pesquisa. Figuraram como imperativos nesse momento, os relatórios de atividades e gestão, planos diretores e outros documentos com caráter de planejamento confeccionados pela COSAM/DF, bem como legislação do DODF, além de relatórios finais dos fóruns de saúde mental e da conferência distrital de saúde mental e a ata de criação do movimento social (MPSM/DF).

Esses documentos se destacaram dos demais por serem informações privilegiadas das atividades institucionais ocorridas e planejadas na área da saúde mental pública e registros das discussões de outros atores sociais em fóruns propícios à participação e controle social. O recorte necessário para a realização da pesquisa num tempo estipulado implicou a não análise dos relatórios específicos de gerências e/ou direções das unidades de saúde mental, cujas atividades foram abarcadas na medida em que apareceram nos relatórios gerados pela coordenação local. Ao todo, foram analisados 76 documentos, entre os documentos institucionais e os normativos retirados do DODF*.

Como vimos, uma forma de tratamento dos dados documentais é a utilização de técnicas de análise de conteúdo, que conforme orienta Richardson (1999)

consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado, para permitir sua comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira. Geralmente, escolhem-se dois tipos de temas: - principais e secundários. O primeiro define o conteúdo da parte analisada de um texto; o segundo especifica diversos aspectos incluídos no primeiro (p. 243)

O termo texto é entendido, numa análise documental, como documento. Portanto, para realizar uma classificação dos dados foi necessária uma leitura exaustiva dos documentos que deram origem às fichas temáticas contendo os temas principais de cada um. Os temas encontrados foram então rearranjados nas categorias temáticas escolhidas *a priori*, com base no referencial teórico de Amarante (2003), que delimita algumas dimensões ou campos para

* A relação de todos esses documentos pode ser consultada nos anexos VI e VII.

circunscrever o campo da saúde mental como um processo social complexo, quais sejam: teórico-conceitual, técnico-assistencial, político-jurídico e sócio-cultural.

O resultado dessa classificação foi organizado em categorias temáticas primárias e secundárias. As quatro dimensões, como categorias *a priori* foram utilizadas como temas principais, enquanto as temáticas secundárias foram retiradas de uma sistematização inicial dos temas relativos ao conteúdo dos documentos, que depois foram reagrupadas de acordo com as quatro dimensões retiradas de nosso aporte teórico.

A partir dessa classificação conseguimos, também, entrever que as diferentes dimensões/campos, como categorias temáticas, articulavam entre si sentidos que obedeciam à sucessão temporal, o que segundo Richardson (1999) é próprio de uma análise documental.

Com essa constatação, de que os dados apresentavam uma relação processual, reunimos os conteúdos documentais em quatro momentos separados por diferentes intervalos anuais, seguindo as evidências de que alguns intervalos de tempo, no recorte estudado, continham características distintas de outro.

Foram identificados os seguintes períodos: (a) de 1987 a 1999, (b) de 1999 a meados de 2003, (c) de meados de 2003 a meados de 2006 e (d) de meados de 2006 a 2007. Por esse motivo, a periodização em intervalos de tempo foi privilegiada para exposição dos resultados, sendo as categorias finais apresentadas de acordo com esta.

(ii) Análise Textual por meio do ALCESTE:

Para realizar a classificação dos conteúdos encontrados no material das três entrevistas, utilizamos como ferramenta de auxílio o ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), um *software* desenvolvido para análise de dados textuais. A análise textual empreendida por esse *software* é quanti-qualitativa e realiza operações estatísticas que captura de um texto, denominado *corpus*, as principais informações e temas contidos. No nosso caso o *corpus* foi constituído do conjunto das entrevistas reunidas num mesmo arquivo.

O objetivo é obter uma primeira classificação estatística dos enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhes são mais características. (...) A partir de uma análise textual das produções semânticas, busca-se reconstituir o discurso coletivo, utilizando as relações entre as palavras, a frequência com que aparecem e suas associações em classes de palavras (Ribeiro, 2005, p. 244)

Para tanto, o ALCESTE subdivide o *corpus* em Unidades de Contexto Elementar (UCEs), que são pequenos fragmentos que contêm um enunciado completo comportando uma idéia elaborada pelos autores do texto acerca de si e do seu mundo. Posteriormente, reorganiza tais UCEs verificando a existência de recorrências de tal forma que as unidades referentes a uma mesma idéia, ou que apresentem uma mesma estrutura, componham as mesmas categorias ou classes. Por meio dessa reorganização das UCEs em classes/categorias são evidenciados os principais temas que compõem o texto como um todo, apresentando também as diferentes relações existentes entre estas, bem como a importância de cada uma delas dentro do *corpus*.

Essa organização é chamada de Classificação Hierárquica Descendente, que informa um índice “R” indicando o grau de associação entre as classes de palavras/categorias e os eixos nos quais elas se organizam. Esse índice “R” varia entre “1” e “0”, de tal forma que quanto mais próximo estiver de zero, maior será a diferença entre os conteúdos das classes e, por consequência, quanto mais próximo estiver de 1, maior será a similaridade entre elas, sendo “0,5” considerado uma relação mediana.

Porém, após esta primeira análise estatística, é necessário conduzir uma análise qualitativa, a fim de reconstruir o discurso dos participantes que foram organizados em cada classe/categoria. Esta etapa é realizada a partir das palavras e UCEs fornecidas pelas análises estatísticas, mas também, a partir da experiência teórico-empírica do pesquisador, que deve ter pleno conhecimento de seus dados para apoiar sua interpretação.

Portanto, em ambas as estratégias de análise os dados foram trabalhados de forma a classificar o material coletado organizando-o em torno de temas e relações: processual, na análise documental; de discursos, na análise textual. No próximo capítulo veremos o que a abordagem empregada neste trabalho conseguiu “fotografar” da realidade.

CAPÍTULO V

Entrelaçando Resultados e Conclusões: o panorama da saúde mental e reforma psiquiátrica no DF

*“Falo assim sem tristeza
Falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos
Que nós iremos crescer”
Milton Nascimento / Fernando Brant*

Para apresentar o panorama sobre a saúde mental no DF entre 1987 e 2007, obtido através do processo de pesquisa, dividimos em duas partes este capítulo: as histórias escritas, contemplando os dados referentes à análise dos documentos; e vividas, considerando os dados da análise das entrevistas. Porém, essa divisão não significa que perderemos de vista o conjunto. Ao contrário, exatamente porque essas histórias contadas se referem a um só momento, articularemos em ambas as partes os dados documentais e das entrevistas, realizando a triangulação da informação obtida que, conforme discutimos no capítulo anterior, é necessária quando utilizamos diversas fontes de pesquisa.

5.1 – A história escrita

A organização da “história escrita” se deu a partir da análise documental que classificou o material documental em categorias temáticas concernentes a quatro dimensões/campos identificadas por Amarante (2003, 2007) para possibilitar uma aproximação acerca desse processo de transformação no campo da saúde mental. Portanto, apresentamos as categorias temáticas obtidas e os conteúdos que elas articulam:

Campo Teórico-Conceitual – essa categoria reuniu informações que possibilitaram situar o quadro teórico adotado na composição de cada documento. Essa categoria foi subdividida em duas categorias secundárias: *fontes citadas* (conforme ocorrência de referências a documentos, instituições, leis, etc) e *concepções acerca do campo da saúde mental* (informações que indicavam a orientação seguida pelos autores do documento quanto às noções de reforma psiquiátrica e saúde mental).

Campo Técnico-Assistencial – essa categoria foi composta por cinco categorias secundárias: *Assistência existente*, indicando as referências aos serviços,

programas e ações de assistência existentes; *Assistência planejada*, pelas indicações do que foi planejado para a área de saúde mental; *Investimentos em recursos humanos*, como cursos, capacitações, treinamentos, supervisão, etc; *Gerenciamento da assistência*, composta pelas indicações referentes às atividades de gestão; e, por fim, *Problemas da assistência*, elencando os problemas citados nos documentos acerca dos problemas da assistência em saúde mental no DF.

Campo Político-Jurídico – essa categoria incluiu os documentos sobre legislação retirados principalmente do DODF e a indicação de duas ações judiciais do MPDFT retirada dos documentos.

Campo Sócio-Cultural – essa categoria comportou as informações dos documentos sobre os espaços possíveis para a concretização de participação/controle social, tais como: encontros, fóruns, conferências, conselhos, cooperativas, associações, movimento social e ações culturais.

É importante lembrar que essas categorias foram reorganizadas de acordo com a relação processual que foi verificada, de forma que optamos por expor os resultados seguindo essa organização cronológica encontrada. Além disso, nomeamos cada período utilizando-nos de metáforas que permitiram simbolizar a relação cronológica de cada intervalo de tempo, bem como as peculiaridades próprias de cada período destacado, sendo explicada a escolha ao fim da exposição.

Discutiremos a análise realizada com base nas informações de contexto obtidas pela revisão bibliográfica e pelas entrevistas, bem como os aportes teóricos adotados. Neste último caso, teremos, ainda, como medida, em cada período, a sua proximidade ao paradigma asilar ou psicossocial.

5.1.1 - Período de 1987 a 1998 – O Verão

Antes de apresentar as características da saúde mental no DF, próprias desse período, é importante situar em que contexto nacionalmente está inserida. A partir de 1987 temos dois marcos, o Congresso de Bauru e o primeiro CAPS do país, em São Paulo, como divisas da ruptura iniciada com o processo de reforma psiquiátrica no país, conforme traçadas por Amarante (1995a). Além disso, em 1992, o processo de reforma psiquiátrica iniciado em vários estados começa a contar com aprovação de diversas leis estaduais, bem como das primeiras portarias do MS de regulamentação de serviços substitutivos e fiscalização de hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). O período que vai de 1991 a 1996 foi referido por

Borges (2007) como um momento germinativo da atual PNSM, ao qual se procede um de latência (entre 1997 e 1999), cuja característica é o enfraquecimento da COSAM/MS, refletida pela pouca proposição normativa.

Assim sendo, o panorama nacional do período entre 1987 e 1999 é tanto de ebulição, com iniciativas pioneiras estaduais e apoio pelo MS, como também de um estado de abrandamento atribuído à gestão nacional, conforme o tempo de latência identificado por Borges (2007).

No que compete ao DF, o ano de 1987 é referido, por vários estudos já citados, como o início da reforma psiquiátrica a partir da inauguração do ISM como um modelo alternativo ao da assistência vigente. Além disso, a reforma psiquiátrica se torna um projeto estratégico do GDF entre de 1995 a 1999, período no qual se localizou a maioria dos documentos analisados. Os documentos recolhidos do período entre 1987 e 1994 foram algumas referências às publicações do DODF, sendo possível encontrar a partir de 1994 relatórios de gestão, plano diretor e relatórios finais de fóruns sobre saúde mental.

Com essa contextualização em mente é possível perceber que nesse período o DF acompanha as mudanças que ocorreram no panorama nacional, o que também foi verificado pela análise dos documentos.

No **campo teórico-conceitual** foi possível compreender que os referidos documentos realmente acompanharam a discussão nacional em torno da reforma psiquiátrica, sendo referendados documentos internacionais (Declaração de Caracas, diretrizes da OPAS/OMS), documentos nacionais (Constituição “Cidadã”, SUS, Estatuto da Criança e do Adolescente, Projeto de Lei nº. 3657/89, Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, I e II CNSM, além de portarias editadas pelo MS). Mas, também, são referendados os documentos gerados pelo DF, que em consonância com a produção nacional, aprovou a Lei 975/95, conhecida como a “lei de reforma psiquiátrica do DF” e o Artigo 211 da LODEF, assim como o próprio Plano Diretor de Saúde Mental, o primeiro do DF, que foi realizado como proposta para implementar a reforma psiquiátrica no DF.

Como já mencionado, por meio da leitura dos documentos foi possível vislumbrar as concepções adotadas sobre saúde mental e reforma psiquiátrica. Nesse período, as concepções adotadas refletem as encontradas nos documentos referendados, conforme elencados acima. Assim, a reforma psiquiátrica é tanto assumida como uma “mudança de concepção de assistência”, “reorientação de modelo”, como também “mudança da cultura de exclusão existente no modelo asilar/carcerário (...) para a efetiva recontextualização e reabilitação

psicossocial” (Relatório final do II Fórum de Saúde Mental de 1997, p. 5), o que requer “novas práticas, novo enfoque interdisciplinar, novos papéis profissionais, novo paradigma” (Relatório Final do I Fórum de Saúde Mental do DF de 1995, p. 2).

Portanto, é possível inferir que nesse momento o processo de reforma psiquiátrica previa tanto uma reestruturação assistencial quanto paradigmática, no sentido da desinstitucionalização italiana, ou como referem Borges e Baptista (2008), tanto externamente (assistencialmente) quanto internamente (questionando as formas de pensar e fazer na área de saúde mental).

Além disso, a discussão acerca desse processo de mudança era realizada de forma coletiva, pela possibilidade de interlocução oferecida, principalmente, pelos I e II Fóruns de Saúde Mental do DF (FSM/DF), que foram todos realizados pela SES/DF e COSAM/DF entre 1995 e 1997. Até 1995, veremos que o que havia de proposição alternativa para a saúde mental no DF era gestado no ISM, pois possuía já espaços de troca entre funcionários, usuários do serviço e seus familiares.

Entre esses espaços criados no ISM, Rêgo (2006) destaca: (a) grupo de chegada, que funcionava como assembléia semanal para discutir questões relacionadas ao cotidiano do Instituto, no qual havia participação com igual direito de voz e decisão entre os técnicos, usuários, bem como funcionários e outros membros da comunidade; (b) Unidades Interdisciplinares de Referência (UNIR), no qual eram articuladas as diversas categorias profissionais em funcionamento interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, que trabalhavam no Hospital-Dia e no ambulatório, tendo como referência um número determinado de pessoas atendidas na instituição e a responsabilidade de criar um Projeto Terapêutico Individualizado em parceria com o usuário do serviço e seus familiares; (c) Reuniões técnico-administrativas semanais; e (d) o Relatório Institucional, como fórum técnico diário, no início de todas as manhãs, para democratizar as ocorrências do dia anterior e programar as atividades do dia e da semana. Foi também no ISM que ocorreu, em 26 de janeiro de 1996, um Encontro do MNLA, promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental, conforme Serra (1997). A realização desse fórum mostra também como o ISM serviu de pólo de discussões em torno da reforma psiquiátrica.

Porém, as discussões em torno da mudança que se operava na saúde mental do DF não foram realizadas sem conflitos. Em especial, as fontes bibliográficas e as entrevistas destacam como ocorriam diversos embates dentro das instituições que direcionavam mudanças para a transformação do modelo asilar. No caso do ISM, esses conflitos emergiam tanto

externamente, pelas críticas à criação de uma instituição aberta, como internamente, pela própria necessidade de criação de um novo modelo pautado pela saúde com pouca ou nenhuma referência prática combinada com uma formação profissional orientada para a doença. Essa situação é ilustrada da seguinte forma na fala dos entrevistados* :

“A gente não tinha um modelo, o que é um hospital-dia no Brasil? A gente sabia de imaginação, cada um tinha o seu hospital-dia na cabeça. Então nós decidimos que a gente ia fazer uma reunião semanal, onde não teria atendimento (...) às sextas-feiras a gente se reunia o dia inteiro para programar o nosso trabalho. Então foi muito duro, muito difícil, é, porque nós tínhamos as críticas externas dizendo que era um absurdo se criar uma instituição em que o paciente ficasse aberto, que não tivesse prisão, (...) que eles iam bater e quebrar os vidros, se cortar, que iam se perder lá dentro. Nós recebemos críticas de todos os lados, e dentro, uma equipe que nunca tinha trabalhado junto, todo mundo novo, recém-chegado, fomos pegos cada um de uma instituição, de um lugar diferente” (E3)

França (2001), ao trazer seu relato vivencial sobre as mudanças operadas no HSVP entre 1995 e 1998, identificada como “um projeto corajosamente antimanicomial”, destaca que em todo tempo as transformações eram movidas por muitos conflitos, mesmo porque a ausência ou supressão destes caracterizaria exatamente as estruturas manicomialis cujas transformações queriam superar. Mas também, era possibilitada a elaboração dos conflitos pelos próprios mecanismos institucionais democráticos criados para possibilitar debates, seja em reuniões de equipe, seja pela gestão compartilhada, ou na relação com as pessoas assistidas.

Algumas mudanças mencionadas pelo autor supracitado, ocorridas no HSVP entre 1995 e 1998, foram conquistas processuais, cada ação era amadurecida e levada à outra. Dentre essas, destacamos: (a) o estabelecimento de uma direção colegiada para a gestão da instituição; (b) a introdução de talheres, espelhos etc na ala de internação, assim como a abertura de portas e permissão de livre circulação das pessoas ali internadas; (c) a liberação do horário de visita dos familiares, que não precisariam mais ter de se compatibilizar com os horários da instituição; (d) a priorização do serviço de Hospital-Dia, que deixou de ser um apoio à internação para se tornar substitutivo a esse procedimento, atendendo inclusive pessoas em crise; (e) equipe comunitária, que apoiava o processo de ressocialização das pessoas atendidas pela instituição, fazendo a ligação da instituição com a comunidade; (f) a

* Ao apresentar a fala das três pessoas entrevistadas, as identificaremos por E1, E2 e E3, conforme a ordem de obtenção das entrevistas.

mudança do caráter das oficinas para serem realmente profissionalizantes e não como ocupação de tempo ocioso.

Por meio da análise documental foi possível perceber que no **campo técnico-assistencial** as propostas também seguiam as discussões sobre o paradigma asilar e psicossocial, tanto na transformação interna de serviços quanto na proposição de novos, inclusive em relação à clientela específica, como usuários de álcool e drogas e saúde mental infanto-juvenil.

Nesse sentido, foi possível recuperar nos documentos a existência de um serviço para alcoolistas no Hospital Regional de Sobradinho, em parceria com a UnB desde 1993, além de outros dispositivos criados a partir de 1995, momento em que a reforma psiquiátrica passa a ser um projeto estratégico do GDF. Dentre esses estão, em 1995: o CAPS do ISM, um Centro de Convivência no Guará; serviço de saúde mental infantil no Hospital Materno Infantil (HMIB) e o CAPS do COMPP em 1996; Equipe de saúde mental em três Hospitais Regionais, unidade de dependência química no ISM, “Programa de atenção integral à saúde dos usuários abusivos de substâncias psicoativas e dependência química” e Terapia Comunitária em quatro RAs em 1997.

Todos os serviços criados, segundo os documentos, foram antecipados no planejamento do Plano Diretor de 1995, que previa a articulação em rede de diversos serviços substitutivos distribuídos nas diferentes regionais de saúde: CAPS, NAPS, CAPS-infância, CAPS-adolescência, Hospital-Dia, Serviços de Saúde Mental em Hospital Geral (adulto e infantil), Centros de Convivência, Lar abrigado e Pensões Protegidas.

O atrelamento da reforma psiquiátrica à reorganização da assistência é ilustrado pela seguinte citação retirada do Plano Diretor da época:

[...] implantar a reforma psiquiátrica no Distrito Federal, na perspectiva de reestruturar a assistência à saúde mental mediante a implantação de um modelo de atenção composto por uma rede de serviços diversificados, regionalizados e integrados aos serviços locais de saúde (Plano Diretor de Saúde Mental de 1994/1995, p. 3)

Mas também foi possível recuperar os investimentos relativos aos recursos humanos realizados no período, que contaram com amplo ciclo de capacitação de pessoas com a finalidade de estabelecer um novo modelo de atenção, incluindo também a atenção básica e temas como dependência química e saúde mental infanto-juvenil.

Destacamos também, dentre os investimentos em recursos humanos, os manuais confeccionados (Manual de Procedimentos Multiprofissionais na Assistência às Dependências Químicas nos Serviços de Emergência dos Hospitais Gerais, em 1996, e o Manual Guia da

Rede Integrada dos Serviços de Saúde Mental da FHDF, em 1998), além do Curso de Educação Profissional em Saúde Mental aos Moldes de Residência Multiprofissional, iniciado em 1998.

Outro destaque desse período é, além do planejamento de uma reestruturação assistencial, em forma de rede integrada de serviços com capacidade substitutiva aos hospitais psiquiátricos, o investimento na formação de profissionais para atuarem de acordo com essa nova perspectiva.

Já na organização da COSAM/DF para o gerenciamento da assistência em saúde mental, seguindo a proposta de implementação da reforma psiquiátrica, foi necessário o desmembramento em três níveis:

Câmara Técnica, com o objetivo de produzir, estudar e encaminhar Projetos e Pareceres; **Comissão de Supervisão, Avaliação e Controle (COSAC)**, com a finalidade específica de acompanhar o funcionamento da assistência prestada aos usuários da Saúde Mental dos Serviços Públicos e contratados ao SUS-DF no sentido de fazer cumprir as Portarias Ministeriais e Distritais e **Colegiado da Saúde Mental** constituído por: Diretores do COMPP, HSVP, ISM, Chefia da Unidade de Psiquiatria do HBDF e Coordenador de Saúde Mental, favorecendo a articulação entre os Serviços por meio do gerenciamento integrado do conjunto operacional e como instância político-deliberativo” (Saúde Mental no DF – Quadriênio 95/98 – A implementação da Reforma Psiquiátrica no DF e a reorientação dos Serviços de Saúde Mental na rede da FHDF, p. 2)

Essa proposta de estruturação da COSAM/DF em três diferentes níveis revela uma complexidade de atividades executadas, além de contemplar uma orientação democrática necessária para tornar profícuos os conflitos e debates em torno da construção de uma nova proposta de atenção que, conforme mostram as entrevistas, não foram poucos, ocorrendo tanto com a secretaria de saúde, quanto internamente, na gestão. Assim, ilustra E2:

“Porque a secretaria de saúde passou por muitas crises. (...) esse período tiveram três secretários de saúde. Essa coisa do emparelhamento político sempre vai acontecendo para poder o partido se fortalecer dentro das estruturas da organização. Aí desse período, a gente foi perdendo também poder político (...) a gente começou a ser sabotado dentro da secretaria de saúde. Então tiveram uma série de dificuldades na relação da reforma psiquiátrica, desse projeto da Reforma Psiquiátrica dentro da secretaria de saúde. (...). Era uma briga política, do ponto de vistas do poder do GDF. E essa política, essa briga, afetava nós. (...) A gente passava muito tempo se defendendo, nós perdemos muito tempo se defendendo. Perdemos muito tempo se defendendo de fogo amigo, entendeu? Mas mesmo assim a gente conseguiu fazer essas coisas todas” (E2)

Um dado que corrobora essas dificuldades enfrentadas pela COSAM/DF em relação à SES/DF foi a dificuldade para a incorporação do primeiro órgão na estrutura do segundo. Portanto, além dos conflitos internos que ocorriam, houve também perda de apoio político durante o período em que a reforma psiquiátrica era projeto estratégico do governo, o que dificultou a implementação de várias propostas previstas no Plano Diretor, como veremos mais adiante.

Os problemas da assistência identificados pelo período foram: a existência de um modelo hospitalocêntrico e centralizado no HSVP e no COMPP (atendimento infanto-juvenil), com dependência de clínicas privadas; desarticulação entre os serviços, que também não eram regionalizados; distribuição irregular e centralizada de medicação; tudo isto resultando num sistema não resolutivo.

Era de se esperar que a gestão do quadriênio 1995/1998 não pudesse responder a todos os problemas estruturais da rede de assistência no DF, enfrentando ainda tantos desgastes. Mas é possível inferir que muitos dos problemas foram no mínimo reduzidos, tanto pela diversificação de serviços criados, como pelo seu gerenciamento integrado e também o contexto de saúde geral do DF. É possível vislumbrar que todo o sistema de saúde se tornou mais resolutivo com a reestruturação da saúde efetuada pelo GDF à época, com vistas à consolidação do SUS, sendo inclusive um dos primeiros governos a assumir a estratégia do Programa Saúde na Família, antes deste ser um programa nacional.

Essas informações são importantes de serem consideradas, pois veremos como uma das constatações que os dados sobre a saúde mental no DF permite é a constância com que os mesmos problemas relativos à assistência são apontados nos diferentes períodos estudados.

A produção legislativa da época reflete todo o caminho seguido no período de 1987 a 1999. Entre 1987 a 1994, a maioria dos documentos obtidos do DODF é referente às transformações do ISM: sua criação (Decreto no. 10352 de 28/04/1987) e aprovação de regimento (Resolução no. 2 de 07/06/1988; Resolução no. 2 de 26/07/1989); Criação do Núcleo de Reinserção Social (Instrução no. 21, de 19/10/1993), do Centro de Estudos em Saúde Mental (Ordem de serviço de 06/07/1993), do Conselho Comunitário de caráter consultivo (Instrução no. 18 de 25/08/1993). Outra normatização encontrada diz respeito à Declaração de Utilidade Pública à ASSIM (Decreto no. 14547 de 29/12/1992), que também foi originada no ISM.

Os entrevistados referem que o ISM até 1995 foi o grande celeiro de idéias de transformação, o que gerava uma tensão com o HSVP, que permanecia numa assistência

asilar. Tanto o MPSM/DF, quanto a primeira versão do Plano Diretor e a sugestão de realização do I FSM/DF, foram gestados no ISM, como pode ser ilustrado pelas seguintes falas:

“(...) eu diria que o ISM representava, em Brasília, vamos dizer, o coração da reforma psiquiátrica, porque em noventa, junto com a nossa saída, a gente conheceu um movimento no Brasil que já estava andando chamado luta antimanicomial (...). Então nós entramos junto, que aí nós temos uma referência, um grupo unido nacional, que nos apoiava, aí... aí nós criamos o movimento Pró-Saúde Mental, que seria o braço de Brasília para o movimento nacional” (E3)

“Tudo que tinha de positivo era do ISM. E isso criou uma tensão com o HSVP, porque o HSVP não tinha fôlego, não tinha a diretriz da reforma psiquiátrica, por mais que alguns colegas lá quisessem, certo? Que eram antenados com a reforma psiquiátrica. Mas a maioria não. Mas uma parte era antenada, mas não tinha uma propulsão e não incorporou o protagonismo da reforma psiquiátrica em Brasília como o ISM tinha incorporado. Todos os funcionários incorporaram: dessa vez vamos mudar sim. Então tudo que saía nesse sentido saía do ISM: o plano diretor, saía das reuniões, saía das unidades interdisciplinares. Vamos fazer um fórum de saúde mental para colocar tudo isso direito e o plano diretor de saúde mental que a gente já tinha feito já em 94. Porque quando a gente assumiu o ISM, ao logo do ano de 94, a gente teve as reuniões com o coordenador de saúde mental: vamos fazer o plano diretor. (..) elaborado em 94, para ser aprovado no I Fórum de Saúde Mental em 95, que serviu de base para a lei 975/95, que é a lei da reforma psiquiátrica do DF” (E2)

Outras produções normativas, que também caracterizam o **campo político-jurídico** do período foram, dentre as mais importantes:

- Ordem de serviço no. 02/94 de 01/06/1994, no qual o Diretor de Recursos Médicos-Assistenciais define como competência dos serviços de emergência de cada regional o atendimento a pacientes alcoolistas, descentralizando a assistência a essa clientela;
- Portaria nº. 15 de 06/06/1995, que “cria a Coordenação de Saúde Mental, no âmbito da Secretaria de Saúde do DF”, combinando e expandindo as atividades das antigas coordenações de psiquiatria e saúde mental e de psicologia;
- Instrução nº. 11 de 06/07/1995, que cria o CAPS no ISM;
- Lei nº. 975 de 12/12/1995, que “Fixa diretrizes para a atenção à saúde mental no Distrito Federal e dá outras providências”;

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº. 10 de 29/03/1996, que “cria a Comissão de Supervisão, Controle e Avaliação das Ações de Saúde Mental [COSAC], prestadas pelos serviços públicos e privados no âmbito do SUS/DF”; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº. 18 de 19/08/1996, normatiza os procedimentos e rotinas relativos à internação psiquiátrica nos hospitais públicos e privados contratados ao SUS do DF; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº. 10 de 24/07/1997, que cria o “Programa de Atenção Integral à Saúde dos Usuários Abusivos de Substâncias Psicoativas e Dependência Química” |
| <ul style="list-style-type: none"> • Instrução de 30/03/1998, que cria o CAPS/Taguatinga no HSVP e CAPS/COMPP. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº. 19.945 de 24/12/1998, que Institui os lares abrigados no âmbito do distrito federal. |

Tanto a quantidade dessas normatizações quanto a qualidade demonstram como nesse período houve um investimento no processo de reforma psiquiátrica no DF. Em alguns momentos, a normatização produzida segue as orientações do MS, como em relação aos serviços substitutivos e formas de avaliação e controle de hospitais psiquiátricos; quanto a antecede, com a aprovação de lei distrital para reorientar a assistência em saúde mental e a regulamentação dos lares abrigados, que viriam a ser criados no cenário nacional em 2000.

Porém, a gestão da COSAM/DF de 95/98 enfrentou muitos problemas, como já foi aludido, e as “perdas” mais citadas tanto nas entrevistas como na bibliografia são: a descentralização do serviço de emergência do HSVP pela construção de uma UPHG no HR de Taguatinga; os lares abrigados que não puderam ser implementados apesar de já se encontrarem construídos dentro do ISM - o que foi combatido à época pelo MPSM/DF, pois mantinha a lógica tutelar –; e mesmo o CAPS do HSVP.

Sobre este último serviço, Lima (2002) ressalta que por ter tido sua criação no final do ano de 1998 e, com vistas à mudança de direção ocorrida em 1999, não teve tempo hábil de se transformar num serviço substitutivo e terminou por funcionar como um ambulatório tradicional. Já em referência à criação de um UPHG ou Serviço de Saúde Mental em Hospital Geral, a mesma autora argumenta que este não pode ser concretizado por “resistências ideológicas, políticas e corporativas” (p. 89). Os lares abrigados foram criados no final do ano de 1998 e não foi sustentado pela gestão posterior, nem por outras, como ilustra a fala de E1:

“Essa luta das residências vai fazer dez anos. Antes mesmo, porque no governo C. a gente já começou, e aí eles constroem lá dentro. Foi uma

falha da COSAM naquela época. Construíram tijolo por tijolo. Naquela época se chamavam lares abrigados (...). Nós conversávamos antes da legislação, tanto que tu vê na legislação do DF tem a questão dos lares abrigados. (...) Essa foi a grande discussão, reuniões e reuniões com a Secretaria de Assistência Social e a SES/DF, até que eles entenderam que é uma questão de saúde... e aí veio a legislação. Mas aqui se discutiu muito com a Secretaria de Assistência Social. Ficou claro, nós dizíamos que era uma questão de SUS, o SUS é universal” (E1)

No **campo sócio-cultural** houve o investimento da iniciativa governamental para garantia de participação social por meio de dois FSM/DF* e seminários de saúde, onde foram discutidas diretrizes para os planejamentos das ações da COSAM/DF. A criação da COSAM/DF também foi uma conquista social, gerada durante o I FSM/DF, momento em que também foi eleito democraticamente o primeiro coordenador. Entre as entidades participantes dos I e II FSM/DF figuraram funcionários da FHDF, SES/DF, Vara da Infância e Juventude e Vara de Execuções Criminais do TJDF, Instituto Médico-Legal, UnB, Fundação Educacional do DF, Ordem dos Advogados do Brasil/DF, Pestalozzi, Prodequi/UnB, Fundação do Serviço Social do DF, Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, Câmaras Legislativas do DF e Federal, além de estudantes, usuários dos serviços, seus familiares e outros membros da comunidade.

Esse período também foi o berço de criação das cooperativas e associações de usuários e familiares existentes até hoje no DF, que retomamos em ordem cronológica: ASSIM (1988), CABESSA (1993), AFAGO, ASSUME e ASMBPT (1995). Além disso, ocorreu a criação do braço local do MNLA, o MPSM/DF, em 1991, que segundo relato dos entrevistados, contou principalmente com trabalhadores de saúde mental do ISM que se organizaram após uma mudança política que instituiu uma nova direção no Instituto.

Outro evento referido como importante nesta época, por todas as fontes consultadas, foi o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental, realizado pelo MPSM/DF e COSAM/DF, entre 13 e 16 de agosto de 1998, sendo sua principal contribuição oferecer vazão à discussão das diversas experiências inovadoras que estavam sendo levadas a cabo na maioria dos Estados da Federação.

Por tudo que foi elencado, é possível constatar, em relação ao cenário nacional, que no período que vai de 1987 a 1999, há um movimento no DF de protagonismo e, em alguns momentos, de pioneirismo em relação à saúde mental, mesmo frente a muitos conflitos e

* O I Fórum de Saúde Mental do DF ocorreu entre os dias 18 e 20 de maio de 1995; e o II Fórum de Saúde Mental do DF, de 4 a 6 de novembro de 1997.

embates. Portanto, esse período configura um avanço no processo de reforma psiquiátrica no âmbito distrital, o que contrastar-se-á com o subsequente, iniciado com a mudança de governo e orientação político-partidária.

Por ter sido um período de intensa atividade e de propostas para mudança do modo de atenção asilar no DF, comparamos esse período à estação do Verão, que por suas temperaturas elevadas, costuma ser associado à luz, calor, alegria, expansão. Portanto, ao escolher essa metáfora, simbolizamos esse período como um momento de efervescência e ebulição de ideias e propostas inovadoras. Como podemos perceber, essas propostas, ao se oporem ao paradigma asilar, seguiram no sentido de construir uma atenção psicossocial no DF.

Por isso, apesar desse modo de atenção, registrado principalmente no Plano Diretor de Saúde Mental de 1994/1995, não ter se estabelecido completamente e não ter conseguido reverter completamente a assistência hospitalocêntrica no DF - mesmo porque isso necessita tempo - podemos entender que o modo psicossocial foi predominante durante o período, em que pese o modelo antigo continuar subsistindo. A concorrência entre esses modos de atenção ficará ainda mais acirrada no próximo período destacado.

A seguir sintetizamos as informações acima expostas.

Quadro 5 - Cenário 1: O Verão – a saúde mental no DF de 1987 a 1999

| Ano | Teórico- Conceitual | Técnico-Assistencial | Político-Jurídico | Sócio-Cultural |
|------|--|---|--|--|
| 1987 | Reforma Psiquiátrica como Descon- strução do Paradigma Asilar | . ISM | | |
| 1988 | | | | . Associação ASSIM |
| 1991 | | | | . Criação do MPSM/ DF |
| 1993 | | . Criação do Núcleo de Reinscrição Social Franco Basaglia, do Centro de Estudos em Saúde Mental e do Conselho Comu- nitário no ISM | . Art. 211-LODF | . CABESSA |
| 1994 | | | . Ordem de Serviço no. 02/94 - Atendi- mento a pacientes alcoolistas | |
| 1995 | | . CAPS/ISM . Centro de Convivên- cia/Guará . SSM infantil no HMIB | . Reforma Psiquiátrica como Projeto Es- tratégico do GDF (95/98) . Portaria no.15/95 - cria a COSAM . COSAM ligada ao Gabinete de Secre- tário de Saúde . Lei no.975/95 | . I Fórum de Saúde Mental do DF . Associações: . AFAGO . ASSUME . ASMBPT |
| 1996 | | . COSAM (Câmara Técnica, COSAC e Colegiado da Saúde Mental) . Manual de Procedi- mentos Multiprofes- sionais na Assistên- cia às Dependências Químicas no Servi- ços de Emergência dos Hospitais Gerais | . Portaria no. 10/96- cria a COSAC . Portaria no. 18/96 normatiza a interna- ção psiquiátrica | . Encontro do MNLA no ISM promovido pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental |
| 1997 | | . Unidade de depen- dência química no ISM . Terapia Comunitária em 4 RAs . ESM em 3 HR | . Portaria no. 10/97 - Cria o Programa de atenção integral à saúde dos usuários abusivos de subs- tâncias psicoativas e dependência qui- mica | . II Fórum de Saúde Mental do DF |
| 1998 | | . CAPS/COMPP . CAPS/HSVP . Manual Guia da Rede Integrada dos Serviços de Saúde Mental da FHDF . Residência Multipro- fissional . Construção de Lares Abrigados no ISM | . Decreto no. 19.945/98 Institui os Lares Abrigados no DF | . I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental (reali- zado pela MPSM/DF e COSAM/DF) |

5.1.2 - Período de 1999 a meados de 2003 – O Outono

A partir de 1999 ocorreram mudanças políticas no cenário da saúde mental no DF e é considerado por alguns autores como um retrocesso do processo de reforma psiquiátrica no DF (Amaral, 2006; Costa, 2000; França, 2001; Lima, 2002; Machado, 2006).

Da mesma forma, foi verificado na presente análise uma significativa inflexão na trajetória estudada, que vai de 1999 a aproximadamente setembro de 2003, conforme pôde ser situado na consulta dos relatórios de gestão, compreendendo duas gestões diferentes da COSAM/DF. As características desse período serão explicitadas a seguir, guiadas pelas dimensões consideradas no estudo.

Como ponto de partida, mais uma vez iniciamos com a contextualização do período analisado frente ao cenário nacional, pois este se situa num momento fundamental de construção da atual PNSM, possibilitada a partir da aprovação da Lei 10.216 de 2001 e da realização da III CNSM.

O ano de 1999 ainda é identificado, por Borges (2007), como pertencente a um momento de latência, iniciado em 1997, ao qual logo se seguem os períodos de retomada (anos de 2000 e 2001) e de expansão (2002 a 2004). Esses dois últimos momentos são marcados pelo “retorno a um ambiente propício à alavancagem da política da área” (p. 140), no qual são propostos e criados mecanismos de financiamento para novas linhas de atuação com os SRTs, em 2000, e CAPS em 2002. Em 2002 é também aperfeiçoada a avaliação de hospitais psiquiátricos com o PNASH/Psiquiatria. Com isso, aos poucos, o MS vai se voltando para uma política de consolidação da reforma psiquiátrica, investindo cada vez mais na superação do parque manicomial característico do Brasil pela construção de uma rede extra-hospitalar.

No entanto, o DF se encontrava num período de mudança de governo com nova orientação político-ideológica, que perdura por oito anos na administração. Segundo identificado na bibliografia e entrevistas, essa mudança política emperrou o processo de reforma psiquiátrica local por caracterizá-la como uma proposta anterior, ou como Amaral (2006) aponta:

A Reforma psiquiátrica em Brasília parece estar associada a uma causa político-partidária e não a uma questão social que precisava estar integrada às políticas locais, independente de governo. (...) Assim, além da falta de vontade política governamental, há, ainda, os profissionais que se reconhecem enquanto agentes da reforma, mas que se recusam a agir em função de estarmos sob um governo de direita, e que há os que não reagem por não se identificarem com os partidos de esquerda (Amaral, 2006, p. 118-119)

É também nesse momento de inflexão que é criada a Organização Não-Governamental (ONG) Inverso, que funciona hoje como um Centro de Convivência e que foi fruto exatamente das mudanças decorridas no panorama da saúde mental do DF nessa época que, conforme apresentado na revisão teórica, foi motivado pelos residentes egressos da Residência Multiprofissional e hoje reúne também pessoas ligadas ao MPSM/DF.

Os documentos gerados nesse período, relativos à gestão pública, trazem poucas referências ao quadro teórico seguido pela gestão local. Somente a partir de 2003 são citados a Lei 10.216/01, a III CNSM e a I CSM/DF, todos de 2001. Porém, a referência a essas fontes não implica na adoção da mesma concepção de saúde mental e reforma psiquiátrica destas; essa possibilidade é sugerida por meio de uma observação cuidadosa de alguns documentos e em relação com outras ocorrências do período. Dessa forma, só pudemos fazer inferências ao que poderia compor o quadro de referências e concepções da **dimensão teórico-conceitual** quando comparadas e posta em relação a todas as dimensões do processo social complexo integradas, mesmo porque, como ressalta Amarante (2003; 2007), a sua divisão em diferentes campos é apenas uma forma de objetivar a realidade. Destarte, a leitura possível realizada pelos pesquisadores é corroborada em articulação com as demais.

É possível presumir com os dados contextuais e o conteúdo da Portaria nº. 17 de 18/08/1999, uma contrariedade dessa gestão de saúde mental à reforma psiquiátrica efetuada pela gestão anterior. Isso porque esta portaria, além de designar novos servidores para a COSAM, também (re)subordina esta à Diretoria de Recursos Médicos-Assistenciais (DRMA) e revoga os itens VI, VIII, IX e X da portaria nº. 15/95 que criou a COSAM. Esses itens revogados são aqui transcritos na íntegra:

VI – definir estratégias de divulgação sobre a Reforma Psiquiátrica;

(...)

VIII – articular-se com estruturas da SES e FHDF nos diversos níveis de administração;

IX – desenvolver meios de integração e parcerias interinstitucionais no âmbito do Governo do Distrito Federal, com o Governo Federal e ONGS;

X – fomentar participação de pessoas entidades da sociedade civil no processo de Reforma Psiquiátrica (DODF, nº. 180, de 7 de julho de 1995)

Portanto, neste ato são retirados das atribuições da COSAM/DF as que fazem referência à reforma psiquiátrica e ao papel de articulação intersetorial necessário para o empreendimento de ações de saúde mental na visão psicossocial. Restaram, pois, as atribuições de reorientar o modelo de atenção elaborando propostas para a área de saúde mental e coordenando atividades respectivas à COSAC.

Porém, como veremos mais adiante, essa coordenação não conseguiu seguir como proponente de mudanças na área de saúde mental, nem de qualificação da assistência prestada. É possível que esse enfraquecimento seja uma das razões de encontrarmos tão poucas informações nos documentos no período. Foram recolhidos neste período documentos, como relatórios de atividades e planejamentos para a área, além do relatório final da etapa distrital da III CNSM.

É importante ressaltar, como indica a portaria de criação da COSAM/DF, que esta passou a integrar as atividades desempenhadas pelas Coordenações de Psiquiatria e Saúde Mental e de Psicologia que existiam antes e eram subordinadas à DRMA. Por isso, acrescentamos a informação de que, na verdade, a COSAM/DF foi re-subordinada à DRMA. Essa operação marca uma grande transformação no alcance das atividades da COSAM/DF, em contraposição ao papel estratégico e ligado ao gabinete do secretário de saúde, no governo anterior. Conforme Lima (2002), esta nova reorganização verticalizada é reforçada em 2000, com a reestruturação da SES, na qual a COSAM passa a ser efetivamente um Núcleo de Saúde Mental da Gerência de Recursos Médicos-Assistenciais (antiga DRMA) e subordinada à Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde da Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Além disso, encontramos algumas citações nos documentos que nos sugeriram desconhecimentos dessa gestão sobre a proposta dos dispositivos CAPS e de desinstitucionalização. Em um documento encontramos a referência de planejamento de dois CAPS “para psicóticos e dependência química” (Programa de Metas 2002-2003 para Núcleo de Saúde Mental, Agenda de Saúde, datado de 25 de março de 2002). Noutro, a ressalva de que em 1999 foi extinto o convênio da SES com o Hospital Espírita de Anápolis, “com 110 leitos, dentro da filosofia de adequação às exigências contidas na Reforma Psiquiátrica” (Documento sem título, Núcleo de Saúde Mental, datado de fevereiro de 2002).

Ora, no primeiro documento, a definição da clientela dos CAPS utiliza linguagem não condizente com a proposta do CAPS em dois momentos: quando não explicita de forma coerente que a função desse dispositivo é o atendimento de “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes” prioritariamente e não à categoria genérica “psicóticos” de cunho reducionista; e quando, tampouco, identifica a modalidade “ad”, que aborda o uso de álcool e drogas, do CAPS, generalizando para “dependência química”. No segundo documento, a referência à reforma psiquiátrica como responsável pelo fechamento de leitos psiquiátricos sugere uma leitura errônea desta como mera desospitalização e não como desinstitucionalização, que implica numa outra forma de se relacionar com as pessoas em

sofrimento psíquico grave e, portanto, de recriação de outros espaços sociais realmente terapêuticos.

No **campo técnico-assistencial** é relatada uma “rede” composta por dois CAPS, no ISM e COMPP; internação com 186 leitos, total das unidades UP/HBDF, HSVP e clínica conveniada; atendimento ambulatorial em nove hospitais regionais, além dos realizados nas unidades COMPP, ISM, HSVP; Equipe Multiprofissional do Hospital Regional da Asa Norte; e atendimento à dependentes químicos em um Centro de Saúde de Ceilândia. Não parece, portanto, ter havido incremento da assistência oferecida pelo GDF na área de saúde mental.

Optamos por colocar o termo rede entre aspas, para indicar que a existência desses serviços não prediz seu funcionamento em rede; ao contrário, é impossível a existência dessa “rede” como rede sem uma coordenação atuante e essa é a situação preeminente deste período. Essa visão de inexistência de coordenação de saúde mental será corroborada pelos apontamentos feitos pelas gestões do próximo período.

Há, ainda, outras informações sobre a realidade técnica-assistencial que só puderam ser observadas pelas entrevistas e bibliografia (Amaral, 2006; França, 2001; Lima, 2002; Machado, 2006). No entanto, a realidade encontrada nesses estudos não está somente circunscrita ao período de 1999 a 2003 - como ressalta os trabalhos mais recentes, de Amaral (2006) e Machado (2006) -, de forma que essas informações serão retomadas na contextualização do período delimitado entre 2003 e 2006. A fala de uma das pessoas entrevistadas também reflete a compreensão de que o retrocesso prossegue entre 1999 e 2006, conforme duração de um determinado governo no DF. O trecho selecionado também contextualiza o DF frente ao panorama nacional:

“Mas quando o MS começou com a proposta dos CAPS, Brasília não assumiu essa bandeira (...), nós já estávamos no governo R. e a COSAM não adotou a política dos CAPS. (...)O CAPS do ISM é pra mim uma maquiagem, porque o ISM já existia, já tinha hospital-dia. Transformar em CAPS foi uma acomodação, mas não criou serviço novo, não criou serviço novo, não ampliou a rede, não foi lá. Porque o CAPS é clínica do território, então tem que tá lá na ponta, tem que tá lá onde as pessoas moram, e o ISM, a não ser o Riacho Fundo que tá lá dentro, ele não poderia ser CAPS pro pessoal de Paranoá, da Ceilândia. (...) Porque na saúde mental, entre os anos de 99 até aqui o final do governo R., eu diria que é a idade média da saúde mental no DF, idade média, o escuro, o silêncio, quanto menos aparecer melhor porque se tiver que aparecer vai ser bombardeado. Então, só cuidando dos interesses pessoais, e dos interesses dos psiquiatras no máximo, e de alguma panelinha, não é nem da psiquiatria como um todo, não é nem de uma equipe, não, Uma coisa muito obscurantista” (E3)

Como já foi mencionado, a bibliografia encontrada destaca esse período como retrocesso de tudo que foi criado no período anterior no sentido da implementação da reforma psiquiátrica no DF, tanto no funcionamento interno dos serviços, quanto externamente, por meio da falta de novos dispositivos substitutivos e, principalmente, pela resposta dada à população egressa da Clínica de Repouso Planalto, conveniada ao SUS/DF. Além disso, ocorreu a modificação da Residência Multiprofissional, com cerceamento da atuação dos residentes nos serviços (França, 2001).

Sobre essas mudanças, os estudos de França (2001), Lima (2002) e Machado (2006) indicam ter ocorrido tanto no ISM quanto no HSVP um retorno ao modelo de atenção de características mais asilares que psicossociais.

Sobre as mudanças operadas no HSVP a partir de 1999, França (2001) destaca a abolição das reuniões semanais de equipe, implicando perda de espaço de troca de informação e articulação de idéias, do próprio papel de pensar-se como instituição. Dessa feita, as comunicações entre a equipe só eram possíveis por meio dos prontuários ou informalmente. Isso se refletiu no trato com os usuários do serviço que começaram a ser tratados de forma hostil, sem legitimação de sua fala e escuta, sendo que a preocupação principal da equipe passou a ser a não agitação dos internos.

Esse cenário também foi encontrado no estudo de Lima (2002), que também relata ter sido mais agravante o quadro desta centralização frente a uma demanda crescente. Para esta autora, a partir de 1999 até 2001, o HSVP só passou por reformas físicas e técnico-administrativas para dar conta da enorme demanda, sem reflexão sobre os modelos que norteavam a atenção neste hospital.

Porém, segundo Amaral (2006), algumas atividades isoladas subsistiram ao modelo asilar predominante no HSVP, provindas de iniciativas particulares de alguns profissionais, como o Programa Vida em Casa e as atividades da Terapia Ocupacional e das oficinas. A autora esclarece que o Programa Vida em Casa foi idealizado por uma assistente social do HSVP, quando ocorreu o fechamento da última clínica conveniada no DF, começando o projeto com o acompanhamento das pessoas que retornaram ao convívio familiar. O programa foi montado com uma equipe multidisciplinar que realizava visitas domiciliares periódicas a cerca de 200 famílias. Uma das dificuldades enfrentadas por esse programa foi a falta de apoio tanto pelo HSVP, quanto pela COSAM/DF e SES/DF, cuja origem pode estar assentada na tensão ideológica entre as concepções de modelo de atenção: asilar *versus* psicossocial. Mas também, o alcance desse programa local foi em muito possibilitado pelo apoio federal,

especificamente pelo Programa de Volta para Casa (PVC), que instituiu o Auxílio-Reabilitação Psicossocial por força da lei nº 10.708/03.

Quanto ao ISM, Machado (2006) indica que a direção do período de 1999 a 2005 afastou essa unidade de sua proposta inicial, pois, de forma geral, “as ações dessa direção eram mais conservadoras e centralizadoras, reduzindo os espaços de discussão democráticos e dirigindo as ações terapêuticas para modos mais tradicionais” (p. 72). Alguns destaques dessa mudança de rota operada no ISM são: o esvaziamento dos fóruns de discussão de seu poder decisório (o que também é citado por França, 2001); priorização de atividades terapêuticas e medicamentosas, em vez do foco na ressocialização e convivência; ações terapêuticas voltadas para o interior do ISM e não em direção ao tecido comunitário; e a permanência das pessoas atendidas no Hospital-Dia ultrapassando a média de dois anos de duração. Dentre as atividades que resistiram ao processo de desarticulação da proposta inicial do ISM, mantiveram-se o Núcleo de Oficinas Terapêuticas, Terapia Comunitária no CAPS/ISM e o trabalho de Hospital-Dia com a clientela da ATP.

O fechamento da Clínica de Repouso Planalto em 2003 agravou a situação do ISM, que se desvirtuou ainda mais de sua proposta inicial ao abrigar parte de pessoas egressas da referida clínica. Machado (2006) efetuou um estudo sobre a instalação dessas pessoas no ISM que, conforme já discutimos no capítulo três, estão excluídas do sistema social e de saúde como cidadãos e como usuários de serviços de saúde. A forma de instalação de uma unidade com características tanto de “residência terapêutica” como de “enfermaria” foi feita de forma abrupta, para responder a uma situação emergencial que perdura há quase seis anos, sendo que até hoje essa clientela não foi integrada nem pela equipe do ISM, nem pela SES por meio da criação prometida de SRTs com capacidade de resgate de autonomia dessas pessoas que passaram muitos anos afastados da vida doméstica.

A forma abrupta de fechamento da CRP foi reconhecida pelo MPDF à época como um erro, pois os promotores visaram encontrar somente os culpados de tanta violência, sem refletirem sobre a necessidade de planejamento da atenção necessária a essa população com longo histórico de internação, conforme informações que conseguimos recuperar no Relatório da Sessão Solene em Homenagem ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, realizada na CLDF, no dia 23 de maio de 2005. Porém, a contrapartida da SES/DF, que deveria ter respondido à essa situação de forma competente, não ocorreu até hoje.

Para prosseguir a caracterização da dimensão técnico-assistencial desse período é preciso retomar o papel da COSAM/DF como gerenciadora da assistência em saúde mental.

Conforme discutido, essa coordenação se transformou num Núcleo de Saúde Mental e perdeu várias características que da COSAM/DF no período anterior, quais sejam, a complexidade de atividades desenvolvidas e o referencial de reforma psiquiátrica.

Nos relatórios de gestão analisados, as atividades realizadas por esse núcleo foram identificadas somente como de “assessoria técnica e supervisão de atividades de saúde mental” (Relatório anual de atividades COSAM/FHDF, de 22 de dezembro de 1999). Essas atividades foram mais delimitadas no relatório de gestão do ano 2000, como: fiscalização e renovação de AIH; perícias psiquiátricas; pareceres para dispensação de medicação de alto custo; reuniões periódicas com os psiquiatras da rede; e elaboração de projetos para a criação do Centro de Dependência Química e SRTs (Relatório Anual de Atividades, Núcleo de Saúde Mental/SES-DF, de 12 de dezembro de 2000).

Frente a essas transformações em relação ao período anterior, os entrevistados identificaram a gestão desse período como uma mera coordenação de psiquiatria, como pode ser ilustrado na seguinte fala:

“deixou de ter a COSAM, ela voltou a ter uma postura assim, muito psiquiátrica, e aí deixou de ser uma COSAM, propriamente dita... mais uma coordenação de psiquiatria, uma coordenação de psiquiatria, muito ligada aos processos, a responder processos, coisas internas, burocráticas, e não foi um movimento de uma coordenação” (E3)

Os planejamentos acerca da assistência em saúde mental desse momento só apareceram a partir de 2002 e trataram da criação de dois SRT e dois CAPS em duas RAs diferentes, além da contratação de recursos humanos e treinamento das Equipes de Saúde da Família. Porém, os relatórios de gestão de 2004 – concernentes a um posterior período identificado por essa pesquisa – descrevem que a situação encontrada na COSAM foi, além da ausência de infra-estrutura física e administrativa para funcionar enquanto tal, a falta de planos para a efetiva construção das ações planejadas.

Nesse período também não encontramos nos documentos analisados nenhuma indicação sobre os problemas da assistência em saúde mental, mas podemos inferir, pelo planejamento pensado, que havia carência de profissionais e de dispositivos substitutivos de atenção. Além disso, podemos inferir que o não oferecimento de serviços diversificados e a centralização nas ações psicoterápicas e medicamentosas não deram conta de aumentar a resolutibilidade desses serviços, muito menos da assistência como um todo.

O **campo político-jurídico** foi permeado pelas situações já descritas anteriormente, decorrentes das transformações estruturais operadas na SES/DF e das modificações na portaria de criação da COSAM.

Para além dessas questões, existiu uma produção normativa que indicou haver algum contraponto ao gerenciamento da saúde mental no DF do referido período. A sugestão desse contraponto se deu pela percepção de que nesse período houve alguma organização para o avanço da reforma psiquiátrica no DF possibilitada pelo que compõem a dimensão sócio-cultural, pois todas essas normativas dizem respeito a algum aspecto relativo a esse campo.

São estas, em ordem cronológica:

- Decreto nº. 20.114 de 19/03/1999, que renovação do título de utilidade pública da ASSIM;
- Lei nº. 2.556 de 15/06/2000, que Institui o Dia Distrital de Atenção à Saúde Mental, o dia 12 de dezembro;
- Portaria nº. 53, publicada no DODF de 29 de setembro de 2001, que convoca a I Conferência de Saúde Mental do DF, como etapa distrital da III CNSM.
- Portaria nº. 90 de 11/08/2003, que Institui a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas, como recomendado pelo MS, para desenvolver atividades de conformidade com as orientações dadas pela Portaria nº. 2391/GM de 26/12/2002, sendo integrada pelos representantes dos seguintes órgãos: SES/DF, MPDF, SAS/DF, ONGs e usuários.

Portanto, no que concerne ao **campo sócio-cultural**, entendemos que compõem um quadro de contraposição ao destino da saúde mental nesse período: a renovação do título de utilidade pública da ASSIM, a instituição de um “dia distrital para a atenção à saúde mental”, a convocação da etapa distrital para a III CNSM e a criação de uma comissão composta por entidades do MPDFT, ONGs e usuários. Logo, existe um embate, ainda que, conforme vimos na revisão bibliográfica, o movimento social no DF não tenha conseguido efetivamente articular “uma contra-resistência às mudanças instituídas (...), contra os interesses político-econômicos assentados na lógica neoliberal e contra interesses corporativos” (Lima, 2002, p.70).

O MPSM/DF é indicado pela autora supracitada como o grande articulador para a efetiva realização da I CSM/DF em 2001, engajando os trabalhadores de saúde mental, os

usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares para a discussão na III CNSM. O relatório final dessa etapa distrital revela que o movimento social local estava inserido nas discussões contemporâneas da época, conforme transcrevemos no trecho:

A Plenária da I CSM do DF propõem que: equipes multiprofissionais, com atuação interdisciplinar dos serviços de atenção básica, sejam treinadas e capacitadas por trabalhadores de saúde mental: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros, para reconhecerem as pessoas em sofrimento e nas crises familiares, visando trabalhar e desenvolverem suas ações de **prevenção e promoção de saúde mental** (grifo do texto original. página não numerada do Consolidado dos Relatórios Estaduais, para a III CNSM. Brasília, 2001, Ministério da Saúde, Brasil)

Porém, as entrevistas indicam que o espaço para a negociação do movimento social com o GDF era praticamente nulo nesse período, conforme fala de uma pessoa que participa do MPSM/DF:

“(...) simplesmente desapareceu a COSAM, tu ligava pra lá ela [coordenadora] nunca estava, tava no hospital atendendo, não tinha equipe... Não fez nada, parou. Não tinha nada, acho que não tinha nem sala, foi nesse período aqui. (...) Ela participou em alguma mesa que a gente convidou, mas não existiu, pode dizer que não existiu” (E1)

De forma tal que é possível inferir, com as informações de todo esse contexto, que a articulação realizada em torno da realização da I CSM/DF não teve força de prosseguir, enquanto movimento de resistência, como propulsão ao desencadeamento de mudanças na direção da saúde mental no DF para a efetivação do processo de reforma psiquiátrica.

Porém, o movimento social persiste como um contraponto ao modelo asilar instaurado pelas gestões desse período. É importante destacar, também, que o movimento social continuou sendo um importante agente de oposição, tendo muitas vezes o papel de tomar as iniciativas necessárias a uma assistência de saúde mental digna, como na ocasião do fechamento da CRP e também na de parceria com a VEC/TJDF na efetivação de mudanças da localização e de ações para a ATP. Essa situação já foi mencionada na revisão bibliográfica, mas também é enunciada por um dos entrevistados:

“(...) foi lá então que criou-se o programa vida em casa e que um grupo foi pro ISM e que até hoje tá lá. Então a CRP foi uma coisa muito importante, nós fizemos muitas coisas em relação a isso, quantas vezes nessa mesa a gente fez estudos, passamos um por um, o que podia fazer... eu tenho uma pasta aí só sobre a CRP” (E1)

Quanto ao MPDFT, a encarregada das questões relativas às internações psiquiátricas é a Promotoria de Defesas da Saúde (PROSUS). Mas, conforme estudo de Amaral (2006), essa

promotoria não instituiu nenhum núcleo de saúde mental e não conseguiu prosseguir com uma equipe multiprofissional, contando somente com uma psicóloga e estagiária, cujas principais atividades desempenhadas consistem em: (a) atendimento à população, mesmo que infreqüentes, dão escuta aos pedidos de medicação, atendimento hospitalar, internação e denúncias; (b) visitas às instituições psiquiátricas, que não necessariamente precisam ser motivadas por denúncias; e (c) o controle das internações, realizado por meio de um sistema de registros no qual é possível identificar o histórico de cada usuário do serviço de saúde, sendo possível acompanhar qualquer modificação da situação dessas pessoas.

Portanto, durante a exposição dos achados de pesquisa do período circunscrito aos anos de 1999 a 2003, tentamos demonstrar a inflexão identificada pela presente pesquisa em relação ao período anteriormente destacado, assim como o descompasso desse momento em relação ao cenário nacional, no qual a PNSM começa a ser traçada como forma de fazer avançar a reforma psiquiátrica no Brasil. Concluiremos a conformação desse período com mais algumas reflexões que possibilitem sua diferenciação do próximo.

Um dos destaques relativos a esse período, que pode ser inferido de tudo que foi exposto, é a precarização da assistência em saúde mental, principalmente pela falta de investimentos realizados nos serviços existentes, assim como em novos. Isso pôde ser percebido, principalmente, pelas mudanças operadas no interior do ISM e HSVP, cujo resgate dos principais pontos e implicações foram possíveis por meio das entrevistas e da revisão bibliográfica. Essa constatação leva a pensar que não somente os serviços supracitados foram afetados, mas toda a área assistencial pode ter sido afetada por esse período que foi identificado como um retrocesso.

Pelas características de retrocesso de todas as propostas inovadoras do período anterior e a não discussão da reforma psiquiátrica pela gestão local, simbolizamos esse momento com uma comparação à estação do Outono, pois nesta estação ocorre a queda de temperatura e a troca da folhagem das árvores, que perdem sua coloração verde e seu aspecto vivo e, por fim, as suas folhas. Além disso, essa estação do ano parece ser apropriada por ser associada à perdas, tal como ocorreu com a construção que vinha ocorrendo no campo da saúde mental e da atenção psicossocial. Oferecemos ao final da exposição desse período um quadro com a síntese das informações apresentadas.

No entanto, é curioso o fato de que entre as transformações operadas no período anterior, poucas puderam resistir. Os estudos consultados fizeram referência à verticalização do poder e a obliteração dos espaços de interlocução como formas de desarticular o que havia

de ativo e diferente do modo asilar. É possível que o pouco período de tempo (já que foram mais aglutinadas entre 1995 e 1998) em que foi viável desenvolver ações orientadas para outro modo de atenção tenha sido outro fator de morte prematura destas.

Sobre isso, é importante ressaltar, como já foi exposto, que a compreensão de um momento de retrocesso, iniciado a partir de 1999, não é identificada nas fontes bibliográficas e por meio das entrevistas como findo no ano de 2003, mas estendida até meados de 2006, situando como marco o final de uma das administrações do GDF que perdurou oito anos. No entanto, as fontes documentais analisadas revelaram que a partir da mudança do cargo de gestor de saúde mental no GDF, em meados de 2003, aproximadamente no mês de outubro, houve uma retomada do papel da COSAM/DF como uma coordenação e o reposicionamento deste órgão em relação ao processo de reforma psiquiátrica no DF e no Brasil. Com essas considerações, buscaremos diferenciar um período do outro e tornar mais clara essa discriminação a seguir.

Quadro 6 - Cenário 2: O Outono – a saúde mental no DF de 1999 a meados de 2003

| Ano | Teórico-Conceptual | Técnico-Assistencial | Político-Jurídico | Sócio-Cultural |
|-------------|---|--|--|---|
| 1999 | Supressão da discussão acerca da Reforma Psiquiátrica e desmantelamento das mudanças realizadas anteriormente | <ul style="list-style-type: none"> . 2 CAPS (ISM e COMPP) . 186 Leitos de internação (UP/HBDF, HSVP, CRP) . Ambulatório (ISM, HSVP, COMPP e em 9 HG) | <ul style="list-style-type: none"> . COSAM Subordinada à DRMA . Portaria no. 17/99 - Revoga itens VI, VIII, IX e X da Portaria no. 15/95 | |
| 2000 | | <ul style="list-style-type: none"> . Equipe Multiprofissional no HRAN . Atendimento à DQ em C.S. Ceilândia . Não há referência ao HMIB, ao Centro de Convivência no Guará, nem a Terapia Comunitária. | <ul style="list-style-type: none"> . COSAM vira Núcleo de Saúde Mental . Decreto no. 20.114/99 - Dia Distrital da Atenção à Saúde Mental (12/dezembro) | |
| 2001 | | <ul style="list-style-type: none"> . Ocupação espaço Físico do COMPP pela FEPECS | | <ul style="list-style-type: none"> . Criação da ONG Inverso . I Conferência de Saúde Mental do DF (etapa distrital para a III CNSM) |
| meados 2003 | | <ul style="list-style-type: none"> . Interdição e Fechamento da última clínica conveniada SUS/DF (CRP) . Abrigamento de pessoas no ISM, HSVP e Nosso Rancho - Águas Lindas (GO) . Programa Vida em Casa /HSVP | <ul style="list-style-type: none"> . Portaria no. 90/03 - Institui a Comissão . Revisora de Internações Psiquiátricas | |

5.1.3 - Período entre meados de 2003 e 2006 – O Inverno

O período entre 2003 e 2006 corresponde ao período em que ocorre no nível nacional a expansão da rede dos dispositivos com capacidade substitutiva ao modelo hospitalocêntrico historicamente construído no Brasil. A reorientação de modelos aos poucos vai se configurando no Brasil, possibilitado pelos incentivos à construção de CAPS e SRTs, pela efetivação de uma política de redução de macro-hospitais e redução de leitos hospitalares psiquiátricos, estes possíveis pelos resultados do programa PNASH/Psiquiatria e, a criação do PRH em 2004.

Como reflexo do impacto dessas ações do MS na realidade da saúde mental brasileira, o ano de 2006 ficou marcado como o primeiro no qual, enfim, foi possível a reversão dos investimentos federais para uma rede extra-hospitalar, que por muito tempo haviam sido direcionados à assistência hospitalar (Brasil, 2007).

Porém, conforme relatório do MS (Brasil, 2006), a saúde mental do DF nesse período, anacronicamente, não possui nenhum SRT e apresenta uma cobertura assistencial de CAPS crítica e insuficiente, indicando desassistência dessa população. Buscamos balizar o processo de reforma psiquiátrica no DF do referido momento por meio da apresentação das dimensões/categorias encontradas.

No **campo teórico-conceitual**, a análise de documentos realizada encontrou que as fontes referendadas sistematicamente foram: o SUS, a Declaração de Caracas, as I e II CNSM, a Lei nº. 10.216/01, além de dados sobre a prevalência epidemiológica dos transtornos mentais. Curiosamente, os documentos desse período, ao tratarem de fontes internacionais e nacionais, não fazem referência à III CNSM, realizada em 2001, muito menos às normatizações do próprio DF, como a Lei nº. 975/95 e o Artigo 211 da LODF. Pode-se inferir, de início, por essa ausência de informação, uma contrariedade às propostas da III CNSM que foi a base para a construção da atual PNSM, o que explicaria a não citação das referidas leis distritais, uma vez que são orientadas pelos mesmos conteúdos da III CNSM.

No que tange ao delineamento das concepções sobre saúde mental e reforma psiquiátrica, relativas ao período, foi possível observar que um termo foi sistematicamente usado: “reforma da assistência psiquiátrica”, sendo compreendido da forma como o trecho da apresentação do objetivo do Plano Diretor de 2006 ilustra:

[...] promover a continuidade da reforma do modelo de assistência à Saúde Mental (da criança, adolescente, adulto e idoso) no Distrito Federal (...). Baseia-se numa concepção de que o modelo de atenção à Saúde Mental não pode ser ‘hospitalocêntrico’, mas também não deve reduzir-se à criação e

ampliação de serviços descentralizados, mas sim na criação de serviços que possibilitem uma atenção integral ao usuário dos serviços de Saúde Mental (Plano Diretor de Saúde Mental, COSAM/SAS/SES/DF, 2006, p. 6)

Tendo em mente dados do contexto no qual os documentos analisados foram escritos, foi possível identificar que ambos os coordenadores da COSAM/DF no período precitado, figuraram como contribuintes para confecção do documento “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil” (ABP, 2006), discutido no capítulo dois do presente trabalho, além de já terem ocupado papel importante nesta corporação, tanto em nível nacional quanto distrital, cuja principal atuação tem sido o questionamento da PNSM brasileira. Esse questionamento é tanto perpassado pela clara oposição política e ideológica à COSAM/MS e ao movimento pela luta antimanicomial, quanto pela produção de críticas persistentes à atual PNSM. Mas, é importante ressaltar que há críticas erigidas à atual PNSM provindas também dos militantes dos movimentos sociais, porém, como exposto no capítulo dois, a qualidade dessas críticas são diferentes e vão em direção à radicalização do processo de desinstitucionalização (no sentido utilizado pelo movimento de reforma italiano) no Brasil.

A partir desse argumento contextual, inferimos que, de forma geral, a direção teórico-conceitual, tomada pela gestão pública de saúde mental no DF, é orientada predominantemente pela noção de reforma psiquiátrica como restrita à reestruturação assistencial e não como uma revisão do paradigma asilar que tem sido, historicamente, o fundamento para a manutenção da exclusão social de pessoas em sofrimento psíquico grave. Isso explicaria a não menção dos documentos distritais e federais que realizam o discurso da reforma psiquiátrica como desconstrução do paradigma asilar.

O que não significa que é a única orientação seguida, pois já mostramos como a partir de 1999 um dos principais contrapontos ao gerenciamento da saúde mental no DF tem sido realizado pelo MPSM/DF que, enquanto movimento social, representa e articula diversas entidades e pessoas. O fato desta oposição entre movimento social e governo não ter sido clara até o ano de 1998 pode ser elucidada por um trecho de uma fala de um dos entrevistados nesta pesquisa, participante do MPSM/DF:

“(...) as pessoas que levavam o movimento assumiram cargo na gestão, que é um dos problemas dos governos populares... que aí, o movimento fica esvaziado. Primeiro porque as relações governos populares e sociedade civil ficam pouco definidas. Tem um governo que tu quer, um governo que tá fazendo coisas, um governo que tu não quer criticar e as pessoas mesmo (...) todo mundo tava na gestão. Quando acabou o governo C., que eles começaram a desmontar tudo, aí que o movimento renasceu (...)” (E1)

Podemos discutir, então, que a orientação que guia as ações de saúde mental públicas no DF, nesse momento, foram tomadas por uma concepção semelhante a outros movimentos de reforma psiquiátrica, como nos EUA, Inglaterra e França, somente superado pelo movimento italiano, no qual a PNSM e o movimento social brasileiros procuram se ancorar, conforme ressalta Amarante (2007). Nesse sentido, no período estudado, a orientação seguida pela COSAM/DF parece se aproximar à visão da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária dos EUA, conforme indica o seguinte trecho:

Avaliar e monitorar a saúde mental das comunidades, inclusive as populações vulneráveis, tais como crianças, mulheres e idosos; Promover estilos de vida saudáveis e reduzir os fatores de risco de transtornos mentais, tais como ambientes familiares instáveis, sevícias e inquietação civil (Planejamento do programa de saúde mental – 2004/2007, p. 6)

Já o **campo técnico-assistencial** pode ser caracterizado pela retomada de força política da COSAM/DF, o qual pode ser verificado pelo seguinte trecho do documento “Planejamento do programa de saúde mental – 2004/2007”:

[...] a coordenadoria de saúde mental do Distrito Federal, antes denominada núcleo de saúde mental, tem por objetivo a execução de propostas, o planejamento de estratégias, o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações que visem a promoção e a reabilitação em saúde mental no Distrito Federal (p. 1)

A “rede” de serviços existentes desde o período anterior, foi incrementada neste pela criação de dois serviços: um CAPSad no Guará, em 16 de setembro de 2004* e, um CAPS II em 09 de março de 2006, além dos serviços citados. A assistência em saúde mental também foi enriquecida com o retorno do investimento nos recursos humanos, que além da contratação de novos servidores, pode contar com a realização de cursos e capacitações, tanto para os profissionais que começaram a integrar os novos CAPS, quanto para a atenção básica, em especial as ESF. É importante ressaltar que os CAPS, assim como as ESF foram criados de forma terceirizada, tendo como gestora a Fundação Zerbini, cujas implicações foram discutidas no capítulo três da parte teórica.

* Conforme discutimos, houve discordância de datas da criação do CAPSad Guará, mas os documentos reafirmaram que este serviço foi criado em setembro de 2004. É possível que a data usada por Machado (2006), 10 de janeiro de 2006, tenha sido decorrente de consulta a outras fontes, conforme também fizemos para esclarecer a discrepância. Assim, encontramos uma notícia do Jornal de Brasília, “Usuários de drogas ganham clínica pública” datada de 11/01/2006 no site da SES/DF (disponível em http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=27564) e datada de 17/09/2004 no site do MS (disponível em <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=59425>). Dessa forma, foi possível verificar a veracidade das informações por várias fontes.

Porém, a criação de dois CAPS não significou mudanças no panorama de desassistência acumulada pelo DF e alguns vários planos foram criados como forma de dar respostas a essa situação.

Os planejamentos nesse período também voltam a ser intensos, em contraposição à pobreza de informações do anterior, sendo efetuada tanto pela COSAM/DF - por meio de relatórios de gestão e pelo retorno de um desenho de Plano Diretor em 2006 -, mas também pelo movimento social, identificado como uma “Rede de Defesa de Direitos das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais”, no qual se inserem a CDDHCEDP/CLDF, a PROSUS, o MPSM/DF, Conselhos Regionais de Psicologia e Medicina, Vigilância Sanitária, além de profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental.

O teor desses documentos tenta fazer frente a uma situação de extrema desassistência e precariedade dos poucos serviços existentes propondo de forma geral: descentralização e regionalização, criação de CAPSs em todas as modalidades e SRTs, além de dispositivos relativos à assistência de álcool e outras drogas.

Alguns dos problemas identificados pela COSAM/DF, em 2003, dizem respeito à situação herdada da gestão que presidiu o cargo no período entre 1999 até aquele momento, que dizem respeito à inexistência de coordenadoria, sua estrutura administrativa e relação de parcerias entre setores da SES/DF, além de atrasos na apreciação de processos sobre medicação de alto custo e da ausência de planejamento da ação trienal, assim como de projetos técnicos e outros planejamentos necessários à criação de CAPSs e SRTs.

Outros problemas relativos à assistência em saúde mental no DF são melhor definidos pelo movimento social, conforme informações do documento assinado pela supracitada rede de defesa de direitos, intitulado “Subsídios para um plano emergencial de saúde mental no DF”, de 2005, que denuncia situação de colapso e alguns dos principais problemas da saúde mental no DF, a saber: (1) precariedade dos serviços que não garantem acesso universal; (2) falta ou irregularidade no fornecimento de medicação, um dos fatores que também gera sobrecarga os serviços de emergências e internação; (3) enorme demanda reprimida e filas de espera nas unidades de saúde mental; (4) carência de recursos humanos e investimentos em capacitação continuada dos profissionais.

Destacamos ainda que, durante esse período, é acirrado o embate entre o movimento social, o MPDFT e o GDF quanto à ocupação do espaço físico do COMPP pela FEPECS, iniciada desde 2001. Frente a esse embate, a COSAM/DF propõe nos planos de ação, o desmembramento do COMPP e do CAPSi, como forma de conseguir a adequação destes

serviços à portaria que redefine as funções do CAPS (Portaria GM nº. 336/02); enquanto o movimento social se articula para garantia do espaço físico do COMPP, ressaltando que a área foi destinada no Plano Diretor de Saúde Mental para estabelecimentos de assistência à saúde e não de ensino. Já o procedimento do MPDFT foi ajuizar uma ação cautelar inominada preparatória com pedido de liminar, em 2003, com vistas a manter o atendimento prestado pelo COMPP, cujo prosseguimento é desconhecido, segundo consta no documento “Saúde Mental no Distrito Federal: dados gerais (primeira versão)”, produzido pela CDDHCEDP/CLDF.

O mesmo documento informa que há uma ação civil pública com pedido de antecipação de tutela, proposta pela PROSUS/MPDFT em 2005 em desfavor do GDF, frente à situação das pessoas que precisam dos SRTs. Mas, até a presente data, não há SRT no DF, somente o processo aberto na SES/DF desde 2005, segundo Machado (2006).

Como foi possível antever, **o campo sócio-cultural** pode ser representado pela atuação do movimento social, que prossegue nesse momento como uma união de forças que inclui diversas instituições públicas, além de pessoas e entidade da sociedade civil. Em especial, foi possível identificar a vinculação da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do DF e o MPDFT, que podem ser identificados como atores sociais no processo de reforma psiquiátrica no DF. Porém, segundo a fala dos entrevistados, essa oposição ao GDF se faz com muita perseguição, sendo, muitas vezes, prejudicados servidores das instituições, conforme vemos em:

“(...) é uma assistente social maravilhosa que tem lá, tá com um processo administrativo, porque diz que foi ela que deixou eles entrarem, foi ela quem denunciou, foi ela que... E no COMPP, (...) também tem um processo administrativo. (...) acabou saindo do COMPP, tá no HRAN [Hospital Regional da Asa Norte] agora, é psiquiatra. Então teve funcionário aqui que passou mal. Essa é uma das questões do movimento, a gente entende que na coordenação, o porta-voz do movimento tem que ser alguém que não seja funcionário, porque depois vem retaliação, vem processo, vem tudo pra cima... Tem outras pessoas que não são do governo que podem vir a assumir, ou que não são do GDF... porque o governo não quer que tu denuncie... não é pro funcionário denunciar” (E1)

Amaral (2006) destaca que na realização de seu estudo foi possível identificar que o movimento social, representado pelos integrantes da ONG Inverso^{*}, tem muito diálogo como o MPDFT:

^{*} A criação da ONG Inverso se deu no contexto da aprovação da Lei 10.216/01 e da realização da IICNSM em 2001. Sua criação é indicada por Amaral (2006) como de intensa articulação com o MNLA, por meio do braço

Enquanto estávamos acompanhando a equipe presenciamos, inúmeras vezes, o diálogo entre a Promotoria e a INVERSO, por exemplo, sempre no sentido de contribuir para a implementação da reforma psiquiátrica no DF. Mesmo depois, quando estávamos em outros espaços institucionais, em reuniões e eventos específicos encontrávamos os representantes da Promotoria participando não como agentes fiscalizadores, mas como atores no cenário da implementação da política de saúde mental no DF (p. 24-25)

A **dimensão político-jurídica** relativa ao período já foi discutida, de alguma forma, anteriormente, assim como a sócio-cultural. Esta última recebe um destaque ao ser comparada aos períodos anteriores, pois não houve nenhum mecanismo de participação social para a construção de uma política para a área. Os eventos da COSAM/DF para o período foram relativos a duas Semanas de Saúde Mental, cuja característica não foi a de discutir e propor democraticamente ações para a saúde mental no DF. No entanto, como debatemos, o movimento social conseguiu articular vários órgãos para a atuação em defesa de uma assistência digna à saúde mental.

Por fim, fazemos referência à produção normativa do período, composta, portanto, pelas normativas que criam a COSAM/DF, enquanto uma Coordenadoria e, a subordina à Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) (Decreto 23.991 de 22/08/03), assim como uma coordenação de psicologia, subordinada à COSAM/DF (Portaria de 16/09/2005) e, redefinem as atribuições da COSAM/DF (Portaria no. 19 de 02/05/2006), além das já mencionadas ações judiciais do MPDFT.

Podemos discutir que, em comparação ao estudo de Borges (2007), numa primeira vista, a COSAM/DF parece ter seguido o destino que a COSAM/MS trilhou nos momentos identificados pela autora como de latência e de retomada, pelo processo de enfraquecimento e recuperação de força política que essas coordenações, em ambas as instâncias, enfrentaram. Porém, a diferença significativa existente é que, tanto o momento de enfraquecimento da gestão no âmbito distrital não se fez acompanhado da manutenção de uma proposta relativa à reforma psiquiátrica como superação do paradigma asilar, nem esta foi retomada no momento posterior de recuperação de força política. Isso porque, mesmo havendo uma retomada da discussão sobre reforma psiquiátrica nesse momento, em contraposição ao anterior, esta recuperação é operada como “reformismo”, conforme discutido por Amarante (2003).

Em posse dessas constatações, compreendemos que a principal característica da saúde mental no período compreendido entre meados de 2003 e 2006 é a orientação político-

local, MPSM/DF. Desde então, é comum identificar a ONG com o próprio MPSM/DF, pois as lideranças de ambas entidades são praticamente correspondentes, sendo muitas vezes utilizado o espaço físico da ONG para reuniões do MPSM/DF. A diferença é que a ONG é uma entidade estabelecida por CNPJ, estatuto, enquanto o MPSM/DF prescinde dessa organização jurídica por ser um movimento social.

ideológica divergente com a PNSM e do movimento social da luta antimanicomial. Podemos inferir que essa orientação político-ideológica persiste para estabelecer o paradigma asilar como modelo de assistência e que, também, mantém os modos de opressão à discussão de uma nova forma de atenção, seja pela verticalização do poder, seja pela perseguição a servidores que denunciaram a precariedade da assistência à saúde mental no DF.

Portanto, nesse estudo exploratório referente ao período entre meados de 2003 e 2006 foi possível perceber a primazia do antagonismo de duas concepções opostas acerca do que vem a ser o processo de reforma psiquiátrica, defendidas pela COSAM/DF e o movimento social local. Identificamos, com base no nosso referencial teórico, que a noção defendida pela gestão local se aproxima de um “reformismo”, enquanto o movimento social segue questionando o paradigma manicomial (ou asilar), característico de uma concepção próxima à desinstitucionalização italiana. Por isso, é possível vislumbrar que a coexistência dessas duas concepções em torno da reforma psiquiátrica também ocorra no cotidiano dos serviços de saúde mental, orientando de formas diferentes a atenção prestada, pois os questionamentos permitidos em cada uma dessas concepções autorizam o saber/fazer dos profissionais.

Mesmo que não tenhamos conseguido localizar estudos sobre os novos CAPS criados é possível suspeitar que esse embate ocorra principalmente nestes locais. Ademais, é também possível intuir que esses novos serviços ainda estão criando a sua forma de atenção, enfrentando o choque entre o modelo asilar - no qual ainda são formados a maioria dos profissionais - e o psicossocial, cuja potencialidade está na existência de base territorial, situação provavelmente diversa da encontrada por esses serviços, pois foram criados isoladamente, com pouca ou nenhuma articulação entre os demais serviços de saúde mental existentes (estes que permanecem muito centralizados na emergência e internação), quiçá com outros aparatos sociais.

Portanto, é possível entrever que o campo teórico-conceitual é a base sobre a qual assentam as possibilidades de uma verdadeira reorientação de modelos. Dessa forma, destacamos que o curto período de tempo subsequente fez-se necessário, na nossa organização dos dados, pela identificação de uma inflexão epistêmica fundamental, a partir da mudança de gestores de saúde mental, assim como de governadores, em meados de junho de 2006.

Para finalizar, escolhemos simbolizar esse intervalo de tempo destacado-o como o Inverno e mantendo uma relação processual com os outros períodos, posto que, ao longo do outono até o inverno as temperaturas continuam a cair. Além disso, o Inverno é a estação do ano na qual muitos animais hibernam e não há crescimento das plantas, pois a natureza está se

preparando para a Primavera. Podemos associar que, assim como a natureza responde ao Inverno, as poucas ações que tornaram possível alguma mudança no cenário da saúde mental do DF (com uma Coordenadoria, dois novos CAPS e investimento em recursos humanos) não poderiam responder como propostas inovadoras, pois, ao serem assentadas sob o paradigma predominantemente asilar, não têm capacidade de fazer florescer o paradigma psicossocial em toda sua potencialidade.

Ante essa exposição, apresentamos o seguinte quadro sinóptico.

Quadro 7 - Cenário 3: O Inverno – a saúde mental no DF entre meados de 2003 e 2006

| Ano | Teórico-Conceptual | Técnico-Assistencial | Político-Jurídico | Sócio-Cultural |
|-------------|---|---|--|----------------|
| meados 2003 | Reforma Psiquiátrica como Reestruturação da Assistência | | <ul style="list-style-type: none"> . Decreto no. 23.991/03 cria a Coordenadoria de Saúde Mental (COSAM) subordinada à SAS/SES/DF . Ação Judicial para manutenção do COM-PP | |
| 2004 | | <ul style="list-style-type: none"> . Clientela da ATP no HD/ ISM . CAPSad Guarã, pelo Convênio com a Fundação Zerbine | | |
| 2005 | | | <ul style="list-style-type: none"> . Ação Judicial para a criação de SRTs . Criação da Coordenação de Psicologia subordinada à COSAM | |
| meados 2006 | | <ul style="list-style-type: none"> . CAPS II Paranoá, pelo Convênio com a Fundação Zerbine | | |

5.1.4 - Período de meados de 2006 a 2007 – O Degelo

A caracterização do contexto nacional nesse breve intervalo de tempo, levando em consideração os demais observados neste estudo, prossegue como propícia ao avanço da reforma psiquiátrica em todo o Brasil, contando com incentivos financeiros para implantação de serviços substitutivos.

Já no DF, ocorrem mudanças no governo: uma efetuada no ano de 2006, durante o período eleitoral, sendo a cadeira de governador ocupada pela vice-governadora e, outra, após a eleição. Na COSAM/DF esse período é caracterizado por sucessivas mudanças de coordenadores e gerentes de saúde mental, além da reestruturação da SES/DF, no qual a antiga COSAM/DF é transformada numa Gerência de Saúde Mental (GESAM).

No **campo teórico-conceitual** esse período marca uma grande diferença com o anterior, pois pode ser observada uma concepção de reforma psiquiátrica mais próxima à noção de desinstitucionalização. Essa constatação pode ser inferida dos documentos analisados, nos quais são mencionados a PNSM, a III CNSM, bem como dos dispositivos distritais para a mudança de modelos de assistência: o artigo 211 da LODF e a Lei 975/95. Também é retomado o uso do termo reforma psiquiátrica e o compromisso da COSAM/DF com esse processo, como podemos conferir no seguinte trecho:

A Coordenação de Saúde Mental do DF (COSAM-DF), pautada na Reforma Psiquiátrica apresenta seu Plano Diretor para os anos de 2007 a 2011. A Reforma Psiquiátrica, movimento internacional de assistência à saúde mental, está comprometida com a substituição do padrão hospitalocêntrico por uma rede de serviços substitutivos extra-hospitalares e comunitários para a atenção à saúde mental (Plano Diretor de Saúde Mental, 2007, COSAM/SAS/SES/GDF, p. 3)

O mesmo documento se refere aos CAPS, não somente como serviços comunitários, conforme eram referidos na gestão anterior, mas necessariamente na sua qualidade, situando estes dispositivos como estratégicos por funcionarem na lógica do território. Visão da qual decorre a importância atribuída às ações de saúde mental na atenção básica, seguindo diretrizes do MS, em especial na sua articulação com as ESFs, por serem equipes que trabalham no território, e destaca como proposição do Plano Diretor e a organização de Equipes Matriciais.

Dessa forma, os discursos do movimento social e da gestão local de saúde mental se coadunam, mas não somente; ocorre, conforme indicado pelos entrevistados, a entrada de pessoas ligadas ao MPSM/DF aos quadros de direção e gestão neste período.

O **campo técnico-assistencial** desse período caracterizou-se pela inauguração de mais três novos CAPS, todos em 2006. O CAPSad Sobradinho foi inaugurado em 07/11/06, o CAPS II Taguatinga em dezembro de 2006 e o CAPS ad Adolescentro, que já era um programa da SES/DF, foi implementado em 22/11/06 com a destinação de local próprio (Portaria nº 47, de 22/09/09). No documento que relata as atividades de gestão entre janeiro de junho de 2007 (memorando 139/07), ainda é referida a criação de Equipe Matricial em São Sebastião e a renovação de convênio com a entidade “Nosso Rancho”, de Águas Lindas (GO), que abriga 45 pessoas egressas da Clínica Planalto. Além disso, foram iniciadas as obras no HSVP, que enfrentava uma situação de intensa insalubridade.

Outro aspecto da assistência do período é o fim da parceria com a Fundação Zerbini, que ameaçou o fim das atividades anteriormente gestadas por essa entidade, mas o quadro funcional dos CAPS pode ser recuperado por meio da efetivação de um contrato temporário dos antigos funcionários dessa Fundação. Ainda, no sentido de investimento em recursos humanos, foi realizada capacitação em terapia comunitária das ESF, para trabalho com pessoas em sofrimento psíquico no território.

Na parte de gerenciamento da assistência é criado um colegiado com participação extra-institucional. Conforme a portaria nº. 08, de 22/03/2007, que institui o Colegiado de Saúde Mental, subordinado à SAS/DF, sua finalidade é de “elaborar a política de saúde mental, bem como acompanhar a sua implementação na Secretaria de Estado de Saúde”, sendo composto, sob presidência do SAS/DF, pelos representantes das áreas técnicas das unidades de saúde mental da SES/DF, Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional/SES, MPDF-PROSUS, COSAM/MS, MPSM/DF, ONG- MISMEC/DF, ONG INVERSO/DF, ONG Associação de Pais e Amigos da Saúde Mental – ASSIM/DF, ONG- Associação dos Usuários de Saúde Mental – ASSUME/DF, Universidade de Brasília - Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília - Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília - Departamento de Serviço Social, CDDHCEDP/CLDF, Fórum de Defesa da Criança e do Adolescente, VEC/TJDFT.

Essa informação corrobora a verificação de que, nesse período, governo e movimento social se aproximaram, pois a maioria das referidas instituições já eram articulações do movimento social para organizar uma frente de defesa dos direitos das pessoas que carecem da atenção de serviços e ações de saúde mental. Porém, as entrevistas identificam que o Colegiado não surtiu o efeito esperado, provavelmente pelo cansaço gerado no embate com a falta de apoio governamental, explicitado mais adiante:

“Então o quê que nós fizemos, né... Aí você pode acrescentar aqui, em 2007 nós criamos o Colegiado de Saúde Mental, que não foi muito pra frente porque eu acho que as pessoas estão muito desanimadas também, entendeu. Você fala ‘ não gente, vamos fazer, vamos, né’, cria as reuniões,’ vamos movimentar as reuniões’, e a gente não saia muito disso” (E3)

No ano de 2007, com a reestruturação da SES/DF, a Coordenadoria vira uma Gerência de Saúde Mental (GESAM). Essa situação parece implicar perda de força política, sendo uma reivindicação (não atendida) do Colegiado de Saúde Mental, conforme documentos coletados, a transformação da GESAM em uma Diretoria. O argumento usado era ter, essa área da saúde mental, uma multiplicidade de categorias envolvidas e necessidade de capilaridade, interlocução e articulação com outros setores intra e extra-institucionais e o Entorno.

Portanto, o **campo político-jurídico** é caracterizado pela oscilação de apoio político entre 2006 e 2007. Sendo localizadas dificuldades efetivamente no ano de 2007, para a efetivação da proposta de reforma psiquiátrica contida no Plano Diretor, conforme ilustra a fala de dois entrevistados:

“(...) mas aí saíram os CAPS, de qualquer jeito, eles botaram de qualquer jeito, meio sem pessoal, meio sem gerente. Agora no governo A. a grande dificuldade que a gente tem é nomeação, (...) demorou não sei quanto tempo... Até hoje tem CAPS sem gerente. É a política, né, de redução do Estado e privatizaram os Hospitais, é a linha deles” (E1)

“(...) não acontecia nada, a gente se reunia, comentava, não, a gente conseguiu espaço pra fazer um CAPS em Brazlândia, como diretor de Brazlândia, cedeu um espaço lá. Conseguimos um espaço em Planaltina, mas a secretaria de saúde não conseguiu dar conta de como contratar, de como chamar essas pessoas, de como transferir, é, lotar os profissionais lá...” (E3)

Quanto ao **campo sócio-cultural**, a criação do Colegiado de Saúde Mental, mesmo que sem sucesso, pode ser considerado um incremento à participação/controle social. Nesse sentido, também foi proposto o III FSM/DF, realizado nos dias 6 a 8 de dezembro de 2006*. Porém, não foi possível recuperar a tempo informações relativas a esse evento no que se refere à efetivação de participação e controle social, tal como se referem os documentos dos I e II FSM/DF.

Mas, o III FSM/DF era uma reivindicação não consumada do II FSM/DF, cuja moção previa o ano de 1999 para a chamada desse. Portanto, é possível verificar que, assim como o

* Conforme notícia retirada do site da SES/DF, disponível em http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=45972.

III FSM/DF demorou oito para ser realizado, a reforma psiquiátrica enquanto desconstrução do aparato asilar só pode ser recolocada como proposta de uma coordenação da área depois de transcorrido esse longo período.

Portanto, concluímos simbolizando esse período como o período de degelo do inverno e preparação para a Primavera, pois apesar desse retorno da discussão acerca da reforma psiquiátrica, esta não encontrou ainda solo propício para se desenvolver, isto é, não teve apoio político. Essa situação contrasta com o período entre 1995/1998, no qual a discussão da reforma psiquiátrica como superação do modelo asilar configurava um projeto estratégico do governo e estava entrelaçada à saúde como um todo, como um projeto para efetivação do SUS/DF. No entanto, a assunção da reforma psiquiátrica ancorada na noção de desinstitucionalização é um avanço, já que com essa base é possível construir um modelo de atenção voltado para o modo psicossocial, o que poderia ser considerado, num futuro, a primavera. A seguir, o quadro que sintetiza as informações apresentadas.

Quadro 8 - Cenário 4: O Degelo – a saúde mental no DF de meados de 2006 a 2007

| Ano | Teórico-Conceptual | Técnico-Assistencial | Político-Jurídico | Sócio-Cultural |
|-------------|---|---|---|---|
| meados 2006 | Reforma Psiquiátrica como Desconstrução do Paradigma Asilar | <ul style="list-style-type: none"> . Fim do Convênio com a Fundação Zerbine CAPSad Sobradinho . CAPS ad Adolescente . CAPS II Taguatinga | <ul style="list-style-type: none"> . Compromisso COSAM com a Reforma Psiquiátrica | |
| 2007 | | <ul style="list-style-type: none"> . Equipe Matricial em São Sebastião . Renovação Convênio Nosso Rancho - Águas Lindas GO . Reforma física HSVP | <ul style="list-style-type: none"> . Portaria no. 8/07 cria o Colegiado de Saúde Mental COSAM transformada em gerência (GESAM) | <ul style="list-style-type: none"> . III Fórum de Saúde Mental do DF |

5.2 – A história vivida

Para organizarmos o conteúdo encontrado nas entrevistas e compreender o significado do discurso encontrado, como já nos referimos, utilizamos como ferramenta de análise o *software* ALCESTE. Veremos como a organização dos dados possibilitada pelo *software*, por meio do estabelecimento de relações entre os temas abordados, foi fundamental para iluminar as informações obtidas com os documentos.

Como resultado da análise empreendida, o ALCESTE reconheceu quatro classes de palavras/categorias de temas distintos subdivididas, duas a duas, em dois eixos temáticos. Os eixos foram relativos à “luta antimanicomial no DF e modo psicossocial”, e à “gestão de saúde mental e reforma psiquiátrica no DF”. Para a visualização dos resultados, seguimos a proposta de Ribeiro (2005) e Pacheco (2005), apresentando uma Figura (2) na qual podem ser observados os eixos identificados, suas classes e a relação estabelecida entre eles. O “R” gerado pelo programa identifica o grau de relação estabelecido entre as categorias e eixos, variando entre os valores “um”, quando pertencentes a uma mesma classe/categoria; “cinco” interpretando uma relação mediana entre as classes/categorias; e “zero”, interpretada como uma relação nula ou antagônica.

Em cada classe/categoria destacamos as palavras mais representativas, isto é, tiveram maior capacidade verificada na estatística textual de aglutinar sentidos em torno das classes, ou em linguagem estatística: valor qui-quadrado (indicamos esse valor ao lado de cada palavra, em ordem crescente).

“Por exemplo, a residência lá no ISM, pra botar na cabeça deles que na residência não tem que ter plantão 24 horas, eles não aceitam, não entende que é uma residência, tem que ter cuidador... É, o pessoal da enfermagem é barra muito difícil. E eles lá no HSVP, principalmente acho que na ala feminina, eles não aceitam nada, não aceitam discutir contenção, não aceitam discutir uniforme... tem gente ousada, tem profissionais muito ousados, por exemplo, tiram o pessoal da internação e levam pra passear... ah, nós não fazemos isso, a enfermagem se nega, isso é uma loucura!” (E1)

- Classe 4: atuações da luta antimanicomial no DF contra o modelo asilar a partir de 1999, referindo-se também a sua proximidade ou distância em relação ao GDF. Essas ações junto aos serviços de saúde mental empreendidas pelo movimento da luta antimanicomial DF, representado pelo MPSM/DF, já puderam ser mencionadas na parte de análise documental, mas podem ser melhor descritas aqui como: as visitas ao Nosso Rancho onde estão abrigadas pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos do DF; as defesas a favor da construção dos SRTs, bem como da manutenção do COMPP; as articulações com a VEC para encontrar possibilidades de escuta às pessoas que cumprem medida de segurança na ATP; além da criação de um espaço diferenciado no DF que é o Centro de Convivência da Inverso. Destacamos uma citação como forma de mostrar um discurso que representa essa classe:

“Então, eles não tinham atendimento nenhum e a gente conseguiu que nomeassem uma comissão, agora tem o serviço prisional. Não tinha, isso foi ganho nosso. e ela estudou os laudos do IML e os laudos em geral, a ênfase que eles dão, nem é na periculosidade, é que se tem quem tome conta dessas pessoas... tu vai soltar na rua, tu vai deixar preso na ATP? E é esse o trabalho que a VEC faz, de reintegrá-los ao grupo, à família. A VEC faz um trabalho espetacular. Tu tem os contatos com a VEC? Bom, isso é ATP... Bom, nós sempre comemoramos, né... Nós fizemos muita questão de estar presente na mídia porque é aí que tu pode ir mudando a cultura em relação ao doente mental” (E1)

As duas classes desse primeiro eixo estabelecem uma relação de proximidade média entre si ($R=0,5$) e por isso se mantêm no mesmo eixo. Essa relação pode ser compreendida por se referirem a duas esferas de ação distintas, mas que conservam uma relação entre si: uma mais pertencente ao fazer clínico, terapêutico; enquanto a outra, concernente à luta social.

O segundo eixo representa 50,95% de todo o *corpus* e é composto por outras duas classes/categorias, que também conservam proximidade mediana entre si ($R=0,5$),

denominadas “Conquistas para a Reforma Psiquiátrica no DF” (classe 2) e “Gestão em Saúde Mental no DF” (classe 3). Essas classes dizem respeito a:

- Classe 2: transformações operadas, predominantemente no campo político-jurídico, para a efetivação da reforma psiquiátrica no DF no primeiro período identificado na análise documental (entre 1987 e 1999), como leis e portarias. Destacamos o seguinte trecho como forma de representar essa classe/categoria:

“(...) a saúde mental precisa de um plano diretor. Porque quando a gente assumiu o ISM, ao logo do ano de 94, a gente teve as reuniões com o coordenador de saúde mental: Vamos fazer o plano diretor. (...) Foi elaborado em 94, para ser aprovado no I Fórum de Saúde Mental em 95, que serviu de base para a lei 975, que é a lei da reforma psiquiátrica do DF. E antes, em 93, tinham conseguido o artigo 211 da Lei Orgânica do DF. Houve uma articulação com o movimento da saúde mental. Então, o plano diretor foi aprovado no I Fórum de Saúde Mental no DF. Junto com a aprovação do plano diretor, com a discussão do plano diretor foi também eleito o coordenador de saúde mental” (E2)

- Classe 3: a característica predominantemente asilar da saúde mental no DF e as dificuldades de implementar novas propostas. Destacamos dois trechos do *corpus* da entrevista como representação do discurso dessa classe:

“Que a época não existia o SUS, existia quem tem ou quem não tem INPS. Quem tem INPS, que é trabalhador com carteira registrada, ia para os contratados ou para os próprios. Esses, conveniados. O HPAP é da Secretaria de Saúde. Quem não tinha INPS era chamado de seleção econômica, para não chamar de indigente. O HPAP, ele triava. Era da FHDF. Ele recebia a pessoa no pronto-socorro, ou no ambulatório, que fosse, triava e quando ele tinha capacidade de absorver, na época ele tinha sessenta leitos, ele absorvia. Quando ele não tinha capacidade de absorção, porque ele era a central de internação, o HBDF mandava para lá, e de lá é que era tirado para as clínicas de repouso, essas quatro em Brasília, e os que eram seleção econômica eram mandados para o Sanatório Espírita de Anápolis, que tinha um convênio com a FHDF pelo o qual ele era remunerado por essas internações. Brasília pagava esse hospital de Goiás para receber esses pacientes de seleção econômica” (E2)

“E a gente conseguiu descentralizar o HPAP, e colocava os profissionais para fazer alguns dias de trabalho nos centro de Ceilândia e Taguatinga. Conhecendo os colegas, trabalhando com eles, enfrentando maior oposição que os psiquiatras não queriam sair do hospital, não acreditavam e não queriam sair dali. A gente conseguiu ainda fazer esse piloto com alguns colegas que se dispuseram a ajudar a gente com toda essa renovação” (E2)

Uma forma de compreender a relação entre essas classes/categorias acima é que ambas dizem respeito à história da saúde mental pública no DF, por isso estão no mesmo eixo, mas estabelecem uma relação mediana. Enquanto uma das classes de palavra/categoria foi organizada em torno da reforma psiquiátrica, a outra foi agrupada em torno das características do modelo que a reforma psiquiátrica busca transformar, isto é, o paradigma asilar. Ou seja, o eixo 2, “Gestão de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no DF”, indica que estão relacionadas peculiaridades da dimensão político-jurídica da saúde mental no DF, que tanto progrediu com a efetivação da reforma psiquiátrica, quanto também enfrentou dificuldades de superar o modelo asilar e dar prosseguimento às propostas inovadoras, ou seja, não conseguiu transcender o paradigma asilar e criar um modelo substitutivo próprio.

Da mesma forma, podemos identificar que no eixo 1, “Modo psicossocial e Luta Antimanicomial no DF”, foram relacionadas classes referentes à dimensão mais técnica-assistencial pois, tanto se referiram ao saber/fazer da clínica no campo psicossocial, quanto aos esforços empreendidos pelo movimento da luta antimanicomial junto aos serviços de assistência em saúde mental do DF.

Ora, estando o eixo 1 identificado com o paradigma psicossocial e o eixo 2 dimensionado em torno do paradigma asilar, mesmo tratando de reforma psiquiátrica, não é absurda a relação antagônica ($R=0$) indicada pela estatística textual. Mas, também essa relação pode sugerir que a proposta de reforma psiquiátrica equacionada até então no DF não deu conta de estabelecer o modelo de atenção psicossocial, indicando atrasos ou dificuldades para essa concretização.

Essa indicação dada pela análise textual é corroborada pela análise documental, com a qual foi possível observar que os últimos anos tiveram característica mais asilares do que psicossociais, e que as transformações operadas entre 1987 e 1998 não conseguiram se manter. Talvez por isso os dados indiquem que, apesar das mudanças efetuadas no sentido da reforma psiquiátrica no DF, estão ainda opostas à concretização de uma atenção psicossocial.

Essa situação de não-consolidação do modo de atenção psicossocial é uma característica ainda patente no Brasil, pois como argumentam alguns autores consultados na revisão bibliográfica (Amarante, 2003; Borges & Baptista, 2008; Borges, 2007;), os esforços do MS têm conseguido dar resolução a uma dimensão externa da reforma psiquiátrica, qual seja, a reestruturação da assistência. Entretanto, se tomada apenas desta maneira, o processo de reforma psiquiátrica brasileiro pode cair em mero “reformismo”, posto que é necessária a viabilização também de modos de superação do paradigma asilar nos serviços substitutivos

recém-criados, possível somente a partir do questionamento desse. Dessa forma, os esforços para a concretização da reforma psiquiátrica podem cair na armadilha de se tornar não um novo modelo, mas a reedição do velho, em pequenos e jocosamente já chamados “capsicômios”.

Portanto, essa análise da “história vivida” conseguiu definir as dificuldades enfrentadas pela reforma psiquiátrica também no âmbito nacional. Porém, no que concerne ao DF, os dados sugerem que os esforços empreendidos para o avanço da reforma psiquiátrica podem estar caindo na armadilha indicada acima, ou seja, de mero “reformismo”, pautado pela reestruturação da assistência sem questionar efetivamente as bases nas quais os serviços têm definido a sua prática.

Rottelli (1990a) indica que essa é uma das armadilhas as quais os movimentos de reforma psiquiátrica conhecidos incorreram, e isto, exatamente porque não conseguiram estabelecer uma ruptura, somente possível a partir do momento da compreensão da falência do modelo anterior e de se desinstitucionalizar o paradigma, o que significa para esse autor recolocar o problema, pois

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 emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substitutivo da “cura”) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico (Rottelli, 1990a, p. 30-31)

Nesse sentido, é também preciso que a reforma psiquiátrica no DF seja entendida como um processo de desconstrução desse paradigma asilar, em todos seus aparatos, inclusive o interno, ou o “manicômio mental” tal como referido por Pelbart (1993).

Destarte, algumas reflexões podem nos ajudar a clarificar o caminho a ser percorrido. Amarante (2007), para nos ajudar a superar a visão da reforma psiquiátrica como mera reestruturação de serviço, aponta que é preciso, também, que não se tome essa “reestruturação” ou “transformação” como “o objetivos em si, mas como consequências de princípios e estratégias que lhes são anteriores” (p.63).

São esses “princípios e estratégias” que têm sido delineados como o campo da atenção psicossocial que, para se tornar compreensível, é preciso, antes de tudo, pensá-lo não como um modelo ou sistema fechado, mas um processo social complexo,

que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Novos elementos, novas situações, pressupõem que existam novos atores, com novos – e certamente – conflitantes – interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, éticas, étnicas, de pertencimento de classe

social... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões (Amarante, 2007, p. 63)

As “dimensões simultâneas” relacionadas pelo autor são as utilizadas pelo presente estudo para compreender a reforma psiquiátrica no DF como um processo social complexo. Tendo em vista essas elaborações, é possível deduzir que uma das primeiras ações para possibilitar que o campo da atenção psicossocial seja construída no DF é permitir “o seu caminhar”, isto é, o seu debate, os choques necessários para que se questione a forma de atuar no paradigma asilar e psicossocial.

Esse caminhar pode então ser possibilitado pela abertura de espaços de interlocução, como reuniões, fóruns, debates, seminários, assembléias, cursos, encontros, em qualquer formato, pequenos, médios, grandes grupos, mas que propiciem a exposição e troca de idéias e, principalmente, a expressão dos conflitos, bem como da elaboração desses. Essa reflexão partiu da leitura das conclusões do estudo de França (2001), que expôs sua experiência no campo da saúde mental, possibilitada pela Residência Multiprofissional, vivendo a transição de modelos no âmbito das unidades de saúde mental entre 1998 a 2001, no qual, esses espaços de interlocução foram construídos ao longo do período de 1987 a 1998, mas foram completamente eliminados a partir de 1999.

Essa circulação também pode ser realizada por meio de ações culturais que coloquem em pauta a questão da loucura e a relação historicamente construída da sociedade com esta, determinando as visões de que o louco é perigoso, incapaz e irresponsável e, portanto, não participe desta. Mas também, que é possível que seja necessário sistematizar as ações transformadoras para que tenhamos base sobre o que discutir, além de poder compartilhar aprendizados nesse caminho novo de construção de um modelo.

É possível, também, que esses espaços permitam a dinamização das “energias internas” de cada instituição, isto é, de seus atores, tal como refere Rotteli (1990a), como forma de permitir a criação de um modelo próprio, produzido pela própria decomposição dos “manicômios” e operada por meio de gestos elementares, a partir dos quais outros são gerados, frutos da própria gestão de problemas e conflitos que o gesto anterior causou, de tal forma que se consiga a transformação completa do paradigma asilar.

E, talvez, o primeiro passo para permitir novamente essa construção de um modelo psicossocial seja reconstruir a horizontalidade de poder, que é posto por Rottelli (1990a) como o objetivo prioritário da desinstitucionalização, transformando as relações de poder

entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes (...) no trabalho de desconstrução do manicômio essa transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; estabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir portas produzir relações, espaços e objetivos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas, o estatuto de periculosidades; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (p.32-33)

Uma conclusão preocupante, encontrada por Amaral (2006), em seu estudo acerca das dificuldades para a implementação da reforma psiquiátrica no DF, foi de as pessoas entrevistadas (que foram de diversos espaços: ISM, HSVP, MPDFT e ONG Inverso) não questionavam com frequência significativa (exceto os que participavam do movimento social) seu papel enquanto operador de mudanças, capazes de efetuar gestos elementares de transformação. A percepção principal que os atores entrevistados naquele estudo apontavam para o emperramento da reforma psiquiátrica no DF era a falta de vontade política – que, como já vimos, está pautado numa visão de que este projeto de reforma é político-partidário e não uma questão de política social.

Assim, é possível que para ser compreendida a importância dos questionamentos trazidos pelo movimento de reforma psiquiátrica ao campo da saúde mental, seja necessária a vivência de novas formas de sentir, pensar, agir sobre a loucura; o que só pode ser feito, em decorrência, a partir de um estranhamento do modelo até então instituído (asilar). Os dados e a referência bibliográfica discutidos também parecem mostrar esse caminho, necessário para a efetivação de uma reforma psiquiátrica no DF de forma substitutiva ao modelo asilar predominante.

A posição do eixo 2, que faz referência aos discursos modo psicossocial e a luta antimanicomial e sua oposição ao eixo que articula a dimensão mais político-jurídica, vai ao encontro dessa indicação de Amarante (2007). Isso porque, a disposição dos discursos desses eixos sugerem que a transformação desse paradigma seja efetivamente compreendida quando vivenciado, pois as classes/categorias que esse eixo psicossocial articula são da esfera técnica-assistencial, que se referem às relações que são transformadas no interior dos dispositivos de cuidado, para que se tornem “lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais (...) que lidam com pessoas, e não as doenças, (...) lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (Amarante, 2007, p.69). E, talvez, daí parta o caminho para a compreensão do que significa transformar uma assistência com foco no isolamento e na doença, em vez de vínculos e saúde.

Assim, talvez seja possível acrescentar à reflexão dos autores supracitados que para se dar conta dos “princípios e estratégias” anteriores às “reestruturações” necessárias, é importante que essa vivência adquira significado na vida de cada ator social, para que se tornem eles próprios os operadores dessa mudança. Tendo esse entendimento, a concretização da reforma psiquiátrica no DF é um desafio, posto que poucas são as referências para nos apoiar no caminho a trilhar. Mas essa é uma situação nacional, uma vez que está se construindo uma atenção psicossocial a partir do próprio desenrolar das transformações operadas. Mais uma vez, é possível vislumbrar a potencialidade de permitir espaços de trocas para que juntos (dentro dos serviços, comunitariamente, no nível distrital e nacional) criemos essa nova realidade.

Retomando os objetivos traçados nesse estudo, foi possível perceber que a análise empreendida deu conta de respondê-los. Com base, principalmente na análise documental, foi possível circunscrever o processo de reforma psiquiátrica, utilizando-se da compreensão desta como um processo social complexo, estabelecendo não somente uma cronologia, como também sua subdivisão em momentos diferenciados, de acordo a visualização de determinados intervalos de tempos que caracterizaram diferentes cenários. Logo, ao mesmo tempo em que conseguimos definir uma cronologia, foi possível apontar trajetórias singulares e alguns marcos delimitadores. Essa análise documental possibilitou, ainda, perceber que ocorreu no DF um embate forte entre os dois modos de atenção (psicossocial e asilar), possíveis de serem compreendidos como predominantes em um ou noutro momento.

Porém, foi somente ao realizar a análise das entrevistas que se tornou possível situar que a reforma psiquiátrica no DF ainda não conseguiu se estabelecer como uma realidade, pois não consegue ainda se pautar pelo modelo psicossocial. O que se caracteriza como um dos “segredos” da realidade da saúde mental no DF que não é clarificado nos documentos, mas que puderam ser comunicados pelos entrevistados, que funcionaram como informantes-chaves dessa observação documental empreendida.

Dessa forma, identificamos a cultura asilar existente no DF e a dificuldade enfrentada para o prosseguimento de propostas antimanicomiais, como uma das principais limitações e desafios da reforma psiquiátrica no DF, para os quais, por sua vez, tentamos avaliar perspectivas, pautando-nos no arcabouço teórico sobre a desinstitucionalização conforme a experiência de reforma psiquiátrica italiana.

CAPÍTULO VI

Considerações Finais

*“Outros outubros virão
Outras manhãs plenas de sol e de luz”
Milton Nascimento / Fernando Brant*

Começamos nosso estudo tentando contextualizar historicamente o debate acerca da reforma psiquiátrica. Para isso, tivemos de recuperar brevemente as visões de homem desde a antiguidade até o período pós-guerra, no século XX. Com essa perspectiva, foi possível ver que a loucura já participou do cotidiano, mas aos poucos foi sendo tomada somente como doença e apropriada pela ciência, de tal forma que o espaço para sua (in)existência na sociedade foi a exclusão.

Nesse contexto, se deu a criação dos asilos como espaços reservados na sociedade para a insânia, que após terem cumprido a função de caridade religiosa, depois de controle social, terminou por ser o lugar de confinamento e tratamento de loucos. Justificando essa prática estava a visão biomédica do homem, que seguia o que era posto pela ciência, ou seja, uma visão fragmentada de homem, compreendido por suas partes e não pelo todo, sendo o conhecimento sobre seu próprio corpo somente acessível aos especialistas. O modelo asilar clássico é fundado então nesse contexto.

Porém, a partir do final da segunda grande guerra mundial emerge outra visão de homem. Surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assegurando a dignidade de toda vida humana e a necessidade de meios para torná-la possível. Ao mesmo tempo, o campo das ciências se transforma e questiona a visão do homem como destacada de seu aspecto social, para então pensar este como um ser em relação.

No que tange ao campo da saúde, o questionamento operado em suas bases deu origem a uma visão de homem bio-psico-social. Nesse contexto, são transformadas as próprias visões acerca da doença e da saúde, sendo considerada saúde não somente a ausência de enfermidade mas, também, para se ter saúde, o ser humano não precisava apenas de comida. “A gente não quer só comida, diversão e arte”, como diz aquela música do grupo Titãs. A arte, assim, considerada como uma forma de reconhecer o ser humano como criador e transformador de seu meio e de sua vida.

Mais especificamente, no campo da psiquiatria, foi questionada a relação entre doença mental e loucura, de tal forma que o modelo lesão = doença não dava conta de explicar a

vivência da loucura e sua transformação: cura, piora, tratamento, cronificação. Nem a solução de asilamento das pessoas dadas como loucas conseguia responder a uma demanda sempre crescente.

Algumas experiências foram sendo desenvolvidas como forma de transformar o que se tinha até então de modelo para compreender a loucura. Nesse sentido, foi caindo por terra a noção de que é preciso isolar as pessoas e que estas **são** doentes. O isolamento foi trocado pelo convívio social; e o *status* de doente, pelo reconhecimento de seu sofrimento e o significado deste para a existência de cada pessoa.

É importante ressaltar que a desconfiança de que a loucura seja uma doença, parte não de uma constatação de que não haja um padecimento, o que hoje é chamado por transtorno mental, mas que os modelos encontrados para a sua compreensão em nada conseguiram definir do que se trata efetivamente essa experiência humana e suas causas. Ou ainda, o que é pior, sob o desígnio de uma possível doença e da necessidade de seu isolamento (isolar também serve para não questionar o que não se conhece bem), a humanidade estava justificando a violência de uns sobre outros (Costa, 2003).

É este o processo que levou a vários movimentos do que foi chamado de reforma psiquiátrica. Nestes, alguns conseguiram transformar essa relação com a loucura dentro dos hospitais, horizontalizando as relações de poder e tentando resgatar a vocação terapêutica dos asilos; outros, alcançaram a comunidade como forma de prevenir e promover saúde mental (conceito que surge em contraponto à doença mental).

Porém, vimos que existem críticas de que, em ambos os casos, não foi possível superar o modelo anterior, seja pela dificuldade de se manter relações saudáveis em Instituições Totais, que tendem a se fechar sobre si mesmas; seja, pela retroalimentação de um sistema que continuava a isolar as pessoas loucas, desviantes, enfim, causando um inchaço do hospital psiquiátrico que deveria ser secundário (Goffman, 2003; Rottelli, 1990a).

Foi o movimento de reforma psiquiátrica ocorrido na Itália que conseguiu efetuar esse questionamento de modo a construir uma nova forma de se entender essa experiência da loucura e as pessoas que a vivenciam. O trabalho realizado por este movimento foi o de trazer de volta essas pessoas para o convívio social e estabelecer a possibilidade delas restabelecerem relações consigo e, com outros.

Este processo foi conhecido como desinstitucionalização, mas entendido não somente como retirar uma pessoa de uma vida institucionalizada (desospitalização), mas também como

forma de desconstruir tudo o que foi posto como natural para que as vidas de pessoas em sofrimento tomassem outro rumo após anos de clausura.

Nesse contexto, o Brasil se encontra no fim do período ditatorial e o retorno da discussão sobre os direitos humanos e a construção de um governo democrático. Neste debate, a luta do movimento de reforma sanitária consegue estabelecer na nova Constituição de 1988 a saúde como um direito universal e dever do Estado.

No bojo desse movimento se desenvolvem os questionamentos acerca da assistência psiquiátrica brasileira, dando vazão ao movimento de reforma psiquiátrica no país. A partir de então, o Brasil, herdeiro de um parque manicomial que funcionou como um “indústria da loucura” lucrativa para as empresas particulares, começa a mudar sua história a partir de 1987, com as novas experiências de desinstitucionalização em várias partes do país (Amarante, 1995a).

Ao longo de todo esse tempo, essa luta tem se inserido no contexto geral de transformação da saúde, conseguindo delinear um novo modelo de atenção chamado de psicossocial, que pode ser visto hoje mais na sua relação de oposição com o modelo clássico, ou asilar (Costa-Rosa, 2000). Em 2001, essa luta pela reforma psiquiátrica brasileira é afirmada por meio da aprovação de uma nova lei, delineando a necessidade de mudanças na assistência em saúde mental.

A partir de então, entra em cena o objeto de nosso estudo, que foi traçar o panorama da saúde mental no DF, entre 1987 a 2007, sendo nosso balizador o início desse processo de mudança, nacionalmente. Para tanto, conseguimos colher dados documentais e entrevistas, que nos permitiram não só fazer uma “observação documental” desse processo, mas também desvelar os segredos que os registros históricos não puderam contemplar, por meio de relatos da experiência de protagonistas dessa história. É importante destacar que estes documentos não tinham, ainda, sido estudados, permanecendo esquecidos em arquivos e, apesar de serem registros fundamentais da nossa história na área de saúde mental, não foram socializados – em especial, os planos diretores.

Na construção dos dados, expostos no capítulo anterior, conseguimos localizar trajetórias diferentes que configuraram, em quatro cenários, um panorama da saúde mental pública no DF, articulando a compreensão da reforma psiquiátrica que se opera neste campo estudado como um processo social complexo (Amarante 2003, 2007) e a relação processual particular evidenciada. Ao perceber a relação entre as diferentes dimensões nesse processo,

conseguimos inferir a predominância de um ou outro modo de atenção, asilar ou psicossocial, conforme Costa-Rosa (2000), sendo predominante ainda o modo de atenção asilar no DF.

A relação processual que tentamos representar por meio das metáforas pode ser assim resumida: após um período acalorado de discussão de propostas antimanicomiais (entre os anos 1987 e 1999 – o verão) no qual foram transformadas relações no interior dos serviços, assim como a estrutura externa político-jurídica (especialmente nos fins desse período 1995/8), sucedeu-se um período de opressão, operada pela verticalização do poder, na qual ocorreu a impossibilidade de diálogo sobre reforma psiquiátrica (outono – de 1999 a meados de 2003). Este debate só pode ser retomado após quatro anos, em meados de 2003 (indo até meados de 2006 – o inverno), porém de forma “mutilada”, isto é, como simplesmente uma reforma assistencial, perdurando dessa forma até 2006. A partir de então (de meados de 2006 a 2007 – degelo), uma nova gestão de saúde recolocou o debate acerca da reforma psiquiátrica enquanto desconstrução e superação do paradigma asilar, porém enfrentando sérias questões, como a falta de apoio governamental.

Ainda foi possível corroborar esse achado com a análise das entrevistas, que também indicou estarmos pautados num modelo asilar e enfrentar dificuldades de implementação e aceitação de propostas antimanicomiais, pautadas num modo de atenção psicossocial.

Para além de ser um desafio nacional superar uma assistência asilar, no DF esse desafio se torna ainda mais patente pelas dificuldades com que as propostas psicossociais têm sido absorvidas e que, mesmo os avanços efetuados entre 1987 e 1999 – com a criação de uma nova proposta de serviço, o ISM, e a sistematização de novas práticas no seu funcionamento, além de todo arcabouço legal – não foi possível superar o modelo ultrapassado.

Essa indicação foi apontada, principalmente, pela análise de estatística textual das entrevistas, no qual o que foi feito de gestão de saúde mental e de conquistas para a reforma psiquiátrica ainda apresenta uma relação diametralmente oposta ($R=0$) ao que é tomado como prática psicossocial e antimanicomial.

Tentamos compreender esse achado por meio da análise documental e de nosso referencial teórico. Com isso, foi possível entrever que as mudanças operadas no sentido de humanização da assistência e de sua reestruturação não deram conta de transformar o modelo de atenção asilar no DF, caindo a transformação almejada em mera reprodução do antigo modelo, tal como foi assumido em alguma medida pelos movimentos de reforma psiquiátrica

que não questionaram as bases nas quais assentam o paradigma psiquiátrico e de saúde clássicos.

Apesar da constatação de uma lógica asilar predominante no DF é preciso recuperar os dados documentais que indicam, também, no período estudado entre meados de 2006 e 2007, um cenário futuro para a saúde mental mais otimista, já que, como elucubramos acima, parece haver um movimento de retomada de orientação da reforma psiquiátrica pelo prisma da desinstitucionalização, efetuada de forma mais explícita no campo teórico-conceitual, que fundamentou o plano diretor vigente até o momento. É necessário, porém, que este movimento de retorno ao debate sobre reforma psiquiátrica no DF se torne ainda mais manifesto em todas as direções e dimensões desse processo social complexo, do qual o teórico-conceitual só é mais uma das dimensões e está intrinsecamente articulado com a técnica-assistencial, político-jurídica e sócio-cultural.

No entanto, discutimos também que uma transformação do modo asilar para uma prática que seja sua alteridade - tal como propõe Costa-Rosa (2000) ao definir os parâmetros para o modo de atenção psicossocial - deve ser vivenciada e compartilhada, posto que não existe uma forma estabelecida, mas sim a proposta de construção no campo da saúde mental, que deve ser realizada no cotidiano e nas relações que estabelecemos neste.

É nesse sentido que Amarante (2007) sugere ser necessário entender esse movimento como um processo social complexo, no qual se articulam diversas dimensões da realidade, dentre as quais foram delineadas quatro (teórico-conceitual, técnica-assistencial, político-jurídica e sócio-cultural), que também foram utilizadas nesse estudo para circunscrever esse processo no DF. Sendo um processo social complexo, deve ser construído e compartilhado e, exatamente por esse modelo não ser fechado, cabem nele as criações próprias de cada realidade, bem como o questionamento constante desta.

Assim, é preciso, ainda, descobrir qual o modelo de saúde mental é desejável para o DF? Como construiremos algo alternativo? E, pensando em construir algo alternativo, nos pautaremos pelas transformações consideradas como “reformismo”, recuperando a vocação terapêutica dos hospitais que temos e construindo uma assistência descentralizada, mas desarticulada e com pouca base territorial? Ou iremos sentir necessidade de ir além, questionando as bases do paradigma psiquiátrico clássico, sobre as quais assentam nosso sentir, agir e pensar sobre a experiência da loucura?

Pudemos visualizar os problemas decorrentes de transformação operada como mero “reformismo”. Isso porque o hospital psiquiátrico, ou outras instituições que se pautam

também pelo modo de atenção asilar, se mostram como lugares limitados de recriação de subjetividades e reconhecimento da dignidade e autonomia das pessoas internadas ou em atendimento, posto que continuam o entendimento de serem elas perigosas, incapazes, irresponsáveis e que precisam ser tuteladas.

Ainda, é importante ressaltar que as conquistas dos movimentos de reforma psiquiátrica não se atêm somente às pessoas que sofrem e que são atendidas nos serviços, nem tão somente aos seus familiares, mas, também, a todos os profissionais e a sociedade, de forma mais ampla, por estarem todos envolvidos num “projeto de humanidade”, conforme expressão cunhada por Willians Valentini e empregada por Pacheco (2005).

Figurando a situação de dificuldades em se estabelecer transformações inovadoras no DF em relação ao modo de atenção clássico (tais como têm sido discutidas em nível nacional e mundial) e levando em conta a abolição de espaços de interlocução nos serviços e na sociedade (França, 2001), entendemos que, até então, está impossibilitada a construção compartilhada de qual modelo de atenção em saúde mental é desejável para a realidade local.

Para que o campo da saúde mental no DF seja construído permanentemente é preciso que se forneçam adubos. Esses insumos dizem respeito à construção de espaços de debate sobre a modelagem de reforma psiquiátrica que seja adequada à realidade local, além de leis, estrutura física, etc. Isso pode ser realizado por meio de cursos, capacitações, eventos, seminários, fóruns, reuniões, assembléias, etc, tanto dentro dos serviços, quanto fora, congregando as pessoas que estão envolvidas na construção desse campo e chamando toda a sociedade para repensar a relação com a loucura.

O início do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil se fez a partir do estranhamento do que, até então, ocorria no campo da assistência psiquiátrica, partindo daí os questionamentos, acompanhados da discussão do próprio incremento da saúde pública brasileira com o SUS, que levaram ao estabelecimento de várias modelagens de reforma psiquiátrica no país e a proposta de uma Política Nacional de Saúde Mental.

É possível que seja necessário ocorrer aquele processo de estranhamento no DF e, que este se transforme num motor para a busca de transformações. Nesse processo, é rico que se procure socializar experiências com outros Estados brasileiros, além das diversas teorias que têm embasado as mudanças de modelo de atenção.

Esta última questão se fez presente em nossa consideração porque, conforme os dados sugerem e o trabalho de Amaral (2006) reforça, essa discussão mais atualizada parece estar

ocorrendo (ainda) somente em torno das pessoas e instituições que têm ligação com o movimento social da luta antimanicomial local.

Ainda, a mesma autora encontrou, ao entrevistar agentes sociais de diversas instituições que atuam no campo da saúde mental no DF, que a maioria não se questiona quanto o papel de operador de mudanças (exceto as que participavam do MPSM/DF). Estas relatam como principal dificuldade a vontade política, o que subentende serem as mudanças no campo da saúde uma responsabilidade governamental, devendo ocorrer de “cima para baixo”.

Além disso, essa vontade política estaria ligada, conforme estudos de Lima (2002) e Amaral (2006), à tensão ideológica entre os modelos tradicional/asilar *versus* substitutivo/psicossocial, sendo estes entendidos como projetos político-partidários e não como uma questão social que precisa ser enfrentada por políticas públicas. Nosso estudo também indicou ocorrer esta particularidade no DF, uma vez que as mudanças político-partidárias se fizeram acompanhadas de um direcionamento para um modelo de atenção ou mais predominantemente asilar, ou mais próximo do psicossocial.

Assim, uma possibilidade que pode ser conquistada pela abertura desses espaços para discussão e debate em torno da saúde mental no DF é o resgate do papel de agentes transformadores de todos os atores sociais envolvidos nessa temática, como construtores de um processo que ocorra também no sentido de “baixo para cima”.

Nesse sentido, devem se juntar todos os atores sociais referidos até então: movimento social, profissionais, gestores, usuários dos serviços e seus familiares, sociedade civil; mas, também, as Instituições de Ensino Superior (IES), por serem estes privilegiados agentes formadores que realizam pesquisas e sistematizam teorias e práticas ocorridas no cotidiano, divulgando também o conhecimento que vem sendo construído no campo da saúde mental. É possível que as poucas informações encontradas em revisão bibliográfica e a não socialização de diversos documentos consultados tenha influência sobre o estado de não discussão e não aprimoramento da assistência em saúde mental no DF. Portanto, é necessário que as IES produzam conhecimentos sobre este tema, contemplando as especificidades locais, além de oferecerem formação profissional atualizada para a área. Nesse sentido, no âmbito do Departamento de Psicologia Clínica da UnB, algumas medidas têm sido implementadas, como a inclusão de disciplinas exclusivas para a discussão do campo da saúde mental (Saúde Mental e Cultura I e II) e a oferta de curso de especialização para profissionais do GDF, em parceria com o MS.

Conforme apontou o trabalho de Jacob e cols. (2007), uma característica do movimento de reforma psiquiátrica brasileira é a participação do movimento social como transformador da configuração da assistência hospitalocêntrica e manicomial existente, de tal forma que conseguiu ultrapassar barreiras, como a vontade política, recursos orçamentários para a área. A atual política de saúde mental que dispomos foi uma construção social, compartilhada, mas que tem se efetivado de forma heterogênea no Brasil. Assim, são necessários estudos que contemplem a complexidade do DF, como uma das metrópoles brasileiras, polinucleada, cuja periferia é dependente do centro, no nosso caso o Plano Piloto, no qual se concentra a maioria dos serviços. Além disso, uma particularidade do DF é apresentar o IDH mais alto do país (GDF, 2005), mas que reflete a situação de extrema desigualdade social existente na Capital, sendo característica a concentração de renda.

Quanto às limitações acerca do nosso estudo, refletimos que, apesar da quantidade de dados com que trabalhamos, a pesquisa poderia ser enriquecida se pudesse contemplar outras informações, como mais pessoas que participaram dessa história, direcionando o foco não somente para pessoas que ocuparam cargos de gestão ou direção, mas também os técnicos e usuários dos serviços de saúde mental. Talvez a perspectiva dos técnicos e dos usuários, que não ocuparam cargos hierárquicos, venha lançar nova luz sobre o panorama encontrado, uma vez que esses atores possam apresentar uma visão diferente das que seus superiores veiculam.

Ainda, outra forma de ter mais perspectivas sobre o mesmo objeto seria por meio da análise das reportagens já colhidas, que poderiam nos mostrar em que medida houve mudanças no conteúdo das mensagens veiculadas frente às inflexões constatadas durante o período estudado. Além disso, acreditamos que sejam necessários mais estudos sobre os dispositivos que não conseguimos material bibliográfico, qual seja, o COMPP e os CAPS.

No caso do DF é possível divisar que estudos sobre os novos CAPS inaugurados são imprescindíveis pelas conclusões que puderam ser realizadas neste estudo, quais sejam, de que estes podem estar sendo guiados pela lógica do “reformismo” e não tenham condições de se estabelecerem como dispositivos estratégicos, funcionando na lógica do território, como previsto na PNSM. Mesmo porque, o desafio desses dispositivos é grande, dada as particularidades do DF, como a desigualdade social e distribuição geográfica, bem como pelo quadro assistencial de saúde e saúde mental que ainda não dá conta de gerir atenção satisfatória para sua população e a do Entorno. Além disso, como discutimos, todo o campo da saúde mental no DF precisa ser discutido e apropriado como uma construção social.

Talvez, ao replicarmos essa pesquisa, após serem operadas transformações no campo da saúde mental do DF - que consigam efetivamente substituir o modelo asilar - com as pessoas que vivenciaram essa transformação, seja possível reconhecer por meio de uma análise textual estatística, possibilitada pelo ALCESTE, uma aproximação dos dois eixos encontrados nesta pesquisa. Isto é, um encontro dos dois eixos que apresentaram uma relação antagônica entre si, apontada pelo $R = 0$, e que articularam os discursos acerca da reforma psiquiátrica/saúde mental (eixo 2) e da atenção psicossocial/luta antimanicomial (eixo 1).

Assim, é possível que, pelos resultados que encontramos na análise estatística textual, nos quais foi possível perceber e relacionar dois discursos opostos referentes ao campo da saúde mental, um estudo dessa natureza seja profícuo de ser realizado com as pessoas que vivenciam o cotidiano dos CAPS. Pela forma como a estatística textual ofertada pelo ALCESTE organiza os discursos acerca de um dado objeto, é possível que possamos empregar essa metodologia para localizar quais têm sido as representações sociais articuladas em torno do campo da saúde mental nestes novos serviços. Um estudo dessa natureza pode ser realizado com o aporte dado pela teoria das Representações Sociais, que consiste num referencial para se aproximar das crenças, explicações, idéias, que um dado grupo tem relação a um dado objeto e a partir do qual orienta as suas práticas. É possível que, dessa forma, possa se realizar um estudo de Representações Sociais que ajude a compreender e até diagnosticar o que ocorre no interior destes dispositivos, em termos de discursos construídos socialmente para sustentar, orientar e justificar a prática nestes CAPS.

Enfim, podemos terminar esse estudo com a chamada para a Primavera, sendo esta a estação na qual, após o degelo, florescem as flores e frutos do que foi plantado e é associado à criação da vida. O terreno em que estamos pode ainda não estar pronto para o florescimento primaveril, pois, como vimos, ainda persiste uma atenção predominantemente asilar e hospitalocêntrica, dificuldades e resistências para que propostas inovadoras vigorem. Assim, parece ser ainda necessário que o campo da saúde mental no DF seja revolvido e arejado com a discussão sobre como desejamos construí-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP] (2006). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Recuperado em 28/09/2008, do sítio http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf.
- Alves-Mazzotti, A. J. (1999). O Método nas Ciências Sociais. Em: A. J. Alves-Mazzotti & F. Gewandsznajder (orgs). O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. (pp. 109-188). São Paulo: Pioneira.
- Amaral, M. C. M. (2006). Narrativas da reforma psiquiátrica e cidadania no Distrito Federal. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. Em: P. Amarante (Org.) (1994). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. (pp. 73-85). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Org.) (1995a). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.
- Amarante, P. (1995b). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, 11(3); 491-494.
- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003) A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em: P. Amarante (Org.), Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Assis, M. (1881). O Alienista. Fundação Biblioteca Nacional. Departamento Nacional do Livro. Ministério da Cultura. Retirado em 03/09/2008 do sítio <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf>.
- Barros, D.D. (1994). Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial.
- Basaglia, F. (org). (1985). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Baú, C. (1997). Instituto de Saúde Mental e sua área física. Revista de Saúde do Distrito Federal, 8 (supl.), 7.
- Beauchesne, H. (1989). História da Psicopatologia. São Paulo: Martins Fontes.
- Bercherie, P. (1989). Os fundamentos da clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

- Birman, J. & Costa, J. F. (1994). Organização das instituições para uma reforma comunitária. Em P. Amarante (Org), Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Borges, C. F. (2007). Políticas de Saúde Mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à Reforma Psiquiátrica. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Borges, C. F. & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 24 (2): 456-468, fev. Retirado em 17/09/2008 do sítio http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). 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
- Brasil, Ministério da Saúde. (2007). Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília.
- Calado, S. S. & Ferreira, S. C. R. (2005). Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. Metodologia da Educação I –Mestrado em Educação – Didática das Ciências. Recuperado em 22 de dezembro de 2008 do sítio <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf>
- Cânfora, R. (1997). Instituto de Saúde Mental e sua história: a resposta ao padoleiro. Revista de Saúde do Distrito Federal 8 (supl.), 4-6.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2004). Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Conselho Federal de Psicologia, Brasília.
- Cooper, D. (1974). Gramática da vida. Lisboa: Editoral Presença.
- Costa, A.C.F. (1997). Reforma Psiquiátrica do DF: o hoje possível e o amanhã desejado. Revista de Saúde do Distrito Federal, 8 (supl.), 16-17.
- Costa, A.C.F. (2000). 40 anos de loucura no DF. História breve dos serviços públicos de saúde mental no DF. Carta do Movimento Pró-Saúde Mental de 18 de maio.
- Costa, I. I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp.
- Costa, I. I. (2004). A doença mental no contexto dos direitos humanos e da violência. Em Malusche & J, Hermanns, K. Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.

- Costa, J.F. (1976). História da psiquiatria no Brasil - um corte ideológico. Rio de Janeiro: Xenon.
- Costa, M. H. C. (1995). Inserção no trabalho: avaliação dos resultados de sete anos de hospital-dia do Instituto de Saúde Mental do DF. Revista de Saúde do Distrito Federal, 6 (3), 27-34.
- Costa, M. H. C. (1997). Perfil da situação clínica, familiar e psicossocial de pacientes esquizofrênicos: follow-up de oito anos de funcionamento do Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal. Dissertação de Mestrado. Brasília.
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. Em Amarante, P. (org.). Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.141-168.
- Costa-Rosa, A; Luzio, C. A. & Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde mental e as premissas do Modo Psicossocial. Saúde em Debate, v. 23, p. 12-25,
- Costa-Rosa, A; Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em: P. Amarante (org.). Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Cunha, M. C. P. (1990). Cidadelas da ordem: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense.
- Delgado, P. G. (2001). No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. Em Venâncio, A. T., e Cavalcanti, M. T. (orgs.), Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições Ipub-Cuca.
- Desviat, M. (1999). A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Faleiros, E. S. (2008). Um atraso de 8 séculos no Distrito Federal. Cabesão - o jornal da livre expressão, (8), 2.
- Foucault, M.(1987). A história da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva.
- Gil, A. C. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Governo do Distrito Federal [GDF] (s.d.). Breve História do Distrito Federal. Recuperado em 28/09/2008, do sítio <http://www.districtofederal.df.gov.br>.
- Governo do Distrito Federal [GDF] (2007). Secretaria de Estado Planejamento e Gestão. Plano de desenvolvimento econômico e social 2007-2010. Lei no. 3994/2007. O Distrito Federal como referência de desenvolvimento com igualdade social. Brasília. Recuperado em 12/10/2008 do sítio: <http://www.sga.df.gov.br/sites/100/132/00000624.pdf>
- Governo do Distrito Federal [GDF] (2006). Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal. Distrito Federal. Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília.

- Governo do Distrito Federal [GDF] (2005). Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal – PDR/DF. Brasília. Recuperado em 11/10/2008 do sítio http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8488.
- Governo do Distrito Federal [GDF] (2004). Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAN)/ Companhia do Desenvolvimento do Distrito Federal (CODEPLAN). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Brasília.
- Governo do Distrito Federal [GDF] (2001). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento de Políticas de Saúde. Plano de Saúde da SES/DF 2001-2003. Brasília. Recuperado em 12/10/2008 do sítio <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/311/suplanrelatorios/PlanodeSaude2001-2003.doc>
- Governo do Distrito Federal [GDF] (2000). Secretaria de Estado de Saúde. Secretaria de Planejamento. Plano de Saúde – 2000. Brasília.
- Godim, M. F. (1997). Instituto de Saúde Mental – a construção de um plano terapêutico. Revista de Saúde do Distrito Federal, 8 (supl.), 40-44.
- Goffman, E. (2003). Manicômios, prisões e conventos. 7.ed. São Paulo: Perspectiva.
- Hirdes, A. (2008). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Revista Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na internet]. Recuperado em 01/10/2008 do sítio <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>, [cerca de 15 p.].
- Jacob, K., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J., Sreenivas, V. & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? The Lancet, 370 (9592), 1061 – 1077.
- Jorge, M. R. & Franca, J. (2001). A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23 (1), 3 -6.
- Koda, M. Y. (2003). A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. Em P. Amarante (Org), Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. (pp.67-87). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Lancetti, A. (2006). Clínica peripatética. São Paulo: Editora Hucitec.
- Lima, M. G. (2002). Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Um estudo do Hospital São Vicente de Paulo. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Lima, M. G. (1993). Política e assistência da saúde mental na Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Revista de saúde do Distrito Federal, Brasília, (4), 1-4.
- Luzio, C. A. (2003). A Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

- Medeiros, M. M. (2005). Informação e representações sociais: estudo exploratório com familiares de portadores de sofrimento mental. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Retirado em 19/06/08 do sítio http://www.biblioteca.digital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/EARM-6ZPQSW/1/mestrado___manoela_martins_de_medeiros.pdf.
- Melo, W.(2001). Nise da Silveira: a compreensão política das relações ou Tudo é sujo aos pés de um gato. Em: A. M. Jacó-Vilela, A.C. Cerezzo & H.B.C. Rodrigues (Orgs.).Clio-Psyché. Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Volume II. (pp. 15-30). Rio de Janeiro: ed. Relume Dumará.
- Minayo, M. C. S. (1992). O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec.
- Moreira, V. & Sloan, T. (2002). Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica. São Paulo: Escuta.
- Oda, A. M. G. R. & Dalgalarondo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos, 12(3):983-1010.
- Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS] (s.d.). Brasil é referência em saúde mental. Recuperado em 01/10/2008 do sítio http://www.opas.org.br/rh/noticia_det_imprime.cfm?id_noticia=391.
- Pacheco, J. G. (2005). Cultura e loucura: a história de uma experiência. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília.
- Paviani, A. (2003). Brasília no contexto local e regional: urbanização e crise. Revista Território, ano VII (11, 12, 13), 63-76.
- Paulin, L. F. & Turato, E.R. (2001). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, ciências, Saúde – Manguinhos, 11 (2), 241-258.
- Pelbart, P. P. (1993). A nau do tempo rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago.
- Pitta, A. (2001). O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em A. Pitta, (Org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. (pp.19-26). São Paulo: Hucitec.
- Postel, J. & Quétel, C. (2000). Historia de la psiquiatria. Cidade do México: Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.
- Resende, H. (2000). Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em Tundis, S.A. & Costa, N. R. (orgs.) Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. (pp.15-74). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, A. S. M. (2005). Os homossexuais em busca de visibilidade social. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Brasília.
- Richardson, J. R. (1999). Pesquisa Social, métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas.

- Rotelli, F. (1990a). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. Em: F. Nicácio, (Org) Desinstitucionalização. (pp.17-59). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (1990b). A instituição inventada. Em: Nicácio, F. (org) Desinstitucionalização. (pp.89-99). São Paulo: Hucitec.
- Santos, N. G. (1994). Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. Em A. Pitta (Org.), Reabilitação psicossocial no Brasil. (pp. 13-18). São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D. & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. The Lancet, 370(9593),1164-74.
- Sarantakos, S. (2005). Social Research. South Melbourne: MacMillan.
- Serra, M.Z.S.R. (1997). Saúde mental – uma década de desafios. Revista de Saúde do Distrito Federal, 8 (supl.), 18-22.
- Serrano, A. I. (1986). O que é psiquiatria alternativa. São Paulo: Nova Cultural: Brasiliense.
- Silva Filho, J. F. (2000). A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental. Em S.A. Tundis & N.R. Costa (Org.). Cidadania e Loucura – Política de Saúde Mental no Brasil. (pp.75-102). Petrópolis: Vozes.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 9(1), 25-59.
- Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes.
- Vasconcellos, M. J. E. (1995). Terapia familiar sistêmica: bases cibernéticas. São Paulo: Editorial Psy.
- Vasconcellos, F. (2005). O pensamento psiquiátrico de Juliano Moreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, 99 (2), 45-47.
- Vicentino, C. (2005). História para o ensino médio: história geral e do Brasil. São Paulo: Scipione.

ANEXOS

ANEXO I

População Urbana do DF segundo as Regiões Administrativas - ano de 2004.

| Regiões Administrativas | Total de Habitantes | Percentual |
|------------------------------|---------------------|--------------|
| RA I - Brasília | 198.906 | 9,5 |
| RA II - Gama | 112.019 | 5,3 |
| RA III - Taguatinga | 223.452 | 10,7 |
| RA IV - Brazlândia | 48.958 | 2,3 |
| RA V - Sobradinho | 61.290 | 2,9 |
| RA VI - Planaltina | 141.097 | 6,7 |
| RA VII - Paranoá | 39.630 | 1,9 |
| RA VIII – N.Bandeirante | 22.688 | 1,1 |
| RA IX - Ceilândia | 332.455 | 15,9 |
| RA X - Guará | 112.989 | 5,4 |
| RA XI - Cruzeiro | 40.934 | 2,0 |
| RA XII - Samambaia | 147.907 | 7,1 |
| RA XIII - Santa Maria | 89.721 | 4,3 |
| RA XIV - São Sebastião | 69.469 | 3,3 |
| RA XV - Recanto das Emas | 102.271 | 4,9 |
| RA XVI - Lago Sul | 24.406 | 1,2 |
| RA XVII - Riacho Fundo | 26.093 | 1,2 |
| RA XVIII - Lago Norte | 23.000 | 1,1 |
| RA XIX - Candangolândia | 13.660 | 0,7 |
| RA XX - Águas Claras | 43.623 | 2,1 |
| RA XXI - Riacho Fundo II | 17.386 | 0,8 |
| RA XXII - Sudoeste/Octogonal | 46.829 | 2,2 |
| RA XIII - Varjão | 5.945 | 0,3 |
| RA XXIV - Park Way | 19.252 | 0,9 |
| RA XXV - SCIA (Estrutural) | 14.497 | 0,7 |
| RA XXVI - Sobradinho II | 71.805 | 3,4 |
| RA XXVIII - Itapoã | 46.252 | 2,2 |
| Distrito Federal | 2.096.534 | 100,0 |

Fonte: SEPLAN/CODEPLAN – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD – 2004. (1) Para a Região Administrativa XXVII Jardim Botânico não existem informações por ter sido criada após o término da pesquisa.(2) A Região Administrativa XXIX SIA foi criada em 2005 e não possui unidades residenciais. (GDF/CODEPLAN, 2006, p.32).

ANEXO II

Datas das Fundações das Regiões Administrativas

| Data de criação | Regiões Administrativas (RA) | Lei de criação |
|------------------------|-------------------------------------|---|
| 19/08/1859 | Planaltina | - |
| 03/11/1956 | Candangolândia | Lei nº 658, de 27 de janeiro de 1994 |
| 19/12/1956 | Núcleo Bandeirante | - |
| 05/06/1958 | Taguatinga | - |
| 30/11/1959 | Cruzeiro | - |
| 05/06/1933 | Brazlândia | - |
| 21/04/1960 | Brasília | - |
| 13/05/1960 | Sobradinho | - |
| 12/10/1960 | Gama | - |
| 05/05/1968 | Guará | - |
| 27/03/1971 | Ceilândia | - |
| 25/10/1989 | Samambaia | - |
| 25/10/1989 | Paranoá | - |
| 10/02/1993 | Santa Maria | - |
| 13/03/1993 | Riacho Fundo | Lei nº 620, de 15 de dezembro de 1993 |
| 25/06/1993 | São Sebastião | Lei nº 467, de 25 de junho de 1993 |
| 28/07/1993 | Recanto das Emas | Lei nº 510, de 28 de julho de 1993 |
| 10/01/1994 | Lago Sul e Lago Norte | Lei nº 641, de 10 de janeiro de 1994 |
| 06/05/2003 | Águas Claras | Lei nº 3153, de 06 de maio de 2003 |
| 06/05/2003 | Varjão | Lei nº 3153, de 06 de maio de 2003 |
| 06/05/2003 | Sudoeste/Octogonal | - |
| 29/12/2003 | Park Way | Lei nº 3.255, de 29 de dezembro de 2003 |
| 27/01/2004 | Setor Complementar de Ind. e Abast. | Lei nº 3315, de 27 de janeiro de 2004 |
| 27/01/2004 | Sobradinho II | Lei nº 3314, de 27 de janeiro de 2004 |
| 01/09/2004 | Jardim Botânico | - |
| 03/01/2005 | Itapoã | Lei nº 3.527, de 03 de janeiro de 2005 |

Fonte: Diário Oficial do Distrito Federal. (GDF/CODEPLAN, 2004).

ANEXO III



Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-9000 – Brasília, DF - Tel.: (061) 3307-2520 / 3273-4069

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro de projeto: CEP-FM 004/2008

Título: "MAPEAMENTO HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL DE 1987 A 2007"

Pesquisador responsável: MARINA AGRA SANTIAGO

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de Responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo(s) de pesquisador(es)

Data de entrada: 15/01/2008

Proposição do(a) relator(a)

() **Aprovação**

() **Não aprovação**

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UnB: 27/02/2008

Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UnB: 27/02/2008

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS Nº 196/96, que regulamenta a matéria, e resoluções posteriores, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR**, por unanimidade e conforme parecer do(a) relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

1 – Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;

2 – O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília, 27 de fevereiro de 2008.

Prof. Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina-UNB

ANEXO IV



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto Nº

068/08

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – IDENTIFICAÇÃO

Título: Mapeamento Histórico da Saúde Mental no Distrito Federal de 1987 a 2007.
Pesquisador responsável: Psicóloga.
Instituição onde será realizado: DIASE
(Diretoria de Assistência Especializada/SAS/SES).
Área do conhecimento: 7.07 - Psicologia
Data de entrada (CEP): 02/04/2008
Data de distribuição: 02/04/2008
Observação: Consta em anexo a carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

II – INTRODUÇÃO

"A forma de tratar os loucos e a loucura se transforma através de diferentes épocas da história da humanidade. [...]"

Atualmente o Brasil tem em curso uma Política Nacional de Saúde com os seguintes objetivos: redução progressiva dos leitos psiquiátricos do modelo asilar e hospitalocêntrico para serviços extra-hospitalares de base comunitária como CAPS, Residências Terapêuticas e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais; programas voltados para egressos de instituições psiquiátricas, usuários de álcool e outras drogas, louco infrator; avaliação contínua de todos os Hospitais Psiquiátricos através do Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares".

Tendo em vista que dos estudos realizados no DF nesta área "nenhum ainda se preocupou em fazê-lo por meio de um resgate do percurso histórico do DF nessa transição de modelos de atenção em Saúde Mental" o presente projeto pretende "suprir essa lacuna, mapeando o percurso histórico da atenção à Saúde Mental no Distrito Federal nos últimos vinte anos, quando se inicia no Brasil a experiência de desinstitucionalização, com o fim de compreender a sua atual situação de desta assistência".

III – OBJETIVOS

Geral: "Mapear a trajetória histórica no período compreendido entre 1987 a 2007 que delinearam o quadro atual da (des)assistência em Saúde Mental no Distrito Federal".

Específicos:

- Identificar os eventos importantes no período selecionado que se destacam na relevância por indicar rupturas ou continuidades numa trajetória histórica;
- Identificar os paradigmas que basearam práticas e concepções sobre a assistência em Saúde Mental neste período;
- Identificar ações que facilitam e dificultaram a implementação da reforma psiquiátrica no DF;
- Cotejar a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira com a do DF;
- Correlacionar tais identificações com os problemas, soluções, desafios e perspectivas da saúde mental no DF".

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP/SES-DF – SMHN Qd 03 – CONJ. "A" BLOCO "1" Asa Norte
Brasília- DF - CEP: 70.710-100
Telefone ; (061) 3325-4955 -E-mail: cepsepdf@saude.df.gov.br - www.fepecs.edu.br

Projeto 068/08 – Mapeamento Histórico da Saúde Mental no Distrito Federal de 1987 a 2007.

IV – METODOLOGIA

Tipo de pesquisa: Abordagem plurimetodológica que contempla pesquisa bibliográfica, documental e realização de entrevistas narrativas.

Período da pesquisa: 3 meses com início em abril/2008.

Amostra: Não especificada*.

Critérios de inclusão: “A seleção dos participantes se dará com base em uma pesquisa documental e bibliográfica que permita indicar as pessoas que tiveram papel relevante no período abarcado da história da Saúde Mental no DF, como técnicos, gestores e sociedade civil organizada (de associação de usuários e familiares, organizações não-governamentais e membros do movimento Pró-Saúde Mental, do DF)”.

V – PARECER DO CEP FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E COMPLEMENTARES

Folha de rosto: Assinada pelo diretor da DIPAS. **Falta preencher o campo 9, número de sujeitos, com pelo menos uma estimativa*.**

Requerimento para parecer (CEP): Apresentado.

Termo de concordância (SES/DF): Foram apresentados 9 termos de concordância assinados por: Gerente do CAPSad Guará, Diretor do HSVP, Chefe da Psiquiatria do HBDF, Diretor do ISM, Gerente da GERSAM, Gerente do CAPS Taguatinga, Gerente do CAPS Paranoá, Gerente do COMPP e Gerente do CAPSad Sobradinho.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador (ES): Apresentados o da pesquisadora e do Dr. Orientador.

TCLE: ➤ **Apresentado em forma de declaração por parte do sujeito da pesquisa. Solicita-se a adequação do TCLE em forma de convite por parte do pesquisador que deve resguardar o sujeito de todos os direitos apresentados. Além disso, é necessário apresentar o telefone do CEP-SES/DF (3325-4955) para eventuais esclarecimentos por parte do sujeito da pesquisa. Sugere-se a utilização do modelo proposto pelo CEP/SES/DF*.**

Cronograma da pesquisa: Consta anexo.

Planilha de orçamento: Consta anexo.

Observações: ➤ **Especificar a amostra que será utilizada, com pelo menos uma estimativa, que deverá constar também da folha de rosto (campo 9)*.**

VI – CONCLUSÃO

* Projeto com as pendências acima especificadas.

Brasília, 07 de abril de 2008

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Coordenadora CEP/SES-DF

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/CEP/SES-DF – SMHN Qd 03 – CONJ. A* BLOCO “1” Asa Norte
Brasília- DF - CEP: 70.710-100
Telefone : (061) 3325-4955 -E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br - www.fepecs.edu.br

Projeto 068/08 – Mapeamento Histórico da Saúde Mental no Distrito Federal de 1987 a 2007.

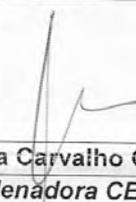


GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Projeto Nº

068/08

PARECER COMPLEMENTAR

| | |
|--|--|
| I – IDENTIFICAÇÃO | |
| Título: | "Mapeamento histórico da saúde mental no Distrito Federal de 1987 a 2007". |
| Pesquisador responsável: | psicóloga |
| Data de entrada do projeto no CEP: | 02/04/2008 |
| II – PENDÊNCIA | |
| - Complementar a Folha de Rosto; - Apresentar a estimativa de amostragem; - Apresentar o TCLE. | |
| III – PARECER DO CEP FRENTE ÀS RESOLUÇÕES 196/96 CNS/MS E COMPLEMENTARES | |
| As pendências foram sanadas. | |
| V – PROJETO | |
| Aprovado | |
| | Brasília, 15 de abril de 2008. |
| |  |
| | Maria Rita Carvalho Garbi Novaes Coordenadora CEP/SES-DF |

ANEXO V

| Período | Documentos |
|--|--|
| <p>1987 – 1998</p> <p>Total: 11 documentos</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ata de criação do Movimento Pró-Saúde Mental, datado de 25 de abril de 1991. 2. Relatório das atividades desenvolvidas de 1991 a 1994. Coordenação de psiquiatria e saúde mental, 1994, datado de 28 de novembro de 1994. 3. Plano diretor de saúde mental, COSAM/FHDF/SES, 1994/1995 4. Planejamento e implementação da Reforma Psiquiátrica no DF. COSAM, 1995 5. Relatório final do I Fórum de Saúde Mental do DF. COSAM/FHDF/SES, 1995. 6. Relatório de atividades. COSAM, 1995 7. Relatório anual. COSAM, 1996 8. Relatório do II Fórum de Saúde Mental do DF. COSAM/FHDF/SES/GDF, 1997. 9. Relatório de atividades da COSAM/SES/DF, 1997 10. Relatórios de atividades da COSAM, 1998 11. Saúde mental no DF, 1995 a 1998. A implementação da reforma psiquiátrica no DF e a reorientação dos serviços de saúde mental na rede da FHDF. COSAM/GDF, 1998. |
| <p>1999 – meados de 2003</p> <p>Total: 8 documentos</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Relatório anual de atividades – COSAM/FHDF/SES/GDF, datado de 22 de dezembro de 1999. 2. Relatório anual de atividades 2000. Núcleo de saúde mental. Período de 01/01 a 31/08 de 2000, datado de 27 de novembro de 2000. 3. Relatório anual de atividades 2000. Núcleo de saúde mental. Período de 01/09 a 31/12 de 2000, datado de 12 de dezembro de 2000. 4. Relatório Final da I Conferência de Saúde Mental do DF. Em Brasil (2001). Consolidado dos Relatórios Estaduais. Ministério da Saúde. Brasília. 5. Programa Saúde Mental. Agenda de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Núcleo de Saúde Mental. Datado de 25 de março de 2002. 6. Plano de ação para 2003. Núcleo de saúde mental. Datado de fevereiro de 2002. 7. Ofício 03/02/NSM/DIPAS/SAS/SES de 29 de agosto de 2002 8. Plano de Saúde Mental. SES/DF, 2003. |
| <p>Meados de 2003 e 2006</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memorando 020/03/COSAM/SAS/SES de 14 de novembro de 2003. 2. A assistência psiquiátrica no Brasil: uma visão da coordenadoria da saúde mental da secretaria de saúde do Governo do Distrito Federal – Análise e Perspectivas. Coordenador de saúde mental. SES/GDF. Brasília, 2004. 3. Relatório anual de atividades de 2003. Coordenadoria de saúde mental, datado de 9 de janeiro de 2004 4. Relatório de atividades de 2004. COSAM/SAS/SES, 2004. 5. Planejamento programa de saúde mental 2004-2007. COSAM/SAS/SES/GDF, 2004. 6. Memorando 165/04/ COSAM/SAS de 14 de dezembro de 2004. 7. Memorando 115/06/COSAM/SAS, de 15 de maio de 2006. |

| | |
|---|--|
| <p>Total: 15 documentos</p> | <p>8. Relatório de atividades de 2005. COSAM/SAS/SES, 2005. 9. Carta aos profissionais de saúde mental. COSAM/SAS/SES/DF. Datado de 22 de julho de 2005. 10. Subsídios a um plano emergencial de atenção à saúde mental para o Distrito Federal. Rede de defesa de direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, 2005 11. Relatório sessão solene luta antimanicomial na Câmara Legislativa do Distrito Federal em 23 de maio 2005 12. Memorando 106/05/COSAM/SAS de 25 de novembro de 2005. 13. Relato de atividades. COSAM/SAS/SES/GDF, 2006. 14. Plano Diretor de Saúde Mental. COSAM/SAS/SES/DF, 2006. 15. Saúde mental no Distrito Federal: Dados gerais (primeira versão). Comissão de Direitos Humanos, Ética e Decoro Parlamentar da Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2006.</p> |
| <p>Meados de 2006 a 2007</p> <p>Total: 5 documentos</p> | <p>1. Relatório de atividades. COSAM/SAS/SES, 2006. 2. Memorando 208/06/COSAM/SAS/SES de 04 de setembro de 2006. 3. Memorando 214/06/COSAM/SAS/SES de 15 de setembro de 2006. 4. Memorando 139/07/GESAM/SAS/SES de 22 de agosto de 2007. 5. Plano Diretor de Saúde Mental. COSAM/DF, 2007.</p> |
| <p align="center">Total de documentos analisados: 39</p> | |

ANEXO VI

| ANO | NORMATIVOS RETIRADOS DO DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL |
|-------------|--|
| 1987 | 1. DECRETO NO. 10352 DE 28/04/1987. AUTORIZA A CRIAÇÃO DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, NA ESTRUTURA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL. |
| 1988 | 2. RESOLUÇÃO NO. 2 DE 07/06/1988. CRIA O INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DIRETAMENTE SUBORDINADO À FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL - FHDF E APROVA O SEU REGIMENTO. |
| 1989 | 3. RESOLUÇÃO NO. 2 DE 26/07/1989. ALTERA O REGIMENTO INTERNO DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, APROVADO PELA RESOLUÇÃO 2, DE 07/06/88. |
| 1992 | 4. DECRETO NO. 14547 DE 29/12/1992. DECLARA DE UTILIDADE PÚBLICA A ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DA SAÚDE MENTAL, COM SEDE NA GRANJA DO RIACHO FUNDO, EM BRASÍLIA, NO DISTRITO FEDERAL. |
| 1993 | 5. ORDEM DE SERVIÇO DE 06/07/1993. CRIA O CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, COM FINALIDADE DE PROMOVER ESTUDOS E PESQUISAS BEM COMO O INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIA COM COMUNIDADES SIMILARES. 6. INSTRUÇÃO NO. 18 DE 25/08/1993. CRIA O CONSELHO COMUNITÁRIO DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, DEFINIDO COMO ORGÃO COLEGIADO MULTIDISCIPLINAR, DE CARÁTER CONSULTIVO 7. INSTRUÇÃO NO. 21, DE 19/10/1993. CRIA O NÚCLEO DE REINserÇÃO SOCIAL DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL. 8. ORDEM DE SERVIÇO DE 20/10/93. CRIA GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL, PARA O EXERCÍCIO DE 1994. |
| 1994 | 9. ORDEM DE SERVIÇO NO. 02/94 DE 01/06/1994. CONSIDERANDO A POLÍTICA DO MS EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS CAUSADOS PELO ABUSO DO ÁLCOOL, A DESATIVAÇÃO DE UMA DAS CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS CONVENIADAS PELO SUS/DF COM A CONSEQUENTE SOBRECARGA E O CONSENSO DOS DIRETORES, RESOLVE: PACIENTES ALCOOLISTAS DEVERÃO SER ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE CADA REGIONAL. 10. DECRETO NO. 16034 DE 03/11/1994. APROVA A CRIAÇÃO DE ÁREA PARA INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL NA GRANJA MODELO RIACHO FUNDO, NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO RIACHO FUNDO - RA-XVII. |
| 1995 | 11. PORTARIA NO. 15 DE 06/06/1995. CRIA A COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. 12. INSTRUÇÃO NO. 11 DE 06/07/1995. CRIA O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL. 13. LEI NO. 975 DE 12/12/1995. FIXA DIRETRIZES PARA À ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS. |
| 1996 | 14. PORTARIA NO. 10 DE 29/03/1996. CRIA A COMISSÃO DE SUPERVISÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, PRESTADAS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL 15. PORTARIA 18 DE 19/09/1996. NORMATIZA A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. |
| 1997 | 16. PORTARIA NO. 10 DE 24/07/97. CRIA O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS USUÁRIOS ABUSIVOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E DEPENDENTES QUÍMICOS. 17. PORTARIA DE 02/09/97 DESIGNA SERVIDORES PARA A COMISSÃO DE SUPERVISÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE MENTAL, NA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS QUE COMPÕEM O SUS/DF. DIRETAMENTE SUBORDINADA À COSAM DA SES/DF 18. PORTARIA DE 15/09/1997. CRIA GRUPO DE TRABALHO EXECUTIVO PARA ELABORAR, ORGANIZAR, EXECUTAR O II FSM. |
| 1998 | 19. INSTRUÇÕES DE 30/03/1998. CRIA O CAPS/TAGUATINGA NO HSVP E CAPS/COMPP. CONSIDERANDO A NECESSIDADE DE FAZER AVANÇAR A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DF, CONFORME PREVÊ A LEI 975 DE 12/12 DE 1995. 20. PORTARIA DE 4/08/1998, EM 7 DE AGOSTO DE 1998. DESIGNA SERVIDORES PARA CONSTITUÍREM O GRUPO EXECUTIVO DE TRABALHO QUE ELABORARÁ, ORGANIZARÁ |

| | |
|-------------|---|
| | <p>E EXECUTARÁ AS AÇÕES PERTINENTES À REALIZAÇÃO DO I ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL NO PERÍODO DE 13 A 16 DE AGOSTO DE 1998.</p> <p>21. ORDEM DE SERVIÇO DE 18/12/1998. APROVA O REGULAMENTO INTERNO DO CURSO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL AO MOLDES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.</p> <p>22. DECRETO NO. 19.945 DE 24/12/1998. INSTITUI OS LARES ABRIGADOS NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL.</p> |
| 1999 | <p>23. DECRETO NO 20114 DE 19/03/1999. RENOVA O TÍTULO DE UTILIDADE PÚBLICA DA ENTIDADE ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DA SAÚDE MENTAL.</p> <p>24. PORTARIA N. 17 DE 18/08/1999. SUBORDINA A COSAM A DRMA – DIRETORIA MÉDICO-ASSISTENCIAL. REVOGA OS ITENS VI, VIII, IX, X DA PORTARIA 15/95.</p> <p>25. RESOLUÇÃO NO. 5 DE 22/09/1999. APROVA O REGULAMENTO INTERNO DO CURSO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL AOS MOLDES DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.</p> |
| 2000 | <p>26. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SES EM 2000: DECRETO 21744 DE 31/08/2000; LEI N. 2299 DE 21/01/1999; E DECRETO 2170 DE 05/05/2000.</p> <p>27. LEI Nº 2.556, DE 15/06/2000. INSTITUI O DIA DISTRITAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.</p> |
| 2001 | <p>28. LEI NO. 2804 DE 25/10/2001. DISPÕE SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS E DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO DF.</p> <p>29. PORTARIA N. 53, PÚBLICADA NO DODF DE 29/09/2001, QUE CONVOCA A I CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DO DF COMO ETAPA DISTRITAL DA IIICNSM. A REALIZAR-SE NOS DIAS 7, 10 E 11 DE NOVEMBRO DE 2001 E PRECEDIDA DAS CONFERÊNCIAS REGIONAIS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE 16 A 30 DE OUTUBRO DE 2001.</p> <p>30. PORTARIA NO. 57, DE OUTUBRO DE 2001, REPUBLICADA POR TER SAÍDO COM INCORREÇÃO NO DODF NO. 56 DE 22/10/2001, PÁGINA 15. CONSTITUI A COMISSÃO ORGANIZADORA DA I CNSM DO DF RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO NO PRAZO DE CINCO DIAS A CONTAR DA PUBLICAÇÃO DESTA PORTARIA.</p> <p>31. PORTARIA 58 DE 01/11/2001. DISPÕE SOBRE O REGIMENTO INTERNO DA I CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL.</p> |
| 2003 | <p>32. PORTARIA 90 DE 11/08/2003. INSTITUI A COMISSÃO REVISORA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS, COMO RECOMENDADO PELO MS. DESENVOLVER ATIVIDADES DE CONFORMIDADE COM AS ORIENTAÇÕES DADAS PELA PORTARIA NO. 2391/GM DE 26/12/2002.</p> <p>33. DECRETO 23991 DE 22/08/2003. CRIA A COSAM E A SUBORDINA À SAS</p> <p>34. PORTARIA DE 16/09/2005. O SECRETARIO DE SAÚDE DO DF RESOLVE: CRIAR A COORDENAÇÃO DA ÁREA DE PSICOLOGIA, VINCULADA À COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, DA SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DA SES/DF.</p> <p>35. PORTARIA NO. 19 DE 02/05/2006. DISPÕE SOBRE AS ATRIBUIÇÕES DA COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, DA COORDENAÇÃO DA ÁREA DE PSICOLOGIA E DA INCLUSÃO DESTAS NO REGIMENTO INTERNO DA SES/DF.</p> |
| 2006 | <p>36. PORTARIA Nº 47, DE 22 DE SETEMBRO DE 2006. DEFINE A FINALIDADE E OPERACIONALIZAÇÃO DO CENTRO DE REFERÊNCIA, PESQUISA, CAPACITAÇÃO E ATENÇÃO AO ADOLESCENTE EM FAMÍLIA – ADOLESCENTRO, ESTABELECE ESSE CENTRO COMO UNIDADE ORGÂNICA DIRETIVA EXECUTIVA DA SES, ESTÁ DIRETAMENTE SUBORDINADO À REGIONAL DE SAÚDE DA ASA SUL E VINCULADO, TECNICAMENTE, AO NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE-NASAD/GESCOM/DIPAS/SAS E À COSAM/SAS.</p> |
| 2007 | <p>37. PORTARIA Nº 08, DE 22 DE MARÇO DE 2007. INSTITUI O COLEGIADO DE SAÚDE MENTAL. SUBORDINADO À SAS/DF, “SAÚDE, COM A FINALIDADE DE ELABORAR A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, BEM COMO ACOMPANHAR A SUA IMPLEMENTAÇÃO NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.”. COMPOSTO PELOS REPRESENTANTES DAS ÁREAS TÉCNICAS DAS UNIDADES DE SAÚDE MENTAL DA SES/DF, COORDENADORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL/SES, MPDF-PROSUS, COSAM/MS, MOVIMENTO PRÓ SAÚDE MENTAL, ONG- MISMED/DF, ONG INVERSO/DF, ONG ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DA SAÚDE MENTAL – ASSIM/DF, ONG- ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DE</p> |

SAÚDE MENTAL – ASSUME/DF, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL, CDH/CLDF, FÓRUM DE DEFESA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, VEC/TJDFT. SOB PRESIDÊNCIA DO SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE.

TOTAL DE 37 DOCUMENTOS