

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ORIENTAÇÃO: PROF.^a DR.^a MARLENE TEIXEIRA RODRIGUES

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO
SOBRE OS PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

JAMILA ZGIET

BRASÍLIA
2010

JAMILA ZGIET

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO
SOBRE OS PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Política Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marlene Teixeira Rodrigues.

Brasília, setembro de 2010

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DISTRITO FEDERAL: UM ESTUDO SOBRE OS
PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Por
JAMILA ZGIET

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Política Social, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marlene Teixeira Rodrigues.

Brasília, 28 de setembro de 2010.

Dissertação de mestrado defendida em 27 de setembro de 2010 diante de banca composta por:
Prof.^a Dr.^a Marlene Teixeira Rodrigues (SER/UnB), Prof. Dr. Mário Ângelo Silva (SER/UnB)
e Prof. Dr. Pedro Jabur (FCE/UnB).

BRASÍLIA
2010

À minha avó, Maria Zgiet.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para que a pesquisa fosse realizada e para que esta dissertação fosse elaborada, em especial:

- à minha mãe, Siomara Zgiet, a melhor auxiliar de pesquisa que alguém pode ter;
- à Prof.^a Dr.^a Marlene Teixeira, pela orientação, paciência e sabedoria com que me conduziu ao universo científico;
- à professora Eva Faleiros, que faz com que nossas utopias pareçam mais próximas e é responsável pelos questionamentos mais corajosos àqueles que devem explicações à sociedade;
- à assistente social Maria da Anunciação Soares Castro Alves, que é capaz de manter a coerência em suas atitudes diante de qualquer pessoa e prova que é possível associar simplicidade e eficiência;
- às professoras e aos servidores do Departamento de Serviço Social da UnB;
- aos colegas de mestrado Ludmila Suaid e Wederson Santos, que hoje são grandes amigos;
- à Marina Santiago, excelente pesquisadora que tornou o caminho da minha investigação muito mais fácil;
- à Girlene Marques Pinheiro, pela amizade e por facilitar o acesso a informações cruciais;
- à Monique Dias, profissional competente em busca da efetivação dos planos para a melhoria da saúde mental no DF, pela cessão de informações;
- à equipe do Hospital São Vicente de Paulo, aqui representada pela assistente social e amiga Juliana Soares Lima;
- à Flávia Gorini, amiga e responsável pela minha saúde mental, sem a qual este trabalho dificilmente existiria;
- à Lívia Frederico, pelo apoio amigo e intelectual;
- ao professor e amigo Luiz Fernando Viegas Fernandes, que me incentivou a tentar a seleção do mestrado, quando eu me formava em Serviço Social;
- ao amado César Miranda, que escolhi para me acompanhar na difícil incumbência de viver;
- aos usuários dos serviços de saúde mental do Distrito Federal, com os quais aprendo mais a cada dia, confirmando definitivamente o que o poeta Sam nos diz: “loucura não é contagiosa... é contagiante”.

Pharmácia das emoções
(Samuel B. Magalhães)

*A terapeuta
Se aproximou
De um paciente
E perguntou:
- O que você tem?*

*(Pensei comigo
Isso é tão chato
E pode até ser
Auto sugestionável)*

*Respondi assim:
- Nada que um placebo não resolva*

*Então ingeri
mentalmente
uma pílula poética,
dessas que não têm
contraindicação
nem causam
reações adversas...*

*Descobri então
Que a minha
Loucura é
Uma poesia
crônica*

RESUMO

ZGIET, Jamila. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação. 156f. 2010. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Política Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer os obstáculos à implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal e seus determinantes. Para isso, vale-se de uma análise histórico-política sobre a atenção à saúde mental no Brasil e no Distrito Federal. No campo teórico, são apresentadas reflexões conceituais a respeito de termos comumente utilizados nesse campo de estudo, como loucura, saúde, doença e deficiência mental, sofrimento psíquico e outros. Parte-se da compreensão de que é possível promover invenção de saúde e não apenas reabilitação. É apresentada a legislação nacional a respeito das pessoas com transtorno mental, com ênfase na Lei 10.216/01, que marca a implantação da chamada reforma psiquiátrica no Brasil. A pesquisa de campo consistiu em averiguar as dificuldades enfrentadas por gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental, bem como em traçar o perfil da arena política nesse subsetor da saúde por meio de entrevistas semiestruturadas, grupos focais, análise documental e observação direta. Os obstáculos à concretização da política de saúde mental sob os parâmetros da reforma psiquiátrica no Distrito Federal passam, conforme a pesquisa, por fatores macro e microconjunturais, como: (a) desapoderamento do órgão responsável pela gestão da política de saúde mental em nível local; (b) pouca visibilidade das ações em saúde mental em comparação às outras áreas da saúde; (c) concentração dos esforços estatais e da demanda sobre o hospital psiquiátrico em detrimento dos serviços substitutivos; (d) desconhecimento e desmobilização da população em relação ao assunto; (e) manutenção de práticas segregadoras no hospital especializado; (f) pouco incentivo à capacitação dos profissionais por parte da Secretaria de Estado de Saúde; (g) burocracia excessiva na mobilização de recursos para a implantação de serviços; entre outros. Dentre os determinantes de tais dificuldades, destacam-se a manutenção dos chamados manicômios mentais – descritos por Pelbart (1991) – entre servidores e familiares dos usuários e a cultura política permissiva em relação à corrupção e focada na agregação de votos para o período eleitoral, em detrimento do atendimento das demandas da população.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Política de saúde.

ABSTRACT

ZGIET, Jamila. **The psychiatric reform in the Brazilian Federal District**: a study on the main obstacles to its implementation process. 156 p. 2010. Dissertation (Masters Degree). Postgraduate Program in Social Policy – University of Brasília, Brasília, 2010.

The goal of this research was to get to know the obstacles and the determinants to the implementation of the psychiatric reform in the Brazilian Federal District. To do so, the research was based on a historical-political analysis concerning the attention to mental health issues in Brazil and in the Federal District. In the theoretical field, it presents conceptual reflections on terms commonly used in this area of study, such as madness, health, mental illness and retardation, psychic suffering and others. It takes into account the understanding that it is possible to promote the creation of health, and not only rehabilitation. It presents the national legislation regarding people with mental disorders, with emphasis on the Law 10.216/01, which determines the implementation of the psychiatric reform in Brazil. The field research examined the difficulties faced by managers, workers and users of mental health services, as well as the hindrances to outline the profile of the political arena in this health sub-sector, by semi-structured interviews, focal groups, documentary analysis and direct observation. According to the research, the obstacles to the accomplishment of the mental health policies under the psychiatric reform parameters in the Federal District are linked to macro and microconjunctural factors, such as: (a) unempowerment of the organization responsible for managing mental health policies in local level; (b) little visibility of mental health actions compared to other fields of health; (c) concentration of state efforts and psychiatric hospitals demands to the detriment of substitutive services; (d) ignorance and non-mobilization of the population regarding the subject; (e) maintenance of segregating practices in specialized hospitals; (f) little incentive to professional training from the State Department of Health; (g) excessive bureaucracy in the mobilization of resources to implement services; among others. Among the determinants of these difficulties, the maintenance of the so-called mental asylums – described by Pelbart (1991) – among civil servants and users' relatives stands out along with the permissive political culture concerning corruption and focused on collecting votes to the election period, to the detriment of meeting the population's demands.

Keywords: Psychiatric reform. Mental health. Health policies.

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

AP - Amapá

APBr – Associação Psiquiátrica de Brasília

ATP - Ala de Tratamento Psiquiátrico

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

Codeplan - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

COMPP - Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica

Conasp - Conselho Nacional de Saúde Previdenciária

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

Cosam – Coordenadoria de Saúde Mental

CSMDF - Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

Dinsam - Divisão Nacional de Saúde Mental

ESCS - Escola Superior de Ciências da Saúde

FENAM - Federação Nacional dos Médicos

FGSM - Fórum Gaúcho de Saúde Mental

FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FSMDF - Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal

Gesam - Gerência de Saúde Mental

GM – Gabinete do Ministro

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HPAP – Hospital de Pronto-Atendimento Psiquiátrico

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

HUB – Hospital Universitário de Brasília

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Inverso - Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social

ISM - Instituto de Saúde Mental

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

LODF - Lei Orgânica do Distrito Federal

MG – Minas Gerais

MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PDT – Partido Democrático Trabalhista

PL - Projeto de Lei

Pro-SUS - Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde do DF

PSF - Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PVC - Programa De Volta Para Casa

Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SIMERS - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UF – Unidade da Federação

UPHG - Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1 – Instituições e público-alvo dos grupos focais</i>	
<i>Elaboração própria.....</i>	<i>22</i>
<i>Quadro 2 – Temas dos grupos focais</i>	
<i>Elaboração própria.....</i>	<i>22</i>
<i>Quadro 3 – Números analisados do Jornal Brasiliense de Psiquiatria</i>	
<i>Elaboração própria.....</i>	<i>85</i>
<i>Quadro 4 – Hipóteses e resultados encontrados</i>	
<i>Elaboração própria.....</i>	<i>145</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	17
CAPÍTULO 2: ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA: TRAJETÓRIA E CONFIGURAÇÃO ATUAL	26
2.1 <i>A saúde mental como política social</i>	26
2.2 <i>O ciclo da política de saúde mental no Brasil</i>	29
2.2.1 Percepção e definição de problemas – de Pinel a Basaglia	30
2.2.2 Construção da agenda – A importância da sociedade civil para a organização da pauta da saúde mental	31
2.2.3 Elaboração de programas e tomada de decisão – Alguém tem que ceder.....	32
2.2.4 Implementação da política – Segundo a lei... ..	34
2.2.5 Avaliação/correção – Os números da desigualdade	36
CAPÍTULO 3: DO CONCEITO À PRÁTICA, DA PRÁTICA AO CONCEITO: REPENSANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA TEORIA.....	40
3.1 <i>A necessidade de discussão dos conceitos</i>	40
3.2 <i>Conceito de saúde</i>	42
3.3 <i>Saúde mental – prática e conceito em transformação</i>	43
3.3.1 Loucura, deficiência, transtorno, doença e sofrimento psíquico – nomes para o mesmo fenômeno?	44
3.3.2 Psiquiatria e atenção à saúde mental	48
3.3.3 Desinstitucionalização para uma nova conceituação	50
CAPÍTULO 4: UMA APROXIMAÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	54
4.1 <i>Uma história recente</i>	54
4.1.1 Um breve histórico da saúde no Distrito Federal	55
4.2 <i>Política de saúde mental no Distrito Federal após 1988 – entre a intenção e a realidade</i>	57
4.2.1 O desenvolvimento da saúde mental no Brasil, a legislação do Distrito Federal e o descompasso candango	62
CAPÍTULO 5: OS DESAFIOS DA GESTÃO E A ARENA POLÍTICA	70
5.1 <i>A Coordenação de Saúde Mental (Cosam) de 2001 e a Gerência de Saúde Mental</i> <i>(Gesam) atual</i>	70
5.1.1 O vínculo dos gestores com o órgão.....	70
5.1.2 As incumbências do órgão.....	72
5.1.3 A incorporação das reivindicações e a influência político-partidária	73
5.1.4 A saúde mental e os outros subsetores da saúde	74
5.1.5 As ações da Cosam e da Gesam – os fins, os meios e o perfil das gestões	75
5.1.6 A reforma psiquiátrica na visão dos gestores	76
5.1.7 As dificuldades enfrentadas pela Cosam/Gesam.....	79
5.2 <i>O Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal</i>	80
5.2.1 História, reivindicações, vitórias e derrotas.....	80
5.2.2 O movimento na arena política.....	82
5.3 <i>A Associação Psiquiátrica de Brasília</i>	85

5.4 <i>O Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios</i>	92
5.4.1 O papel do Ministério Público na política de saúde	93
5.4.2 Atuação do MPDFT na saúde mental	95
5.4.3 Compreensão da Pró-Sus sobre a arena política	95
5.4.4 Demandas à promotoria e dificuldades de atuação	96
CAPÍTULO 6: O COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS E DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL	99
<i>6.1 Centro de Atenção Psicossocial</i>	99
6.1.1 Saúde mental – entre a atenção psicossocial e a psiquiatria	100
6.1.2 Interdisciplinaridade	103
6.1.3 As dificuldades	106
6.1.4 Política e a atenção psicossocial	107
6.1.5 Engajamento e reforma psiquiátrica	108
<i>6.2 Hospital psiquiátrico</i>	110
6.2.1 A psiquiatria no hospital especializado	110
6.2.2 Interdisciplinaridade	111
6.2.3 A peculiaridade do trabalho em saúde mental	113
6.2.4 A peculiaridade do hospital psiquiátrico	115
6.2.5 A atenção à saúde mental como política pública – estratégias intra e extrainstitucionais	116
<i>6.3 Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral</i>	120
6.3.1 A psiquiatria no Hospital de Base	121
6.3.2 Interdisciplinaridade	122
6.3.3 A peculiaridade da unidade de psiquiatria em hospital geral	124
6.3.4 As dificuldades cotidianas	125
6.3.5 Capacitação e saúde do trabalhador	126
6.3.6 A reforma psiquiátrica	127
6.3.7 A política de saúde mental no Distrito Federal	130
<i>6.4 Usuários dos serviços de saúde mental</i>	131
6.4.1 O acesso ao serviço de saúde mental	131
6.4.2 A internação psiquiátrica em tempo de reforma	133
6.4.3 A manutenção do tratamento	135
6.4.4 Cuidado integral à saúde – acesso e qualidade	136
6.4.5 Preconceito contra pessoas com transtorno mental	137
6.4.6 Participação social	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
APÊNDICES	153
Apêndice A: Quadro – Representantes de instituições e objetivos das entrevistas	
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (entrevista)	
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)	

Introdução

Este trabalho consiste na divulgação de pesquisa de mestrado realizada entre 2008 e 2010, a respeito dos obstáculos à implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Busca-se trazer reflexões históricas, teóricas e práticas na abordagem do tema. Para isso, são analisados diversos aspectos da política de saúde mental nessa unidade da federação, abrangendo os planos da gestão e do cotidiano dos trabalhadores e usuários dos serviços desse campo.

O primeiro capítulo dedica-se à exposição dos métodos e técnicas utilizados na obtenção e análise dos dados, sendo apontadas as dificuldades encontradas no decorrer do processo de investigação, os quesitos éticos adotados, bem como o cronograma de atividades. São também apresentados os itens que compuseram o projeto de pesquisa, do objeto à hipótese.

O segundo capítulo, intitulado “Atenção à saúde mental como política pública: trajetória e configuração atual”, trata dos aspectos que levam a atenção à saúde mental no Brasil a configurar-se como política pública e social. Numa abordagem do ciclo das políticas públicas, proposto por Klaus Frey (2000), é feita uma análise do processo de construção da política de saúde mental brasileira, conhecida no momento. O elemento com maior destaque nessa perspectiva histórica, política e dialética é a modificação do modelo de atenção à saúde mental, conhecida como reforma psiquiátrica.

“Do conceito à prática, da prática ao conceito: repensando a atenção à saúde mental e sua teoria” é o título do terceiro capítulo desta dissertação. Nele, tenta-se uma aproximação teórica do tema apresentado, a partir da discussão sobre os termos comumente utilizados em estudos sobre o assunto proposto. Assim, são apresentados conceitos e críticas a expressões como “loucura”, “doença mental”, “saúde” e outras.

O capítulo seguinte constitui o que seu título propõe: “Uma aproximação do campo de investigação”. Trata-se de breve descrição da unidade da federação onde foi realizada a pesquisa e dos serviços disponíveis no campo da saúde mental, além de sua contextualização histórica. Parte-se do caráter peculiar da jovem capital do país, passando por elementos sociopolíticos – influências diversas à formulação e à execução da política – e chegando ao momento mais recente de debate em torno da temática no Distrito Federal: a IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Os capítulos cinco e seis dedicam-se à análise de resultados da pesquisa de campo realizada. Logo, no primeiro, são abordados os dados obtidos por meio de entrevistas e documentos, que confluem no título “Dificuldades da gestão e a arena política”. Portanto, são trabalhadas aí as falas dos representantes de órgãos e movimentos considerados influentes de alguma forma na política de saúde mental do DF. O último, intitulado “O cotidiano dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde mental no Distrito Federal”, expressa análise dos dados fornecidos pelos participantes por meio de grupos focais, realizados em diversos órgãos com as representações necessárias para a obtenção de respostas parciais à pergunta de pesquisa.

Capítulo 1

Considerações Metodológicas

Desde a década de 1980, é possível observar mudanças importantes na política de saúde brasileira, para as quais contribuíram os movimentos sociais em prol da reforma sanitária e a abertura democrática. Com isso, difundiram-se novos paradigmas de atenção à saúde, pautados na humanização e nos princípios do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade. No campo da saúde mental não foi muito diferente, tendo havido, no mesmo período, e até como parte da pauta dos sanitaristas em alguns momentos, uma mobilização contra o tipo de tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos.

Sob influência da experiência de outros países, especialmente da Itália, o processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil tem como princípios básicos: a redução de leitos para internação; a substituição de serviços manicomial por outros, humanizados e que não têm a reclusão como fundamento; e a promoção da cidadania das pessoas frequentadoras desses serviços, permitindo sua convivência familiar e comunitária.

A Lei Federal que trata do assunto é de 2001 (n.º 10.216/01) e foi aprovada após doze anos de tramitação do seu projeto (n.º 3.357/89), proposto pelo então deputado Paulo Delgado. Antes mesmo de sua aprovação, diversas unidades da federação (UF) adotaram legislação própria para atender às demandas da luta antimanicomial.

O Distrito Federal aprovou uma lei de reforma psiquiátrica em 1995 (n.º 975), quando já se previa a extinção de todos os hospitais de caráter manicomial da região num prazo máximo de quatro anos. O único manicômio em funcionamento à época, não obstante, permanece atendendo a população atualmente, quase dez anos após o prazo ter expirado. Além disso, pouquíssimos serviços chamados substitutivos foram criados, o que faz do DF a penúltima UF em serviços de atenção à saúde mental no país.

Questiona-se o que faz que o DF assim se comporte diante da Lei Federal, quando outros locais conseguem fazer de grande parte da lei uma realidade. Quais são os obstáculos encontrados nesta UF para a implementação da reforma psiquiátrica e o que os determina?

Há no DF cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo aqueles voltados para o tratamento de situações específicas, como as da infância e as derivadas do consumo abusivo de álcool e outras drogas. Há apenas uma enfermaria com internação em hospital geral, um hospital psiquiátrico e não há serviços residenciais terapêuticos (SRT). Ou seja: há

obstáculos para que os serviços substitutivos se constituam o modelo hegemônico de atenção à saúde mental nesta UF.

A realidade nacional é muito diversa com relação à implementação da reforma psiquiátrica e o Distrito Federal apresenta-se em desvantagem importante, devendo-se pensar a possibilidade de uma incongruência entre a proposta local e a Lei Federal, nos sentidos político, prático e ideológico, o que resulta, dentre outros fatores, de conflitos de interesses entre formuladores, gestores, profissionais, familiares e usuários desses serviços.

Parte-se do pressuposto de que a saúde, sendo uma política social pública, é produto de relações dialeticamente contraditórias entre cultura e história, Estado e sociedade, capital e trabalho, liberdade e igualdade. Essa política é entendida como mais do que provisão e alocação de recursos pelo Estado para sua aplicação sobre a sociedade. É, assim, fruto de escolhas e decisões que ocorrem na arena conflituosa de poder, tendo também, como política de ação que é, perfil, funções e objetivos próprios. (PEREIRA, 2008a)

Dessa forma, alguns fatores não podem ser deixados de lado na análise proposta: a configuração histórica e estrutural da elite política e sua influência na elaboração e implantação das políticas; a participação dos demais atores (especialmente familiares e profissionais) no processo de formulação, implementação e avaliação das ações; os conflitos entre os atores políticos; a legislação em vigor e sua evolução; a relação entre a política de saúde mental e a política de saúde e entre esta e as demais políticas; as teorias e os paradigmas orientadores das ações na área. A pesquisa aqui apresentada pretende verificar como esses aspectos vêm sendo construídos e organizados no Distrito Federal e de que forma afetam a política de saúde mental atual.

A partir dos fatores considerados fundamentais na análise de políticas sociais e da forma como se apresentam no caso da política de saúde mental, em especial no contexto atual, de reforma do paradigma orientador de suas ações, consideraram-se hipóteses de resultados para a pesquisa: (a) a existência de conflitos entre os subsetores da saúde, numa competição por recursos, no âmbito da gestão na esfera local; (b) a resistência de algumas categorias profissionais, principalmente dos médicos psiquiatras, às propostas de reforma encaminhadas pelo governo federal; (c) baixa politização do assunto nos espaços comuns aos familiares e aos usuários e na mídia, perceptível no baixo número de organizações e manifestações da sociedade civil para reivindicar e defender os direitos desse grupo; (d) a manutenção do chamado “manicômio mental” (PELBART, 1991) por gestores e profissionais de saúde e

pelos próprios familiares, o que representa o campo ideológico resistente às mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica.

A resistência que se esperava observar entre médicos e outros profissionais e familiares não diz respeito somente a um aspecto subjetivo de rejeição às modificações ou discordância quanto aos seus princípios. Ao contrário, é influenciada diretamente pela implementação equivocada e incompleta do novo modelo de atenção à saúde mental.

Também se imagina que entre os profissionais militantes ou defensores da reforma psiquiátrica haja uma elaboração crítica a respeito da lei e do que tem sido considerado ideal nessa política, além de uma visão diferenciada a respeito de sua implementação no DF, de modo que fiquem aparentes os verdadeiros obstáculos à concretização do novo formato de atenção à saúde mental.

É *objetivo geral* da pesquisa conhecer os obstáculos ao processo de implementação da política de saúde mental orientada pela reforma psiquiátrica no Distrito Federal e seus determinantes.

São *objetivos específicos*:

(a) identificar engajamento ou militância na luta antimanicomial ou na reforma psiquiátrica entre gestores e profissionais da saúde mental;

(b) verificar a aplicação de princípios da reforma psiquiátrica no cotidiano das instituições e as limitações para essa aplicação;

(c) identificar e analisar o grau de permeabilidade existente na relação entre Estado e sociedade civil;

(d) observar a existência e a ação de organizações da sociedade civil no âmbito da saúde mental, assim como de entidades de representação corporativa que exerçam algum papel na discussão de questões relevantes da política de saúde mental;

(e) analisar a competência e as características da gestão da política de saúde, e em especial de saúde mental, do governo local.

Considerando ser a metodologia “o caminho e o instrumento próprios de abordagem de realidade” (MINAYO, 1993, p. 22), faz-se necessário construí-la conforme o objeto que se pesquisa. A pesquisa social reflete posições frente à realidade e, nela, o objeto tem consciência histórica (*ibidem*).

Bulmer (*apud ibidem*) faz uma classificação da pesquisa social em quatro tipos: (a) a pesquisa básica, voltada para a elaboração de teorias ou satisfação de curiosidades científicas; (b) a pesquisa estratégica, orientada para problemas da sociedade; (c) a pesquisa orientada

para um problema específico, que é feita em geral dentro das ou para as instituições governamentais, sendo voltada para a solução de problemas técnicos; (d) a pesquisa-ação, que é feita enquanto um programa governamental é desenvolvido, para que seu impacto seja avaliado; (e) a pesquisa de inteligência, que pode ser o levantamento de dados demográficos, econômicos e estatísticos para facilitar a formulação de políticas.

A pesquisa aqui apresentada tem maior afinidade com o segundo tipo, o qual, segundo o autor, utiliza os instrumentos da pesquisa básica, mas tem a ação como finalidade. Enfoca aspectos da realidade de modo a ser útil para o conhecimento e a avaliação de políticas, inclusive a de saúde.

No campo metodológico, busca-se uma aproximação dialética, a partir da compreensão histórica não linear da realidade, em que as condições materiais determinam as idéias. Demo (1995) lembra que a história, mais do que representar um contexto para um fenômeno, o explica. “Toda formação social, movida por conflitos estruturais, produz necessariamente (forma) uma nova (história)”, o que permite que se afirme que “o histórico é estrutural” (*ibidem*, p. 121).

O trabalho de pesquisa é voltado ao campo da política de saúde mental adotada pelo Distrito Federal. Considerando o que já foi tratado acima, em especial o contexto da chamada reforma psiquiátrica, alguns fatores parecem fundamentais para essa abordagem: os serviços oferecidos, os atores envolvidos e as determinações históricas, políticas e econômicas para a existência da atenção à saúde mental tal como se apresenta.

Deste modo, é dada ênfase à metodologia qualitativa, sem que se abra mão de dados quantitativos já existentes, seja para a problematização, seja para a construção da teoria que se busca desenvolver. Também não é excluída a adoção de técnicas quantitativas no decorrer do processo de pesquisa, em especial na análise dos dados empíricos – os quais foram levantados em estudo de campo.

As fases da pesquisa envolveram análise teórica e documental, grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observação. A elaboração textual da dissertação ocorreu ao longo das fases, com tempo específico para isso ao final da investigação empírica.

A análise teórica e documental compreendeu a leitura e a seleção de suporte teórico à pesquisa. Essa fase esteve em curso desde o início da elaboração do projeto, principalmente no que se refere à saúde mental e à reforma psiquiátrica, mas também foram utilizadas produções teóricas do campo das políticas sociais e da política de saúde.

Outro objetivo dessa fase foi conhecer e selecionar as legislações nacionais e locais que tratam dos assuntos de interesse da pesquisa, além de levantar dados oficiais do Distrito Federal sobre a política de saúde e, especificamente, a de saúde mental, incluindo-se informações sobre a história de tal política, no que concerne a organização, financiamento, prioridades e situação atual. Para isso, informações foram buscadas junto à Gerência de Saúde Mental (Gesam) do Distrito Federal e a outros órgãos, como a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). Pesquisas já realizadas sobre o assunto também foram utilizadas. O conteúdo das conferências de saúde mental nacionais e do Distrito Federal constitui fonte secundária importante.

A segunda fase, a da realização de grupos focais foi precedida por uma aproximação dos locais cujos profissionais e/ou usuários foram convidados a participar. A escolha do método dos grupos focais se deu pela sua capacidade de abranger mais instituições e atores sociais, além de confrontar pontos de vista a partir da experiência dos participantes. Por meio dele, é possível enfatizar a interação, em detrimento do monólogo obtido em entrevistas. “[...] a pesquisa com grupos focais tem por objetivo captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos” (MORGAN, KRUEGER *apud* GATTI, 2005, p.9). Não se deve confundir grupo focal com entrevista coletiva. Segundo Kitzinger (*apud ibidem*), o interesse não é somente “no que as pessoas pensam, mas em *como* pensam e *porque* pensam assim” (p.39).

Assim, o público-alvo dessa fase da pesquisa foram pessoas envolvidas com a política de saúde mental, trabalhadoras da rede de atendimento, além daquelas que atuam de alguma forma no campo dessa política, como organizações não governamentais, e dos familiares e usuários da saúde mental. O objetivo desse contato com os atores sociais envolvidos na política foi o de conhecer as dificuldades encontradas no cotidiano de cada segmento e o que é apontado como determinante para a existência dessas dificuldades. Também se almejava verificar as características da relação existente entre os segmentos, identificando-se os conflitos e as congruências. Os atores sociais serão divididos em grupos conforme suas características em comum e as instituições que representam. Opta-se, assim, por, conforme as circunstâncias de cada entidade pesquisada, utilizar critérios de formação de grupos que contemplem, ora a homogeneidade entre os participantes, ora a heterogeneidade. Da mesma forma, os temas foram propostos conforme a composição dos grupos, que tiveram entre 4 e 10 pessoas cada.

Quadro 1 – Instituições e público-alvo dos grupos focais

Instituição	Público-alvo
HSVP	Profissionais de nível superior
HSVP	Usuários (Grupo dos Amigos do HSVP)
Caps II – Taguatinga	Profissionais de nível superior
Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base	Profissionais de nível superior

Quadro 2 – Temas dos grupos focais

Grupo	Temas
Profissionais de nível superior	<ul style="list-style-type: none"> - A psiquiatria diante das outras especialidades médicas (remuneração, poder, demanda); - O papel da psiquiatria na instituição; - Saúde mental em relação a outras áreas de atuação (fatores positivos e negativos de se trabalhar com saúde mental); - Relação entre as categorias profissionais (fatores positivos e negativos da realização de trabalho multiprofissional); - Diferença entre os serviços prestados em saúde mental no Distrito Federal (compreender como os profissionais vêem o serviço em que estão inseridos considerando a reforma psiquiátrica); - Dificuldades encontradas no trabalho; - Opinião sobre a proposta de reforma psiquiátrica da Lei 10.216/01; - Concepção do momento político no Distrito Federal e da atuação estatal no setor saúde; - Engajamento em movimentos sociais.
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades encontradas nos serviços de saúde mental a que estão vinculados; - Dificuldades enfrentadas no dia-a-dia fora da instituição; - Existência de estigma e preconceito por serem usuários de serviços de saúde mental; - Forma como se dá o vínculo com a instituição (consultas médicas periódicas, serviços prestados por outros profissionais); - Dificuldades encontradas na busca por atendimento médico em outras especialidades em instituições da rede pública; - Existência de dificuldade de manutenção do tratamento (aquisição dos medicamentos, marcação de consultas, etc.); - Participação em movimentos sociais.

Para melhor recorte do objeto de pesquisa, não foram enfatizados os serviços dos CAPSad e CAPSi, uma vez que seu público-alvo, contexto e serviços são diferenciados e envolveriam outro tipo de abordagem. Também estão excluídos os ambulatórios de centros de saúde e, no caso daqueles em funcionamento em hospitais gerais, foi priorizado aquele que tem maior número de atendimentos e uma equipe mínima, com outros profissionais além de médicos. Compreende-se, entretanto, que tais serviços façam parte também da reforma

psiquiátrica. A delimitação se dá também, portanto, pela extensão do trabalho pretendido e possível para o nível de mestrado.

Portanto, foram abordados um CAPS de atendimento de adultos, um hospital psiquiátrico – o HSVP – e a Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do DF. Dados de janeiro a junho de 2008, fornecidos pela Secretaria de Saúde, indicam que o serviço em questão aparece mais bem estruturado no Hospital de Base (HBDF). Neste também há internação, contando com 24 leitos. Acreditava-se que, selecionando esses serviços, se atingiriam pontos estratégicos no campo da atenção à saúde mental no Distrito Federal. A região administrativa de Taguatinga configura local chave para a abordagem dessa política, pois apresenta dois serviços de referência em saúde mental – o CAPS, numa perspectiva reformada, e, a alguns metros de distância, o hospital, mantendo o modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico. Mais distante, ocupando-se da demanda de Brasília propriamente dita ou do Plano Piloto e adjacências, fica o HBDF, com uma proposta inovadora desde sua origem, quando a Unidade de Psiquiatria ficava em um andar do prédio mais alto e se apresentava como um serviço diferenciado, moderno como a cidade que se erguia nos anos 1960.

Não foi possível realizar o grupo focal com os usuários da ONG Inverso, pois o contato prévio com o grupo exigia muito tempo, uma vez que as atividades realizadas no local não contam sempre com os mesmos participantes. As oficinas desenvolvidas no local seriam prejudicadas caso a pesquisadora se envolvesse e propusesse a utilização desses horários para a discussão em grupo sobre os temas propostos.

Concomitantemente aos grupos focais, foram realizadas entrevistas com representantes de entidades não contempladas nos grupos, como a Gerência de Saúde Mental, sendo que foram entrevistados o gestor atual e outro da época em que a Gesam ainda era Coordenadoria de Saúde Mental – Cosam – no período em que foi aprovada a Lei 10.216/01. Por fim, e com objetivo de tratar do assunto sob vários pontos de vista, foram contatados representantes do Movimento Pró-Saúde Mental e da Associação Psiquiátrica de Brasília. A APBr, entretanto, não respondeu a nenhuma das solicitações de participação da pesquisa, o que ocorreu por fax, telefone e email institucionais e pessoais para o diretor atual da entidade, durante o período de um ano. Assim, foram analisados os números do Jornal Brasiliense de Psiquiatria disponíveis no site da associação.

Os objetivos das entrevistas (apêndice A) constituíram o próprio roteiro de entrevista para cada instituição contatada, não tendo sido necessária a elaboração de questões específicas para cada tema. Tal opção metodológica se explica pelo fato de ter se pretendido a realização

de entrevistas semiestruturadas, divididas por eixos temáticos que podem englobar perguntas variadas dentro da proposta.

Além das entrevistas que haviam sido previstas no projeto de pesquisa, outras foram necessárias, por indicação dos membros dos grupos focais e dos entrevistados. Foram indicadas, assim, entrevistas com representante da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde do DF (Pro-SUS) e com uma deputada, representante da Câmara Legislativa do DF, que se destaca pela participação com projetos de lei e apoio direto da causa da reforma psiquiátrica. A promotoria mostrou-se solícita desde o primeiro contato, em meados de 2009. A entrevista foi realizada com sucesso e está relatada neste trabalho em espaço oportuno. Não houve resposta da equipe da deputada, mesmo após diversos contatos com seu gabinete, por telefone e email entre novembro de 2009 e maio de 2010.

A observação não constituiu fase distinta, uma vez que foi feita no momento das entrevistas, dos grupos focais e dos contatos necessários para que ocorressem. Considera-se a observação uma forma fundamental de atingir o conhecimento da realidade, pois é possível verificar, por meio dela, indicadores de coerência e contradição em relação aos discursos das entrevistas e dos documentos. Assim, cogitava-se uma observação atenta em todos os contatos com as instituições e com os entrevistados, com destaque aos comportamentos e ambientes que confirmassem ou rejeitassem uma prática de cunho antimanicomial. Trata-se de observação participante, sem instrumento específico para estruturar a coleta de informações, que deve se dar por meio de notas descritivas (em que se narram o fato e o contexto) e analíticas (em que se relatam ideias, argumentos e *insights* a respeito do fato observado). Segundo Laville e Dionne (1999), é importante que a observação seja feita de forma disciplinada e se vincule às hipóteses de resultado.

Uma última fase foi dedicada somente à transcrição e à análise dos materiais de fonte primária e à elaboração da dissertação, não se excluindo a possibilidade disso ser feito durante os outros processos.

É importante considerar o âmbito ético da pesquisa, a qual deve zelar pela confidencialidade das informações, pelo respeito às opiniões e pelo *feedback* aos participantes. Como forma de esses e outros aspectos éticos serem preservados, o projeto desta dissertação foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES), o que é também exigência da própria secretaria para que se realizem estudos em serviços de saúde. Além disso, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que expressa os objetivos e métodos

da pesquisa e deixa clara a liberdade de as pessoas se recusarem a participar e de interromperem sua participação na pesquisa a qualquer momento. Esse documento foi feito em duas vias – uma para o participante e outra para a pesquisadora – e continha dados para contato com a pessoa responsável pela pesquisa, sendo obrigatória a assinatura dos participantes e da pesquisadora para que os grupos focais e as entrevistas fossem realizados (apêndices B e C).

Capítulo 2

Atenção à saúde mental como política pública: trajetória e configuração atual

Busca-se, neste capítulo, abordar a configuração da atenção à saúde mental, do ponto de vista político e social. Para tanto, inicialmente, será feita uma aproximação teórica do objeto de estudo, a partir das categorias de interesse imediato – política pública, política social e política de saúde. Numa segunda e mais extensa parte, o objetivo será situar historicamente a política de saúde mental brasileira, a partir da concepção de ciclo das políticas públicas, defendida por Klaus Frey (2000). Por fim, é feita uma análise a respeito do momento atual da referida política.

2.1. A saúde mental como política social

Antes de ser política de saúde, a intervenção coletiva no campo da saúde mental é uma política social e, antes disso, política pública, cuja implementação atinge a construção política, institucional, teórica e científica em torno do objeto “loucura”. Analisa-se aqui, portanto, de que forma a saúde mental se identifica com o conceito de política pública e porque esse subsetor da saúde interessa à análise de políticas públicas.

Maria das Graças Rua (1998) traz algumas considerações sobre os conceitos que envolvem a política pública. A autora compreende que política “consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos” (p.1). A política pública não é somente uma decisão, mas um conjunto delas somado a ações que envolvem alocação de recursos. O que define o caráter público de uma política, segundo a autora, é o fato de ela ser baseada em ordem soberana do poder público, há um “imperativo”.

Rua (*ibidem*), citando Easton, aborda a política pública como *outputs*, que seriam resultado do processamento dos *inputs* – as demandas da sociedade – e dos *withinputs* – as demandas surgidas dentro do sistema político. Essas demandas podem ser novas, recorrentes ou reprimidas, mas, para que tenham como retorno decisões políticas e políticas públicas, devem constituir um problema político.

Um estado de coisas geralmente se transforma em problema político quando mobiliza ação política. Para que uma situação ou estado de coisas se torne

um problema político e passe a figurar como um item prioritário da agenda governamental é necessário que apresente pelo menos uma das seguintes características: (a) mobilize ação política, seja ação coletiva de grandes grupos, seja ação coletiva de pequenos grupos dotados de fortes recursos de poder, seja ação de atores individuais estrategicamente situados; (b) constitua uma situação de crise, calamidade ou catástrofe, de maneira que o ônus de não resolver o problema seja maior que o ônus de resolvê-lo; (c) constitua uma situação de oportunidade, ou seja, haja vantagens, antevistas por algum ator relevante, a serem obtidas com o tratamento daquele problema. (RUA, 1998, p. 12)

O tipo de problema político indica o caráter social de uma política. Elaine R. Behring e Ivanete Boschetti (2008) consideram unilaterais as análises que veem a política social como iniciativas exclusivas do Estado com o objetivo de garantir hegemonia ou, ao contrário, como somente resultado de luta e pressão da classe trabalhadora. Afirmam que o Estado assim concebido aparenta ser esfera pacífica, sem interesses e sem luta de classes no seu interior. “Nessa perspectiva, o estudo das políticas sociais deve considerar sua múltipla causalidade, as conexões internas, as relações entre suas diversas manifestações e dimensões” (p.43). E essas dimensões seriam, principalmente, segundo as autoras, a história, a economia, a política e a cultura. São aspectos envolvidos, imbricados, articulados, e não partes isoladas.

A política social se ocupa dos direitos sociais (PEREIRA, 2008b) e é própria do modelo capitalista de produção contemporâneo, servindo como intermediária entre o capital e o trabalho, uma vez que permite às classes que vivem do trabalho o acesso à proteção social, impossível de ser acessada no mercado. “[...] não se deve esquecer que, mediante a política social, é que direitos sociais se concretizam e necessidades humanas (leia-se sociais) são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada” (PEREIRA, 2008a, p.165). Potyara Pereira (2008c) destaca a importância da participação para a ação política: “[...] tendo como meta as vantagens da comunidade e a satisfação das necessidades sociais, a política converte-se em participação democrática” (p.91).

Critica-se o relativismo com que grupos adeptos de determinados paradigmas analisam as necessidades sociais, principalmente quando defendem que elas sejam totalmente subjetivas, como se significassem, na verdade, escolhas individuais (PEREIRA, 2008b). Descaracterizam, assim, a própria expressão “necessidade” e fazem crer não ser preciso desenvolver políticas de cunho social ou que elas devam existir apenas para garantir uma possibilidade de sobrevivência, desprovidas de uma compreensão de cidadania e dignidade.

O conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) abre espaço para esse tipo de compreensão. Ao afirmar que “saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS apud SCLIAR, 2005,

p.93), coloca-se em discussão a expressão “bem-estar”, a qual seria extremamente subjetiva, significando algo próximo de “felicidade”, que não é quantificável. Justificar-se-ia assim uma não intervenção no âmbito da saúde? Ora,

Na prática, quem cuida da saúde de grupos humanos procura sobretudo evitar danos objetivos à saúde: doenças, acidentes, etc. Isso não quer dizer que saúde e doença sejam entidades à parte, não são; fazem parte de um continuum que é o processo saúde-enfermidade.

[...]

Em cada uma das fases do processo saúde-enfermidade é possível um tipo de intervenção (SCLIAR, 2005, p.94).

E é a partir da identificação desse processo e dessas fases que a ideia de saúde pública e, portanto, de política de saúde, se torna factível.

Entenderei [...] políticas de saúde como o conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar. (LUZ, 1994, p. 86)

Madel Therezinha Luz (*ibidem*) completa a reflexão dizendo considerar que tais políticas tendem a excluir social e economicamente setores da sociedade. Ao definir Estado, a autora se detém no seu sentido mais restrito, considerando-o o conjunto dos aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos, tais como a escola, o hospital, o cárcere, a política, a lei e os ministérios.

Marc Lalonde (apud SCLIAR, 2005), ministro da Saúde e do Bem-Estar do Canadá em 1976, propôs o conceito de campo da saúde, o qual seria composto pela biologia humana, pelo meio ambiente, pelo estilo de vida e pela organização da assistência à saúde. A inclusão desse último item é um fato interessante e tem relação com a responsabilidade do Estado e da sociedade na manutenção e promoção da saúde da população, fazendo da política de saúde um fator que interfere na qualidade de vida e, portanto, na própria saúde.

A saúde pública seria, segundo Winslow (1949 apud SCLIAR, 2005), uma ciência e uma arte com os seguintes objetivos: evitar a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e mental e a eficiência. A prevenção é um ponto de partida adotado mundialmente e a preocupação com a eficiência indica a necessidade de organização dos esforços pela saúde coletiva.

Aparentemente, o início da preocupação com a saúde mental não é contemporâneo da preocupação com a saúde física. Num primeiro momento, a loucura não era tida como problema de saúde, muito menos como problema social que exigisse respostas em forma de serviços. O discurso normativo no Brasil acerca da saúde mental surgiu pela primeira vez no

século XIX. No entanto, à época, tratava-se de políticas da loucura. O termo “saúde mental” foi incorporado a partir de um viés preventivista, que logo se mostrou inadequado para o setor, embora até o momento seja utilizado no setor saúde como um todo. (LUZ, 2004)

Ao discutir o planejamento estratégico na política de saúde mental, Giovanella e Amarante (1994) destacam a importância do poder e suas relações e, citando Mario Testa, afirmam que o planejamento em saúde deve buscar deslocar o poder em favor das “classes/grupos subordinados/dominados” (p.131). Esse parece ser o objetivo de qualquer política considerada social. Aí o problema de saúde é considerado problema social, o planejamento aparece como prática histórica e sua compreensão e análise só podem se dar na sociedade. O método é diretamente relacionado aos propósitos pretendidos. E os métodos de intervenção na saúde mental mudaram consideravelmente desde o século XIX, como é possível observar abaixo na análise do ciclo dessa política e no próximo capítulo.

2.2. O ciclo da política de saúde mental no Brasil

Desde o fim dos anos 1980, tem-se assistido, no Brasil, a uma modificação do modelo de atenção à saúde mental. Trata-se da chamada reforma psiquiátrica, que tem como princípios a substituição dos serviços baseados em leitos psiquiátricos por serviços alternativos, como ambulatorios, oficinas terapêuticas, e outros, voltados para a promoção da cidadania, além do tratamento.

Essa transformação da forma de lidar com o transtorno mental não está completa e não tem acontecido sem conflitos e dificuldades. Por isso, o objetivo deste capítulo é a construção de um marco analítico para essa política, com base na concepção do ciclo da política pública – *policy cycle* – adotada por Klaus Frey (2000), cujas fases guiarão a compreensão da política de saúde mental atualmente configurada no Brasil e auxiliarão a proposta de correções.

No estudo das políticas públicas, costuma-se considerar três tipos de abordagem: (1) a do sistema político (*polity*), em que o pesquisador busca verificar qual é a ordem certa ou verdadeira na estrutura político-administrativa; (2) o questionamento político (*politics*), cuja ênfase é nos conflitos, nas forças políticas que interferem no processo decisório e; (3) os resultados (*policy*), manifestos pela dimensão material, pelo conteúdo da política, em que se podem perceber problemas técnicos e outros relacionados à execução. (FREY, 2000)

Verificam-se aqui os conflitos políticos e teóricos que influenciam as (e são influenciados pelas) ações no campo da atenção à saúde mental. Procura-se abordar o

processo e os resultados obtidos, de modo a fornecer subsídios para uma revisão da política em questão. Este trabalho procura abordar, portanto, principalmente, os aspectos de *politics* e *policy*.

Frey (*ibidem*) afirma que é necessário criar instrumentais teórico-analíticos condizentes com a realidade da localidade que se pretende estudar. Os instrumentais existentes, advindos de países industrializados, não dão conta das diferenças políticas, culturais e sócio-econômicas dos países em desenvolvimento. Assim, o autor verifica que esses fatores não influenciam somente os aspectos de *polity* e *politics*. Ou seja, não dizem respeito apenas à elaboração da política, mas também a como ela é executada.

As fases do ciclo político propostas por Frey (*idem*) e aqui utilizadas com o objetivo de análise são: (a) percepção e definição de problemas, (b) construção da agenda, (c) elaboração de programas e tomada de decisão, (d) implementação da política, (e) avaliação/correção. Compreende-se que, na prática, essas fases nem sempre se distinguem cronológica e metodologicamente.

2.2.1. *Percepção e definição de problemas – De Pinel a Basaglia*

O problema do trato com a loucura vem se delineando desde muito antes da modificação dos modelos de atenção à saúde mental no mundo. No século XVI, Erasmo de Rotterdam publicava seu Elogio da Loucura, abordando-a como algo completamente diferente da doença mental, buscando apontar tudo que há de positivo na loucura e os diversos espaços e momentos em que ela se manifesta mesmo sem estar no corpo de uma pessoa com transtorno mental.

Nos anos 1960, uma série de autores, dentre os quais se destacaram David Cooper e Ronald Laing (AMARANTE, 2007), criaram o movimento conhecido como antipsiquiatria, que não só denunciava os crimes que eram cometidos nos manicômios, como também propunham a extinção do tratamento para as pessoas com transtorno mental. O movimento anarquista da primeira metade do século XX pode ter influenciado a antipsiquiatria. Na mesma década, Michel Foucault (1961) lançou sua História da Loucura, em que questionou a psiquiatria, assim como a medicina, enquanto ciência e produtora de verdade, e relatou uma série de contribuições da loucura nas artes e em outros aspectos da vida humana.

Na década de 1970, começam a surgir ações de fato em direção à reforma psiquiátrica. Nos Estados Unidos e em alguns países da Europa iniciavam-se as práticas de comunidades

terapêuticas. Na Itália, em 1978 foi aprovada a Lei n.º 180, de autoria de Franco Basaglia, criando-se uma política de saúde mental humanizada, de base comunitária, com características totalmente antimanicomiais.

Discussões e pautas de temas alheios à saúde mental contribuíram também para a criação do problema em torno do tratamento da doença mental. Um exemplo é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a qual, apesar de sugerir que todo ser humano é dotado de razão (excluindo o louco, portanto), difunde em todo o mundo ocidental uma tendência à fraternidade, à cooperação e à humanização. No Brasil, a onda democratizante dos anos 1980 foi responsável por diversas alterações na vida da população, antes submetida à ditadura militar.

Existindo, portanto, o problema em torno da saúde mental, faltavam atores políticos para assumi-lo e lutar pela mudança do quadro. Entre 1960 e 1990, jornais denunciavam maus tratos contra pessoas internadas em manicômios no Brasil e os profissionais da área criaram o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, que se vinculou inicialmente à proposta de reforma sanitária. Em 1979, Franco Basaglia visitou o país, impulsionando o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental. No âmbito político, o órgão responsável por essa política no Ministério da Saúde – a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) – foi fechada sob pressão no início dos anos 1990. (AMARANTE, 1995a)

Iniciava-se, assim, a reforma da atenção à saúde mental no Brasil, ainda sem qualquer formalização e sem a merecida visibilidade.

2.2.2. Construção da agenda – A importância da sociedade civil para a organização da pauta da saúde mental

A partir da visita de Basaglia e das conferências de que participou em Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro, o Brasil teve contato pela primeira vez com as ideias que nortearam a psiquiatria alternativa italiana. Experiências isoladas em municípios brasileiros e a aprovação de leis e portarias nesses locais e em alguns estados serviram de exemplo e mostraram as possibilidades da reforma psiquiátrica.

Em 1985, a Dinsam apresentou a Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República, com forte enfoque médico. Sugere que leitos podem ser complementados – e não substituídos – por ambulatórios com sucesso e mantém compreensões tradicionais da doença

mental e de seu tratamento – voltado para a cura a partir de diagnósticos bem definidos, como na “saúde física”. De um modo geral, o documento fortalecia a pauta da reforma sanitária.

Em junho de 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) cujos grupos de trabalho se concentraram em três temas: (1) economia, sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e a doença mental; (2) reforma sanitária e reorganização da atenção à saúde mental; (3) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. A ênfase dessa conferência foi nos trabalhadores da saúde mental, na melhoria das condições de trabalho e na delimitação de sua atuação, mas apresentaram-se propostas ousadas de mudanças, contra o modelo centralizado no hospital e na psiquiatria.

A II CNSM ocorreu em dezembro de 1992, incorporando as ideias apresentadas na Conferência de Caracas, que definiu princípios para a reforma psiquiátrica na América Latina em 1990. Seu tema central foi a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil. Foi divulgado e discutido, na ocasião, o posicionamento de diversas entidades e de indivíduos militantes pela Luta Antimanicomial. Havia opiniões das mais variadas – um conflito de interesses se delineava, envolvendo organizações da sociedade civil, representantes de empresários do setor saúde e entidades corporativas. A Organização das Nações Unidas também se manifestou em 1991 com a carta “A proteção de pessoas com enfermidade mental e a melhoria da assistência à saúde mental”.

Já haviam sido publicadas duas portarias (n.º 189/90 e n.º 224/92) permitindo a alocação de recursos em serviços alternativos aos leitos e definindo disposições gerais sobre os tipos de serviços e as equipes que os comporiam. No entanto, havia previsão de equipe mínima para hospitais especializados, os quais, mesmo os de grande porte, permaneciam autorizados. A equipe recomendada era ínfima.

O marco da reforma psiquiátrica como problema político, com espaço na agenda pública oficialmente, é o Projeto de Lei (PL) n.º 3657, de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG). É certo que esse projeto teve sua influência na publicação das portarias citadas e mesmo na realização da II CNSM, porém seu potencial de transformação não tinha somente esse alcance.

2.2.3. Elaboração de programas e tomada de decisão – Alguém tem que ceder

As fases de construção da agenda e de elaboração de programas se confundem e o caminho histórico não é semelhante ao ciclo da política, cujas fases não são necessariamente

lineares. Ao contrário, as decisões e os movimentos para que elas ocorram são codependentes e se influenciam mutuamente. Ao mesmo tempo em que se lutava pela aprovação do PL de Delgado para que a legislação obrigasse o implemento de modificações na política de saúde mental, as mudanças da prática impulsionavam a alteração da lei.

O fato de terem sido publicadas portarias sobre a reforma psiquiátrica já indicava alguma importância do tema na arena política. Os conflitos que se seguiram deixariam claras duas posições básicas a respeito do assunto: uma, favorável à mudança de paradigmas e de práticas quanto à atenção à saúde mental, representada por trabalhadores da saúde mental, organizações da sociedade civil de defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental, estudiosos de diferentes áreas do conhecimento, e outra, contrária à reforma psiquiátrica, representada essencialmente por médicos psiquiatras e associações e sindicatos que os apoiavam, além da Federação Brasileira de Hospitais, que defendia os interesses dos empresários.

Durante os anos 1990, estados promulgavam suas próprias leis de reforma psiquiátrica, leitos eram extintos e serviços alternativos eram criados. A Lei Paulo Delgado, n.º 10.216, só seria aprovada em 2001, após ter seu texto alterado pelo substitutivo do deputado e médico Sebastião Rocha (PDT-AP), que tentava unir os interesses dos reformistas aos dos empresários e dos médicos. O resultado foi uma lei cheia de contradições. Alguns pontos fundamentais modificados no projeto podem ser citados (ODA, PICCININI, 2006): (a) a regulamentação da prática da internação compulsória de pessoas exigia participação do poder judiciário no projeto original, mas, segundo o novo projeto e a lei aprovada, basta um laudo médico; (b) o PL de 1989 deixava claro o posicionamento antipsiquiátrico e contra o enfoque médico da loucura, enquanto o substitutivo reduziu esse posicionamento à proposição de um trabalho multidisciplinar; (c) o PL obrigava a extinção de leitos e de hospitais psiquiátricos e proibia a criação de novos, enquanto o substitutivo sugeria a possibilidade de criação de novos leitos, se necessário, e a lei não se manifestou sobre a implantação de novos leitos, deixando livre a iniciativa privada.

Em 2002, foi realizada a III CNSM, já discutindo experiências bem sucedidas e sugerindo novos passos rumo a um serviço de atenção à saúde mental de qualidade, rompendo a institucionalização do louco e da loucura. Intitulada “Cuidar, sim. Excluir, não”, a conferência teve como eixo temático a reorientação do modelo assistencial e seus subtemas já abordavam recursos humanos, financiamento, controle social, direitos, acessibilidade e cidadania. A política estava consolidada como tal.

No ano seguinte, outra lei federal reforçava a desinstitucionalização – a Lei n.º 10.708/03, que instituiu um auxílio-reabilitação de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais) a usuários de serviços de saúde mental egressos de instituições manicomial. Apesar da proposta ousada dessa lei no aspecto ideológico, seus critérios de seletividade são bastante rígidos, devendo os beneficiários ter sido internos por um período ininterrupto de dois anos em instituição psiquiátrica.

2.2.4. Implementação da política – Segundo a lei...

Verificadas as proposições no campo das ideias, pode-se visualizar o aspecto prático, a execução das mesmas. A legislação que trata da atenção à saúde mental reformada criou um modelo baseado em alguns serviços principais, sendo que há em alguns estados e municípios experiências diferentes, serviços com outros nomes e com propostas alternativas às federais, mas também antimanicomial.

A atenção à saúde mental no Brasil hoje deve se organizar segundo o disposto na Lei n.º 10.216/01, que define, no parágrafo único do artigo 2º como direitos da pessoa com transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A opção do Ministério da Saúde (Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992), seguindo exemplos de sucesso no país, antes mesmo da aprovação da Lei Paulo Delgado, foi por uma base comunitária, que tem como serviços principais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais (UPHG), além do Programa De Volta Para Casa (PVC).

É importante destacar a necessidade de que esses serviços sirvam uns aos outros de referência num sistema integrado, em rede, e o fato de que eles constituem alternativa ao modelo manicomial. Logo, é princípio da proposta de reforma a redução do número de leitos psiquiátricos, em especial daqueles localizados em instituições de caráter única ou primordialmente asilar e que oferecem internações de longa duração.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem serviços multidisciplinares de atendimento ambulatorial e de hospital-dia. Dividem-se em tipos, conforme a população, a clientela e o horário de funcionamento. CAPS I e II se destinam ao atendimento de população adulta com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III oferecem atendimento 24h ao mesmo público-alvo. Os chamados CAPSad são voltados ao tratamento de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, dispondo de leitos exclusivos para desintoxicação. Os CAPSi, por seu turno, são para tratamento de transtornos que acometem crianças e adolescentes. O CAPS I atende satisfatoriamente uma população de 50 mil pessoas, o CAPS II, assim como os CAPS ad e i, atende o dobro, e o CAPS III tem capacidade para uma população de 150 mil pessoas. (BRASIL, 2004)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) se destinam a pessoas que passaram por internações psiquiátricas de longa duração e não conseguiram, por algum motivo, se reintegrar à família. São casas onde devem viver no máximo 8 pessoas, com o apoio direto e contínuo de um profissional, contando com serviços de referência próximos. Constituem uma proposta inovadora e eficaz na desinstitucionalização da atenção à saúde mental. (FURTADO, 2006)

As Unidades de Psiquiatria em Hospital Geral (UPHG), por sua vez, podem concentrar serviços de internação de curta duração (enfermarias) e ambulatoriais, oferecendo serviços interconsultas com outras especialidades do hospital. A OMS (OPAS/OMS, 2001) considera adequado o número máximo de 15 leitos por unidade, conforme proposto na lei de Basaglia, na Itália.

O Programa De Volta Para Casa (PVC), já mencionado acima, foi regulamentado pela Lei n.º 10.708/03 e tem como principal estratégia de desinstitucionalização a concessão de um auxílio-reabilitação psicossocial mensal de R\$ 240,00 (esse valor foi reajustado em novembro de 2008 para R\$ 320,00) por um ano, renovável, a indivíduos que tenham passado dois anos ininterruptos internados em instituição psiquiátrica pública. Eles devem, para tanto, deixar a rotina de internações, permanecendo em casa, fazendo um acompanhamento de seu estado de saúde nos serviços de referência. (BRASIL, 2003)

Um fator pouco considerado quando se analisa a reforma psiquiátrica é a adesão dos serviços privados. Não são encontrados estudos sobre o trabalho desenvolvido em instituições particulares e quase não há dados oficiais disponíveis. O fato de a lei ter deixado livre a iniciativa privada torna importantes as ações de fiscalização e regulação.

Um novo modelo se delineia no campo da saúde mental no SUS, mas quais são suas dificuldades? A lei é suficiente para uma implementação com a qualidade que se deseja? É chegado o momento de uma nova Conferência Nacional de Saúde Mental?

2.2.5. Avaliação/correção – Os números da desigualdade

Os programas extra-hospitalares de atenção à saúde mental receberam mais recursos que os hospitalares pela primeira vez no ano de 2006, quase 218 milhões de reais. Esse valor representou 2,04% do orçamento total do Ministério da Saúde para aquele período. Imagina-se que uma nova atenção à saúde mental esteja tomando forma.

Há tentativas de avaliação dos serviços oficiais partindo do Ministério da Saúde. A publicação *Saúde Mental em Dados* (BRASIL, 2006a, 2006b, 2007, 2008) é a principal fonte para análise da situação atual da política de saúde mental no país. Com base nela, pode-se fazer uma ligeira análise histórica recente e comparativa da reforma psiquiátrica entre as regiões e estados brasileiros.

O Brasil apresentava, em 2008, uma média de 2,2 leitos por 10 mil habitantes, variando nos estados entre 0,1 (Pará) e 5 leitos por 10 mil habitantes (Rio de Janeiro). Em números absolutos, o número de leitos transita entre 53 (Acre) e 12.639 (São Paulo). Em todos os estados, nota-se a existência de médios ou grandes hospitais, uma vez que todos, em média, dispõem de mais de 50 leitos. São 214 hospitais psiquiátricos públicos dividindo 36.797 leitos. No Acre os leitos estão concentrados em apenas um hospital, enquanto em São Paulo há 58 hospitais dividindo os mais de 12 mil leitos, o que representa em média 218 leitos por hospital.

No *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, de 2001, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) constatam que 1,5 é o número médio de leitos no mundo para cada 10 mil pessoas, o que não representa necessariamente o ideal. Em escala mundial, há uma variação entre 0,3 leito no Sudeste Asiático e 9,3 leitos na Europa.

Não se pode perder de vista o fato de o fenômeno dos transtornos mentais ocorrer de forma diferente em cada região do mundo e também em cada região do país. É importante que se levem em consideração pesquisas de cunho epidemiológico para a construção da política de saúde mental. Acredita-se que não há ainda uma definição do número ideal de leitos e que é possível que só se descubra esse número quando da implementação plena de serviços substitutivos, uma vez que a utilização de leitos deve, como diversos estudos vêm mostrando (AMARANTE, 1995b), constituir exceção, e não regra, no tratamento.

Numa outra perspectiva, o Brasil dispunha, em 2008, de 2.568 leitos de psiquiatria divididos em 415 hospitais gerais. Alguns estados não apresentavam nenhum leito nessa modalidade naquele ano. São eles Amazonas, Roraima, Alagoas e Maranhão. A quantidade de leitos nas UF varia entre nenhum e 597 (Rio Grande do Sul), sendo que nos estados da Paraíba e em Mato Grosso há, respectivamente 3 e 2 leitos desse tipo. Há uma recomendação da OMS de manutenção de um máximo de 15 leitos por hospital, o que o Brasil vem aparentemente cumprindo quando observadas as médias, mas não quando analisados os números absolutos por hospital em cada UF.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), uma estratégia importante para a implantação da reforma psiquiátrica, são os que existem em menor quantidade no país. Em 2007, os estados da região Norte, o Distrito Federal e o estado de Alagoas não possuíam nenhum desses serviços. Na publicação Saúde Mental em Dados daquele ano foi afirmado que 107 residências estavam em fase de implantação. No entanto, entre 2007 e 2008, a variação no número de módulos em funcionamento foi baixa – de 487 para 502. O estado de São Paulo tem a maior quantidade de residências terapêuticas, com 200 unidades.

Em 2006, 16 UF deixaram de receber incentivos para a implantação de SRT. O Distrito Federal, assim como Roraima, o Amapá e o Acre, além de não ter recebido esse financiamento, também não recebeu nenhum incentivo para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O valor total repassado pela União aos estados para esses fins foi de 6 milhões de reais. Em âmbito nacional, o incremento foi de apenas 4 residências entre 2006 e 2007, enquanto a média dos anos anteriores era, desde 2002, de 97,5.

Em todo o país, a ênfase para a organização da nova estrutura para a atenção à saúde mental tem sido na implantação de CAPS. Entre julho de 2006 e agosto de 2007, verificou-se um aumento significativo na quantidade desses serviços, incluindo as modalidades álcool/drogas e infantil. Em 2006, havia 882 CAPS no Brasil. Em 2007, esse número chegou a 1.123 e, em 2008, atingiu 1.290. O estado da Paraíba é indicado como o que apresenta

melhor cobertura desse serviço, com 0,96 CAPS para cada 100 mil habitantes, consideradas as diferenças de abrangência de cada modalidade. Em 2006, esse número era de 0,43, o que indica que a Paraíba ultrapassou o dobro de suas possibilidades de atendimento nessa modalidade, atingindo agora um nível considerado de cobertura muito boa pelo Ministério. O Distrito Federal, por seu turno, encontrava-se estagnado nos índices com 3 CAPS e uma cobertura de 0,11 unidade por 100 mil habitantes em 2006 e 2007. Na publicação de 2008 consta o dobro de CAPS na UF, aumentando oficialmente a cobertura para 0,22. Em todos os períodos analisados, apenas o Amazonas encontra-se em situação mais complicada, embora tenha aumentado levemente sua oferta entre 2006 e 2007.

Para fins de avaliação da atenção à saúde mental no país, também é de extrema importância observar a adesão ao Programa De Volta Para Casa, a qual deve ser feita diretamente pelos municípios. Para aderir ao PVC, os municípios devem ter conselhos de saúde em funcionamento. Dos mais de 5 mil municípios brasileiros, apenas 106 aderiram ao programa até julho de 2006, atingindo 2.241 beneficiários. A região Norte não possuía nenhum município cadastrado e, portanto, nenhum usuário beneficiado. Em 2008, a situação é semelhante, mas há mais beneficiários no país – 3.104.

Apesar de os dados mostrarem uma situação de desigualdade que na aparência envolve somente vontade política, repasse e aplicação de verbas, compreende-se que tal problema está vinculado a outros fatores, como uma compreensão e uma aplicação diferenciadas da reforma psiquiátrica. Isso não se dá necessariamente conscientemente. É importante observar a correlação de forças que se desenvolve no âmbito político local e mesmo na prática dos profissionais de saúde.

Alguns estados apresentam situações peculiares, as quais vale a pena analisar com maior afinco.

O Rio Grande do Sul, por exemplo, embora seja nacionalmente lembrado como um exemplo de estado pioneiro e resolutivo nas ações e serviços identificados com a Reforma Psiquiátrica, tem paradoxalmente um dos cenários mais bélicos e virulentos na tensão entre o discurso médico psiquiátrico e o discurso da Reforma, corporificados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) e no Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), respectivamente. (NARDI, RAMMINGER, 2007, p. 278-279)

Esse tipo de tensão é, certamente, um dos fatores que interferem na forma de os estados elaborarem e aplicarem as políticas. No caso da reforma psiquiátrica, em que ainda não se conseguiu modificar o paradigma de formação e atuação dos médicos psiquiatras, a relação entre esses profissionais, em suas corporações e entidades representativas, e os atores

que defendem a mudança do modelo de atenção à saúde mental é conflituosa. No Rio Grande do Sul talvez se percebam esses fatores no fato de haver muitos serviços substitutivos em relação a outros estados ao mesmo tempo em que há um grande número de leitos em hospitais psiquiátricos. São 910 leitos divididos em 6 instituições (BRASIL, 2006b).

Há nacionalmente um conflito de paradigmas de orientação da atenção à saúde mental, embora ele apareça e tenha maior relevância em algumas localidades. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) publicaram, em 2006, *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*, em que, embora não condenem a Lei n.º 10.216/01, e até se considerem impulsionadores de sua promulgação, questionam o Projeto de Lei que a gerou e demonstram uma percepção centralizada no saber médico e uma defesa insistente de aspectos questionados pelos defensores da reforma psiquiátrica, como a compreensão de que a psiquiatria deve buscar a cura dos transtornos mentais, e não apenas a remissão e a recuperação. Nessa publicação, ao mesmo tempo em que se questiona a forma como tem ocorrido a modificação da atenção à saúde mental, são expressas interpretações equivocadas quanto às propostas da reforma psiquiátrica.

Além da óbvia influência das categorias profissionais afetadas pelas modificações na atuação em saúde mental, é possível identificar relações entre o caráter da política de saúde e o perfil do governo em cada época. No âmbito nacional, a Coordenação de Saúde Mental vem sendo gerida pela mesma pessoa desde o ano de 2001, que se mantém apesar das mudanças frequentes de ministros e da alteração na Presidência da República, em 2003 (BORGES, BAPTISTA, 2008). Isso não significa, entretanto, que sua relação com os ministros seja sempre a mesma e que não haja conflitos. O mesmo pode-se aplicar à implantação de qualquer política pública no âmbito estadual. Acredita-se, pois, que as alterações de governo e o perfil das gestões podem imprimir às políticas públicas características peculiares a cada momento, observadas as especificidades sócio-históricas e culturais de cada localidade.

Um fator que vem sendo lembrado pelos autores como problema para a concretização da reforma psiquiátrica é a não incorporação de seu paradigma pelos profissionais da saúde mental. Embora o discurso seja antimanicomial, a prática não incorpora o respeito à diferença e a cidadania real das pessoas com transtorno mental (NARDI, RAMMINGER, 2007). Pesquisas sobre isso são de grande valia e podem apontar caminhos para a capacitação e a formação dos trabalhadores da saúde mental.

Capítulo 3

Do conceito à prática, da prática ao conceito: repensando a atenção à saúde mental e sua teoria

Este capítulo é dedicado à abordagem teórica sobre as categorias fundamentais adotadas na pesquisa aqui apresentada. Assim, parte-se da discussão dos conceitos de loucura, transtorno mental, doença mental, deficiência mental, psiquiatria e saúde mental, buscando-se associar a modificação teórica à modificação das práticas no campo em questão.

3.1. A necessidade de discussão dos conceitos

Após a Revolução Francesa, a psiquiatria marcou com o selo da medicina práticas disciplinares e correccionais (CASTEL apud OLIVEIRA, ALESSI, 2005). Philippe Pinel é conhecido por ter trazido uma diferenciação de tratamento dos loucos em relação aos outros perturbadores da ordem, como mendigos e criminosos. É considerado pai da psiquiatria pela introdução de métodos que pretendiam a cura dos doentes mentais, e não apenas sua apartação da sociedade. O manicômio era, assim, o local da experimentação de técnicas que visassem à normalização do comportamento do louco, mesmo que, para isso (ou utilizando isso como justificativa), fosse necessário anular os internos e fazer do hospício um espaço de “troca zero” (ROTELLI, 1990). A ausência de troca se dá pela completa passividade do indivíduo institucionalizado, a quem os direitos são negados.

Esse modelo, que era, de alguma forma, de atenção à saúde mental, só passou a ser questionado no século XX, sob influência do médico alemão Emil Kraepelin (1856-1926), que imprimiu um caráter mais científico às práticas psiquiátricas a partir do desenvolvimento de pesquisas que levaram a uma classificação de doenças mentais. A preocupação com o aspecto clínico levou alguns de seus seguidores ao redor do mundo a deixar de lado as práticas de cunho moralista e penal, já que reconheciam nas doenças causas genéticas e biológicas. As ideias de Kraepelin foram difundidas no Brasil por Juliano Moreira (ODA, DALGALARRONDO, 2000).

As modificações proporcionadas pela introdução dessa psiquiatria clínica no país têm sido apontadas como a primeira reforma psiquiátrica brasileira, a qual teve como principal característica a utilização do modelo de hospitais-colônia (AMARANTE, 1994). Esse modelo

mantinha características manicomial. Essas colônias eram construídas distantes das cidades. Lá os internos trabalhavam, em geral em serviços agrícolas. Não é difícil pensar na impossibilidade de (re)integração dessas pessoas na sociedade se considerados o fato de o Brasil ter consolidado sua urbanização naquele período e a falta de contato com familiares.

Na segunda metade do século XX, desenvolve-se um movimento de crítica ao modelo manicomial em algumas partes do mundo. Destacam-se a desinstitucionalização italiana, a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, entre outros. As ideias que guiavam essas iniciativas vinham de autores como Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, que questionavam o poder e o saber médicos impostos sobre as pessoas com transtorno mental (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

No Brasil, essa tendência ganhou força no final da década de 1970, quando foi criado o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental e com a visita de Franco Basaglia, além da ascensão da luta pela Reforma Sanitária. A maior influência do modelo que têm se delineado com suas especificidades no Brasil é da desinstitucionalização iniciada na Itália com a Lei n.º 180, de 1978, que introduziu um novo modelo de atenção à saúde mental naquele país.

Em 1989, no Brasil, foi apresentado o Projeto de Lei da reforma psiquiátrica pelo então Deputado Paulo Delgado. A lei foi aprovada em 2001 com alterações sobre o projeto original, as quais têm sido questionadas por militantes da Luta Antimanicomial. Não é objetivo tratar dessas críticas aqui. Deve-se destacar apenas o fato de a lei aprovada (Lei n.º 10.216/01) ter deixado brechas para a criação de instituições psiquiátricas e contratação de leitos.

Mas de que vale a teoria no processo relatado acima e em que pode interferir no que há de vir? Ora, uma manifestação da importância da teoria está nas modificações sofridas pelas práticas de saúde desde as descobertas de Pasteur no campo da microbiologia. Tais estudos influenciaram inclusive a psiquiatria, provocando uma “pasteurização do manicômio” à época, o que significou uma tentativa de inserir a psiquiatria na compreensão da medicina baseada em evidências, com um importante desenvolvimento dos psicofármacos e testes em laboratório. O hospital deixava de ser, assim, o local da produção de verdade por simples mérito e tornava-se um espaço de prova. (FOUCAULT, 1979)

Considerando as devidas proporções quanto à influência direta na realidade a partir de descobertas das ciências exatas e das humanas, a produção de conhecimento configura-se fundamental para a formação dos profissionais e para a orientação política que as intervenções

coletivas seguem. Assim, no âmbito das ações em saúde, é preciso ter, além da capacitação técnica, uma clarificação do viés ideoteórico pretendido. O que significava o termo higiene mental senão uma tentativa de varrer das ruas a desrazão e os que a apresentavam?

É de suma importância, portanto, compreender a fonte de onde partem as teorias. Com o óbvio pressuposto de inexistência de neutralidade e imparcialidade, as produções científicas carregam opiniões e podem, muitas vezes, ser perigosas quando agregam discípulos em torno de argumentos que, apesar de válidos, são capazes de esbarrar em princípios éticos básicos. A mesma higiene mental abordada acima, no Brasil, assumiu claramente a defesa das teorias de Adolf Hitler, vendo em suas propostas uma forma de evolução da espécie humana e, no caso, da sociedade brasileira. Essas mesmas ideias levaram a uma corrente preventivista na saúde mental, que consistia em evitar os transtornos mentais como forma de evitar a violência e os crimes, já que a loucura era relacionada obrigatoriamente a esses fatores, quando não à bestialidade.

Discutir a conceituação de aspectos relativos à saúde mental, além de promover reflexão sobre as práticas, tem como objetivo modificá-las a partir da confirmação e da refutação de hipóteses colocadas à prova em pesquisas. Considera-se de bom tom a presença desse tipo de discussão dentro dos serviços de atenção à saúde mental, para além dos muros das universidades. A ampla divulgação dos resultados e métodos também contribui para a alteração da percepção das pessoas, em especial dos trabalhadores da saúde mental, sobre as questões do dia-a-dia com os usuários dos serviços.

3.2. Conceito de saúde

Instituído em 1948, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recebido críticas desde seu anúncio. Ele diz que “saúde é o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007). A história desse conceito e a forma como as civilizações têm lidado com o processo saúde-doença explicam de certo modo a utilização de tal opção pela organização, à época recém-estabelecida.

Hipócrates, na Grécia Antiga, considerava o homem como uma unidade organizada (estado de saúde) e a doença como a desorganização. Nas sociedades orientais ainda encontramos uma compreensão da saúde como o fluxo harmonioso das forças vitais (energia) no corpo. Passa-se ainda pelo conceito de Bichat, no século XVIII, de saúde como o “silêncio

dos órgãos”. Em compreensões e contextos mais poéticos, como na fase do ultrarromantismo, a saúde chega a ser dispensável, uma vez que morrer de amor ou até de tuberculose, a doença da boemia, não era, nesse contexto, algo a ser evitado. (*ibidem*)

Após a revolução permitida pelas descobertas de Pasteur e o conseqüente desenvolvimento da epidemiologia, a saúde não fica mais restrita ao corpo do indivíduo, mas passa a ser percebida num âmbito coletivo, social e, principalmente, relacionado às suas condições materiais de vida. Essa percepção impulsionou as ações propostas por Bismarck na Alemanha, nos anos 1880 e, posteriormente, no início do século XX, o Plano Beveridge, na Inglaterra, que prometia um sistema de saúde com atenção integral a toda a população, por toda a vida, com recursos públicos. A relação entre saúde e bem-estar trazida pelo conceito da OMS, portanto, teve seus fundamentos na ascensão do socialismo e no fim do colonialismo, movimentos que surgiram no pós-guerra. (*ibidem*)

Embora sejamos capazes de notar que a saúde é definida de forma diferente em cada sociedade e cultura, deve-se observar a impossibilidade de atribuir a alguém a qualidade de sadio nos termos a que os conceitos acima se referem. Os conceitos até hoje apresentados trazem uma compreensão de felicidade e perfeição como sinônimos de saúde. Mesmo na conceituação mais recente, da OMS, nota-se não apenas uma utopia, mas uma condição que não é humana. Compreender o estado de saúde como completa harmonia é descaracterizar o ser humano, que vive em sociedade e em comunidade e necessita lidar com diferentes, e nem sempre favoráveis, situações em seu dia-a-dia.

O completo bem-estar proposto na conceituação de saúde da OMS pode ter o significado oposto ao que se pretendia, uma vez que a percepção do indivíduo sobre sua própria vida como perfeita poderia, ao contrário de fazer dele uma pessoa sadia, torná-lo alguém sem perspectivas, inerte. É a chamada “síndrome da felicidade”, à qual pesquisadores norte-americanos atribuíram um código na Classificação Internacional de Doenças (CID). “[...] a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de ‘mal-estar’” (SEGRE, FERRAZ, 1997, p. 539).

3.3. Saúde mental – prática e conceito em transformação

Se num contexto de restrição da vida humana ao corpo já é difícil conceituar saúde, quando nos referimos à mente, a tarefa fica ainda mais complicada. É fácil encontrar nos

meios de comunicação e mesmo em produções científicas conceitos confusos. Na internet, na página de Drauzio Varella, um médico reconhecido e que tem aparições frequentes na mídia brasileira, há a seguinte explicação:

Saúde mental é um conceito vago que engloba desde transtornos como dislexia, autismo, síndrome de Down, demência senil, depressão, que se manifestam de diferentes formas e com diferentes sintomas, até distúrbios psicológicos e de comportamento – ansiedade e estresse, por exemplo – diretamente relacionados com as condições de vida impostas pela sociedade atual (GENTIL, 2008).

A saúde mental são os transtornos, as síndromes, as deficiências? É a ausência disso? É algo além disso? É possível que seja consenso a última opção, embora a todo momento se relacione saúde mental aos chamados transtornos e deficiências. Essa relação é importante, mas não encerra a discussão. Nesse sentido, podem-se colocar como questões para debate: (a) o conceito de loucura em relação aos conceitos de deficiência, doença e transtorno mental e (b) a atenção à saúde mental para além da intervenção em circunstâncias avaliadas como patológicas e para além da psiquiatria.

3.3.1. Loucura, deficiência, transtorno, doença e sofrimento psíquico – nomes para o mesmo fenômeno?

Embora haja uma discussão relevante quanto aos termos empregados para se referir às pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico, o vocábulo “loucura” é usado em nosso cotidiano para abordar situações que, em geral, dizem respeito a circunstâncias de exaltação, alegria, paixões, atitudes que exigem coragem e afins, e, outras vezes, para caracterizar atos de violência, crimes, acidentes. A mídia em muito tem contribuído para a estigmatização da loucura e para a manutenção de um ideário manicomial de tratamento – como exemplo, podem-se citar novelas e filmes em que aos vilões restam o manicômio, a prisão ou a morte.

Na obra *Elogio da loucura*, Erasmo (2007) discorre sobre diversas situações que levariam a uma absolvição da loucura diante da acusação de que é maléfica para os homens e da circunstância de perseguição aos que a tem como forma de viver. O método que utiliza é dar voz à loucura, permitindo que ela se elogie e mostre sua presença em diversos aspectos da vida considerada normal e, em outros casos, o lado positivo de sua exacerbação – como o grego, “bom amigo, marido, mestre indulgente” (p. 57-58), que era feliz se dirigindo ao teatro

vazio e lá permanecendo e se divertindo como se assistisse a ótimas comédias, mas que se tornou triste quando passou a tomar remédios.

A antipsiquiatria há muito defendeu a livre expressão da loucura, a qual não deveria ser alvo de intervenção. Essa defesa deve ser vista com ressalvas, pois é sabida a existência do sofrimento. Daí a compreensão de sofrimento psíquico, no qual se pode intervir.

É importante que loucura não seja equiparada a sofrimento psíquico, doença ou transtorno, que são termos muito claramente dotados de negatividade, abordando fenômenos ou fatos ruins. Como Erasmo ironiza em seu *Elogio*, a loucura tem outros aspectos que não o sofrimento, principalmente se considerada um fenômeno passageiro: “[...] duvido se possa encontrar em toda a superfície do globo um único homem que seja sábio em todos os momentos, e que não sinta de tempo em tempo algum efeito do meu poder” (ERASMO, 2007, p. 59).

[...] o dispositivo psiquiátrico apresenta a ambivalência de empobrecer a compreensão de uma experiência humana fundamental em classificações científicas reducionistas. As inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade, transgressão, disrupção que força os contornos do humano – enfim, requisitos para uma vida que explora os limites da criatividade e sua afirmação – são reduzidas a um único significado: doença mental. (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2005, p. 48)

O fenômeno da loucura é anterior à institucionalização. Considerá-la sinônimo de doença é atá-la ao âmbito manicomial, de controle, e que tem a cura como meta. O termo “transtorno” é mais amplo que “doença”, pois não restringe o fenômeno negativo ao campo de intervenção da saúde, tornando-o um processo social. Nesse sentido, os termos “loucura” e “louco” expressam muito menos estigma e negatividade que os outros, muitas vezes considerados politicamente corretos. Por outro lado, ao se adotar os termos “doença”, “transtorno” e “sofrimento”, retira-se em grande parte a culpa da pessoa por sua condição e transfere-se uma porção de piedade ao sujeito a que se refere.

Erving Goffman (2008) utiliza a expressão “doente mental” a partir de uma perspectiva sociológica rigorosa, segundo o autor, sob a qual

A interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna em nossa fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização (GOFFMAN, 2008, p. 112).

O mesmo autor afirma que o estigma se manifesta contra pessoas com as mesmas características sociológicas: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que

ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, 1975, p. 14). Tal observação torna clara a fonte da discussão sobre a comunicação “politicamente correta”, em que se coloca em debate o uso de adjetivos como fossem substantivos para fazer referência a determinados grupos ou populações. Sobre tal prática, Goffman destaca:

Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.

Tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original e, ao mesmo tempo, a imputar ao interessado alguns atributos desejáveis mas não desejados, frequentemente de aspecto sobrenatural, tais como ‘sexto sentido’ ou ‘percepção’. (*ibidem*, p. 15)

Ainda sobre o assunto, o autor acredita não haver preocupação das pessoas quanto ao motivo que levou os doentes mentais a se tratarem em um hospital psiquiátrico.

As pessoas que se tornam pacientes de hospitais para doentes mentais variam muito quanto ao tipo e grau de doença que um psiquiatra lhes atribuiria, e quanto aos atributos que leigos neles descreveriam. No entanto, uma vez iniciados nesse caminho, enfrentam algumas circunstâncias muito semelhantes e a elas respondem de maneiras muito semelhantes. Como tais semelhanças não decorrem de doença mental, parecem ocorrer apesar dela. (GOFFMAN, 2008, p. 113)

O que torna as pessoas com transtorno mental um grupo, unido por determinados fatores em comum, é, portanto, para Goffman (*ibidem*), a institucionalização, e não a doença mental. O motivo da hospitalização também transcende o transtorno mental e relaciona-se ao que chama “contingências de carreira” – a carreira da doença – e engloba aspectos como “*status* sócio-econômico, visibilidade da transgressão, proximidade de um hospital para doentes mentais, recursos disponíveis de tratamento [...]” (*ibidem*, p. 117). “[...] pode-se dizer”, complementa, “que os doentes mentais internados sofrem, não de doença mental, mas de outras circunstâncias” (*ibidem*, p. 118). Tais circunstâncias são deixadas de lado pela pessoa que discrimina, fazendo com que o indivíduo seja imediatamente visto, e somente visto, como doente mental. É quando o fator “transtorno mental” deixa de ser uma condição de saúde para se tornar um *status* social.

Não se pretende condenar o uso de nenhum termo, mas alertar para o fato de a loucura não significar apenas o aspecto negativo de comportamentos tidos como anormais, estranhos ou desviantes. Em geral, os termos “louco” e “loucura” aparecem mais quando se faz referência a textos antigos ou momentos remotos, anteriores à institucionalização. A

institucionalização modificou conceitos e vocabulários. E a desinstitucionalização pretende modificar outros tantos.

Segundo o *Dicionário de Psiquiatria* de Robert Campbell (1986), o termo “loucura” era usado no início do século XIX no âmbito clínico para se referir ao que atualmente é conhecido como esquizofrenia. Essa definição traz à tona a necessidade de construção de conceitos a partir da desconstrução da loucura em si e do aparato criado ao seu redor, já como doença. As experiências de reforma psiquiátrica e a produção científica a respeito têm deixado claro que não se trata de lidar com “o doente”. Trata-se de lidar com o diferente (AMARANTE apud ALVERGA, DIMENSTEIN, 2005). Apesar disso, publicações mais recentes questionam essa abordagem da diferença, pois, se é possível afirmar que diferente é o louco ou o doente, é também possível concluir que iguais – e “normais” – são aqueles que não apresentam transtorno mental.

Serviços e pesquisas em todo o país têm utilizado a expressão “sofrimento psíquico grave” como alternativa não preconceituosa aos outros termos já citados. Tal escolha dever-se-ia à possibilidade de equiparação das pessoas, como seres humanos, uma vez que todas apresentam em algum momento sofrimento psíquico. Questiona-se o complemento ao termo sofrimento, pois “sofrimento psíquico” pode indicar algum pleonasma, já que o sofrimento é a elaboração que se faz de alguma situação e depende da avaliação subjetiva de quem o sente e de quem o observa. Ou seja: há pessoas que gostam de sentir dor. Logo, dor não está obrigatoriamente associada a sofrimento e essa vinculação é feita pelo indivíduo que sente a dor e a processa como sofrimento ou não. Ademais, no campo da saúde mental, “sofrimento” é relativo. Por exemplo: uma pessoa em crise do tipo maníaca dificilmente se vê em sofrimento, pois a hipomania, nos termos da Classificação Internacional de Doenças, causa prazer, provocado principalmente por delírio de grandeza.

Autoras que tratam do termo “sofrimento psíquico grave”, embora o utilizem, não o dissociam de “doença mental”:

a vivência de intenso sofrimento psíquico é compreendida no presente estudo como manifestação de características psíquicas na vida de uma pessoa. A doença mental envolve um conjunto de elementos que a constitui, sejam de ordem neurológica, fisiológica, social, cultural, religiosa, filosófica ou econômica que traz ao seu portador um expressivo sofrimento psíquico. (DALMOLIN, VASCONCELLOS, 2008, p. 50)

Nesse sentido, o sofrimento psíquico é entendido como derivado do transtorno mental e não como expressão substituta de mesmo valor etimológico.

Outro assunto importante a ser tratado, mas ao qual não nos deteremos aqui é a comparação entre deficiência e transtorno mental, em geral ocorrida no senso comum, mas que tem suas consequências até no exercício de direitos. Um exemplo é a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com transtorno mental, embora a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei n.º 8742/93) o destine apenas a idosos e a pessoas com deficiência.

Se a loucura é contraposta à razão, a deficiência tem sido contraposta à inteligência, à capacidade de aprendizado – daí a variação, por muitos preferida, “deficiência intelectual”. Ambas têm histórias semelhantes, que vão da liberdade à institucionalização, passando por deificação em algumas culturas e períodos (PESSOTI, 1981). Seria válido um estudo que procurasse discutir a desinstitucionalização no âmbito da deficiência, mas, nesse aspecto, o que se nota é um vínculo muito maior com instituições de educação, até mesmo em decorrência do objeto considerado afetado nesse caso – o intelecto. Uma questão a ser respondida também é quanto à participação da atenção à saúde mental nessas circunstâncias.

3.3.2. *Psiquiatria e atenção à saúde mental*

O exercício de elaboração de um conceito de saúde mental na atual conjuntura é parte da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização por ela pretendida (AMARANTE, TORRES, 2001). Assim, é mister fazer a diferenciação entre atenção à saúde mental e psiquiatria.

Rotelli *et al.* (1990) abordam a psiquiatria ao mesmo tempo em que discutem o paradigma racionalista, ligeiramente citado anteriormente. Nesse paradigma, o processo natural e único dos fenômenos é o caminho “problema-solução”, ao qual a medicina, a justiça e a assistência buscam se adequar. “Estas instituições funcionam (ao menos assim se legitimam) com base em uma relação codificada entre ‘definição e explicação do problema e resposta (ou solução) racional’, tendencialmente ótima” (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 25). A psiquiatria não consegue aplicar essa ordem em seu objeto – a doença mental – e passa a se basear no manicômio, que

efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E por isso a Psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume

o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irreduzíveis são por isso expulsos. (*ibidem*, p. 26-27)

Assim, a psiquiatria, muito mais que “a especialidade médica que se dedica ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do comportamento” (CAMPBELL, 1986, p. 506), é um campo de saber e poder que tem seu papel na sociedade como ela funciona, papel contraditório, que transita entre o controle e o cuidado. O cuidado não está entre as suas atribuições desde sua constituição, e a transformação pretendida na chamada reforma psiquiátrica visa a modificar a essência do objeto de intervenção e estudo desse campo, fazendo do cuidado a meta. A doença não deve ser vista apartada da pessoa. Assim, a intervenção deve ser sobre o sofrimento causado pela doença e não sobre a doença em si.

Sob um ângulo prático, quando se fala em psiquiatria, trata-se de uma disciplina médica que, reformada, deixa de ser vista como única detentora de saberes no campo da saúde mental e passa a atuar em parceria, não hierárquica, com outras disciplinas, inclusive não médicas. À psiquiatria cabe a incumbência do diagnóstico – o que pode ser também feito pela psicologia – e, se for o caso, de prescrição de medicamentos. Mas, compreendendo o seu papel na atenção integral à saúde mental, o profissional da psiquiatria deve também atuar com o objetivo de identificar demandas e procurar respondê-las com os outros profissionais, considerando também as demandas observadas pelo restante da equipe. Isso se aplica a todos os níveis de complexidade de atendimento estabelecidos pelo SUS, no caso brasileiro. Formar-se, em verdade, uma rede, com referências e contrarreferências, com profissionais envolvidos plenamente no processo que deve ter como finalidade, não apenas o tratamento – e ainda assim este não deve ter a cura como objetivo –, mas a promoção da saúde mental na comunidade.

Nesse sentido, não estão envolvidos apenas profissionais de saúde, e nem mesmo somente a política pública de saúde. A comunidade, as famílias, organizações governamentais de diversos setores e organizações não governamentais passam a contribuir com a promoção da saúde mental e a fazer parte da rede. Essa contribuição pode acontecer de diversas formas: oferta de serviços (e, nesse caso, deve-se priorizar a ação estatal); encaminhamentos; troca de informações; participação em órgãos de controle das ações do Estado; incentivo à criação desses órgãos, caso não existam; luta pela garantia de direitos da população; denúncia de ações que contrariem a legislação; entre outras.

3.3.3. Desinstitucionalização para uma nova conceituação

Desconstruindo o manicômio e esse aparato desenvolvido como solução para a doença mental e passando o objeto de “doença” para a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com a sociedade, “então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto” (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 30).

Pensar um conceito para saúde mental é parte da desinstitucionalização e é uma tarefa que deve levá-la em consideração. Após as discussões anteriores, que tratam do que a saúde mental não é, analisar-se-ão, ligeiramente, algumas concepções sobre o assunto.

A OMS lembra que

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. (OPAS/OMS, 2001, p. 18)

O *Dicionário de Psiquiatria* (APPEL apud CAMPBELL, 1986) conceitua saúde mental com as seguintes palavras:

1. Higiene mental, em que a saúde mental é um campo baseado nas ciências do comportamento (...) e ampliado por aplicações científicas, sociais e profissionais. 2. Bem-estar psicológico ou ajustamento psicológico adequado, sobretudo na medida em que tal ajustamento se harmoniza com padrões aceitos pela comunidade do que devem ser as relações humanas. Algumas das características da saúde mental são: independência razoável; autoconfiança; autodireção; capacidade para desempenhar um trabalho eficazmente; capacidade para assumir responsabilidades e realizar os esforços necessários; confiabilidade; persistência; capacidade de conviver harmoniosamente com os outros e de trabalhar em grupo; cooperação; capacidade para trabalhar sob autoridade, normas e dificuldades; capacidade de demonstrar amizade e amor; capacidade para dar e receber, para contribuir; senso de humor; altruísmo; capacidade para encontrar formas de recreação, como nos hobbies. (p. 545)

Essa definição, embora seja de 1986 e de um autor não brasileiro, traz aspectos a serem considerados, em especial quanto à visão funcionalista da medicina sobre o assunto. Primeiro, quando se utiliza o termo “higiene mental”, é feita uma correlação entre o mental e o físico, como se fosse possível assear a mente como se faz com o corpo e os ambientes. A higiene mental foi, no Brasil, como destaca Paulo Rennes Marçal Ribeiro (1999), inspirada na

eugenia¹, difundida por Hitler, o qual era apoiado pela Liga Brasileira de Higiene Mental na década de 1930. Embora a prática parecesse introduzir técnicas de caráter mais humanitário, a ideologia que envolvia a higiene mental era de enquadramento, ajustamento, limpeza. Uma inovação importante e que aparece na conceituação acima é quanto à participação de outros profissionais.

É no segundo item da definição, entretanto, que aparecem expressões de cunho positivista e idealista – adequação, ajustamento, harmonia, padrões. Além disso, as chamadas características da saúde mental envolvem inclusive uma idealização dos traços de personalidade das pessoas, como o humor, a confiabilidade e a persistência. A ausência dessas características já significaria uma saúde mental abalada? Essa posição da psiquiatria diante da saúde mental indica, mais uma vez, a importância da modificação do modelo de atenção e a necessidade de se questionar o poder dessa especialidade médica nos equipamentos de saúde e a formação dos profissionais da psiquiatria.

A oitava edição do mesmo dicionário (CAMPBELL, 2008) traz o verbete sem alterações, o que demonstra alguma resistência do campo da psiquiatria quanto à modificação de suas concepções, bem como, talvez, um desinteresse da medicina em realizar uma prática de atenção à saúde mental mais ampla e interdisciplinar.

Em uma publicação da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 1970, Hildegard Peplau, citando Stokes, traz algumas definições:

La salud mental se ha definido de diferentes maneras: a) como la ausencia de la dolencia llamada enfermedad mental; b) como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad mental; c) como cualidades personales observables – tales como capacidad intelectual e interpersonal (social) – compatibles con la edad y dones naturales y que faltan en el enfermo mental; d) como conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad “sana”; e) como habilidades definidas mediante “conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social” – considerando la enfermedad mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperanza, desesperación y egocentrismo. (PEPLAU, 1970, p. 47)

Em todas essas definições, a enfermidade aparece como oposta à saúde, como se não houvesse possibilidade de se promover a saúde sem que se objetivasse a cura. A saúde mental também não é entendida dentro das possibilidades de cada indivíduo e cada comunidade. Ou seja, considera-se apenas a diferença manifesta pela loucura para se estabelecer um nível

¹ “teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas” (HOUAISS, 2009).

razoável de saúde mental, não se enfatizando as condições peculiares de determinadas comunidades. Assim, é estabelecida uma meta ideal, fora da qual nenhuma pessoa apresenta saúde mental. Trabalhar com a noção de possibilidade é uma opção, em que se admite a existência de doença ou deficiência mental e isso se torna um ponto de partida para a criação de saúde mental. “A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (ROTELLI *et al.*, 1990, p. 30). Outra manifestação do uso de possibilidades é admitir a chance de se gerar saúde mental em contextos não favoráveis, como uma comunidade muito pobre e sem maiores recursos. O primeiro passo nesse sentido seria a participação e mesmo a luta por garantia de direitos.

A partir dessa construção, poder-se-ia afirmar que a saúde mental é aqui entendida como possibilidade de utilização máxima das capacidades mentais dos seres humanos em sua relação consigo, com os outros e com o meio, consideradas suas condições físicas, psicológicas, sociais e culturais. No entanto, essa definição não contempla a busca, que também deve estar incorporada, de melhoria dessas condições mencionadas, correndo-se o risco de incentivar um conceito que promova a conformação, o que não se pretende. De todo modo, a saúde mental estaria abalada quando lhe fossem reduzidas as possibilidades mentais, considerado um ponto de partida, que pode ser uma condição específica que não tem chance de maiores modificações e melhora. Reitera-se que a plenitude dessas condições deve ser promovida e que as possibilidades devem ser ampliadas.

Quando se trata de saúde mental, invade-se um campo de mistérios e em constante transformação. As narrações da história da loucura não são suficientes para descrever todo o horror a que as pessoas com transtorno mental foram e têm sido submetidas. Mais do que apontar conceitos e construções teóricas, busca-se trazer à tona formas de pensar que culminem em modificações reais na vida daqueles considerados loucos, na direção da criação de saúde mental. E isso se dá, como tantos autores e atores vêm provando, por meio de iniciativas criativas nos serviços de saúde, que ultrapassem a prática médica e alcancem a verdadeira interdisciplinaridade.

Não se concebe invenção de saúde mental em um contexto manicomial, sendo, portanto, fundamental que essa compreensão seja paralela à desconstrução do aparato que ornamentou a loucura até o momento. Para tanto, é preciso que propostas e ações surjam no maior número de espaços possível, envolvendo usuários dos serviços, familiares, trabalhadores, o poder público e a produção de conhecimento em saúde mental. Dessa forma, a luta ganha o sentido de dissolução das alegorias e performances de exercício de poder

gerando um saber real e embasado pelas experiências daqueles que foram pacientes e hoje insurgem e, impacientes, pedem por sua valorização como humanos, cidadãos e protagonistas de suas vidas.

Capítulo 4

Uma aproximação do campo de investigação

Brasília é construída na linha do horizonte. – Brasília é artificial. Tão artificial como devia ter sido o mundo quando foi criado. Quando o mundo foi criado, foi preciso criar um homem especialmente para aquele mundo.

Clarice Lispector

Feitos os devidos levantamentos históricos e teóricos sobre os contextos internacional e brasileiro no campo da atenção à saúde mental, neste momento busca-se um aprofundamento do campo de pesquisa. Desse modo, é abordada a história dessa política, que está relacionada obrigatoriamente à história do Distrito Federal e de Brasília, elementos recentes no mapa político brasileiro.

4.1. Uma história recente

Qualquer assunto trabalhado tendo como contexto o Distrito Federal não pode ignorar a idade dessa unidade da federação que abriga a capital do país e a forma como se deu seu desenvolvimento até o momento. Também não é possível deixar de lado o formato político-institucional definido por sua Lei Orgânica (LODF), a qual não prevê a existência de municípios – e, portanto, de prefeituras – e não é democrática do ponto de vista das chamadas administrações regionais, as quais têm líderes (administradores) indicados pelo governo local e desapoderados quanto à execução orçamentária e, conseqüentemente, quanto ao atendimento das demandas das comunidades.

A LODF reza em seu artigo 14 que: “ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios, cabendo-lhe exercer, em seu território, todas as competências que não lhe sejam vedadas pela Constituição Federal” (LODF, de 8 de junho de 1993). A CF de 1988, em seu artigo 32, afirma que o DF não pode ser dividido em municípios. Logo, o DF assume ao mesmo tempo os papéis de município e de estado. “Nenhum dos idealizadores de Brasília previu a existência das cidades satélites” (DISTRITO FEDERAL, 2010a) e, segundo eles, o número de habitantes do DF não ultrapassaria 557 mil (HOLSTON, 1993). Assim, as funções de estado e município não configurariam empecilho para a realização da política necessária para o povo. No entanto, em

2007 havia no DF pouco menos de dois milhões e meio de habitantes divididos entre Brasília e vinte e oito regiões administrativas (DISTRITO FEDERAL, 2010b).

Sobre a forma como o Distrito Federal foi ocupado, James Holston, em um estudo antropológico apresentado à University of Chicago, afirma:

Em 1980, o Plano Piloto continha menos da metade de sua população planejada de 557 mil habitantes. [...] o Plano Piloto ficou ocupado apenas pela metade, e [...] ao mesmo tempo continha apenas um quarto da população do Distrito Federal. Esta distribuição é uma amostra chocante da tese [...] de que o desenvolvimento social e espacial de Brasília segue as consequências lógicas de sua incorporação diferenciada, já que sugere que a relação entre centro e periferia perpetua a política de exclusão sobre a qual foi fundada. O objetivo inicial desta política era manter a capital como um centro burocrático livre das desordens sociais que assolam outras cidades brasileiras. Entretanto, esta política exigiu instrumentos de planificação que eram constitutivos dessas desordens e que, assim, reproduziram-nas na capital. Desse modo, para preservar um Plano Piloto intacto, o governo criou uma ordem social dual entre os migrantes, regulando o acesso à residência. Como resultado, uma periferia pobre de cidades-satélites foi povoada pelos excluídos do centro, enquanto o centro privilegiado continuou apenas parcialmente construído e ocupado. (HOLSTON, 1993, p. 290-291)

Logo, a realidade das chamadas cidades-satélites e do entorno – que compreende as cidades próximas do Distrito Federal –, não citado por Holston (*ibidem*), é um aspecto que não pode ser ignorado na análise de qualquer política pública nesta unidade da federação. Outro ponto que não pode ser negligenciado são as consequências dessa formação territorial diferenciada na execução de práticas de saúde segundo os princípios do SUS – integralidade, universalidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização – e respeitando a participação social democrática.

4.1.1. Um breve histórico da saúde no Distrito Federal

O sistema de saúde do DF foi proposto por Henrique Bandeira de Melo – médico – em 1959. Com os princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília foi responsável pela criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), em junho de 1960, sendo subordinada à Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) (LIMA, 2002). Na época, já havia sido criado o Hospital São Vicente de Paulo, hospital geral que se tornou exclusivamente de atendimento psiquiátrico em 1976, tendo seu nome mudado para Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico (HPAP) (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Apesar da existência da FHDF, até o fim da década de 1960, viam-se diversas instituições prestadoras de serviços de saúde na esfera do poder militar, civil e das organizações privadas, nenhuma delas subordinadas ao comando único da Fundação. Um “diagnóstico do setor saúde do DF” foi realizado pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto (Codeplan) e pela SES/DF, em 1969. Nesse estudo, se verificou a ausência de pessoal preparado para atividades de planejamento e execução dos serviços, a quase totalidade dos médicos em dupla e tripla jornadas de trabalho, além da não integração entre a SES/DF e a FHDF, predominando o atendimento médico-hospitalar, em detrimento da atenção integral (LIMA, 2002).

Dez anos após o diagnóstico, do projeto original só haviam sido criados o Hospital de Base, seis hospitais regionais e cinco postos de saúde. Em 1979, sob as definições da Conferência de Alma-Ata², da VII Conferência Nacional de Saúde e do Plano Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária), a SES, presidida por Jofran Frejat, elaborou o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e o documento “Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”. Os documentos apoiavam-se no tripé “regionalização, hierarquização da rede e extensão de cobertura” (*ibidem*, p.59).

No mesmo ano foi criada a Comissão Assessora de Saúde Mental, que, composta por médicos psiquiatras, teve a missão de elaborar o projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF. Contemplavam-se os princípios de descentralização e hierarquização, já constantes nas diretrizes políticas de saúde.

Em 1985 foi constituída a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS-DF), que deveria coordenar e gerir o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS). Isso fazia parte da proposta de criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), “que reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado e a necessidade na reordenação do sistema de prestação de serviço de saúde” (*ibidem*, p.61). Maria da Glória Lima critica o fato de a CIS-DF ter discutido uma nova política sem definir bases operacionais para implantação das mudanças pretendidas pelo SUDS.

Normas para instalação do SUDS foram definidas pelo Decreto n.º 11.596, de 23 de maio de 1989. Em 1990, portanto, o DF começou a unificar o sistema de saúde, incorporando a rede previdenciária à FHDF e transformando o Hospital do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) no Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB).

² Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, União Soviética, 1978.

Segundo Lima (*ibidem*), a implantação e a manutenção do SUS só começaram de fato no DF com um projeto que durou de 1995 a 1998, período em que as ações locais buscaram se pautar nas resoluções da III Conferência de Saúde do DF. Assegurava-se, nesse projeto, a criação dos Conselhos de Saúde e a construção de uma nova estrutura administrativa e gerencial para implementação da reforma sanitária e para que a SES cumprisse seu papel de gestora. O documento “Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal” (REMA) apresentava as diretrizes de tal projeto, ações estratégicas (dessa vez, para implementação do SUS) que incluíam a reforma psiquiátrica.

4.2. Política de Saúde Mental no Distrito Federal após 1988 – entre a intenção e a realidade

Desde as observações sobre as pretensões acerca da cidade do sonho de Dom Bosco³ até a execução das diversas políticas públicas no Distrito Federal dos anos 2000, nota-se uma grande dificuldade em aproximar realidade e textos normativos. Neste capítulo, deter-nos-emos à análise de uma série de documentos oficiais referentes à política de saúde mental do Distrito Federal.

A modificação da atenção à saúde mental passou a estar presente em documentos oficiais especialmente a partir de 1990, ano em que foi promulgada a LODF. A LODF traz em seu artigo 211 o dever da unidade da federação para com pessoas com transtorno mental, nas seguintes palavras:

Art. 211. É dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no rigoroso respeito aos direitos humanos e à cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares.

§ 1º Fica vedado o uso de celas-fortes e outros procedimentos violentos e desumanos ao doente mental.

§ 2º A internação psiquiátrica compulsória, realizada pela equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas como último recurso, deverá ser comunicada aos familiares e à Defensoria Pública.

§ 3º Serão substituídos, gradativamente, os leitos psiquiátricos manicomial por recursos alternativos como a unidade psiquiátrica em hospital geral,

³ Diz-se que, em 4 de setembro de 1883, “Dom Bosco, o padre fundador dos Salesianos, tem sonho profético que prevê o nascimento de rica e próspera civilização na América do Sul entre os paralelos 15º e 20º: ‘Entre os graus 15 e 20, existia um seio de terra bastante largo e longo, que partia de um ponto onde se formava um lago. E então uma voz me disse, repentinamente: ‘Quando vieres escavar os minerais ocultos no meio destes montes, surgirá aqui a Terra da Promissão, fluente de leite e mel. Será uma riqueza inconcebível’”. (Tradução Monteiro Lobato)” (DISTRITO FEDERAL, 2010).

hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, lares abrigados, cooperativas e atendimentos ambulatoriais.

§ 4º As emergências psiquiátricas deverão obrigatoriamente compor as emergências dos hospitais gerais.

Nos anos 1990, algumas iniciativas populares provocaram o debate acerca da modificação do modelo de atenção à saúde mental no Distrito Federal, impulsionadas pela discussão iniciada na América Latina após a Conferência de Caracas. Brasília abrigou a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1992. Em 1994, foi divulgado o Plano Diretor de Saúde Mental, elaborado pela Fundação Hospitalar do DF.

Em maio de 1995, foi realizado o I Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal (FSMDF), que teve a participação de cerca de quinhentas pessoas, entre profissionais da saúde, usuários, familiares e representantes de instituições de outros setores, e apresentou propostas à política de saúde mental, a partir de grupos temáticos que abordaram: deficiência mental, dependências químicas, saúde mental do presidiário, saúde mental da criança e do adolescente, estruturas de assistência à saúde mental, estruturas de reabilitação e integração sociais, saúde mental nas ações básicas de saúde e saúde mental do trabalhador. Buscou-se, segundo o relatório final do fórum, rever o “modelo hospitalocêntrico de assistência ao portador de transtornos mentais” (FSMDF, 1995, p.4).

Esse fórum, a partir da experiência de outras partes do país e do conteúdo das legislações, trouxe a proposta de uma rede diversificada de serviços composta por: (a) unidade de psiquiatria em hospital geral, com emergência psiquiátrica e internações de até quinze dias; (b) CAPS; (c) NAPS; (d) hospital-dia; (e) lares comunitários, que constituem residências comuns, na comunidade, para reabilitação de pacientes crônicos ou em processo de cronificação, sem suporte sociofamiliar básico e em condições de convivência familiar; (f) chácara protegida, descrita como “um serviço de reabilitação destinado a abrigar pessoas portadoras de transtornos mentais com necessidades contínuas, privadas de convivência familiar e com identidade com o meio rural” (*ibidem*, p.4); e (g) centro de convivência. Além dessa, outras propostas e recomendações foram desenvolvidas pelos grupos e foi eleito o primeiro coordenador de saúde mental do DF (LIMA, 2002). Vale ressaltar a aparição, nas propostas, de serviços substitutivos já conhecidos à época e em uso em alguns estados – CAPS e NAPS – e da sugestão de outros que não foram regulamentados após a promulgação da Lei Paulo Delgado. É o caso da chamada chácara protegida, a qual, aparentemente, remete aos conhecidos hospitais-colônias difundidos por Juliano Moreira. Trata-se da regulamentação de uma contradição, uma vez que se sugerem serviços que vão de um

extremo a outro no âmbito da liberdade. Num país predominantemente urbano, é difícil conceber uma chácara distante como espaço de convivência social.

Antes mesmo do I FSMDF, a então Coordenação de Psiquiatria e Saúde Mental pensava a reformulação do atendimento, dentro das limitações estruturais e paradigmáticas daquele momento. Assim, o relatório das atividades desenvolvidas pela coordenação entre 1991 e 1994 apresenta alguns aspectos que merecem destaque, como a elaboração de propostas para a criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em um centro de saúde e de um Modelo de Atenção à Saúde Mental à Criança e ao Adolescente. Também é enfatizada no documento a dificuldade enfrentada, em relação às internações, pelo fechamento da Clínica São Miguel, em Luziânia (GO), que recebia usuários do DF.

Em 07 de julho de 1995 foi criada a Coordenação de Saúde Mental (Cosam) pela publicação da portaria n.º 15, de 06 de junho daquele ano. Segundo relatório referente à atuação da Cosam entre os anos de 1995 e 1998, a coordenação foi regulamentada e vinculada diretamente ao Gabinete da Secretaria de Saúde com o objetivo de “implementar a reforma psiquiátrica no DF” (COSAM, 1998, p.3). Ainda em 1995, no mês de dezembro, sob a influência do fórum e da coordenação, foi promulgada a Lei Distrital n.º 975, que apresenta diretrizes para a atenção à saúde mental. O projeto de lei havia sido apoiado em moção no I FSMDF.

Com sete artigos, a lei inicia-se com a consideração de que os usuários dos serviços de saúde mental terão seus direitos de cidadania respeitados. Enfatiza no artigo 1º: tratamento humanitário e respeitoso; proteção contra exploração; a existência de espaço próprio com recursos terapêuticos, em que possam exercer sua liberdade e individualidade; integração à sociedade; acesso ao registro de informações a seu respeito, bem como sobre seu tratamento. O artigo 2º aborda a internação involuntária e as medidas a serem tomadas quando de sua ocorrência. O artigo 3º, por seu turno, deixa claras as intenções de modificação do modelo de assistência em saúde mental:

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária.

A legislação não sugere desassistência. Ao contrário, tenta garantir em suas linhas a criação de serviços substitutivos antes da desativação de leitos psiquiátricos, o que também

deveria acontecer gradativamente. O parágrafo 2º do mesmo artigo estabelece o prazo de quatro anos para a extinção de hospitais e clínicas especializadas em psiquiatria, a contar da promulgação da lei. O parágrafo 1º lista o que se consideravam serviços alternativos:

- I – atendimento ambulatorial;
- II – emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral;
- III – leitos psiquiátricos em hospital geral;
- IV – hospital-dia;
- V – hospital-noite;
- VI – núcleos e centros de atenção psicossocial;
- VII – centro de convivência;
- VIII – atelier terapêutico;
- IX – oficina protegida;
- X – pensão protegida;
- XI – lares abrigados.

A lei também: proíbe o governo de contratar novos leitos psiquiátricos privados e de conceder autorização para a construção e o funcionamento de novas clínicas e hospitais especializados; aborda a chamada psicocirurgia, a qual só pode ser realizada mediante consentimento do usuário ou seu representante legal, após junta médica requerida ao Conselho Regional de Medicina que ateste tratar-se da melhor opção na situação; exige que a Secretaria de Saúde apresente ao Conselho de Saúde o Plano de Atenção à Saúde Mental do DF e o cronograma de implantação em até 120 dias a contar da publicação da lei.

O plano em questão foi apresentado e aprovado no I FSMDF e na III Conferência de Saúde do DF, com a previsão da política de saúde mental no quadriênio 1995-1998. A recém-criada Coordenação de Saúde Mental organizou-se em três divisões: Câmara Técnica; Comissão de Supervisão, Avaliação e Controle; e Colegiado de Saúde Mental, composto por diretores de unidades de atenção à saúde mental e pelo coordenador. (DISTRITO FEDERAL, 1998)

O plano diretor previa a implantação da reforma psiquiátrica segundo alguns eixos: (a) prevenção e promoção; (b) reabilitação e integração social; (c) rede diversificada e regionalizada de serviços; (d) capacitação e ensino; (e) supervisão, monitoramento, avaliação e pesquisa nas áreas de serviços e recursos humanos; (f) comunidade e saúde mental; (g) políticas sociais e interfaces de saúde mental. (*ibidem*)

Pretendia-se a criação de 19 Caps, 2 hospitais-dia, 5 centros de convivência, 5 lares abrigados (ou pensões protegidas) divididos entre as regiões administrativas. Ambulatórios de saúde mental em hospitais gerais eram previstos, assim como o suporte dos centros de saúde. O relatório da Cosam de 1998 apresenta as mudanças no sistema de atendimento no

quadriênio em questão, destacando: (1) a criação de equipes multiprofissionais de saúde mental em hospitais gerais; (2) a implantação de um Caps no Instituto de Saúde Mental (ISM); (3) a transformação do ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) em Caps; (4) a implantação, no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (Compp), de dois Caps, sendo um infantil e outro para adolescentes, do Núcleo de Atenção à Droga-Dependência e do Serviço de Neurofisiologia Clínica; (5) a criação do Serviço de Saúde Mental Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília; (6) a criação de um centro de convivência no Guará II; (7) a construção, na área do Instituto de Saúde Mental, de uma pensão protegida e de instalações para abrigar o Núcleo de Desinstitucionalização; e (8) a elaboração de um projeto “para a criação do Lar Abrigado Fênix, destinado a receber egressos da ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico do Complexo Penitenciário da Papuda que tiveram suas medidas de segurança de internação convertidas em de tratamento ambulatorial, mas que não tem vínculos sócio-familiares” (*ibidem*, p.9).

As informações acima necessitam ser analisadas e muito pôde ser constatado na pesquisa de campo que será detalhada nos capítulos a seguir. Adianta-se, aqui, o fato de que o ambulatório do HSVP permanece em formato de ambulatório, mas apresenta uma placa indicando a existência de um Caps no local. Não são desenvolvidas atividades de Caps no ambulatório, mesmo porque se trata de um ambiente hospitalar, inadequado para a implantação de um serviço substitutivo. A implantação de serviços em modelo de Caps no Compp aumentou a demanda da instituição, mas não significou uma modificação em seu espaço físico. Ao contrário, desde a fundação da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), vinculada ao GDF, em 2001 (FEPECS, 2010), o Compp vem perdendo espaço, pois a faculdade funciona no mesmo prédio.

O que vem sendo chamado de “pensão protegida”, instalada no ISM, não constitui serviço substitutivo, mas um formato de internação em que residem atualmente – e há mais de oito anos – cerca de 15 pessoas com transtorno mental sem vínculo familiar egressas da Clínica do Planalto, desativada em 2002. O lar abrigado e o Núcleo de Desinstitucionalização não saíram do papel. Além disso, o ISM não apresenta estrutura compatível com a de um Caps, pois funciona em local distante da comunidade, de difícil acesso, em construção que em nada se assemelha a um ambiente doméstico, fatores que contribuem para a impossibilidade de implementação de serviços terapêuticos em formato de Caps.

Em 1997, conforme deliberação de 1995, foi realizado o II Fórum de Saúde Mental do DF. Nesse fórum, foi denunciado o fato de que a Cosam, mesmo tendo uma portaria a

regulamentando, não fazia parte do organograma da SES e não dispunha de servidores próprios, sendo todos cedidos por algumas horas pelas unidades de saúde às quais estavam vinculados. Os objetivos do II FSMDF eram avaliar as estratégias da implantação da reforma psiquiátrica e corrigir possíveis equívocos na implementação do Plano Diretor, definindo ações para os dois anos subsequentes.

No fórum, foi utilizado um aparato instrumental complexo para avaliar as ações no campo da saúde mental e elaborar propostas exequíveis, composto de diversas tabelas e quadros com gradações e nivelamentos, analisando, inclusive, as próprias propostas.

Em 1998, a Cosam e o Movimento Pró-Saúde Mental do DF organizaram em Brasília o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos de Saúde Mental (LIMA, 2002), em que foram apresentadas propostas e experiências exitosas de caráter substitutivo no país. Tal iniciativa funcionou como uma demonstração nacional de que havia alternativas aos manicômios, incentivando a promulgação da Lei Paulo Delgado, que se daria em 2001.

No ano 2000, a reforma administrativa da SES que culminou na extinção da FHDF levou também a um retrocesso em termos de democracia no âmbito da saúde mental, uma vez que o coordenador de saúde mental passou a ser indicado pela SES, e não mais eleito no FSMDF. (LIMA, 2002)

4.2.1. O desenvolvimento da saúde mental no Brasil, a legislação do Distrito Federal e o descompasso candango

A I Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal (I CSMDF) foi convocada em setembro de 2001 pela portaria nº. 53 da SES, seguindo orientações do Ministério da Saúde, com o tema central “Reorientação do Modelo Assistencial: cuidar sim, excluir não”. Considerando as diversas realidades do DF, a conferência foi precedida de discussões com status de conferências locais nas Regiões Administrativas que tinham Diretoria Regional de Saúde.

Os temas abordados pela I CSMDF foram: (1) reforma psiquiátrica; (2) saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF); (3) direitos da pessoa acometida de transtornos mentais e cidadania; (4) recursos humanos; (5) financiamento para a saúde mental; (6) acessibilidade em saúde mental; (7) controle social nos serviços de saúde mental.

As propostas dos grupos de trabalho não foram muito diferentes do que já havia sido debatido e aprovado no I e no II FSMDF, anos antes. Mantinha-se a demanda por serviços

substitutivos, acrescentava-se a possibilidade de trabalho com acompanhamento terapêutico e dava-se especial atenção à infância, à adolescência e à terceira idade. Essa conferência trouxe um enfoque psicossocial em contraposição à perspectiva medicocêntrica – centrada no profissional de medicina e nas práticas de intervenção no âmbito biológico –, sugerindo a priorização de atividades socioterapêuticas nos serviços. Uma das propostas solicitava a regulamentação urgente da Lei 10.216/01. De um modo geral, as propostas não se mostravam concretas o suficiente para que se fizessem factíveis. O desconhecimento da comunidade sobre o funcionamento da política de saúde e a falta de transparência na gestão dessa política corroboram a elaboração de propostas de difícil execução, não só pelo fato de demonstrar de forma simplificada a demanda, mas pelo fato de não definir que órgãos executariam as ações descritas e que meios seriam utilizados para difundir as propostas aprovadas.

A Lei Paulo Delgado havia sido promulgada, portanto, e um novo capítulo da história da saúde mental brasileira começou a ser escrito. No entanto, o Distrito Federal mostrou-se mais resistente do que outros locais na implantação do novo modelo de atenção, agora definido por diretrizes de âmbito nacional.

Verifica-se um grande número de documentos elaborados pela então Coordenação de Saúde Mental (Cosam) desde sua criação, em 1995, até o momento, já na posição de gerência (Gesam). A maioria dedica-se ao planejamento de ações e ao relatório das ações já desenvolvidas, bem como à comunicação intra e interinstitucional. O conteúdo da escrita e o tom dos documentos variam conforme o gestor, verificando-se no período posicionamentos de defesa, negligência e apoio à proposta de reforma psiquiátrica, de desvalorização e de manutenção do modelo manicomial. No entanto, a maior parte dos documentos expressa uma tendência a seguir as orientações do Ministério da Saúde. Não foi identificado qualquer documento, no âmbito da coordenação ou da gerência, que trate diretamente das verbas destinadas à saúde mental e de sua execução. Tais informações constam em outros órgãos e não foi possível acessá-las.

Ao contrário do que se observa na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em que há certa estabilidade do gestor em seu cargo, no Distrito Federal nota-se alguma rotatividade entre representantes da saúde mental, o que dificulta a continuidade de ações. Esse é um ponto negativo da indicação de coordenadores ou gerentes, que refletem muitas vezes o perfil do partido governista ou a linha de ação do secretário de saúde daquele momento político.

Após a promulgação da lei da reforma psiquiátrica, identificam-se inúmeras iniciativas no estabelecimento da nova proposta de atenção à saúde mental. No Distrito Federal foi fundada a organização não governamental Inverso – Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social –, funcionando como centro de convivência e sede do Movimento Pró-Saúde Mental do DF (MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL..., 1991).

Em 1º de abril de 2003, uma força tarefa intersetorial foi responsável pelo fechamento da Clínica de Repouso do Planalto, na região administrativa de Planaltina, após inspeção da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do DF em parceria com a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil/DF e o Conselho Regional de Psicologia em abril de 2002.

Relatórios relativos à inspeção foram encaminhados ao Ministério Público, ao Ministério da Saúde, à Vigilância Sanitária, ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Tribunal de Contas da União, denunciando, dentre outras irregularidades: (a) péssima alimentação – “[...] No café da manhã, em geral, a alimentação é com suco artificial ou café ralo com pão seco. A fome dos pacientes era visível. No pátio, quando caía uma fruta da árvore, todos corriam para pegá-la” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p. 65); (b) falta de higiene; (c) uso da mesma medicação (haloperidol) por todos os pacientes, que não contavam com acompanhamento médico direto; (d) maus-tratos, dentre os quais o relatório de inspeção destaca ferimentos, abuso sexual, contenções mecânicas desnecessárias; (e) ausência de água potável; (f) recursos humanos insuficientes; (g) vestuário inadequado; (h) número insuficiente de extintores de incêndio; (i) disparidade de tratamento entre usuários particulares e usuários do convênio dos leitos com o SUS, que ficavam em ala separada por um muro; (j) má gestão dos recursos públicos; (k) má avaliação dos pacientes para admissão no serviço, uma vez que se verificaram pacientes em condições de tratamento ambulatorial.

A desativação da clínica trouxe à tona a ausência de vínculo familiar de vários pacientes internados há muito tempo e criou demanda para a inauguração de residências terapêuticas. No entanto, o DF continua sem alternativa nos moldes dos serviços residenciais terapêuticos, e os pacientes que não obtiveram sucesso nas tentativas de reintegração familiar estão ainda em regime de internação em espaço do Instituto de Saúde Mental.

O fato de os outros pacientes terem retornado à convivência familiar não extingue a necessidade de intervenção, pois, assim como eles se viam institucionalizados, as famílias não esperavam e muitas vezes não dispunham de condições para abrigar novamente aqueles membros.

Por isso, em 2003, foi criado o Programa Vida em Casa, por Maria da Anunciação Soares Castro Alves, assistente social da SES e atual coordenadora do serviço. O programa tinha como objetivo inicial atender em domicílio os egressos da Clínica de Repouso do Planalto, auxiliando os usuários e suas famílias no processo de desinstitucionalização. Vinculado ao Hospital São Vicente de Paulo, foi regulamentado um ano após o início de suas atividades pela portaria nº. 86, de 28 de junho de 2004. De acordo com a portaria, o programa abrangeria todo o Distrito Federal, sendo implantado gradualmente. O parágrafo 2º do artigo 3º da norma prevê a existência de equipes multidisciplinares que devem atuar em prevenção, terapia e reabilitação dos pacientes atendidos. Apesar disso, mantém-se em outros momentos o foco no poder médico, já que “a assistência domiciliar só poderá ser realizada por indicação médica, com expressa concordância do paciente e/ou de sua família” (§ 1º, art. 3º).

Concomitantemente ao Programa Vida em Casa, no âmbito federal era lançado o Programa De Volta Para Casa (PVC), regulamentado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. O programa tinha como principal estratégia de desinstitucionalização a concessão de um benefício no valor de R\$240 (duzentos e quarenta reais), valor que foi reajustado para R\$320 (trezentos e vinte reais) em setembro de 2008. O programa conta com coordenadores municipais e, no DF, é presidido pela fundadora do Programa Vida em Casa. Inicialmente, não havia como incluir beneficiários nesta UF, pois um dos critérios de cadastramento é a internação ininterrupta por no mínimo dois anos em instituição psiquiátrica. A instituição que abrigava pacientes por tanto tempo era a Clínica de Repouso do Planalto, a qual foi desativada meses antes da promulgação da Lei 10.708/03. Praticamente não havia usuários que atendessem os requisitos para o PVC, exceto os egressos de internações compulsórias por medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Complexo Penitenciário da Papuda. Considerando tal peculiaridade, o DF foi autorizado a, naquele momento, cadastrar pessoas com histórico de muitas internações.

De 2003 a 2009, a Coordenação/Gerência de Saúde Mental do DF teve diversos representantes, variando pouco em termos ideológicos, ao menos no que se refere aos documentos emitidos a outros órgãos da SES, do GDF e ao Ministério Público. Os documentos disponibilizados pela Gesam expressam uma tentativa dos gestores de estabelecer parcerias e procurar dar visibilidade ao campo da saúde mental. Também se destacam os relatórios de atividades anuais da coordenação/gerência, que insistem em justificar a existência do órgão e chegam a solicitar claramente alguma atenção da SES. Em geral, os relatórios não trazem ações concretas em termos de criação de serviços e estratégias reais em

saúde mental. Trazem, sim, a participação em reuniões, a elaboração de planos e o desenvolvimento de algumas atividades de pesquisa. Quando abordam o futuro, ou seja, nos planos de ações para os anos subsequentes, os coordenadores/gerentes tendem ao otimismo, prevendo a execução do que não foi possível no período anterior.

Não houve, nesse período, grandes incrementos legais no campo da reforma psiquiátrica, exceto no que se refere à população usuária de álcool e outras drogas, cujo cuidado foi enfatizado na Lei n.º 11.343/06, que regulamentava a política sobre drogas, e na portaria GM 1.190, de 4 de junho de 2009, que aborda a questão da prevenção ao uso. As poucas normas que visavam regulamentar mais especificamente a Lei 10.216/01 não tiveram muita influência no Distrito Federal, como se observa no caso da portaria GM 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio e não significou modificação do trato com o problema no DF. O mesmo ocorre em relação à portaria GM 52, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Considerando o fato de que a extinção do HSVP estava prevista antes mesmo de essa portaria ser publicada e de que isso ainda não ocorreu, já se verifica a não aplicação da lei no DF no sentido de uma modificação do modelo de atenção à saúde mental.

Em 2006, foi inaugurado o Caps II de Taguatinga, com a missão de “constituir, a partir de uma visão humanizada, um dispositivo de edificação da Reforma Psiquiátrica; uma alternativa de atendimento em Saúde Mental que supera o modelo manicomial [...]” (SES-DF, 2007, p.4).

A partir de iniciativas de movimentos sociais de usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental que culminaram na realização da “Marcha Nacional pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial” em 2009, foi convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em julho de 2010.

Em preparação para a II Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal, foram realizadas, em abril de 2010, as Conferências Regionais de Saúde Mental, com caráter intersetorial e voltadas para a situação de cada Região Administrativa. Os debates ocorreram em torno do tema proposto para a Conferência Nacional: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Os grupos de trabalho dividiram-se nos seguintes eixos: (a) saúde mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; (b) consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos

sociais; (c) direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010)

Para a etapa distrital da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a Gesam elaborou o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal a partir de “ações estratégicas propostas pelo coletivo de gestores, trabalhadores e usuários que visam enfrentar de forma efetiva os principais problemas da rede de serviços de saúde mental do Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2010c, p. 6).

Nesse sentido, foram realizados grupos de trabalho para delimitar e analisar os principais problemas da rede de serviços do campo em questão. Assim, foram apontados obstáculos quanto a: (a) disponibilidade e desenvolvimento de recursos humanos; (b) investimento público na rede substitutiva; (c) articulação entre os serviços de saúde mental e entre esses e a rede social; (d) informatização; (e) instrumentos legais para reinserção social; (f) burocracia na gestão; (g) autonomia da Gesam, entre outros. Essas dificuldades foram posteriormente reagrupadas em quatro blocos maiores:

- 1) Dificuldade de acesso aos cuidados em saúde mental, concentrados no HSVP e em um número insuficiente de serviços substitutivos; 2) Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido; 3) Baixa cobertura e efetividade das ações de reinserção social; 4) Problemas relacionados à gestão. (*ibidem*, p. 36)

Considerando as discussões sobre os tópicos acima, foram elaborados objetivos da gestão atual no sentido de solucionar ou reduzir os problemas apresentados. Foram eles: (a) ampliar a capacidade instalada de Caps em 170% e implantar cinco residências terapêuticas; (b) territorializar todos os serviços de saúde mental e matriciá-los à rede de atenção básica; (c) apoiar a ampliação dos serviços de saúde mental em todos os municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE); (d) promover a implantação e consolidação das novas modalidades assistenciais em todos os serviços de saúde mental; (e) promover a utilização de protocolos de assistência em saúde mental pelos profissionais; (f) promover mecanismos de comunicação entre os serviços de saúde mental; (g) implantar programa de formação inicial e de educação permanente em 100% da rede de saúde mental; (h) informar a população sobre os transtornos mentais e ampliar a visibilidade do problema na sociedade; (i) promover a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho; (j) mapear e articular a rede social da área de abrangência de todas as unidades de saúde mental; (k) promover condições para os familiares participarem do processo terapêutico e de reinserção social de 100% dos usuários; (l) apoiar a implementação de projetos de produção cultural; (m) ampliar os espaços

à participação ativa dos profissionais, usuários e familiares nas unidades e no Programa de Saúde Mental; (n) promover o registro regular da informação e a informatização de 100% das unidades de saúde mental; (o) melhorar a administração e desenvolvimento da força de trabalho; (p) garantir o abastecimento de 100% dos medicamentos constantes na RENAME e os de alto custo a todas as unidades.

Tendo realizado um apanhado importante de informações acerca do que pode ser feito diante de diversos problemas identificados, o documento peca por não apresentar ações práticas e factíveis na direção dos objetivos e por tratar com menos importância os aspectos da gestão.

O relatório da II Conferência Distrital de Saúde Mental, realizada entre 18 e 20 de maio de 2010, apresenta as propostas aprovadas em plenária, conforme os eixos citados acima. Tais propostas foram divididas pelos âmbitos nacional e distrital.

Em todos os eixos, as propostas apresentadas envolveram principalmente: (a) a criação de serviços substitutivos, centros de convivência e residências terapêuticas, (b) o fortalecimento de iniciativas e serviços existentes, (c) a criação de ambiente propício ao trabalho interdisciplinar, (d) a capacitação de profissionais que, de alguma forma, lidem com pessoas com transtorno mental, (e) a garantia do acesso dos usuários ao serviço com o passe livre nos meios de transporte; (f) ampliação do montante de recursos destinados à saúde mental; (g) ampliação dos medicamentos disponíveis gratuitamente; (h) divulgação dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental por meio da mídia e de parcerias no campo educacional; (i) incentivo à inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho; (j) ações de cuidado para trabalhadores da saúde mental; (k) territorialização do atendimento em saúde mental, com incentivo à participação do Programa Saúde da Família no cuidado da pessoa com transtorno mental e nas ações de promoção da saúde mental; (l) promoção da intersetorialidade entre assistência social, saúde, educação e outros; (m) fortalecimento da estratégia de matriciamento; (n) estabelecimento de protocolos de intervenções em saúde mental; (o) promoção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental.

Até a conclusão deste trabalho, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental não foi disponibilizado na página do Conselho Nacional de Saúde na internet.

Verificados os componentes históricos e conjunturais sobre os quais se constrói a política de saúde mental no Distrito Federal, apresentam-se as instituições que compõem a rede de serviços de saúde mental do DF no momento. São elas:

- um hospital psiquiátrico, em Taguatinga (HSVP);

- um Caps I, adaptado no Instituto de Saúde Mental, no Riacho Fundo;
- dois Caps II, sendo um em Taguatinga e um no Paranoá;
- três Caps ad, sendo um em Sobradinho, um no Guará e um, ainda em fase de implantação, funcionando em uma pequena sala de um Centro de Saúde, apenas com o serviço ambulatorial, em Ceilândia;
- dois Caps i, sendo adaptações de serviços já existentes, no Adolescentro, na Asa Sul, e no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (Compp), na Asa Norte;
- internação com 24 leitos, emergência e ambulatório de psiquiatria no Hospital de Base do DF, na Asa Sul;
- uma unidade de saúde mental em Planaltina, criada com recursos da comunidade em 2009;
- ambulatórios de psiquiatria em hospitais regionais;
- Programa Vida em Casa, que funciona no HSVP.

Há equipes mínimas para a implantação de Caps em algumas regiões administrativas do DF, todas enfrentando dificuldades em relação ao local onde se fixar. Segundo informações da Gesam, fornecidas em contato com o gerente, há dificuldades burocráticas para a aquisição de imóvel para a implantação do serviço nos moldes preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, que priorize um perfil comunitário. Uma alternativa que se apresenta é a locação de imóvel. No entanto, proprietários tendem a se recusar a alugar seu imóvel para o Governo do Distrito Federal, uma vez que se torna mais difícil o acompanhamento da modificação da estrutura da casa, bem como a rescisão do contrato, por se tratar de pessoa jurídica como inquilino.

Assim, este capítulo é finalizado com uma reflexão quanto ao ritmo adotado pelo Distrito Federal na implementação de suas políticas sociais. Configurando o centro do poder nacional, Brasília esboça um misto de características das regiões do país nos lares de seus habitantes, mas também no cotidiano de suas práticas oficiais. Unem-se, assim, aspectos rurais e urbanos no modelo de gestão de recursos e de serviços. A estrutura aparente é de organização, ordem e controle, mas os bastidores são excessivamente burocráticos para a efetivação de políticas e pouco reguladores quando há corrupção, como foi possível verificar recentemente, quando do afastamento do Governador José Roberto Arruda e de outros membros do governo local entre 2009 e 2010, por corrupção da máquina pública e outros crimes.

Capítulo 5

Os desafios da gestão e a arena política

Este capítulo destina-se à apresentação de resultados da pesquisa no que se refere às dificuldades de implementação da reforma psiquiátrica no DF no âmbito da gestão da política de saúde mental. Abordam-se o formato de gestão adotado pela Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) e a participação do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT), do Movimento Pró-Saúde Mental do DF e da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr) no processo de formulação e execução da política de saúde mental.

Como forma de coletar dados sobre o assunto, foi realizada entrevista com o gerente de saúde mental da SES-DF em janeiro de 2010 e com a coordenadora de saúde mental à época da promulgação da Lei Federal 10.216/01. Nas entrevistas, foi dada ênfase aos objetivos específicos deste trabalho, buscando-se conhecer, em especial: (a) o engajamento dos gestores locais na luta pela modificação do modelo de atenção à saúde mental; (b) o nível de permeabilidade da sociedade civil sobre o Estado na política; (c) as competências e as características da gestão da política de saúde mental no DF.

O Movimento Pró-saúde Mental e o Ministério Público também foram contatados por meio de entrevistas, o que não foi possível com a APBr, que ignorou todos os contatos realizados na tentativa de agendamento de entrevistas, incluindo emails, fax e telefonemas.

5.1. A Coordenação de Saúde Mental (Cosam) de 2001 e a Gerência de Saúde Mental (Gesam) atual

5.1.1. O vínculo dos gestores com o órgão

O contato com os representantes da política de saúde mental na Secretaria de Estado de Saúde do DF trouxe à tona elementos importantes para a resposta à pergunta da pesquisa. Ao abordarem a história da entidade, alternam entre um discurso de cunho político e uma abordagem pessoal, individual.

Questionada sobre a história da coordenação e como ela lhe foi passada, a representante da saúde mental na SES em 2001 responde:

Não tem essa coisa de história. Como qualquer coordenação, ela tem as suas propostas, suas proposituras e o que se faz dentro de uma coordenação. Na época, coordenar todos os serviços de saúde mental do DF. Basicamente estavam restritos ao ISM, ao HSVP e algumas unidades hospitalares. (Entrevista 1 [E1] – 19/02/2010)

Feita a mesma pergunta ao gerente de saúde mental em 2009, o entrevistado responde parcialmente contando seu caminho até ser responsável pelo órgão.

Em 1998 eu tentei fazer contato com Dra. Lara e algumas pessoas da saúde mental, porque, como eu era sanitaria, eu queria fazer planejamento de serviços de saúde mental. E eu pedi para meu vínculo na Secretaria ser na gerência; não levaram em consideração e foi quando fiz o concurso para residência. Em 1999 tive o primeiro contato pessoal, não mais por telefone, com a Dra. Dora que tinha assumido, conheci Dra. Durcineia e Dra. Dora, que estava na coordenação de saúde mental da SES-DF. (Entrevista 2 [E2] – 20/10/2009)

Além do fato de ser sanitaria, o gerente de saúde mental relata outros motivos de seu interesse no aspecto político da atenção à saúde mental.

Lembro que vi em uma sala aqui do hospital um bocado de material, de cartilha, de saúde mental, produzido de 1994 a 1998. Um material muito interessante, inclusive, atualizado. Eu li, mas vi que estava sendo guardado, não estava sendo utilizado. Foi o tempo também que eu comecei a observar o desmonte dos projetos que tinham sido feitos entre 94 e 98. (E2)

O que levaria o gestor de um serviço de saúde mental a não difundir documentos elaborados para informar a população e os profissionais sobre assunto de seu interesse? Segundo o gerente do órgão pesquisado, inicialmente o jogo político entre indivíduos favoráveis e contra a chamada reforma psiquiátrica ocorria a partir de interesses pessoais, mais do que ideológicos e científicos. As desavenças que se tornariam políticas tiveram início em desafetos pessoais.

[...] eu comecei a observar o desmonte dos projetos que tinham sido feitos, entre 94 e 98; o desmonte não era porque havia grande diferença de interesses econômicos, como a gente vê no eixo Recife e Rio-São Paulo. A divergência era mais ideológica. Aqui a gente tinha pequenas ilhas econômicas, clínicas que ganhavam com o sistema manicomial, que eram a São Judas Tadeu, São Miguel e a Planalto, que era a única que tinha nesse momento. Então não tinha um grande grupo hospitalar em saúde mental. As grandes divergências eram ideológicas: de um lado muito pouco embasadas e de outro bem embasadas, que era o pessoal da reforma. No outro lado as pessoas não tinham uma sustentabilidade ideológica bem criada, era mais pela história de adversidades. Nesse período de 94 a 98 os interesses mais pessoais é que se confundiam com os poucos interesses ideológicos que se tinha. Então foi havendo um desmonte. (E2)

5.1.2. As incumbências do órgão

Perguntado sobre as incumbências da gerência, seu representante diz, num primeiro momento, que o órgão deve se esforçar para que sua missão se cumpra, no sentido de dar atenção ao “portador de sofrimento psíquico” e não ao “portador de transtorno mental”. Segundo ele, o termo “sofrimento psíquico” amplia as possibilidades de intervenção da saúde mental, que não se destina somente ao atendimento de casos graves de psicoses e neuroses. Assim,

[...] você de fato garante que desde a pessoa que teve uma perda parental, que quer uma escuta no dia, até aquelas que têm um problema psiquiátrico por uma doença genética mesmo, toda essa faixa de pessoas tenha algum tipo de assistência possível. Não construímos ainda porque depende da ampliação da rede. (E2)

Ainda sobre o papel da Gesam e suas ações cotidianas, diz ser objetivo do órgão “acompanhar os serviços de assistência à saúde mental, avaliar essa assistência, planejar, replanejar essa assistência de acordo com as prioridades identificadas e construir perspectivas para os quadros que não foram prioritários” (E2).

O planejamento parece ser considerado a principal ação de gestão de saúde mental dentro da SES-DF. A ex-coordenadora acredita, no entanto, que, além da previsão de ações, a Cosam deveria “ver como todos os serviços estavam funcionando dentro das condições que eram oferecidas naquele momento” (E1).

O que os gestores consideram objetivos da Cosam e da Gesam diverge do que consta em relatório da coordenação em 1998, que a atribuía a missão de “implementar a reforma psiquiátrica no DF” (COSAM, 1998, p.3). Verifica-se um grande esforço empenhado pelos gestores na representação da saúde mental junto à SES-DF. No entanto, a modificação do modelo de atenção à saúde mental no DF não depende apenas de planejamento.

O representante da Gesam trata das estratégias para implantação da reforma no DF, dizendo que “o que ele [o Distrito Federal] implementa é a discussão dos serviços, é a pactuação para a gente preparar os serviços para viabilizar a reforma. Agora, a gente não fez ainda a ampliação dos serviços. Nesse sentido a gente está ainda com dificuldades” (E2). Também sobre as dificuldades, a antiga coordenadora diz, ainda: “nenhuma coordenação tem autonomia para fazer nada se não houver a deliberação política, do secretário, do governador, de quem quer que seja” (E1).

5.1.3. A incorporação de reivindicações e a influência político-partidária

Quando questionados sobre a participação da população na manifestação de suas demandas, os representantes da SES-DF dão respostas bem diferentes. A ex-coordenadora aparenta não considerar importante essa participação, além de acreditar na impossibilidade de que haja incorporação das reivindicações.

Acho que existem duas coisas: o aspecto social e o aspecto administrativo de cada projeto. Não existe, como hoje continua sem existir. Não acredito que a coordenação de saúde mental tenha essa amplitude de ouvir a população. Isso não existe, é utópico falar dessa forma. Houve na época, quando começaram os movimentos... nós tínhamos uma parceria muito boa com o Ministério Público, o promotor ligado a área de saúde mental era Dr. Carlos, não me recordo o sobrenome, que foi uma pessoa muito parceira. Havia um grupo... agora, tudo que acontece de mudança tem o aspecto político também [...] (E1).

Já o gerente tratou do assunto com mais otimismo e demonstrando uma visão mais democrática da gestão.

A gente começou em 2007 como um órgão colegiado, mas estava se estendendo muito e não tínhamos tempo para dar retorno do que foi discutido em forma de execução. Então refizemos a proposta e fizemos a discussão das rodas. As rodas passaram a ser com os servidores dos serviços, depois das rodas acontecendo começamos a fazer reuniões com as associações de moradores, de usuários da saúde mental. Agora estamos fazendo o planejamento estratégico da saúde mental e a gente orienta para todas as unidades de saúde incorporarem o usuário da saúde mental no planejamento. (E2)

Observa-se a não associação da participação social aos conselhos de saúde, não tendo havido qualquer referência a esses órgãos. A saúde mental parece levar uma pauta diferenciada e muito específica, necessitando de representações além do conselho no DF. Por isso, o colegiado, as reuniões com servidores, os grupos e as parcerias informais com entidades como o Ministério Público aparecem como formas de participação. A permeabilidade da gerência pela sociedade civil é tão limitada quanto a atuação do órgão perante a SES-DF. O fato de o responsável pela Gesam manifestar-se, individualmente, com um perfil sanitarista e de defesa de direitos pode significar a incorporação indireta dos anseios da comunidade no planejamento político realizado pelo órgão. No entanto, o formato da gerência e a posição ocupada por ela na SES podem permitir gestões pouco ou nada participativas, surdas às demandas dos trabalhadores, dos usuários dos serviços e seus familiares.

A influência político-partidária também foi trabalhada nas entrevistas e as opiniões variam. O gerente de saúde mental identifica e opina sobre algumas ações relevantes na política de saúde em governos específicos. Assim, apesar de sua relação com o movimento sanitarista – essencialmente de defesa do Sistema Único de Saúde como política pública de cunho estatal –, verifica-se a defesa de um formato de privatização.

Acho que a influência partidária acontece em tudo. Influência política primeiro e a partidária. Vai depender de como a sociedade se relaciona com as políticas de estado e o exercício da cidadania a partir dos partidos. Agora, eu vi uma queda, de fato, quando houve mudança de partidos diferentes em assumir o governo em 99; vi uma mudança radical, brusca, inconsequente e mal pensada, inclusive do ponto de vista da direita, da hegemonia de conjunção da política de saúde pensando na lógica de como os partidos da direita se organizam para prestar saúde. [...] Por exemplo: já é conhecida, em PE, BA e vários estados, a criação das fundações, das organizações públicas de interesse privado. Isso é já é antigo, desde a década de 80. Aqui no DF, quando o governador Roriz assumiu em 1999, ele conseguiu acabar com Fundação Hospitalar do DF. Para mim, era um pensamento de uma lógica estatal que não cabia mais, porque a discussão de fundação estatal, pública de direito privado, por mais polêmica que seja, todas as tendências políticas já a tem como possibilidade. Você agora vê a Bahia, que é de um partido de esquerda, ou que era chamado de esquerda anteriormente, e vem puxando a discussão de fundação pública de direito privado, procurando uma solução para os problemas de saúde daquele estado. Então, acabar com a Fundação Hospitalar, que facilita fluxo de aquisição de recursos, facilita outros tipos de fluxos... eu acho que poderia transformar, não fechar. (E2)

A ex-coordenadora não destaca a influência partidária por ter atuado na Cosam durante dois mandatos de um mesmo secretário, sem que tenha sido observada modificação no perfil do órgão à época. No entanto, em outros momentos, aborda o debate partidário como item importante da formulação da proposta de legislação para a reforma psiquiátrica. Sua percepção é de que o aspecto político-partidário não contribuiu para a discussão, deixando de lado os usuários dos serviços e suas necessidades.

Houve na época, questões políticas sérias, guerra partidária, desentendimento partidário, onde não se via realmente quem estava precisando, que era o doente. O partido A chega e diz que vai ter que fazer, o partido B diz que não é assim... acho que a própria discussão se perdeu nesse emaranhado de coisas. (E2)

5.1.4. A saúde mental e os outros subsetores da saúde

Feita pergunta sobre a forma como a saúde mental é tratada pela SES, em comparação aos outros subsetores da saúde, o gerente atual abordou o âmbito macro, dizendo haver dificuldades na implementação de resoluções da Organização Mundial da Saúde – por

exemplo, em relação à inclusão da saúde mental na atenção básica. Não trata da diferença entre os subsetores, no entanto.

A coordenadora em 2001, no entanto, cita exemplos interessantes, em que o que define a prioridade das ações e articulações políticas é o risco de morte das pessoas. A entrevistada percebe a Secretaria de Saúde oferecendo mais atenção às especialidades que tratam do corpo, em detrimento à saúde mental.

[...] nessa máquina administrativa, dentro da SES, não existe só a psiquiatria. Então, de repente, aconteceu a gripe suína. Desfoca, vai todo mundo trabalhar com a gripe suína. Então, para a gente retomar, é complicado. Lembro que na época tinha um problema sério com a questão da hemodiálise. Vinha todo mundo e implicou em risco de vida, é muito mais grave. Então: “ah! hoje não vou poder discutir com você porque vou discutir com o pessoal da hemodiálise”. Esses aqui não iam morrer, esses iriam. Então são questões várias, não existe uma questão específica. Não existe uma secretaria só para a saúde mental, talvez até, se houvesse, fosse a solução. (E1)

5.1.5. As ações da Cosam e da Gesam – os fins, os meios e o perfil das gestões

Ao serem questionados sobre as principais ações do órgão quando de sua gestão, os entrevistados foram por caminhos diferentes. A primeira abordou um resultado concreto – a criação de um serviço – como trabalho da Cosam: “na época, foi criado um centro, o que seria um Caps, para tratamento de dependência química na Ceilândia, com muita dificuldade, porque nós temos uma carência muito grande de psiquiatras no DF” (E1). O segundo destacou aspectos processuais, observando um caminho para um objetivo, que é o de ampliação da rede de serviços. Citou como ações importantes da Gesam, portanto:

A reaglutinação dos servidores para discutir saúde mental, um projeto para a saúde mental, em 2006. Houve a continuação dessa aglutinação com os servidores para discutir a importância da reforma psiquiátrica e propor ao servidor o conhecimento com cursos de capacitação, atualização e especialização. Na Fiocruz, o 1º. bloco de atualização para profissionais de nível médio, depois a UnB fez curso de especialização. No HSVP houve capacitação para profissionais de nível médio, curso de capacitação em saúde mental na atenção básica. (E2)

Foi solicitado aos participantes da pesquisa que informassem o perfil de sua gestão na Cosam/Gesam. A Cosam teria tido como parâmetro a Lei 10.216/01, somente. A Gesam apresentou como perfil a busca por parcerias, a tentativa de conhecer as demandas e de

discutir as possíveis soluções, sempre no campo do planejamento de ações, com caráter mais técnico e menos político. Nas palavras do gerente,

Pactuação com os servidores, com a população e com os diversos atores políticos interessados em pactuar, e discussão dos novos rumos preparando as bases para essa reforma que deve ser. Os servidores do HSVP sabem que existe uma gerência de saúde mental, eles já tem incorporado que além do HSVP tem uma discussão na gerência, o que antes não tinha; existe uma discussão técnica que é na gerência; o HSVP é a unidade executora da assistência, mas a discussão técnica de toda as unidades executoras passa também pela discussão com a gerência, de uma política uniforme. (E2)

5.1.6. A reforma psiquiátrica na visão dos gestores

Durante toda a entrevista, nos dois casos, a reforma psiquiátrica ou a reforma do modelo de atenção à saúde mental foi abordada. Foi realizada, no entanto, uma pergunta específica sobre a opinião dos entrevistados quanto à legislação e quanto à forma como o Distrito Federal a está implantando. Ambos analisam criticamente as questões, mas as críticas vão para aspectos diferentes.

A ex-coordenadora considera que a proposta de reforma psiquiátrica constante na lei peca por criar uma data a partir da qual todos os pacientes receberiam o mesmo tratamento, sem a disponibilidade de leitos para as internações. Segundo ela, desconsidera-se, assim, o doente crônico grave, para quem a única alternativa seria a institucionalização.

Eu acho que a reforma é excelente, eu acho que não podemos permitir que nossos pacientes fiquem dentro de caixas, tipo os manicômios, essas coisas antigas. Não se pode permitir que morram miseravelmente como a gente vê na televisão, que ainda existem. A reforma não conseguiu acabar com muitos. Eu acho que o grande problema da reforma foi não ter colocado um prazo de validade. Se dissessem: “hoje nós estamos em 2010. Todas as pessoas de 1º surto, todos os surtos que tiverem a partir de 2010, eles não vão ser internados”. Por quê? “Porque nós vamos oferecer caps, nós vamos oferecer isso, vamos oferecer aquilo”. Então, quem tem essa oferta não precisa realmente internar. Agora, tem o paciente que teve a primeira crise em 1945, onde não tínhamos sequer um arsenal terapêutico adequado. O nosso arsenal terapêutico melhorou dos anos 80 pra cá, antes era uma coisa muito limitada. “Ah! Quando foi o 1º. surto? Em 1945”. Coitado! 60 anos, 70 anos, ele já está com todos os efeitos que o impacto esquizofrênico pode proporcionar a uma pessoa, ele não tem mais laço familiar. O doente mental onera muito a família. Como a gente ouvia: “doutora, ele come muito, ele come por dois, por três, e a comida não dá, doutora, deixa ele internado um pouquinho”. Mas ele vem assim desde 1945 e, quando chega em 2010, você diz assim: “não interno mais”. Isso não existe. Você pode estabelecer regras

daqui para frente, daqui para trás você pode colocar limites: “vamos evitar; mais de 30 dias, não”.

[...]

Não posso falar que isso é problema de verba porque isso eu não sei. Mas tem muito discurso bonito. Se você procurar os arquivos vai achar muito discurso bonito. O discurso do fechamento da Clínica Planalto foi uma coisa! Todos olhavam para as câmeras e não sabiam o atrapalho que estavam cometendo. (E1)

Também é feita uma crítica sobre a expectativa de que a sociedade esteja preparada para receber as pessoas com transtorno mental sem resistência. A ex-coordenadora também deixa claro um posicionamento que não vê problemas no modelo centrado no hospital.

Eu me lembro que eu estava no HSVP e eu fazia parte da direção. A gente estava querendo fazer a implantação das residências terapêuticas e achei muito interessante porque fui com um funcionário do hospital olhar, andar na Ceilândia. Paramos numa rua que estava dentro das exigências, num raio de tantos quilômetros do hospital, de centro de saúde, pois em caso de emergência haveria atendimento. O carro do hospital parou e desci com o funcionário. Vinha um senhor (havia sido divulgado na mídia que iam ser criadas as residências terapêuticas) e me perguntou se eu estava lá procurando casa para colocar os loucos. Disse que não, que estava passeando, e ele disse que trabalhou a vida toda pra comprar a casa dele e não queria ser vizinho de louco. Então, não há um entendimento, eu acho que é uma coisa meio irreal, utópica, você chegar e dizer: nós vamos abrir uma residência terapêutica. Não é assim. Em um outro estado, eu achei muito interessante que tinha uma residência terapêutica dentro do hospital. (E1)

A partir de tais afirmações, discutiu-se o papel atual do Instituto de Saúde Mental (ISM), que abriga parte das pessoas retiradas da Clínica de Repouso do Planalto, citada acima. Os pacientes que residem no ISM são aqueles que não tinham referência familiar à época. Eles ficariam no instituto até a criação das residências terapêuticas, o que se imaginava que ocorreria rapidamente, dado o perfil do governo do Partido dos Trabalhadores naquele momento. Oito anos depois do fechamento da clínica, os pacientes permanecem no ISM, sem perspectiva de serem remanejados. Sobre esse assunto, a entrevistada enfatizou sua opinião de que a extinção da clínica foi imprudente, uma vez que um dos efeitos dessa ação foi o esfacelamento dos serviços que o ISM prestava, com caráter de hospital-dia. Para ela, o ISM tinha uma proposta moderna, inovadora, muito importante para uma perspectiva reformada de saúde mental.

O gerente em 2010 demonstra concordar com a proposta de reforma psiquiátrica tal como é apresentada na legislação, mas critica sua implementação, em especial no âmbito

micro, em relação à aceitação e execução da proposta pelos profissionais em suas práticas cotidianas. O entrevistado considera que a existência de pessoas contrárias à reforma psiquiátrica se explica pela falta de informação, de experiência e até de interesse em conhecer a proposta. Isso fica evidente na seguinte fala:

O pessoal que conheci da reforma estava mais estruturado com relação ao projeto, sabia o que queria. E o pessoal que era antirreforma não sabia direito o que queria, só sabia que queria trabalhar, fazer o trabalho na lógica manicomial que imperava e impera ainda no DF, na lógica hospitalocêntrica. (E2)

Além desses aspectos, o movimento de luta antimanicomial no DF surgiu, segundo o gerente, dentro do aparelho estatal, e não por um movimento de trabalhadores e de familiares e usuários.

Na verdade, como a gente não tinha grandes grupos econômicos, o movimento era mais no aparelho estatal do que no aparelho mesmo do movimento dos trabalhadores e usuários da saúde mental. E dos usuários muito menos, até pelo nível da população. Duas grandes clínicas já estavam esfaceladas, São Judas Tadeu e São Miguel já tinham sido fechadas, e só restava a clínica Planalto. Então, era como se muitas coisas tivessem sido encaminhadas, e eu acredito que o movimento popular, o movimento de base do DF era fraco. Era mais um movimento da classe média intelectual com uma tendência histórica [...]. (E2)

Após informar que o movimento enfraqueceu, o entrevistado diz não verificar relação entre a Lei Paulo Delgado e o esfacelamento da luta, embora, posteriormente, afirme que o movimento ficou enfraquecido entre 2001 – ano da promulgação da referida lei – e 2005 e 2006. A demanda da população teria ficado mais explícita nesses últimos anos, após o fechamento da Clínica de Repouso do Planalto. A necessidade de criação de serviços era evidente. Naquele momento, segundo informa, era comum a visita da imprensa, de representantes do Ministério Público, de comissões de Direitos Humanos e outros órgãos ao Hospital São Vicente de Paulo, “pela total falta de planejamento mínimo em saúde mental” (E2).

Questionado sobre uma possível tendência da psiquiatria no momento, o atual representante informou “que os poucos que estão organizados numa associação estão um pouco perdidos do ponto de vista do rumo, até se diz assim um pouco biológico, mas sem muito argumento científico” (E2). Referia-se à Associação Psiquiátrica de Brasília, que será abordada no item 5.3, como resistente à proposta de trabalho interdisciplinar, sendo mais voltada para os aspectos biológicos do transtorno mental.

5.1.7. As dificuldades enfrentadas pela Cosam/Gesam

Ao tratarem diretamente das dificuldades enfrentadas pela Cosam e pela Gesam, os entrevistados convergiram em suas opiniões e experiências, principalmente no que se refere à burocracia. O fato de a gerência não ter controle sobre o orçamento da saúde mental aparece como principal queixa do atual gestor:

Nem tem [controle] sobre a alocação, nem sobre a execução orçamentária. A gente propõe projetos e o projeto vai depender de todo o trâmite na secretaria, desde a gerência, até a SAS e a UAG. E aí a gente está identificando dificuldades de informações diversas na UAG, que é a Unidade de Administração Geral, a gente vai na UAG, diz uma coisa, a pessoa diz outra, a gente vai ao fundo de saúde, que dá outra informação. Ou seja, a secretaria está perdida no fluxo da execução orçamentária. Eu acho que isso é geral, não é só na saúde mental. (E2)

A coordenadora em 2001 complementa essa mesma reflexão, que sugere certa desorganização na gestão, e conclui que o fato de se tratar de gestão pública influencia nos resultados.

Eu acho que a própria burocracia é a maior dificuldade. Por exemplo: se essa cadeira quebrar nós vamos mandar para a manutenção. O chefe daqui vai mandar com um memorando pra não sei aonde, não sei aonde vai mandar... Então, em menos de dois meses a cadeira não vai retornar. Se fosse numa empresa privada, no mesmo dia seria consertada... Então há essa dificuldade administrativa. (E1)

Uma declaração do gerente que justifica a dificuldade de criação de serviços substitutivos é relevante.

O que foi dito para gente? “Para ser feita alguma ampliação da rede, vai ter que se construir, porque ninguém aluga para o GDF e o GDF tem que ter ‘habite-se’.” E então ficou difícil. Tem que se fazer projeto para construção. Então, fomos atrás de arquiteto, fizemos um projeto arquitetônico e agora está entre a UAG, a SES e a procuradoria geral do DF. E agora o governo já está com todo o projeto arquitetônico, com todo o custo. E esse é um projeto importante, porque o que a gente fez foi preparar a base para a reforma. (E2)

O trâmite para a aquisição de imóvel no Governo do Distrito Federal aparece como grave empecilho para que se coloquem em prática os projetos feitos pela Gesam. O “habite-se” a que o gerente se refere é um valor a ser pago a título de autorização para início do uso do imóvel. Para pessoas físicas, em geral implica em grande quantia em dinheiro. Mas, para o Estado, não deveria, racionalmente, configurar um problema em termos de execução orçamentária.

5.2. O Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal

5.2.1. História, reivindicações, vitórias e derrotas

Em entrevista com a coordenadora do Movimento Pró-Saúde Mental, foram solicitadas informações sobre a história do movimento. A entrevistada trata dos nomes de pessoas que teriam criado o movimento no início dos anos 1990 e informa que a sua inserção na saúde mental e no movimento se deu após supervisionar tecnicamente profissionais de uma instituição pública de saúde mental do DF. Desde então, a presidente é a mesma e afirma haver grande dificuldade em realizar novas eleições para a diretoria por falta de disponibilidade dos envolvidos.

Ela associa o início de sua participação na diretoria do movimento ao período em que Cristovam Buarque era governador do Distrito Federal (1995-1999). À época, militantes da luta antimanicomial assumiram cargos na SES-DF e o movimento fortalecia planos anteriores no campo da saúde mental, tentando apoderar esses atores sociais para que os projetos fossem colocados em prática.

Sem informar datas, a representante do movimento considera a participação no Fórum de Patologias do DF uma iniciativa importante do movimento, em parceria com associações da área da saúde. O fórum contava com três representantes da saúde mental e elegeu um representante para o conselho de saúde. Posteriormente, afirma: “nós fizemos uma luta sobre a questão de medicamentos, fizemos painelaço na secretaria” (Entrevista 3 [E3] – 15/10/2009).

Sobre ações mais recentes, a entrevistada informa:

Bom, sempre os 18 de maio [Dia Nacional da Luta Antimanicomial] e ações assim, como é que eu vou dizer, quando muda secretário, audiências públicas que a Érika [Kokay, deputada distrital] convoca para a gente apresentar planos. Planos de saúde mental no DF tem inúmeros. Ah, nós atuamos também para a aprovação da lei. Aí, nós fizemos todo um documento crítico em relação aos projetos, às mudanças do projeto. Nós não concordamos com certas coisas.

[...]

A gente atuava sempre em relação aos coordenadores, a gente atuava na mídia. Porque aí, a Érika foi eleita. E aí, ela se integrou à rede. (E3)

Além da mobilização para a aprovação da Lei Federal, a presidente do movimento destaca outras pautas importantes: a criação da Cosam, a realização de uma turma de residência multiprofissional em saúde mental, a criação dos Caps e a luta pelo Centro de

Orientação Médico-Psicopedagógica (Compp). Sobre o Caps, convém destacar um trecho da fala da entrevistada:

[...] eu me lembro que, num debate na televisão, o secretário “ah, vamos fazer isso e fazer aquilo, e fazer...”. Na frente das câmeras eu disse “eu lhei um prazo para a criação de Caps”. E ele disse: “eu aceito o desafio”. Eu disse “em seis meses”. E ele disse: “não, nós vamos fazer em três”. E eu: “está bem, está aqui na frente das câmeras”. E foi aí que surgiram os Caps. (E3)

A luta pelo Compp, mencionada acima, diz respeito à mobilização no intuito de evitar a redução do serviço e do espaço em que o serviço funciona, devido à implantação e à ampliação da Escola de Ciências da Saúde do Distrito Federal no mesmo imóvel. Essa luta

[...] foi braba, viu? Essa foi brabíssima, porque desde que foi criada a faculdade, ela foi tomando espaço. [...] E aí nós fizemos muitas ações. Houve manifestações. Houve muita mobilização do Compp mesmo. E a rede, né? Nós mobilizamos o plano diretor de Brasília. Tudo que mostrava que aquele local era um local de serviços de saúde. Aí, eles já iam mudar o Compp para o antigo canteiro de obras do metrô. E quando o Maciel assumiu, ele tinha trabalhado na administração do metrô e disse “não, o Compp não vai para lá”. Mas, aí, houve um momento em que o Compp foi para uma escola na Asa Norte, por muito tempo. Mas aí, por ações da promotoria... Aí, duas promotorias atuaram: a promotoria de saúde, com o Bisol, e a Promotoria da Criança, com a Leslie, que ela tem processos “desse” tamanho. (E3)

Questionada sobre quais seriam as principais derrotas do movimento, a militante critica a transformação da Cosam em Gesam, a pouca quantidade de Caps e a ausência de residências terapêuticas. E completa seu raciocínio:

A derrota é que aqui não tem serviço. As listas de espera são de três mil, quatro mil pessoas. No São Vicente... os ambulatórios são muito problemáticos, o instituto foi praticamente desmontado, os ambulatórios que tinham em cada hospital regional não se fala mais nisso (E3).

Um fato recente destacado pela entrevistada como relevante é a Marcha dos Usuários da Saúde Mental pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em 30 de setembro de 2009, que, segundo ela, contou com cerca de duas mil pessoas na Esplanada dos Ministérios e provocou maior mobilização dos militantes no período que a antecedeu.

Para abordar as principais reivindicações dos usuários atualmente, a entrevistada recuperou uma lista, elaborada por pacientes de serviços de saúde mental do DF em 2009, que continha algumas cobranças, das quais: (a) passe livre aos usuários de saúde mental nos transportes públicos; (b) garantia de acesso ao Benefício de Prestação Continuada; (c)

ampliação do acesso ao Programa de Volta para Casa; (d) que as perícias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sejam feitas por médicos especialistas, no caso psiquiatras; (e) regularidade da medicação; (f) equipamentos para manutenção dos Caps; (g) humanização dos serviços; (h) fim da contenção mecânica durante período de internação; (i) construção de novos Caps; (j) nomeação de profissionais aprovados em concursos; (k) reposição de profissionais; (l) ampliação e fortalecimento das cooperativas de usuários; (m) inclusão dos transtornos mentais na política de cotas para o trabalho; (n) ampliação da equipe terapêutica, com profissionais de educação física, artes plásticas, música, literatura; (o) efetivar o controle das internações compulsórias pelo Ministério Público.

5.2.2. *O movimento na arena política*

Ao abordar as dificuldades enfrentadas pelo movimento na arena política do campo da saúde mental no DF, a entrevistada trata de um aspecto pouco comentado por outros participantes da pesquisa, ao afirmar que

[...] tem duas questões: tem uma questão de paradigma, como se enfrenta a loucura, e outra coisa é grana. A oposição à política do ministério é isso. [...]

Houve um ano aí que tinha cem mil leitos. A grande maioria conveniada, muito poucos do estado. E naquela ocasião, se gastava quinhentos milhões com leitos, uma grana. E o ministério foi reduzindo os leitos, foi reduzindo o tamanho dos hospitais e o pagamento do *per capita* em relação ao número do hospital e em relação à avaliação no PNASH [Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar]. Então, está se tentando desmontar – dizem que é a indústria da loucura. Eu digo que é o comércio da loucura. Então, se fazem exigências de equipe, de plano, de tudo, que é caro, que os hospitais não querem, porque isso diminui o lucro, e diminuem o número de leitos e se fecham hospitais. E os comerciantes da loucura estão perdendo dinheiro. E não é pouco dinheiro. (E3)

Logo, a entrevistada considera o aspecto financeiro como de fundamental importância no debate em torno da mudança do modelo de atenção à saúde mental. Quando indagada sobre quem seriam os comerciantes da loucura, em alusão ao termo por ela utilizado, afirma que esses estão organizados, por exemplo, na Associação Brasileira de Hospitais Psiquiátricos. Acredita que o posicionamento político desses atores tem sua importância, mas que, em termos de paradigma, trata-se de como cuidar da loucura. Aproveita o ensejo para criticar o termo “reforma psiquiátrica”, enfatizando que o cuidado da loucura não é o mesmo

que psiquiatria, e sim saúde mental. “E eu acho que em todas as áreas do conhecimento tem diferentes concepções, né? Só que essa resulta em grana, muita grana” (E3).

Quanto à forma como a associação citada atua na arena política, a entrevistada cita como exemplo a abertura de processos, na Justiça, contra o Ministério da Saúde, questionando as portarias. Afirma que essa é uma luta econômica e teórica, e que, em alguns pontos, o paradigma “reformado” se estabeleceu hegemonicamente. “Agora, tem coisas que já são indefensáveis. Por exemplo: antes, como eram os manicômios? Tua entrada era para sempre. Hoje em dia ninguém mais defende que tu tem que morar trinta anos num hospital” (E3).

Outro participante que mantém a concepção tradicional de cuidado sobre a doença mental é a Associação Brasileira de Psiquiatria, qualificada pela presidente do movimento como corporativista. “[...] o que eles dizem é que a nossa posição não é científica, é ideológica e política. E eu digo o seguinte: a deles também não é científica, porque nunca ninguém ficou melhor só com internação e remédio” (E3). Nessa ocasião, a entrevistada manifesta sua opinião sobre a produção acadêmica no âmbito da reforma psiquiátrica, terminando por criticar também a formação dos profissionais na universidade.

Eu acho que nós fazemos muito pouco, a nossa corrente, o nosso paradigma não faz pesquisa. Eles fazem, de medicamento, de cérebro, de corpo. Nós não fazemos. E nós tentamos incluir pesquisa, mas aí tem que ser por universidade. E as universidades estão tomadas por eles, pô. A formação do psiquiatra é muito ruim e eles vão fechando isso que se tentou. Tem alguns no país, os cursos, as residências multiprofissionais de saúde mental. A daqui fechou, em São Paulo fechou. A Fiocruz não fechou, mas as universidades não formam assistente social, não formam psicólogos, enfermeiros, não formam psiquiatras nessa linha. As residências são muito ruins. Então como é que tu vai mudar, se os profissionais saem de cabeça feita? (E3).

É possível identificar contradições a respeito da gestão da política de saúde mental, uma vez que num mesmo governo foi possível observar perspectivas totalmente divergentes no campo da saúde.

No tempo do Cristovam, melhorou muito. Agora, teve coisas muito ruins também. Por exemplo, quando se quis fazer, passar a internação para o hospital geral de Taguatinga. A Durcinéia tirou dinheiro do hospital para fazer uma sala lá no Hospital de Taguatinga e negociou. Quando estava pronta a sala, a Maninha, que era secretária de saúde, entregou para a cardiologia. As residências nós não conseguimos formar. (E3)

Tanto o governador Cristovam Buarque como a deputada distrital Maninha eram do Partido dos Trabalhadores à época e faziam parte da mesma gestão. No entanto, a iniciativa que foi aprovada pelo governador não foi apoiada pela então secretária de saúde. Esse episódio evidencia também a posição ocupada pela saúde mental na SES-DF, o que configura uma dificuldade na arena política. Segundo a entrevistada, o promotor de justiça de defesa da saúde do Distrito Federal “tem ‘batido’ forte neles, com isso de privatização. [...] Está um escândalo. E a saúde mental está no meio desse escândalo. E com muito menos importância, segundo eles, que outras coisas, campanha de vacina, aids...” (E3).

A menor importância da saúde mental também é verificada pela presidente do movimento

inclusive no Ministério da Saúde. Isso é uma questão que a gente sempre conversou, inclusive com os coordenadores, com a Ana Pitta em nível nacional. As pessoas têm, a gente acha, muito medo da loucura, inclusive da própria loucura. É aquela ideia de botar os loucos separados, fechados. Hoje em dia a gente bota debaixo do tapete. E pisa em cima. (E3)

A entrevistada crê que os familiares e os usuários de saúde mental são pouco mobilizados e politizados. Dentre os motivos, a presidente do movimento aponta a relação conflituosa existente entre as pessoas com transtorno mental e seus familiares.

Eu acho que a relação da família com o doente mental é uma relação muito... tem aí toda uma corrente que culpabiliza, que ninguém nasce doente, que fica doente. Isso realmente acontece, agora é muito difícil tu admitir que tem um filho doente mental ou um parente. É muito difícil conviver com essa doença. Muitos deles já foram abandonados pela família. Às vezes morando na mesma casa, não tem existência, nunca nasceu. Então, tu vai mexer numa coisa muito dolorosa e muito difícil. (E3)

A maior parte do movimento é composta por profissionais da saúde mental, mas isso aparenta trazer problemas para os servidores da SES-DF eventualmente, que são retaliados por chefias.

A grande maioria dos profissionais não pode se submeter a ser retaliado. Um critério para ser presidente do movimento de saúde mental é isso, não ser funcionário. Tem que ser aposentado ou de universidade. Porque aí não pode ir para a televisão peitar esses caras, porque ou ganha processo ou é retaliado (E3).

Tratando da política do Distrito Federal sob uma perspectiva mais ampla, a representante do movimento afirma existir nesta unidade da federação um coronelismo. “E é

um lugar que é o centro do poder, e nós sabemos como é o poder no Brasil. Tu compra a justiça, compra o parlamentar, compra o voto, quem vai financiar suas campanhas. No Brasil quase desapareceu o político homem público” (E3).

Como estratégia política do movimento, a presidente cita uma sugestão feita por um usuário durante uma audiência pública convocada por membros do MPDFT:

[...] nós temos que fazer campanha eleitoral contra esses caras quando quiserem se candidatar. Não é campanha partidária, mas contra. E campanha mesmo, de ir nas filas de espera nos hospitais, mandar correspondência para quem está na lista de espera, entendeu? Quem foi responsável por você estar com o seu filho sem remédio? Esses caras são candidatos. Porque esses caras, se o negócio deles é a carreira política, nós temos que atingir eles onde dói. É não se reeleger. Porque as pessoas não conseguem associar o não direito ao candidato, não conseguem. (E3)

5.3. A Associação Psiquiátrica de Brasília

Como a diretoria da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr) não concedeu entrevista para esta pesquisa, a fim de compreender o posicionamento assumido pela entidade, foi analisado o conteúdo de suas publicações, em especial o *Jornal Brasiliense de Psiquiatria*. Trata-se de um informativo bimestral do órgão disponibilizado online.

Foram analisados os doze números encontrados no site da associação, os quais não têm periodicidade regular. A capa de todos os números do jornal, a partir do terceiro de seu primeiro ano, traz a mensagem “Distribuição exclusiva para a classe médica”, já indicando que não é desejável que aquele conteúdo se difunda entre outros profissionais ou interessados no assunto. Segue lista com edição do jornal, data e título da reportagem de capa.

Quadro 3 – Números analisados do Jornal Brasiliense de Psiquiatria

Ano – N.º	Data	Capa
I – 1	Dez., 2004	Nova realidade da psiquiatria no DF
I – 2	Jan./Fev., 2005	XII Jornada de Psiquiatria do DF
I – 3	Set./Out., 2005	I Curso de Aconselhamento em Dependência Química de Brasília
II – 4	Mar., 2006	Saúde mental em debate
III – 5	Jun., 2006	APBr ganha o Top of Mind 2005/2006
III – 6	Set./Out., 2006	Direitos humanos, ética e saúde mental
IV – 8	Abr., 2007	Simpósio Internacional Multidisciplinar sobre a Saúde da Mulher
IV – 9	Set., 2007	9 de outubro: eleições na ABP
IV – 10	Mai., 2008	XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria
IV – 11	Set., 2008	“É um crime o que estão fazendo com os doentes mentais no país”
V – 13	Ago., 2009	Fórum: justiça e saúde mental
V – 14	Mai., 2010	I Fórum de Psiquiatria CFM e CRMes

O primeiro número da publicação traz uma perspectiva positiva a respeito das modificações pelas quais a política de saúde mental vinha passando à época, pouco depois da aprovação da Lei Paulo Delgado. Apontava-se na reportagem de capa a interdição da Clínica de Repouso do Planalto como um marco para a saúde mental no DF. A reportagem busca, a todo momento, elevar e enfatizar a importância da participação da categoria médica psiquiatra no processo, desde a avaliação da instituição para o fechamento até o amparo aos pacientes que estavam internados. No mesmo texto, é destacado o fato de a Cosam ter passado a contar com equipe composta por “médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais altamente capacitados” (APBR, 2004, p.1). Também é elogiada a inauguração do primeiro Caps ad do DF, descrito como “mais um grande benefício à população, sendo, inclusive, o primeiro serviço da área psiquiátrica inaugurado no DF desde 1987” (*ibidem*).

Em outra reportagem, é criticada a portaria 846/04 do Ministério da Saúde, a qual trata dos medicamentos excepcionais, chamados “de alto custo”, estabelecendo um escalonamento das drogas a serem prescritas aos pacientes, o que reduz a autonomia do profissional médico em sua avaliação clínica.

No editorial de todos os números, vê-se fotografia do presidente da entidade, Antônio Geraldo da Silva, que é também um dos editores da publicação, acompanhada de texto carregado de conteúdo ideológico e valorativo que interessa especialmente a esta pesquisa, por deixar evidente o posicionamento da APBr.

No editorial do primeiro número, mantendo o observado na capa, o presidente da associação manifesta-se favorável à perspectiva de reforma do modelo de atenção à saúde mental, divulga as últimas ações da entidade, bem como traça objetivos da APBr, como representante da classe médica psiquiatra.

estendemos nossos trabalhos para outros profissionais da Saúde Mental, sempre visando a qualidade e desmistificação da doença mental, mostrando o verdadeiro trabalho em prol do paciente, que é nossa meta principal. Agora, precisamos atingir outras frentes, difundir nossos trabalhos, trocar ideias, informar nossos passos, beneficiar nossa categoria. (APBR, 2004, p.2)

A edição referente aos meses de janeiro e fevereiro de 2005 mantém parcialmente o posicionamento assumido no jornal anterior e traz como destaques a posse da diretoria da Associação Psiquiátrica de Brasília em dezembro de 2004 e uma coluna sobre bioética em psiquiatria assinada por Elias Abdalla-Filho. Esta relativiza princípios éticos quando aplicados à psiquiatria e critica o que o autor considera “um movimento anti-psiquiátrico” (APBR,

2005, p. 8). Esse número também conta com uma coluna sobre os benefícios da equitação no tratamento de transtornos mentais, não abordando em nenhum momento o termo “saúde mental”, mas sim, e somente, psiquiatria, como se a equoterapia fosse desenvolvida por profissionais médicos e não por outros terapeutas.

O terceiro número do Jornal Brasiliense de Psiquiatria é o primeiro a trazer grafada a exclusividade da publicação aos médicos e a posicionar-se integralmente de forma corporativista. No documento, a partir das discussões ocorridas na Jornada Brasileira de Psiquiatria, critica-se a política de saúde mental do Ministério da Saúde e o modelo de atenção baseado em Caps, exigindo-se uma avaliação desses serviços da mesma forma como são avaliados os hospitais psiquiátricos. Também é criticada a Lei 10.216/01, considerada não adequada a algumas realidades. Defende-se o projeto de lei 25/02, do chamado “ato médico”, prevendo a inclusão do psiquiatra na legislação contrapondo-se principalmente às práticas da psicologia. Sugere-se, no texto, que os profissionais de psicologia estejam invadindo o espaço de atuação dos psiquiatras. Por fim, é relevante a manifestação do jornal contra o seminário nacional realizado na Câmara dos Deputados com o tema “Banalização da Interdição Judicial no Brasil – uma Violência contra a Democracia e os Direitos Humanos – Usos e Abusos da Psiquiatria”.

Com a manchete de capa “Saúde mental em debate”, o quarto número é marcado pela crítica à extinção de leitos psiquiátricos conveniados ao SUS e pela afirmação de que não há instrumentos eficazes de tratamento na proposta da política nacional de saúde mental. Ao mesmo tempo, é elogiado o trabalho desenvolvido pela Cosam do Distrito Federal, sendo divulgadas ações da coordenação, como a criação de programas e a padronização de dez medicamentos na SES. Também é divulgado o slogan do órgão: “cuide de sua saúde mental, procure um psiquiatra”. Ressalta-se o fato de o coordenador de saúde mental à época ser também o presidente da APBr.

Na mesma edição, o artigo intitulado “O labirinto no qual entrou a reforma do modelo de atenção à saúde mental no país” critica radicalmente a reorientação dos serviços e o fechamento de leitos psiquiátricos. O coordenador nacional de saúde mental é chamado de “cínico” e “frio” no texto, levando-se o debate para o âmbito pessoal, inclusive. Sugere-se na ocasião que os hospitais psiquiátricos devam ser mantidos e receber incentivos para que desenvolvam bem seu trabalho. Os Caps não são vistos como serviços substitutivos aos hospitais, pois não os substituiriam de forma eficaz.

“[...] não existe saúde sem médico” é um trecho do editorial da quinta edição do Jornal Brasiliense de Psiquiatria (APBR, 2006b, p.2). Nesse número, a publicação enfatiza a profissão de tal forma que chega a alterar por conta própria a denominação dos Caps para “Campes” – “Centro de Atenção Médico-Psicológica, Esportiva e Social” – ao informar a inauguração de um desses serviços no Paranoá.

Em setembro e outubro de 2006, o editorial é marcado por um texto em formato de desabafo, colocando os profissionais da medicina como vítimas de um processo em que perdem poder e em que a saúde deixa de ter o caráter médico-farmacológico: “Ao retirar o caráter médico do tratamento, se nega a doença, e se afirma que não precisa tratar, retirando do estado a responsabilidade de garantir o direito constitucional à saúde, burlando ainda, a constituição e a Lei n. 10.216” (APBR, 2006c, p.2). No texto, os Caps são considerados serviços de atenção terciária, como os hospitais, que não deveriam ser tão valorizados, nem fechando, nem criando serviços. Os psiquiatras mostram-se fechados à equipe de saúde, afirmando não terem interesse em qualquer vínculo que não seja com o paciente. Contradizem-se ao afirmarem que a discussão sobre o modelo de atenção se daria apenas entre médicos, autoridades, familiares e população em geral, excluindo-se os profissionais de outras categorias e os usuários dos serviços.

Está passando da hora de debater o assunto com seriedade. De conclamar as autoridades em saúde, familiares e a população em geral para discutir caminhos e opções de tratamento. Para nós não interessa nenhuma vinculação que não seja exclusiva com o paciente. Não podemos, não devemos e não queremos ser porta-voz de nenhum grupo ou interesse específico, seja em que nível for. (*ibidem*)

O primeiro artigo daquele número do jornal, assinado pelo então presidente do Conselho Regional de Medicina de Alagoas, discute sobre a legislação no campo da saúde mental, depreciando o Projeto de Lei Paulo Delgado e recuperando a legislação dos anos 1950 (Lei 2.312/54) como adequada à realidade brasileira. Um outro escrito do jornal, elaborado por representante da comissão de direitos humanos da Ordem dos Advogados do Brasil, trata da internação psiquiátrica e do leito psiquiátrico como meios de garantir o cumprimento dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental. Em seguida, um artigo sobre o tratamento aos dependentes químicos complementa as críticas ao Ministério da Saúde, desqualifica as propostas de redução de danos e manifesta-se contra a estratégia de Caps.

As páginas restantes mantêm a linha de raciocínio dos textos anteriores, passando por: manifestações de familiares com dificuldades em internar o ente adoecido; o reconhecimento

de representantes do Poder Judiciário de que faltam leitos no país; críticas a uma publicação que compara hospitais psiquiátricos a outras instituições totais, terminando por defender a existência desses hospitais como espaços seguros aos pacientes; a desqualificação da luta antimanicomial, que seria contrária à aplicação de recursos terapêuticos considerados eficazes, como a eletroconvulsoterapia. A reforma psiquiátrica seria, assim, uma “vergonha nacional que fere, de fato, os mais básicos Direitos Humanos: à razão e à saúde” (APBR, 2006c, p. 10).

É relevante analisar o que de fato é alvo de críticas nas publicações da APBr. Em determinados momentos, critica-se a legislação, principalmente com o argumento de que a classe médica está sendo preterida nas propostas de atenção à saúde mental e de que o hospital psiquiátrico tem papel fundamental e principal na lida com as crises. Em outras circunstâncias, no entanto, exige-se o cumprimento da mesma legislação, em especial no que se refere à fiscalização das ações, para que os serviços substitutivos funcionem em melhores condições.

O número seguinte do *Jornal Brasiliense de Psiquiatria*, de abril de 2007, destina-se principalmente à propaganda da APBr, citando-se suas ações de capacitação, eventos e participação em programa de rádio. Dá-se destaque apenas ao artigo “Humanismo e psiquiatria”, cuja conclusão é a de que “A Psiquiatria, como especialidade médica, está dimensionada além dos limites da Medicina e evoluiu para a saúde mental constituída por um saber interdisciplinar” (APBR, 2007, p. 6). No mesmo texto, Philippe Pinel é visto como precursor da humanização em saúde mental com seu “tratamento moral”.

Em setembro do mesmo ano, o jornal de número 9, embora traga na capa as eleições da Associação Brasileira de Psiquiatria, inicia seu conteúdo de fato celebrando ironicamente o vigésimo aniversário do primeiro Caps do Brasil. Afirma-se na oportunidade que os resultados dessa estratégia não são bons quanto os observados nos hospitais.

A décima edição é marcada pela manchete referente ao XXVI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, pela constatação de que a classe médica não tem poder no Conselho Nacional de Saúde e por novo desabafo em seu editorial, que questiona:

[...] até quando ficaremos a reboque de pessoas que não pensam no doente e na família, negando a doença mental e privilegiando a militância em detrimento da ciência, pessoas que ignoram os dados epidemiológicos, e que enxergam um país continental como o bairro em que moram? (APBR, 2008a, p.2)

No mesmo número, debate-se a relação entre o aumento do índice de mortalidade de pessoas com transtorno mental e a redução de leitos psiquiátricos. O dado é relevante e demonstra a necessidade de implantação urgente dos serviços substitutivos. A avaliação feita pelo autor do artigo, entretanto, sugere a reversão da situação por meio da reativação de leitos psiquiátricos.

A capa que anuncia mais claramente a opinião da Associação Psiquiátrica de Brasília é a do jornal de número 11, datado de setembro de 2008. A reportagem de capa, “É um crime o que estão fazendo com os doentes mentais no país”, trata da manifestação pública de Germano Bornow, deputado federal pelo Partido Democratas no Rio Grande do Sul, em defesa, dentre outras coisas, da eletroconvulsoterapia no Sistema Único de Saúde. Não há maiores explicações a respeito do contexto em que a frase de efeito foi pronunciada, mas verifica-se uma entrevista com perguntas direcionadas e conclusivas por antecipação: “Venderam a ideia de que os manicômios maltratavam os doentes mentais. Agora sem assistência eles perambulam pelas ruas. Como mudar essa visão distorcida e como ouvir a voz dos principais interessados, os doentes e seus familiares?”. Isso não significa que o deputado não concorde de fato com seus interlocutores. Em outro questionamento, o deputado traz a seguinte explicação:

Ainda confundem manicômios com hospitais psiquiátricos. Os manicômios onde os doentes mentais eram jogados sem tratamento e assistência é coisa do passado. Hoje os hospitais psiquiátricos possuem médicos, infra-estrutura e tratamento adequados. Não se pode confundir o sofrimento psíquico com doença mental. (APBR, 2008b, p. 5)

É possível notar nessa fala do representante da câmara dos deputados um desconhecimento a respeito da realidade dos hospitais psiquiátricos brasileiros ou uma visão diferenciada de direitos humanos. Leva-se em consideração a realidade observada anteriormente, como se a modificação vista desde então fosse suficiente para um tratamento humanizado e adequado às necessidades dos pacientes.

No único número disponível do ano de 2009, o foco é no evento “Justiça e Doença Mental”, promovido pela APBr em parceria com diversas instituições, com o subtítulo “Loucura: o insano sistema de saúde mental”. O título já demonstrava o viés das críticas à política nacional. No decorrer da pesquisa aqui apresentada, participou-se do seminário em questão e observou-se relevante presença de usuários de serviços de saúde mental brasileiros, os quais se manifestaram contra os posicionamentos defendidos no palco do evento.

As falas de Pete Earley, um escritor norteamericano, foram utilizadas pelo jornal para fortalecer o discurso favorável à manutenção dos hospitais psiquiátricos. O relato do escritor era sobre a dificuldade de inserir seu filho em um tratamento nos Estados Unidos, o que se estendeu a uma militância e a uma investigação sobre a saúde mental naquele país. A conclusão a que o jornalista chegou é a de que, na maioria dos estados, só era possível tratar as pessoas com transtorno mental quando elas eram consideradas perigosas pela polícia e, ainda assim, o atendimento era puramente emergencial, não havendo acompanhamento posterior. Informou, na ocasião do seminário, que as pessoas que chegam a uma instituição psiquiátrica nos Estados Unidos, em geral, já foram presas.

Sua palestra não aparentava ter como objetivo a defesa da internação psiquiátrica como solução para a falta de tratamento das pessoas com transtorno mental. Em alguns momentos criticou instituições que conheceu no país, em especial na Flórida. Realizou visitas a manicômios judiciários e relatou situações absurdas, como a falta de sistema de aquecimento no andar destinado aos presos com transtorno mental, porque eles, segundo os funcionários da penitenciária, não sentiriam frio por serem loucos. Na mesma instituição, os ocupantes do referido andar permaneciam nus em quartos com paredes de vidro. Isso seria um meio de garantir que não cometessem suicídio.

Portanto, a maior crítica de Pete Earley é quanto à desumanização na lida com as pessoas com transtorno mental em sua nação. Informou desconhecer a situação brasileira e relatou iniciativas recentes de sucesso nos Estados Unidos, com formato semelhante ao dos Caps brasileiros.

O número mais recente do Jornal Brasiliense de Psiquiatria, de maio de 2010, aborda as ações do Conselho Federal de Medicina (CFM) para o ato médico especificamente em psiquiatria. Pretende-se elaborar manuais para a prática clínica de cada especialista, inclusive do psiquiatra. Questiona-se, na publicação, o aspecto ético da atuação dos Caps, considerando seu perfil interdisciplinar.

No I Fórum de Psiquiatria do CFM com os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), foi criticada a redução de leitos psiquiátricos e modelo de atenção à saúde mental. Para os presentes, segundo o jornal, as propostas do Ministério da Saúde para a saúde mental “criam obstáculos ao bom diagnóstico e ao tratamento de pacientes com transtornos mentais” (APBR, 2010, p. 4). Outro tema discutido no fórum foi a responsabilidade do psiquiatra ante o paciente, tendo surgido a questão: “Ao ferir a autonomia do paciente estaremos causando dano de natureza moral?” (*ibidem*, p. 6). Ainda nessa edição do jornal, é divulgada avaliação

dos serviços de Caps em São Paulo pelo CRM daquele estado. Na manchete, aponta-se a existência de falhas nas unidades, mas o corpo do texto não relata os problemas identificados, exceto a dificuldade de relação com a rede de serviços.

5.4. O Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios

No projeto desta pesquisa, não estava prevista a realização de entrevista com representante do Ministério Público. Também não se pretendia abordá-lo. No entanto, a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde foi citada por vários sujeitos de pesquisa, tanto em entrevistas quanto em grupos focais. Percebeu-se que a promotoria tem exercido papel importante na luta política pela efetivação dos direitos dos cidadãos no âmbito da saúde e, conseqüentemente, da saúde mental.

Assim, o representante do órgão concedeu entrevista para esta pesquisa. O roteiro de entrevista foi elaborado buscando abordar: (a) o papel do ministério público diante da política de saúde; (b) as ações desenvolvidas no campo da saúde mental; (c) a compreensão do promotor de justiça sobre a arena política no setor saúde e no subsetor saúde mental; (d) as principais dificuldades encontradas no cotidiano do órgão; (e) as demandas da população identificadas pela promotoria.

Sabe-se que o Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT) foi instituído a partir da Lei 3.754, de 1960, que dispunha sobre a organização judiciária do Distrito Federal. Ele seria constituído de um procurador geral, indicado pelo presidente da república, dois promotores públicos, dois promotores substitutos, dois curadores e dois defensores públicos. Tendo iniciado seu trabalho, portanto, com nove bacharéis em direito, no ano de 1960, recentemente, em 2003, o MPDFT já contava com 39 procuradores de justiça, 251 promotores e 143 promotores adjuntos, todos admitidos por meio de concurso público (RAMOS, 2005). A Lei Orgânica do Ministério Público da União (LOMPU, Lei Complementar n.º 75, de 20 de maio de 1993) dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do MPDFT, que é vinculado ao MPU.

Segundo o artigo 151 da LOMPU,

Cabe ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios exercer a *defesa dos direitos constitucionais do cidadão*, sempre que se cuide de garantir-lhes o respeito:

- I - pelos Poderes Públicos do Distrito Federal e dos Territórios;
- II - pelos órgãos da administração pública, direta ou indireta, do Distrito Federal e dos Territórios;

- III - pelos concessionários e permissionários do serviço público do Distrito Federal e dos Territórios;
- IV - por entidades que exerçam outra função delegada do Distrito Federal e dos Territórios. [*grifo nosso*]

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 127, considera o Ministério Público uma “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”. Tem, assim, um papel importante ante as políticas públicas.

5.4.1. O papel do Ministério Público na política de saúde

A Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde (Pró-SUS), como parte do Ministério Público, tem como atribuição, segundo o promotor, fiscalizar a política de saúde, verificar a efetivação dessa, que é uma “política pública de Estado [...] consagrada numa base normativa legal, constitucional e infraconstitucional” (Entrevista 4 [E4] – 08/03/2010). Questionado sobre a necessidade de provocação da promotoria para que atue, o entrevistado nega que seja que isso seja necessário, uma vez que o Ministério Público não é um órgão do Poder Judiciário. Afirma que o MP trabalha judicial e extrajudicialmente e que sempre acompanha a política, abre procedimentos, dialoga com os gestores e investiga atos ilícitos cometidos por esses e seus representantes.

O entrevistado informa que é membro da Pró-SUS há dez anos e que a promotoria existe há mais ou menos quinze anos. Questionado sobre a existência de promotorias semelhantes nos estados, o promotor aborda o papel do Ministério Público e trata de iniciativas da instituição para o setor saúde. Destaca-se a criação da Ampasa – Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde.

O SUS é uma política pública estatal. É uma política sensível, importante, considerada pela constituição de relevância pública. Evidentemente, o Ministério Público [MP] está se especializando na fiscalização dessa política que envolve um direito emergente, que é o direito sanitário. [...] Existem promotorias no Brasil inteiro. Os promotores que atuam nessa área [...] há cerca de cinco, seis anos atrás sentiram a necessidade de, num encontro, em uma das Conferências Nacionais de Saúde, estruturar uma associação, para que pudesse ter uma articulação em nível nacional ao largo da articulação natural que existia no plano interno da instituição, ou seja, no MP para dentro, nos seus centros de direção administrativa. [...] E aí, a gente resolveu fazer uma associação, que seria sociedade civil, por fora do MP para ter uma articulação mais forte com a reforma sanitária. Essa associação é a Ampasa. A partir da consolidação da Ampasa, a gente começa a se articular, não só os promotores entre si, mas junto com a Copeds [Comissão Permanente de

Defesa da Saúde]. A Copeds é a nossa articulação interna, importantíssima, e a Ampasa é nosso caminho de articulação externa. São as duas pernas. (E4)

A Ampasa tem como objetivos, segundo seu estatuto:

- a) promover a defesa do Direito à Saúde, notadamente o acesso às suas ações e serviços, garantidos na Constituição Federal e no ordenamento jurídico nacional, velando pela sua plena implementação, bem como pela observância dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; acompanhar o trâmite de projetos-de-lei sobre saúde, contribuindo, quando possível, para o seu aperfeiçoamento;
- b) promover interações com a sociedade, principalmente quanto à capacitação e efetividade do controle social;
- c) realizar simpósios, seminários e outras atividades culturais visando o aperfeiçoamento técnico-científico de seus associados;
- d) patrocinar concursos, conferindo prêmios aos autores dos melhores trabalhos apresentados;
- e) manter boletim informativo, banco de dados, *site* na Internet, sem prejuízo do emprego, também, de outros meios de divulgação para a difusão de doutrina e jurisprudência em tema de Direito à Saúde, bem como de quaisquer matérias do interesse dos associados;
- f) atuar no interesse da permanente melhoria das condições institucionais de trabalho na área da saúde;
- g) propiciar a integração de seus associados. (AMPASA, 2004)

A fala do promotor foi voltada para ações políticas amplas, que não dizem respeito diretamente ao atendimento de demandas individuais que porventura surjam direcionadas à promotoria. Feita pergunta sobre o atendimento de demanda espontânea, observado enquanto a entrevista não era iniciada⁴, o entrevistado afirmou tratar-se de uma situação complicada, pois

A rigor, nós não temos a função de garantir a tutela individualizada do direito em saúde. Nós não ajuizamos ações para que o Estado cumpra o seu dever de prestar uma ação ao serviço de saúde específico para um indivíduo, quem faz isso é a Defensoria Pública quando o sujeito não tem recursos ou então um advogado particular. Nós fazemos a defesa do direito sanitário no

⁴ Enquanto se aguardava o horário da entrevista, já no andar em que funciona a Pró-SUS no prédio do MPDFT, observou-se a recepção de pessoas com queixas específicas quanto a serviços de saúde. Na ocasião, compareceu uma senhora questionando a impossibilidade de aquisição de medicamento psicotrópico excepcional (de alto custo) para seu filho, devido a não aceitação, pela Farmácia de Alto Custo da SES, de relatório médico psiquiátrico justificando a necessidade do uso. A mulher afirmava já ter conseguido acesso a medicação de alto custo meses antes, mas que foi necessário modificar a prescrição. No momento, a senhora foi atendida por um médico vinculado à promotoria, o qual a esclareceu sobre o protocolo para aquisição de medicação excepcional na SES, entrou em contato com a farmácia em questão e expediu ofício solicitando o atendimento da demanda pela secretaria, finalizando o atendimento com a orientação de que, caso a estratégia não funcionasse, a mulher deveria procurar a Defensoria Pública. O protocolo refere-se a uma lista de medicamentos que devem ser experimentados pelos médicos nos pacientes em ordem, o que é definido pela portaria GM 846, de 06 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde. Ou seja, caso o médico queira prescrever algum dos medicamentos sem ter experimentado o anterior na lista, o acesso a esse remédio é impedido pela farmácia da SES. A Cosam-DF elaborou documento solicitando a modificação do protocolo em 2006. Solicitava-se o fim do escalonamento das drogas e ampliação do quadro de medicamentos disponibilizados pelo Estado gratuitamente.

plano coletivo, então nossa intervenção é muito mais intensa com os gestores, a estrutura administrativa da secretaria e a fiscalização dos atos cometidos pelos gestores, não é diretamente com o público. Porém, como é uma promotoria que tem muita visibilidade, acaba sendo muito procurada pela população. (E4)

5.4.2. Atuação do MPDFT na saúde mental

Durante a entrevista, mesmo com incentivo para isso, raros foram os momentos em que o promotor abordou a saúde mental em sua especificidade. A atuação da Pró-SUS tem sido bastante ampla e ele considera ter sido fundamental a participação do MPDFT na definição teórica da política de saúde mental.

Se você olhar a história recente do DF, a atual política de saúde mental do DF, que é uma política sintonizada com a política nacional, com os postulados da reforma psiquiátrica, essa política é resultado em grande parte da atuação do MP. Como política, como papel. A prática é um desastre. A política de saúde mental do DF é resultado de ação do MP. O MP forçou o governo local a conformar sua política à constituição e à lei federal e mediou o diálogo do DF com o grupo da área federal para se desenhar essa política. (E4)

Quanto à saúde em geral, o MPDFT, articulado com outros Ministérios Públicos, moveu ações judiciais exigindo a devolução de recursos da saúde desviados para a construção da Ponte JK, que liga o Lago Sul ao Plano Piloto, fez investigações no campo da saúde que resultaram uma Comissão Parlamentar de Inquérito, moveu ações para tentar evitar a privatização do Hospital de Santa Maria.

5.2.3. Compreensão da Pró-SUS sobre a arena política

O entrevistado afirmou concordar com os princípios da reforma psiquiátrica e identificar no Distrito Federal um processo muito lento de mudança do modelo de atenção à saúde mental. Segundo ele, é preciso “avançar mais para produzir uma ruptura maior com o passado. O passado parece que conseguiu se rearticular. Dentro da área de saúde, a saúde mental é a que tem menos poder de articulação política, de lobby, pressão, pela própria natureza dos problemas que a afetam” (E4). Perguntado sobre sua opinião sobre a política de saúde mental do DF, o promotor respondeu em tom de surpresa:

Que política? Não tem política! Qual política? De tentar empurrar com a barriga um sistema que está a meio caminho da reforma e da não reforma, subfinanciado, abandonado, desleixado? Falta vontade política de mexer com isso aí. Tem talvez quem esteja esperando o retorno do velho modelo para a realização de contratos lucrativos para prestação de serviços, leitos de hospital, quem sabe contratar serviço ambulatorial em psiquiatria. Estamos vendo um processo de destruição do SUS. E como a saúde mental é tratada com menos importância e ela não é “filé mignon”, ela está deixada de lado. A saúde mental está completamente abandonada. (E4)

Sobre suas perspectivas em relação à implantação de serviços substitutivos, o entrevistado foi categórico e pessimista: “Enquanto não houver um governo com compromisso com a saúde pública de verdade, não vejo perspectiva” (E4).

Sobre os atores sociais relevantes na arena política, o promotor cita nominalmente uma série de pessoas entre os atores que defendem a reforma psiquiátrica e comenta que o presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília é o único representante de um movimento contra a implementação da reforma.

[...] apresenta uma postura corporativista dos médicos, e ele é uma nova roupagem da velha psiquiatria, é a atenção à saúde mental centrada no ato médico, todo poderoso, com poder sobre a liberdade do sujeito, o estado de consciência do sujeito, e esse horror que a gente vê em filmes. Só não pode fazer lobotomia. Se pudesse, alguns até fariam, eu acho. Então é essa violência que a gente vê por aí, que, por detrás, tem a indústria dos leitos psiquiátricos manipulando. É uma posição corporativa de profissão. Mas eles vêm bem vestidos, arrumados, acusam a reforma psiquiátrica, e é muito bom, tem que criticar mesmo a coisa de desvio de verba, isso tudo. (E4)

5.4.4. Demandas à promotoria e dificuldades de atuação

O promotor não prioriza as demandas individuais à promotoria. Sendo sua ação voltada para os interesses coletivos, a demanda da promotoria está em fiscalizar de fato a política de saúde. Nesse sentido, a ausência de vontade política para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) se mostra como principal dificuldade, não só para que o SUS aconteça, mas para o trabalho da promotoria.

Segundo o entrevistado, a situação da política de saúde é muito grave porque tem significado, pelo perfil dos governos, uma atuação inconstitucional, pois ignora a saúde como direito social dos cidadãos. Um dos motivos para a existência e a manutenção dessa realidade é o neoliberalismo como corrente político-econômica hegemônica no âmbito internacional. Prioriza-se a economia em detrimento das políticas sociais.

Por que os governos não têm interesse em fazer um SUS? Primeiro porque desde que a constituição foi promulgada, os governos federais muito claramente seguiram uma cartilha, não determinada internamente, já que não há um governo isolado do restante do mundo, mas imposto por um contexto político-econômico mundial. Ou seja, uns com mais prazer, outros com menos, seguiram uma cartilha neoliberal. Quer dizer: investiram na parte econômica, deixaram a social e abriram um processo de privatização. E o ajuste fiscal. Esse eixo central dos governos em torno da área econômica, fazendo ajuste fiscal, fazendo privatizações. Isso segue um comando alienígena, de uma hegemonia externa de poder. Logo, há uma ironia: um neoliberalismo de centro, de direita e de esquerda. Se num plano local, dentro de um contexto de relações internacionais, o caminho é pela economia neoliberalizante, com pouco investimento no social, o que se dizer de uma política que está constitucionalizada, política de Estado, completamente social e que implica um custo para o governo? Os governos não realizaram. Não realizaram porque estabeleceram políticas de governo inconstitucionais. (E4)

Em relação aos resultados das ações do Ministério Público no campo da saúde, o promotor, embora identifique alguns resultados positivos, o promotor afirma enfrentar dificuldades principalmente pela corrupção e pela divergência entre a atualidade do MP como ferramenta da democracia e o tradicionalismo do Poder Judiciário.

No plano judicial é muito triste o desenho. Eu acho que há um descompasso muito grande entre a atualidade de ferramentas como ação civil pública e a cultura jurídica que se reproduz nas academias. A ação civil pública é uma ação importante. De um modo geral, os direitos fundamentais não estão bem aquinhoados de ferramentas processuais e nós não temos uma jurisdição constitucional eficaz, não temos um acordo constitucional eficaz. (E4)

O entrevistado faz também uma análise crítica da organização do Poder Judiciário, o qual é passível de corrupção. O formato desse poder permite e aceita a corrupção da magistratura.

Não temos cultura jurídica [...] e temos corrupção na magistratura. Temos uma distorção grave no judiciário, porque no judiciário de primeiro grau, as pessoas ocupam cargos por critérios técnicos – concurso, prova, prova de títulos. A magistratura de segundo grau, que tem o poder de modificar as decisões da magistratura de primeiro grau, essas ocupam os cargos por indicação política do chefe do executivo, criando um elo entre o executivo e o judiciário e, como esse tipo de atividade é fiscalizar o Estado, o Estado executor, e o Estado executor tem uma proximidade com o Judiciário, já é uma tendência do Judiciário a decidir pelo lado do Estado e, quando o Estado compra o Judiciário é muito pior. Começa a corrupção mais pesada. (E4)

Ainda considerando o MP uma instituição atual e condizente com as necessidades do Estado democrático, o promotor aponta dificuldades práticas do cotidiano, relacionadas principalmente à burocracia e à cultura político-jurídica da sociedade e das instituições.

Na área da saúde, o estado avançou violentamente, mas na área judicial o grande avanço que teve, e eu sou suspeito para falar, foi a criação do Ministério Público, que tem um modelo mais atual. É um instrumento mais atualizado, que mexe com uma cultura jurídica... as nossas cabeças também são muito desatualizadas. A nossa instituição é avançada, mas a nossa formação é normal. A gente pensa em tocar uma promotoria dessa de uma forma muito institucionalizada, papelizada. A gente tinha que ter outras formas de tocar isso daqui. Nós tínhamos que ter investigadores, técnicos mais disponíveis, mais eficazes, acesso a informações privilegiadas. Tudo isso a gente não tem. E a gente fica papelizando, oficiando para cá. Procedimentalmente a gente ainda é uma carroça. (E4)

As manifestações do Promotor de Justiça da Pró-SUS enfatizam aspectos já percebidos a partir da participação dos gestores, do Movimento Pró-Saúde Mental do DF e da análise das publicações da APBr. Por se tratar de um órgão fiscalizador, a existência de corrupção e tantas dificuldades torna a situação da política de saúde mais grave, pois bloqueia as possibilidades de lutar por transformação. Esse fator gera a necessidade de inovação das formas de manifestação das demandas populares e das estratégias políticas de exigir justiça.

Capítulo 6

O cotidiano dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde mental no Distrito Federal

A fim de conhecer os obstáculos à implementação da reforma psiquiátrica em seus aspectos aparentes, nos serviços de saúde mental, foram abordados, por meio de grupo focal, profissionais de serviços que atuam de forma diferente na atenção à saúde mental: Caps, hospital psiquiátrico e unidade de psiquiatria em hospital geral. Para que as informações obtidas não se fixassem nos fatores apontados apenas pelos servidores, foi realizado grupo focal com usuários do único hospital psiquiátrico do Distrito Federal.

Considerando a importância da região administrativa de Taguatinga para a atenção à saúde mental no DF, como campos de pesquisa, foram selecionados o Caps II dessa cidade e o Hospital São Vicente de Paulo. Constituem, teoricamente, dois extremos, cada um representando um modelo de atendimento. A unidade de psiquiatria em hospital geral, considerada uma estratégia alternativa ao modelo manicomial, foi selecionada conforme a diversidade de serviços oferecidos. A maior parte dos serviços psiquiátricos existentes em hospitais regionais do DF oferece apenas tratamento ambulatorial. A unidade de psiquiatria do Hospital de Base do DF, no entanto, conta com internação, emergência e ambulatório, sendo, assim, o serviço mais completo dessa modalidade.

Foi priorizada, na realização dos grupos focais, a abrangência de várias profissões da saúde. Logo, buscou-se reunir psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais numa mesma sessão de debate. Em nenhum dos grupos realizados foi possível reunir tamanha variedade de profissionais.

Seguem algumas informações importantes sobre os serviços e os grupos focais realizados. Posteriormente, serão desenvolvidos diálogos entre as percepções dos participantes.

6.1. Centro de Atenção Psicossocial

Para início da discussão acerca dos pontos de vista de quem recebe a política de saúde mental no DF, serão trabalhadas as falas e diálogos referentes à reunião de grupo focal realizada no Caps II de Taguatinga, que contou com a participação de oito servidoras do Caps,

entre psicólogas, enfermeiras e terapeutas ocupacionais. Segundo informações fornecidas pela gerência do Caps, o serviço conta com 10 profissionais de nível superior, sendo quatro psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, duas enfermeiras e uma médica psiquiatra. Há também sete técnicos de enfermagem e três técnicos administrativos concursados. Dois auxiliares de limpeza e quatro vigilantes prestam serviço terceirizado no Caps, sendo contratados por uma empresa que venceu licitação junto à SES. Por fim, há três chefes de núcleos, que são cargos comissionados, e a gerente, que é psicóloga.

O Caps abrange todo o DF, exceto regiões administrativas abrangidas por outros serviços, como Recantos das Emas, Riacho Fundo I e II, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, Paranoá e São Sebastião. Teoricamente, como Caps do tipo II, sua abrangência máxima é de uma população de até 100 mil habitantes. A população do DF está estimada em quase dois milhões e meio de habitantes. Mais de 500 pacientes têm prontuário no serviço. 380 frequentam o serviço regularmente. Há uma média de 130 acolhimentos mensais no Caps, o que não significa necessariamente admissão. Estima-se que 30% dos usuários acolhidos sejam admitidos e inseridos em uma das modalidades de tratamento – intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Os outros são encaminhados para outros serviços de saúde, conforme a demanda apresentada.

6.1.1. Saúde mental – entre a atenção psicossocial e a psiquiatria

Para iniciar a discussão no grupo focal, foi solicitado que as participantes comentassem uma frase da obra de Franco Basaglia (1990): “A psiquiatria, mesmo reformada, continua a se ocupar dos resíduos que a sociedade produz e segrega, e, no plano da teoria, permanece desconectada da realidade concreta das pessoas definidas doentes”.

Os comentários evidenciaram a compreensão de psiquiatria como sinônimo de saúde mental. Não havia nenhum médico no grupo, mas a equipe se identificou com a crítica como se essa se dirigisse aos profissionais da saúde mental como um todo. A fala de uma servidora sobre o assunto é um exemplo: “Eu acho meia verdade. Eu acho que a gente continua a se ocupar dos resíduos, sim, porque a sociedade tem ainda um pouco essa visão do doente ser aquele que tem que ficar separado. Mas que a gente está alienada, desconectada da realidade, eu acho que não” (grupo focal 1 [GF1] – 1º/09/2009).

Uma servidora informou ter compreendido psiquiatria num sentido mais estendido, como saúde mental, demonstrando perceber a diferença entre os termos. Essa também

acredita que a teoria não está afastada da realidade e que a prática tem se atualizado conforme as pesquisas, as produções científicas pós-reforma.

A expressão “resíduos” contida na frase apresentada ao grupo foi interpretada de forma diferente pelas profissionais. Algumas associaram o termo aos usuários com transtornos mentais considerados mais graves, outras a “problemas sociais, questões familiares” (GF1).

Questionadas mais diretamente sobre a psiquiatria, como ramo da medicina, as participantes afirmaram que poucos são os profissionais médicos que atuam sob a perspectiva da reforma psiquiátrica. Consideram isso um empecilho ao trabalho em equipe, uma vez que os médicos terminam por se preocupar unicamente com a medicação, deixando outros aspectos fora do tratamento. Dizem também ser importante que o psiquiatra tenha perfil para atuar em Caps, pois esse é um trabalho diferente do cotidiano de um ambulatório. Segundo uma psicóloga, o médico “de Caps tem que ter todo um envolvimento” (GF1). Uma terapeuta ocupacional conclui

que é muito da cultura mesmo do médico, esse atendimento do clínico, de consultório, vamos dizer assim, de ir lá, atender, passar a medicação e pronto. E pra aplicar a teoria, a reforma, isso dificulta muito, porque tem o trabalho em equipe, interdisciplinar, transdisciplinar, quem sabe um dia... (risos) Só que, assim, realmente o profissional fica mais afastado da equipe. (GF1)

Retomando a frase utilizada para o início do debate, uma psicóloga do Caps informa ter refletido a partir do pensamento de Gregorio Barenblitt, teórico da psicologia institucional, o que a levou a afirmar: “Às vezes a gente fala em instituição como sendo só a casa, o serviço, mas às vezes a instituição ‘psiquiatria’, eu tenho a impressão de que ela padece da segregação que ela se propõe tratar” (GF1). Questiona o fato de tratar-se de psiquiatria à parte, como se não fosse um aspecto da atenção à saúde mental. Diz brincar com o “irônico da coisa” (GF1) e afirma haver serviços que fortalecem a visão focada no atendimento médico, como os ambulatórios, enquanto os serviços substitutivos reforçam a concepção psicossocial. E completa, posteriormente: “Eu acho também que eles são pouco estimulados a se inserir. Não sei nem se é questão de estímulo, mas eles têm bons estímulos para não se inserir” (GF1). Outra psicóloga, por seu turno, afirma:

ainda impera, sim, o modelo biomédico. Ou seja, o modelo da medicina ainda é o poder na nossa sociedade, ainda impera. Agora, profissionais mais atualizados, de 2000 pra cá, eu diria que já têm uma visão mais otimista, já acontece de ter essa interdisciplinaridade, os psiquiatras já conseguem se aproximar dos outros serviços, porque, assim, a minha experiência é pouca,

mas com a que eu já tenho, os profissionais com quem eu já tive contato na área da psiquiatria são muito voltados pra essa questão do psicossocial, já entendem muito a questão da humanização, já conseguem tirar o pezinho lá do modelo biomédico. (GF1)

Também é citado por uma enfermeira o fato de haver poucos profissionais de psiquiatria no Distrito Federal. Problematizando tal questão, uma psicóloga, com experiência na formulação da política junto à Gerência de Saúde Mental do DF, informa que os concursos para psiquiatras da Secretaria de Saúde não têm todas as vagas preenchidas e que, dentre os que são convocados, em média um terço permanece. A mesma profissional levanta a hipótese de que há algum problema na formação dos médicos, que os afasta do serviço público: “desde a formação, alguma coisa está acontecendo aí. Quando não se formam tantos e os que existem por algum motivo não se mantêm, não sei a que se deve isso, mas isso é um fato” (GF1).

Uma enfermeira retoma o assunto e comenta sobre o salário dos médicos, como um empecilho ao vínculo no Caps, associando a dificuldade dos médicos em trabalhar em serviços de modelo psicossocial e o baixo número de profissionais:

esse incentivo do governo deveria ser diferente. Se se percebe que há tanto tempo se fazem os concursos e não fica, por que não incentivar mais a carreira? Por que não ter uma gratificação a mais para quem trabalhar em caps e cumprir as vinte horas? [...] Porque, realmente, quem faz um concurso ganha muito pouco para ficar, quem vem para Caps tem que cumprir as horas. Então, ninguém quer vir. É melhor fazer dois plantões e está ótimo, consegue fazer as vinte e quatro horas e ainda vai fazer o seu atendimento lá, particular. (GF1)

Por outro lado, em outro momento, a mesma servidora afirma: “ainda existe isso do médico em cima das outras categorias. [...] A gente sabe que quando os médicos vão fazer concurso, o salário do medico é maior, o salário dos outros é bem menor” (GF1).

Nesses comentários, as servidoras destacam alguns fatores relevantes: (a) o fato de os médicos preferirem trabalhar em hospitais, pela possibilidade de cumprir menos horas ou organizar seus horários conforme suas necessidades pessoais; (b) o fato de o salário dos psiquiatras não ser o suficiente para atraí-los ao serviço público; (c) a formação tradicional dos médicos psiquiatras, que não se adaptam à proposta de trabalho interdisciplinar dos Caps e/ou ao formato de atenção à saúde do SUS.

Em comparação com outros subsetores da saúde, a saúde mental é vista como estigmatizada, não só como área de atuação. Os pacientes dos serviços de saúde mental também sofrem preconceito. Um exemplo citado por uma enfermeira é de pacientes com transtorno mental que procuram o centro de saúde para acompanhamento de alguma outra

especialidade. “Se ele [o profissional do Centro de Saúde] souber ou a pessoa relatar que é acompanhada num tratamento psiquiátrico, ele acha que a pessoa só tem a cabeça [...] e não tem a necessidade desse outro atendimento” (GF1).

As profissionais manifestam suas percepções sobre trabalhar em saúde mental. A maioria não tinha interesse anterior em atuar na área. Grande parte se diz apaixonada pelo campo de atuação. As servidoras relatam, entretanto, que são estigmatizadas por seu trabalho. Dizem que as pessoas perguntam se não têm medo de lidar com “doidos”, se é perigoso, e que, muitas vezes, elas mesmas são consideradas “loucas”. “As pessoas dizem ‘é doida de fazer isso’” (GF1).

O encantamento em relação à área de atuação é comentado por uma das psicólogas presentes, destacando o fato de o Caps ser um ambiente de trabalho diferenciado:

E o que encanta também muito, talvez mais do que o próprio objeto em si, a questão dos transtornos, do sofrimento psíquico, são as possibilidades de tratar. [...] a prática que eu cheguei a ver era muito triste, muito feia, mas aqui eu ressignifiquei: “ah, saúde mental é isso? É trabalhar em um lugar legal assim? É trabalhar em uma casa bonita assim?”. Talvez seja o nosso contexto, né? “De uma forma integrada assim?”. Então, eu acho que o dispositivo ajudou a gente a construir essa imagem. Porque se não fosse, eu não sei se eu teria essa visão positiva, assim tão feliz... porque o que eu sempre gostava, que eu sabia, era que eu tinha perfil para um trabalho psicossocial, isso eu sabia. Essa atuação comunitária, social, de enxergar o social além do individual, isso eu sei que eu já trazia um pouco, eu gosto. Aí, eu trabalho em um dispositivo que pede, precisa e permite, permite essa dinâmica, permite ser criativo, permite ter um roteiro e sair dele, porque tem isso aí. Então, trabalhar com esse jogo de cintura, esse imprevisível assim, que a saúde mental pede, essa forma de trabalhar eu já gostava. Trabalhar aqui, podendo funcionar assim, é apaixonante. (GF1)

6.1.2. Interdisciplinaridade

A respeito da interdisciplinaridade, o grupo levantou um debate sobre a interferência nos papéis profissionais. Uma servidora afirmou haver uma mistura dos papéis em alguns momentos. Outra contestou, dizendo ser isso uma forma carinhosa de a equipe dizer que a relação entre as profissionais é boa. Por fim, esclareceu-se que “todas as categorias profissionais participam de todos os atendimentos, desde o acolhimento até os atendimentos individuais, as avaliações, os grupos” (GF1). No entanto, a psiquiatra do Caps, segundo uma terapeuta ocupacional, “se restringe ao atendimento individual, ambulatorial mesmo. Não deveria. Na minha visão, seria legal que ela participasse das outras atividades, mas devido à

grande demanda e da carga horária dela ser reduzida, não sobra tempo para fazer outras coisas” (GF1).

Uma servidora avalia a interdisciplinaridade da seguinte forma:

eu vejo que o grupo trabalha integrado, mas cada um na sua especificidade. Até mesmo porque eu, como psicóloga, não tenho nenhum preparo para, por exemplo, atuar na enfermagem, não sei aplicar um remédio, não sei dosagens, não sei nada disso, então não interfiro. Eu acho que o máximo que pode acontecer é como ela está falando, uma informação, uma troca de informações, de orientações, de conhecimento e de ajuda ao paciente. Então eu acho que as profissões estão nos seus devidos lugares [...].Por exemplo, a terapia ocupacional, ela tem o objetivo dela, que é diferente do meu objetivo. Então, assim, eu, na minha atuação, eu não faço um pouco de cada coisa. Eu faço o meu propósito. E eu estou na área da psicologia, então eu trabalho com o paciente naquilo que eu fui preparada e naquilo que eu sei fazer, que é o atendimento psicológico. (GF1)

O debate sobre a interdisciplinaridade e a atuação multiprofissional foi muito rico, trazendo à tona diversos pontos de vista. Uma terapeuta ocupacional, discordando, em parte, do comentário anterior, apresenta outra perspectiva, segundo a qual os objetivos de atuação são iguais para toda a equipe:

Quanto aos objetivos, eu acho que o objetivo é único para todo mundo, que é minimizar o sofrimento, que é buscar autonomia, resgatar a autonomia, a independência, a reinserção desse paciente. Eu acho que no geral esse é o objetivo da equipe toda. Eu acho que o olhar, a abordagem é diferenciada, a especificidade de cada um. Com certeza, se eu for fazer um grupo, eu vou observar muito mais o desempenho ocupacional do paciente do que outro profissional, mas eu acho que os objetivos são os mesmos. (GF1)

O diálogo ocorrido entre as servidoras fortalece a discussão feita por Débora Kirschbaum (2008) ao abordar elementos relevantes para a avaliação de serviços de saúde mental. Segundo a autora,

entre o que é especificamente próprio às intervenções psicoterápicas, a confusão entre concepções de sujeito, de adoecimento e de manejo clínico torna-se bastante problemática. [...] E torna-se ainda mais confuso diante da pretensão de operar num mesmo projeto terapêutico individual abordagens tão distintas, como a psicanálise lacaniana, por exemplo, e a reabilitação psicossocial, numa vertente psicoeducativa. (KIRSCHBAUM, 2008, p. 93)

Apesar de abordar especificamente o campo da psicologia, o que a autora apresenta é a dificuldade em se manter uma mesma linha de atuação com diferentes ideologias. Ou seja: nem todas as profissionais do Caps aparentam ter o mesmo objetivo em sua intervenção. A ausência de ou a pouca discussão de casos e a própria atuação diferenciada de cada

profissionais podem levar a objetivos e práticas terapêuticas diferentes, resultando, talvez, inclusive, numa ação iatrogênica⁵.

No entanto, as profissionais avaliam positivamente o trabalho multiprofissional desenvolvido no Caps. Algumas chegam a afirmar existir interdisciplinaridade de fato. “A formação direciona um pouco o nosso olhar, mas a gente está vendo a mesma coisa, olhando pro mesmo objetivo, às vezes no mesmo local, momento, situação, mas com pontos de vista diferenciados” (GF1). Segundo as participantes da pesquisa, a interdisciplinaridade é o elemento que torna o Caps um serviço substitutivo, diferenciado, em saúde mental.

Além disso, essa forma de atuação, apesar de ser considerada trabalhosa, dá ao trabalho um aspecto mais leve, graças à corresponsabilização dos profissionais.

A grande vantagem que eu acho dessa abordagem, dessa forma de atendimento, é você olhar para o sujeito enquanto indivíduo, enquanto sujeito e não enquanto doente ou olhar para o CID dessa pessoa, para a doença que ela tem, mas estar olhando para esse sujeito, estar dando espaço para que ele possa se colocar enquanto pessoa, né, se expressar, esse espaço de escuta [...] (GF1)

eu não acho pesado o trabalho aqui, sinceramente. Não fica pesado. [...] a gente sabe que chegam aqui para a gente questões muito complexas, sofrimento, dor doída mesmo, sofrimentos intensos. [...] o trabalho suga a gente, mas repõe. [...] eu me sinto assim, que a gente doa muito de si, a gente doa horário de almoço, a gente doa do tempo do corredor, a gente está o tempo inteiro nisso, mas eu acho que é muita troca mesmo. [...] Na verdade, a gente ver as coisas acontecendo não é uma utopia. Tem pequenos milagres acontecendo todo dia aqui. Você pensa que é impossível e o que parece impossível acontece aqui. E não é pesado, eu acho, porque não é só para um. [...] É uma responsabilidade compartilhada até onde eu enxergo. Então eu me sinto suficientemente responsável por aquela situação. Acho isso uma das coisas mais legais aqui. (GF1)

Durante a realização do grupo, as participantes mostraram-se muito satisfeitas com o serviço que desenvolvem. Uma ou outra permaneceu em silêncio e em aparente apatia, não demonstrando tanto interesse pelo campo de atuação. A integração de que algumas servidoras falaram parece acontecer no cotidiano do Caps, mas, aparentemente, todas demonstram receio de ver suas profissões sendo executadas na prática por outros profissionais, sem aquela formação acadêmica. Isso não é uma avaliação, não se propõe que a ideia de profissões seja superada, ainda porque isso está muito distante das possibilidades, considerando o contexto

⁵ Atitudes dos profissionais de saúde que levam à piora do quadro do paciente ou à ocorrência de novas doenças ou sintomas. “a iatrogenia está sempre associada a uma alteração patológica provocada no paciente por um tratamento ou conduta inadequada ao estado e necessidade do paciente” (SILVA, 2003, p.113).

brasileiro. No entanto, cabe aqui questionar até que ponto o corporativismo ou a manutenção das especificidades garante um bom atendimento.

6.1.3. As dificuldades

Quando questionadas sobre as dificuldades encontradas no trabalho do Caps, as servidoras, quase unanimemente, responderam faltarem recursos materiais. Uma profissional diz: “[...] no comecinho, a gente não tinha recurso material nem pra oficina. Era uma casa e pessoas e alguns móveis arranjados” (GF1). E outra complementa: “E nós continuamos não tendo, a gente se vira para levantar recurso” (GF1). Consideram que, se houvesse recursos e a equipe não tivesse que se preocupar com a aquisição de materiais e outros problemas estruturais, haveria mais tempo para a realização de atividades da assistência à saúde. Uma participante afirma haver, na SES-DF, muito empenho e vontade dos profissionais de trabalhar, porque os servidores terminam fazendo o que não é sua atribuição, mas do Estado, arrecadando e comprando materiais. Ela critica também a solução dada pelos gestores em curto prazo.

Porque se não fosse isso, se a gente falasse “olha, a gente não vai fazer o grupo hoje porque a gente não tem papel e caneta e a gente não tem lugar para sentar”, talvez a coisa andasse. Mas aqui em Brasília a gente até fica com medo disso, porque as soluções que a gente ouve nos jornais e tudo, quando um programa não está sendo realizado, quando alguma coisa não está acontecendo, é que a pessoa responsável cai e vem outra. E isso não é solução, assim. Na verdade, não é a solução, é um mascaramento, porque as questões continuam lá e as pessoas só vão parar de falar. (GF1)

Também sentem falta de supervisão clínico-institucional. “Falta um olhar externo mesmo, que ajude a gente a pensar, porque mesmo com essa interação toda, a gente acaba caindo na rotina, a gente acaba entrando na rotina e precisa, tem hora, de respirar e refletir em cima da rotina [...]” (GF1). As profissionais comentam que a grande demanda do Caps impede a realização de atividades externas e o fortalecimento da rede de atenção. Isso ocorre pelo fato de não sobrar tempo além daquele destinado ao atendimento e pela ausência de recursos e de transporte. O fato de o atendimento do Caps abranger uma grande parte do DF também dificulta a realização de ações junto à comunidade, desde visitas domiciliares a atividades coletivas.

[...] era para se ter um Caps em cada regional. [...] Então, como é que você vai fazer visita domiciliar para alguém que mora lá...? [...] Você não tem

uma proximidade maior com a comunidade e até com o usuário e a família, devido a essa questão da distância, porque nós atendemos pessoas do Distrito Federal todo e do entorno (GF1).

A crítica a essa realidade do Caps se estende, com as profissionais chegando a questionar o modelo do Caps como dispositivo da reforma psiquiátrica no DF. “essa questão da definição do território descaracteriza inclusive, um pouco, o projeto, porque a gente vive o Caps possível para cá” (GF1). Ou seja, o Caps Taguatinga não cumpre o que se espera de um Caps, mas faz o máximo, consideradas as dificuldades.

E nem está formalizada a área que a gente atende, mas, meio que por exclusão, o Paranoá ficando meio que com o norte, o ISM uma pequena área ali do Núcleo Bandeirante e tudo. Isso a gente colocando só do DF, mas a gente sabe que às vezes ainda tem entorno aqui. Só somando Águas Claras, Ceilândia, só o que envolve aqui, deu um milhão e duzentas mil pessoas. Assim, hipoteticamente. Seria o território que, por falta de outros serviços o Caps Taguatinga, hipoteticamente, teoricamente, cobriria. Quer dizer, qualquer pessoa que vier desses um milhão e duzentos mil habitantes precisa ser acolhida aqui e talvez ficará aqui. (GF1)

6.1.4. Política e a atenção psicossocial

Sem ignorar o componente político verificado no discurso das profissionais participantes do grupo focal no Caps Taguatinga, foi abordado o momento político do Distrito Federal à época – setembro de 2009. Sobre o assunto, uma profissional manifestou-se em favor do então governador José Roberto Arruda, posteriormente afastado por corrupção: “Então, puxando a brasa para a saúde mental, ele não conhece muita coisa. Eu acho que, se conhecesse, ele faria com que a coisa melhorasse, com, por exemplo, mais incentivos, para ter mais psiquiatras” (GF1).

Outras já criticaram aquele mandato, lembrando que não só os servidores precisam ser incentivados, mas os próprios usuários, que: (a) dependem de transporte público e têm dificuldade em conseguir o passe livre para comparecer ao serviço de saúde; (b) não conseguem montar oficinas de geração de renda, porque a legislação dificulta tal iniciativa, exigindo a criação de uma cooperativa, o que é inviável para um serviço sozinho; (c) não têm o apoio de cotas para o trabalho; (d) estão sempre disputando espaço com as pessoas com deficiência física, que contam com suporte e legislação próprios. Em um misto de ironia e revolta, uma servidora afirma: “Nenhuma das cinquenta obras dos cinquenta anos de Brasília vai ser um Caps” (GF1).

As servidoras se mostram pessimistas em relação à política do DF. Questionam a priorização de grandes obras arquitetônicas em detrimento dos serviços para a população. Afirmam que ações na política de saúde, em especial de saúde mental, não têm visibilidade para o voto, ainda porque “não acreditam que essas pessoas têm capacidade para votar e escolher seus políticos” (GF1).

Uma profissional considera que “as coisas ainda têm que ficar muito ruins” (GF1) para que haja preocupação política com a saúde mental. A mesma servidora acredita que os Caps ad, que têm interface com o tráfico de drogas, com a segurança pública e problemas sociais diversos, são mais valorizados pelas autoridades do que os outros Caps. Ainda assim, lembra que toda a pressão para a criação de serviços de atendimento a usuários de álcool e outras drogas não tem sido suficiente.

6.1.5. Engajamento e reforma psiquiátrica

As servidoras não participam de movimentos sociais e as reuniões do Movimento Pró-Saúde Mental são frequentadas por algumas profissionais representando o Caps, e não por iniciativa própria. A participação também foi fortalecida pela organização da Marcha Nacional pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, ocorrida em 30 de setembro de 2009. “Acho que a equipe toda acha isso muito importante e coloca isso também para os pacientes. Devolve a responsabilidade para eles. Agora, na marcha também, né, vai sempre alguma profissional para as reuniões, mas como equipe” (GF1).

A opinião das profissionais sobre a Lei 10.216/01 é consensual e favorável. Uma servidora acredita que os problemas na implementação da lei têm relação com a organização do Distrito Federal e com a forma como os governos vêm interpretando a legislação. Segundo ela, o Caps deveria ser um dispositivo simples, de fácil manutenção e criação, porque não necessita de aparelhos de alta tecnologia para funcionar, mas precisa de investimento em recursos humanos e alguma estrutura. Traz a informação de que foi criada uma planta arquitetônica padrão para construção de Caps, cuja obra tem o custo estimado de R\$ 2 milhões. Considerando esse valor alto, a servidora verifica que “É algo que tem interesses outros. Você sabe que quando vai para as licitações, essa coisa anda mais. A gente sabe que tem caixa dois, que tem todas essas questões. Eu fico muito preocupada quando complicam” (GF1). A corrupção, no caso, é também responsável pela desassistência em saúde mental e contribui para a crença de que a reforma psiquiátrica não funciona.

O Distrito Federal, por abrigar a capital do país, é alvo de grandes expectativas dos migrantes em termos de sucesso nas políticas públicas. A forma de gestão, o crescimento populacional desordenado e a centralização das decisões no que é equivalente a um governo estadual são elementos que dificultam a implementação de políticas públicas no DF. As servidoras fazem comparações com cidades pequenas que têm um aparato de atenção à saúde mental muito melhor do que o observado no DF.

É difícil ver que aqui em Brasília, que era para ser tudo mais fácil, aqui é tudo muito mais difícil. Porque a gente vê lugares menores, em que o serviço anda, que é referência para as cidades perto, e que não tem médico lá quarenta horas. Tem um médico para ficar monitorando dois, três caps. E funciona. E aqui não funciona porque o dinheiro não vem, porque tudo é muito difícil, porque as pessoas querem levar vantagem em tudo.

Tem essa crise de identidade, a gente não sabe se é cidade, se é estado, se é... e não funciona. Em outras cidades, nas bicoquinhas lá na Paraíba funciona.

Justamente por isso, porque o acesso é muito mais fácil, a prefeito, a vereador, à rede mesmo como um todo. (GF1)

Indagadas sobre como seria a política de saúde mental ideal dentro das premissas da reforma psiquiátrica, as servidoras apontaram a necessidade de criação de Caps III e de centros de convivência e sugeriram a desburocratização do acesso à verba da saúde mental. Lembram que o Caps é vinculado a um hospital, o Hospital Regional de Taguatinga, sendo que, como serviço extra-hospitalar, deveria ser autônomo. A posição da Gerência de Saúde Mental no organograma da Secretaria de Estado de Saúde também é questionada.

É muito difícil essa coisa de a gente ter pai, ter mãe e não ter a quem responder. A gente tem a orientação técnica da Gesam, que, por sua vez, é quem tem a competência técnica para dizer algumas coisas, mas que não tem autonomia dentro da estrutura para fazer valer. Não tem alcance, não tem governabilidade nenhuma, e é muito pouco ouvida mesmo. (GF1)

Conclui-se a análise da participação das servidoras do Caps com uma avaliação feita por uma das profissionais sobre o quadro da atenção à saúde mental no DF: “os olhos não estão para as nossas questões esse ano. Esse ano é a gripe, ano que vem é o aniversário de Brasília. A gente tem que chamar, feito menino, gritando para chamar a atenção dos pais” (GF1). Nas duas últimas falas destacadas neste trabalho verifica-se uma associação da política com uma família. E é assim que as profissionais se mostram, abandonadas, com pais que cobram desempenho, produtividade, qualidade e quantidade, mas que não oferecem os instrumentos, o espaço e a formação para atingir esses objetivos.

6.2. Hospital Psiquiátrico

O grupo focal realizado no único hospital especializado em psiquiatria do Distrito Federal teve a participação de quatro servidores de nível superior, sendo uma psiquiatra, dois psicólogos e uma enfermeira. O debate desenvolveu-se melhor nesse grupo, que foi menor, do que em outros que contaram com a participação de até dez pessoas. Houve muita dificuldade na mobilização de pessoas para comporem o grupo focal no Hospital São Vicente de Paulo. Isso se deveu, principalmente, ao horário de trabalho dos profissionais, que não permitia pausas para a participação na pesquisa. Houve também resistência das pessoas em participar, sob a justificativa de que desconheciam a reforma psiquiátrica. Os participantes desse grupo não demonstraram opiniões divergentes, aparentando concordar com os princípios apresentados pela Lei 10.216/01.

6.2.1. A psiquiatria no hospital especializado

Os servidores do grupo focal em questão foram questionados a respeito do papel do psiquiatra na instituição e informaram tratar-se de uma prática médica tradicional, que guia o funcionamento do hospital. Essa opinião foi compartilhada por todos os profissionais, inclusive pela psiquiatra, a qual considerou atrasado o cotidiano estabelecido pela instituição aos médicos. Tal prática resumir-se-ia, portanto, a

medicar, controlar [...] ligando os sintomas com patologias. [...] eu sou o médico. O paciente chega com sintomas e acaba se enquadrando numa patologia e daí para o tratamento medicamentoso ou alguma coisa a mais, sem abrir muito o leque para ver outras questões daquele indivíduo. [...] O nosso papel aqui é determinar como é que esse hospital tem que funcionar. [...] Tudo está em função do médico. (Grupo Focal 2 [GF2], 28/01/2010).

Outro servidor complementa: “é o papel tradicional do psiquiatra num hospital psiquiátrico. São plantões, internação, ambulatório. A grande massa de atendimentos está nesses serviços tradicionais” (GF2). Outra reitera: “O que a gente vê é ainda aquele modelo antigo” (GF2). Os profissionais demonstram conhecer a proposta de reforma psiquiátrica e, em suas falas, o termo “antigo” aparece na última citação como sinônimo de “manicomial”.

6.2.2. Interdisciplinaridade

A questão do trabalho interdisciplinar já foi indiretamente comentada no item anterior, quando foi abordado o papel da psiquiatria na instituição, comparada às outras profissões e especialidades. No entanto, o tema foi abordado especificamente no grupo e as participações levam a crer que a centralidade no médico não diz respeito somente à organização dos serviços, mas a decisões importantes nos níveis gerencial e terapêutico.

Um exemplo é a definição do momento da alta dos pacientes internados: “só sai de alta se não tiver mais delírio, aí fica aqui até 40 dias. [...] não é muito o que eu vejo, mas se tivesse essa decisão compartilhada da alta, poderia até reduzir [o tempo de internação], porque cada profissional, na sua área, poderia ver os pontos positivos para o paciente ficar em casa” (GF2).

A enfermeira do grupo afirma que os profissionais têm dificuldade em trabalhar em equipe e que “acaba cada um no seu quadradinho” (GF2). O psicólogo, por seu turno, diz enxergar “uma corporação do saber, uma dificuldade de interação dos conhecimentos” (GF2).

A esse respeito, Franco Basaglia (1985) apresenta uma avaliação da hierarquia necessária ao funcionamento da instituição psiquiátrica tradicional, discutindo inclusive a relação interprofissional. Para isso, se utiliza do exemplo de Gorizia, na Itália, em 1961. A realidade relatada pelo autor é compatível àquela relatada pelos profissionais no grupo focal.

A contradição fundamental entre a instituição como mecanismo e o doente enquanto objeto de cura, esta sim, faz com que o poder esteja totalmente localizado no primeiro dos dois termos; as características de sua distribuição, entretanto, são – e em Gorizia eram – complexas e contraditórias. Acima de tudo, por mais articulada e estratificada que seja a hierarquia da autoridade interna, existe e atua uma solidariedade homogênea entre os vários níveis, baseada na concordância objetiva quanto aos fins operativos institucionais: médicos e pessoal de apoio, todos depositários consentâneos de um mesmo mandato social de cura e custódia, e parte integrante de um mesmo mecanismo funcional, agem de maneira solidária e unânime, cada um com seu modelo técnico, na intenção de atingir e conservar o objetivo institucional. A posse em comum do mesmo objeto de exercício do poder – a massa dos doentes – facilita a distribuição das funções hierárquicas entre as diversas categorias profissionais e no interior das mesmas. Assim, o doente é o único intermediário, passivo, da comunicação operativa entre as diversas categorias [...]. No mais, essas categorias permanecem fechadas em seus interesses corporativos e dentro dos parâmetros sócio-culturais das respectivas castas. (BASAGLIA, 1985, p. 159-160).

Assim, o autor considera que, apesar da centralidade do médico psiquiatra, os servidores da instituição contribuem de alguma forma para a manutenção da ordem

encontrada no hospital. Vale ressaltar que a lógica institucional se perpetua apoiada na alienação dos trabalhadores, inconscientes do todo ao qual sua prática pertence, ou mesmo no seu desejo explícito de manter a organização tradicional do estabelecimento. A relação entre os profissionais se dá, portanto, por meio dos pacientes, que em alguns momentos colocam desafios à equipe, bem como a necessidade de tomada de decisões. Não há, no entanto, reuniões periódicas, discussão de casos e atividades com a participação de mais de uma categoria profissional. Embora os profissionais reconheçam a importância das outras categorias, evitam extrapolar o que é sua atribuição típica.

O grupo reitera alguns aspectos já analisados:

Eu acho que aqui, tirando alguns setores, não existe [interdisciplinaridade]. Pelo que eu percebo, as reuniões são sempre chefia com médico, chefia com enfermagem, estou em chefias. Você não vê, por exemplo, aqui no hospital, grupos de discussão para discutir os serviços, [...] multidisciplinar. Você vê por categorias. (GF2)

Concordando com essa afirmação, um participante aponta um possível motivo para a inexistência do trabalho em equipe interdisciplinar na instituição:

tem uma coisa que reforça isso, que é a organização da instituição em núcleos, por categorias, enfermagem, diretoria de atenção à saúde, funciona como um núcleo de medicina, tem o núcleo de serviço social, de categorias. Não há uma organização por equipe, por unidade de produção, por tema. Essa organização não facilita a integração das equipes, ela reforça o corporativismo das categorias e a defesa de cada categoria num salve-se quem puder. (GF2)

Outra justificativa para a atuação monoprofissional é lembrada por uma servidora, em seguida:

Essa atuação interdisciplinar, eu acho que ela não é incentivada porque ela não gera cobrança, faturamento, não faz diferença, o hospital vai receber a mesma diária se ele [o paciente] for atendido por um médico, por um terapeuta, psicólogo. [...] E tem uma cultura de que se está perdendo tempo: eu estou sentado discutindo caso, estou perdendo tempo de dois atendimentos. (GF2)

Uma servidora repetiu o conteúdo de uma fala encontrada no grupo focal realizado no Caps: “dá trabalho a gente trabalhar tentando contar com as outras áreas” (GF2). Ainda sobre esse assunto, uma profissional traz uma crítica direta aos profissionais da medicina, ao afirmar haver

dificuldade de comunicação, principalmente porque a gente tem esse modelo médico e hoje já ouvi histórias de gente lá da psicologia que tentou ter um diálogo com o médico, estava com paciente em crise no ambulatório, trazendo para o PS [pronto socorro], e foi confrontado porque não tem essa

voz para o restante da equipe. “Eu sou o médico, eu sou autoridade”. [...] Não interessa o vínculo que você tem com esse paciente, o tempo que você acompanha ele no ambulatório, não interessa o sintoma que estou vendo nele agora e o que eu acho. Então essa dificuldade de comunicação, de reconhecer o conhecimento dos outros técnicos como profissionais habilitados... Tem as exceções, daqueles que se dispõem a trabalhar em equipe. A maioria quer vir, cumprir seu horário, a sua agenda, rapidinho atender todos os pacientes, quer dizer, prescrever para 12 pacientes em 1 hora e ir embora. (GF2)

Um psicólogo complementa essa afirmação: “Eu me lembro de uma história: perguntam para Lacan o que ele acha da relação médico-paciente e ele diz que não existe relação médico-paciente. Existe relação médico-medicina. O paciente é um objeto. A formação é essa, não faz parte tratar pessoas, faz parte tratar quadros clínicos” (GF2).

Nota-se, assim, a tentativa de algumas categorias profissionais de trabalho conjunto, em parceria com outras categorias, com uma preocupação evidente com a atenção ao usuário do serviço. Ressalvadas as exceções, a psiquiatria no HSVP é a mesma criticada pelos pensadores do tema nos anos 1970 e 1980, mantém uma prática centralizadora, com foco no modelo biomédico, distante das propostas da chamada reforma psiquiátrica.

A forma como os profissionais são cobrados também influencia a qualidade do trabalho prestado. Os médicos, segundo destacou uma servidora, têm a obrigação de atender um número mínimo de pacientes por turno de atividade no ambulatório. Isso faz com que eles se apressem em atender esse mínimo no menor tempo possível, para deixar o local. Há uma preocupação da SES com a quantidade de atendimentos. Não há meios de avaliação do serviço que considerem a percepção dos usuários, assim como não há índices em busca da qualidade do atendimento.

A relação entre os servidores de diferentes categorias também sofre com essa forma de cobrança dos médicos, uma vez que os outros profissionais não têm a opção de gerar a produtividade mínima ao invés de cumprirem uma carga horária predefinida. Isso indica que a comunicação já parte de patamares diferenciados, em que o médico ocupa posição privilegiada.

6.2.3. A peculiaridade do trabalho em saúde mental

Ao serem questionados sobre a diferença entre trabalhar com saúde mental e trabalhar em outras áreas da saúde, os participantes da pesquisa seguiram um raciocínio que privilegiou a expressão das dificuldades encontradas nesse campo de atuação. O psicólogo trouxe à tona

uma angústia quanto à organização institucional e à própria demanda do serviço de saúde mental.

eu acho que o impacto da saúde mental é muito violento para os profissionais. É uma coisa angustiante. No serviço público as pessoas estão por concurso, não é uma coisa de muita opção [...] Eu acho que tem dois tipos de angústia: a do sofrimento psíquico em si, que ele provoca no profissional de saúde e a angústia da organização do serviço, no tipo, na equipe de organização do serviço; no hospital você assume a responsabilidade sobre o paciente, isso acontece em qualquer hospital, o cuidado é de responsabilidade do profissional, mas na saúde mental, a demanda do paciente psiquiátrico é mais angustiante do que em outras clínicas. [...] a demanda do paciente psicótico é a demanda da loucura, uma coisa desorganizada que nem é explícita necessariamente e coloca em xeque a sanidade mental do cuidador. (GF2)

Ainda sobre isso, a psiquiatra abordou as diferenças na prática médica e a frustração em relação ao prognóstico do paciente.

no caso você tem uma pneumonia. Eu sei que vou tomar antibiótico uma semana e acabou. O transtorno mental acarreta o futuro, é uma coisa muito incerta, não é uma coisa que se previne: “eu sei que vai ser assim, ponto, acabou”. Não! Não tem um protocolo, tem umas amostragens, mas não é nada... não tem uma receita ou para prevenir ou para tratar. Exemplo da pneumonia tratada com amoxicilina. Não tem um resultado palpável, muitas vezes a gente não resolve. Tem que lidar com uma frustração nesse sentido, receber a pessoa e às vezes não devolver ela tão bem para a família. Ou você devolver bem e ela voltar pior. (GF2)

Para o grupo, da mesma forma como Basaglia (1985) salientou em trecho citado acima, o público-alvo influencia a relação estabelecida entre profissionais e usuários e entre a equipe em si. Isso também determina práticas corriqueiras reprodutoras da lógica manicomial, como a fala de um profissional destaca:

Eu acho que é a regra do hospital psiquiátrico. São as defesas. A primeira é fugir do paciente. A segunda é, não tendo jeito, ignore-o. Isso é o que me vem. Mas gera mais angústia, porque o paciente passa a ser visto como nada. Isso aumenta a ansiedade da equipe, porque não tem efetividade nenhuma, porque ele não interage, não tem uma ação terapêutica minimamente eficaz. É iatrogênico, é insalubre, é ruim para todo mundo. [...] aí o profissional também fica sem lugar, ele tem um sofrimento que não é assumido, ele não pode falar: esse negócio tá ruim. Na instituição não tem espaço para dizer “isso está ruim”, “eu queria ir para outro lugar”, “eu vim para cá porque não tem muita opção”. (GF2)

E ele complementa informando que os servidores sofrem pressão por produtividade: “Mas tem a pressão da demanda reprimida e a compressão da produtividade, de quantidade.

Não há tempo para qualidade. Tem que se absorver uma demanda grande, tem que dar conta e isso é uma grande pressão” (GF2). Tal pressão é definida por outra participante como “causa ou consequência da não implantação da reforma” (GF2). Acreditam haver, assim, uma sobrecarga no HSVP, uma vez que não há serviços substitutivos em quantidade suficiente para atender a demanda.

6.2.4. A peculiaridade do hospital psiquiátrico

Após o comentário de uma servidora de que o hospital é o principal serviço de saúde mental no DF e que há pessoas que sequer ouviram falar em Caps, os profissionais foram convidados a relatar o que consideram ser o papel do HSVP na rede de serviços. A resposta dos servidores foi expressa com a identificação de inúmeros problemas. O Hospital São Vicente de Paulo é considerado, assim, “um hospital psiquiátrico sobrecarregado, funcionando nos moldes tradicionais de um hospital psiquiátrico, com a demanda reprimida do DF” (GF2).

Uma servidora considera a ausência de serviços extra-hospitalares um fator que contribui em muito para a manutenção das portas do HSVP abertas para a emergência. Ela diz: “Com a falta de serviços a tendência é aumentar mais a nossa demanda aqui e a tendência é piorar a qualidade do serviço. Você não tem para onde encaminhar! Onde tem a porta aberta? Aqui! A emergência!” (GF2). Aponta também a existência de uma intenção, por parte do governo, de manter o Hospital São Vicente de Paulo em funcionamento: “Para que foi feito esse hospital? Pra isolar mesmo. É melhor fingir que não existe, porque, se eu tomar conhecimento que isso existe, eu vou ter responsabilidade, eu vou passar mal, estou super atrasado, nem vou saber por onde começar. Então o melhor é fingir que não existe mesmo” (GF2). O atraso a que a profissional se refere é explicado anteriormente no grupo focal, quando afirma que o Governo do Distrito Federal costuma esperar o surgimento do problema para, então, agir, em vez de prevenir sua aparição. Assim, as ações chegam sempre com atraso.

Questionados sobre a diferença existente entre o hospital e os serviços substitutivos, como os Caps, uma profissional afirma: “aqui é um modelo muito de internação, que existe no DF, o hospício. É aqui que vai ficar todo mundo que não pode ficar lá fora” (GF2). A mesma profissional aproveita o ensejo para manifestar sua insatisfação com o ambiente de trabalho e chega a se emocionar ao relatar o retorno das férias:

Eu não estava nesse serviço até algumas semanas atrás e estava achando ótimo. Acho que vou chorar agora. Dá para ver que é estressante, gera consequências do adoecimento dessas pessoas que estão aqui, porque a gente sabe e se sente capacitado para atuar dessa outra forma, mas é impedido. Por conta de políticas, interesses outros, a gente acaba caindo nesse modelinho tradicional. (GF2)

A fala dos profissionais expressa uma demanda importante no campo da atenção à saúde mental do trabalhador da saúde. Durante o grupo, os servidores se referem a situações vividas por eles no ambiente de trabalho, sempre demonstrando mágoa e desesperança. O HSVP é para eles uma fonte de frustração, pois não é possível colocar em prática o que são capazes de fazer como profissionais. Isso se deve às dificuldades impostas pelo contexto político do Distrito Federal, em especial da Secretaria de Estado de Saúde. As dificuldades de implementação da reforma psiquiátrica estão vinculadas diretamente às dificuldades de implementação do SUS. Apontam-se como problemas do hospital a falta de recursos, a dificuldade de trabalhar em equipe, a inexistência de rede de serviços que atenda as demandas, entre outras que não são exclusividade do hospital psiquiátrico.

Entretanto, a peculiaridade desse tipo de serviço tende a gerar nos profissionais maior sofrimento em comparação ao efeito desses problemas em outros serviços de saúde. O discurso dos profissionais do Hospital São Vicente de Paulo em relação à satisfação com o trabalho desenvolvido pode ser percebido como contrário ao das servidoras do Caps. Ao passo que elas se mostram felizes com seu desempenho e com o potencial do serviço, os profissionais do HSVP aguardam a humanização de uma unidade de saúde antiquada e defasada, mas cujo funcionamento é fundamental para a atenção à saúde mental no DF.

6.2.5. A atenção à saúde mental como política pública – estratégias intra e extrainstitucionais

A discussão em torno das políticas públicas no Distrito Federal foi suscitada pelo diálogo em torno da manutenção do hospital psiquiátrico, apesar das legislações prevendo sua extinção. Assim, os participantes expuseram uma série de percepções a respeito do formato de ação política adotado pelas autoridades, bem como do que poderia ser considerado ideal.

A gente aqui no DF nem está tentando isso. A gente nem pode falar disso. A experiência que a gente tem é dos outros, de outros serviços, de outros estados, outras cidades, cidade com 50.000 habitantes tem um Caps. É muito mais fácil trabalhar numa cidade de 20.000 habitantes. Aqui se tem a pressão toda do entorno, tem a população, que em 10 anos dobrou. Enquanto no país

aumentou cinquenta por cento, em Brasília dobrou. Pelo menos o número de eleitores dobrou. Então teve uma vinda muito grande e o governo não se preparou em termos de políticas públicas. Não foi feito nada para essa população que chega aí, que foi marginalizada, acaba sofrendo mais com desemprego, drogas, falta de acesso a educação, isso deixa as pessoas com mais predisposição ao sofrimento psíquico. (GF2)

A palavra “angústia” aparece com frequência nas falas dos profissionais. E um dos motivos dessas angústias apontadas é que “a abrangência da saúde mental é muito grande: a qualidade de vida da população, problema social, familiar, econômico. É uma coisa muito vasta” (GF2). Uma servidora continua o pensamento: “Tudo gera sofrimento, nem tudo gera uma pneumonia. O fato de ficar sem comer, com a imunidade mais fraca, mas...” (GF2). E tem sua frase completada por outra profissional: “É mais fácil tratar uma pneumonia do que algo subjetivo que está dentro do pensamento, dentro do indivíduo” (GF2).

Essa reflexão leva o grupo de volta à importância da política pública: “O problema cultural, da migração, do inchaço da cidade, é um problema de saúde mental público” (GF2). Apontados os problemas, alguns participantes voltam-se à discussão de soluções, destacando

inúmeras políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida. A saúde mental deve contribuir com todas elas e deve estar engajada, com prevenção e comunicação intergovernamental, otimizar a sinergia das políticas públicas. A saúde mental talvez possa puxar isso. Por que um centro de saúde não pode ter acesso aos bancos de dados de emprego? Grande parte dos problemas de depressão está relacionada ao desemprego. Porque o próprio centro de saúde, o PSF não pode ser um agente de promoção do emprego? (GF2)

Outro problema abordado é o que foi chamado “setorização governamental”, para o qual a solução seria o funcionamento do governo como uma unidade e não em departamentos, pois isso afasta demandas diretamente relacionadas, como as citadas acima. Um profissional considera uma utopia colocar em prática o que é previsto em lei no âmbito da saúde mental, afirmando que as questões humanas são muito complexas e que os modelos de atendimento nunca serão suficientes.

Devido a críticas feitas às relações políticas estabelecidas de forma a impedir um trabalho melhor pelos profissionais, questionou-se a origem dessas relações, se estariam fora ou dentro da instituição. E a resposta apontou que a causa do problema se perpetua nos dois espaços: “Se a gente pensar em instituição enquanto Secretaria de Saúde, pode ser só de dentro, mas acho que não, acho que o interesse é maior, de política lá fora, de dinheiro, de instituição, de clínica, de dono de clínica, de médico, de farmacêutico, acho que é um negócio

muito maior” (GF2). Tal percepção é similar àquela manifesta pela representante do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal no capítulo anterior.

Há ainda sugestões de cunho prático, vinculadas à legislação, que a maioria dos participantes demonstrou conhecer. Dessa forma, é lembrado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), segundo o qual não é obrigatório o atendimento por psiquiatra no pronto socorro. Isso significa que seria possível manter um médico de outra especialidade no atendimento das demandas espontâneas emergenciais e deixar os escassos profissionais da psiquiatria tratando apenas dos usuários já inseridos no serviço, no caso na internação. Far-se-ia, de fato, o papel de médico assistente, praticamente extinto no modelo atual de funcionamento do HSVP. O PNASH também preconiza a divisão do espaço de internação em módulos de no máximo quarenta pacientes. Assim, segundo a profissional, seria possível

melhorar a qualidade até para o paciente se organizar, porque ele chega num lugar onde não tem seu leito, fica andando para cima e para baixo. Ele tem que usar uniforme, tira-se a individualidade dele. Muitas vezes tem que tirar a barba, cortar cabelo, quer dizer obrigar a pessoa. Ele se perde aí nesse mar de gente. Já que não tem como acabar com o hospital, que ele seja então mais humanizado até as políticas irem acontecendo. Não adianta fechar isso aqui. A tendência, com a falta de serviços, é reforçar isso aqui. Aí esse modelo vai se tornar a coisa mais importante que tem em saúde mental. Ou seja, eu acho que estão dando muita importância para o HSVP. (GF2)

Aponta-se, mais de uma vez, a necessidade de um Caps III, para que seja observada a alteração da demanda e para retirar o foco do HSVP como única opção de atenção à saúde mental. Citam-se também experiências de fora do DF, em especial a de enfermagem psiquiátrica em hospital geral, com atividades terapêuticas além da medicação. Uma servidora lembra a especificidade da internação psiquiátrica, pelo fato de os pacientes não terem necessidade de permanecer em leitos, devido à agitação psicomotora e ao tipo de doença tratado. Essa peculiaridade precisa ser levada em consideração principalmente no caso de implantação de leitos em enfermarias clínicas, em vez de enfermarias especializadas em hospitais gerais.

Observa-se que os profissionais de nível superior do HSVP apresentam uma visão global dos problemas e das soluções identificadas, para além dos muros do hospital. Percebem a relação existente entre as situações enfrentadas no cotidiano do serviço e o perfil político do Distrito Federal. O discurso dos servidores extrapola, inclusive, o campo da saúde. Verifica-se uma visão ampla da política de saúde, que a associa a outras políticas públicas, como a de trabalho e a de educação.

A lei 10.216/01 é considerada insuficiente pelos profissionais para o estabelecimento da reforma psiquiátrica na prática. Na opinião dos servidores, a Lei Paulo Delgado “é muito simplória, curta, não atende a real demanda da reforma” (GF2). Considera-se, ainda, que a Lei foi aprovada para acalmar os ânimos dos militantes da luta antimanicomial, que pressionavam desde 1989 para a sua promulgação. No entanto, também é enfatizado o fato de a Lei ter sua importância, uma vez que nada semelhante havia sido feito no Brasil anteriormente.

Questiona-se o fato de a legislação deixar clara a obrigatoriedade de extinção de leitos no SUS, sem, no entanto, exigir a implantação dos serviços substitutivos. A questão dos serviços substitutivos é regulamentada fora da Lei 10.216/01. Por um lado, a pouca especificidade da lei garante o respeito às diferenças regionais, no entanto, permite também que os estados e municípios permaneçam indiferentes às necessidades da política de saúde mental e de seu público-alvo.

A partir da legislação, portanto, os serviços particulares continuam sem alterações, uma vez que a lei versa sobre leitos e serviços do SUS. Segundo o grupo pesquisado, “quando ela [a lei] foi votada, todos esses interesses estavam juntos, o dinheiro fala mais alto” (GF2). Exemplificando tais interesses, apontam-se: “tem os poderosos da indústria farmacêutica: quanto mais crise, mais dependente vai ficar, com dose mais alta do remédio, medicamento de alto custo” (GF2).

Apesar de todas as críticas, válidas do ponto de vista político e da prática da saúde pública, os participantes do grupo demonstram acreditar na proposta de reforma psiquiátrica, trazendo informações de suas experiências anteriores: “eu vi clínica fechando por falta de pacientes” (GF2). Um depoimento como esse é um indicador de sucesso no alcance dos objetivos onde a reforma psiquiátrica foi implementada, fora do Distrito Federal.

Discutindo os aspectos político-partidários da atenção à saúde mental, um profissional aponta diversas questões e algumas possíveis explicações:

Por que os agentes políticos interessados nisso não dão conta de construir essa rede? Não tem cobrança, a população não tem consciência suficiente, não tem organização política. [...] Quem são os agentes políticos realmente envolvidos e qual o poder que eles tem e qual o nível de organização que eles tem? Qual o nível de consciência que a sociedade tem sobre esses problemas? A organização dos familiares, até quando ela existe? Isso está na base do SUS. E o SUS veio do movimento sanitarista, não foi alguém lá em cima que teve a ideia brilhante. Era uma luta contra a inércia. Eu acho que toda mudança de prática social pressupõe criar uma instituição. Dizem que é mais fácil criar uma instituição do que destruir. Depois que você cria, você não muda ela mais, tanto que está aí o hospital psiquiátrico que resiste bravamente. Ele não muda por inércia, é uma comodidade sociológica.

Agora, mas criar o serviço, por que é tão difícil? Porque é preciso fazer um esforço pra destruir a instituição, tem que fazer um grande esforço pra mudar uma prática social, e para criar é a mesma coisa. Como se organizar e gerar essa motivação nos agentes políticos? Que força é essa que falta para se organizar e catalisar a coisa pra ela acontecer? Acho que faltam programas partidários claros, programas de governo, isso não entra nas agendas dos candidatos a cargos majoritários, governador, prefeito... (GF2)

Continuando o debate, outra servidora apresenta um aspecto fundamental do caráter manicomial da instituição em que atua:

Mas aí é que está, onde está o manicômio do DF? Onde ele fica? Ele não está lá no Plano Piloto, no meio. Ela já está na periferia: “eu não sei o que se passa. Existe saúde mental? Porque eu não estou vendo do meu gabinete. Eu vejo ali o Hospital de Base, mas o São Vicente é onde?”. Tem isso também, a gente está na periferia, numa cidade-satélite. Se o HSVP fosse no Plano Piloto, ali na Esplanada, tenho certeza que isso aqui já teria virado outra coisa. (GF2)

Questionados sobre o momento político do DF e a ação pela saúde, os servidores consideram que “fazem muita coisa para inglês ver” (GF2). Citam como exemplos as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que não aumentam sua abrangência e não conseguem atuar em prevenção por não terem como discutir e criar estratégias. Os Caps inaugurados também são exemplos, em especial por não disporem de médicos com lotação própria, mas emprestados de outros serviços, como o HSVP em relação ao Caps de Taguatinga. O de Ceilândia permanece sem médico, conforme informam.

Todas as críticas feitas não têm um efeito em termos de atuação em movimentos sociais. Nenhum dos profissionais participa de movimentos. Um deles afirma defender a bandeira da saúde pública e se considera “militante do SUS, da saúde mental pública, da gestão democrática, que implica na reforma psiquiátrica” (GF2), mesmo não sendo vinculado formalmente a nenhum movimento ou partido político.

6.3. Unidade de psiquiatria em hospital geral

O grupo focal realizado no Hospital de Base do Distrito Federal aproveitou a realização de uma reunião de equipe. Houve participação da pesquisadora em duas reuniões anteriores como forma de aproximação e melhor conhecimento do campo em questão. As reuniões destinam-se, principalmente, à discussão de casos e divulgação de conteúdos obtidos em cursos e eventos científicos. A maioria dos participantes é composta por médicos residentes e seus preceptores, psiquiatras. Participam, ainda, uma assistente social e uma

enfermeira. Não foi identificada presença de servidores de nível médio em nenhuma das reuniões.

O grupo focal foi realizado em uma sessão no dia 29 de janeiro de 2010 e contou com a participação de oito profissionais, que estavam na reunião ocorrida anteriormente. Alguns não desejaram participar da pesquisa, incluindo alguns médicos e a enfermeira.

6.3.1. A psiquiatria no Hospital de Base

Abordando inicialmente o papel da psiquiatria na instituição, como nos grupos citados acima, a visão dos profissionais da Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal é diferenciada. Trata-se de um setor do hospital que leva o nome da especialidade médica, em detrimento da ideia de saúde mental como campo multiprofissional. Isso já fica evidente na pouca representação das categorias profissionais da saúde na unidade.

Assim, uma psiquiatra do grupo afirma que a psiquiatria “é mais abrangente, abrange outras áreas, sociologia, filosofia e a psicologia mesmo. Não que as outras não abranjam, mas ela está mais entranhada em todas essas outras áreas, e não só da medicina” (Grupo Focal 3 [GF3], 29/01/2010).

Um médico residente considera que “os psiquiatras têm o estereótipo mesmo de muitas vezes serem excêntricos ou às vezes loucos, estranhos” (GF3). Segundo outro profissional, muitas pessoas não sabem que psiquiatria é parte da medicina e confundem a especialidade com a psicologia.

Em se tratando das relações de poder entre as especialidades médicas, os servidores acreditam haver um respeito mútuo no hospital, mas que há em outras unidades uma relação em que se sobrepõem o saber e o poder dos médicos que tratam do corpo. Diz-se que isso não significa que esses sejam mais importantes que aqueles, mas que esses agem como se fossem mais qualificados.

No hospital, a psiquiatria parece ser, segundo informam, muito valorizada: “quando se fala na possibilidade de fechamento de algum serviço psiquiátrico no hospital, e os outros especialistas veem isso com alguma indignação. Eu entendo que isso demonstra uma aceitação muito grande do corpo clínico global do hospital” (GF3). Uma psiquiatra do grupo afirma que os saberes específicos se complementam em busca de um atendimento integral e que a psiquiatria é muito bem-vinda em outras clínicas.

Solicitado que comparassem os termos “psiquiatria” e “saúde mental”, o grupo manifestou-se a partir da observação de que a saúde mental é mais ampla que a psiquiatria, mas que esta faz parte do trabalho para aquela. “a psiquiatria está junto com o que a gente está buscando em saúde mental, mas ela não é sinônimo de saúde mental. Ela está tentando ajudar aquele que perdeu algo da sua saúde mental, mas a saúde mental não é só a psiquiatria” (GF3). Há também a compreensão de saúde mental como espaço de prática em equipe: “Saúde mental é um trabalho em equipe e a psiquiatria faz parte dessa equipe” (GF3).

6.3.2. *Interdisciplinaridade*

Sobre a relação interprofissional dentro da unidade de psiquiatria, os médicos explicam que o foco da unidade está na questão clínica, porque a maior parte dos pacientes ali atendidos apresentam comorbidades ao transtorno mental. Logo, por se procurar uma intervenção rápida, os médicos centralizam as ações iniciais e, posteriormente, veem a necessidade da inserção de outros profissionais nos casos. Isso fica evidente na seguinte afirmação: “o foco maior é numa coisa aguda e de uma intervenção mais rápida. Mas não é à toa que a gente chama a assistente social, e eu insisto, e a enfermagem. Porque a gente quer que, aqui dentro, saiu do agudo, dessa questão clínica de grande relevância, o que mais a gente pode fazer?” (GF3).

Segundo os servidores, houve tentativas de atuação para além da prática médica, com reuniões de familiares, grupos de pacientes e abordagens psicodinâmicas, mas isso demandaria muito da equipe. Pelo fato de os usuários apresentarem comorbidades físicas, os profissionais não dispõem de muito tempo para outras atividades que não o cuidado individual, voltado tanto para a questão psiquiátrica, quanto para a questão clínica.

Em relação à existência de conflitos entre as categorias profissionais dentro da unidade, os médicos consideram não haver desarmonia ou não serem informados, caso haja. Um médico residente faz uma análise sobre os termos que envolvem o trabalho em equipe.

Quando você fala em equipe interdisciplinar, isso entra em uma questão de termos que eu acho muito interessante. Eu entendo multiprofissional como mais adequado que interdisciplinar. Interdisciplinar não. Cada um tem o seu papel, desempenha tarefas específicas dentro do serviço de assistência ao doente de uma forma integral. Aqui na unidade eu acho que a gente não tem problema, até porque raramente a gente enfrenta situações em que um profissional, de uma área ou de outra, tenta invadir o espaço do outro. Acho que entre todas as pessoas aqui os papéis são bem delimitados e acho que isso só tem a agregar satisfatoriamente para o serviço.

Uma participante afirma que um indício de boa comunicação entre os profissionais é a realização de duas reuniões semanais para discussão de casos. Informa que nessas reuniões são discutidas “todas as questões de todos os pacientes” (GF3), ignorando, de certa forma, a limitação de uma equipe com a predominância da medicina.

A assistente social do grupo manifesta uma dificuldade da equipe, em especial dos profissionais da enfermagem, em compreender as atribuições do serviço social. Traz um exemplo de mal entendido ocorrido, no qual a equipe de enfermagem encaminhou um documento à chefia do serviço social do hospital questionando as negativas da profissional diante de algumas solicitações. A partir de então, a chefe do Núcleo de Serviço Social, juntamente com a assistente social em questão, realizaram um movimento interno de difusão dos papéis do serviço social na unidade. O problema teria sido sanado, segundo a servidora, mas o fato de essa dificuldade ter vindo à tona demonstra a existência de conflitos, não só em relação ao papel das profissões, mas à ideologia que perpassa a atuação em saúde mental. A servidora também afirma existir um sentimento de solidão por ter apenas uma assistente social num grupo com equipes de médicos e enfermeiros.

Respondendo o comentário da profissional, outra servidora aponta que esse conflito não é exclusividade do serviço social entre as atribuições reais dos profissionais e a demanda do hospital.

Essa dificuldade [...] que você tem a gente também tem como médico. Não sei até que ponto isso é uma coisa institucional, isso é uma coisa até da instituição. Porque nós, médicos, a gente reclama constantemente, quando a gente está no plantão, quando solicitam que se autorize que entre cobertor, se entra um alimento diferente, a gente atende telefone e só querem falar com médico, tem que solicitar a família para alguma situação e a gente vai ao telefone e faz isso. Então, constantemente, dentro dessa instituição, a gente está fazendo tarefas que não competem à nossa atribuição. [...] A gente está se colocando para fazer tarefas que não competem à gente e que a gente até faz para ver a coisa andar. (GF3)

Questionados sobre de quem seriam essas atribuições, os servidores não sabem responder. A assistente social considera que tem ficado claro o papel do serviço social na unidade. Informa que tenta viabilizar o contato entre médicos e pacientes e entre enfermeiros e pacientes, quando não é possível que outro profissional faça isso ou quando é necessário que se faça telefonema interurbano ou para celular, que só é permitido na sala da assistente social.

6.3.3. A peculiaridade da unidade de psiquiatria em hospital geral

Grande parte dos trabalhadores da saúde mental daquela unidade informa desconhecer os outros serviços da área no Distrito Federal, principalmente por ser de outras unidades da federação. Apesar de não conseguirem comparar os serviços, identificam pontos positivos da atuação em hospital geral. Um médico residente afirma que “essa coisa de serviços exclusivos de psiquiatria só reforça a exclusão do paciente, a exclusão do médico psiquiatra, essa questão toda. Então, você ter unidade psiquiátrica em hospital geral é o que você tem de vanguarda em assistência psiquiátrica hoje mundo afora” (GF3). Um colega complementa no mesmo tom: “Não é porque a gente atende transtorno psiquiátrico, que a pessoa é só isso. Ele não tem só isso, ele tem outras coisas e precisa ser tratado” (GF3). Uma médica psiquiatra, por seu turno, lembra que

a doença psiquiátrica às vezes é o sintoma da doença orgânica mesmo, que tem como base a organicidade, e também o diagnóstico diferencial. Às vezes, um paciente surta, digamos assim, ele tem uma encefalite herpética, ele tem um lúpus, uma dor sistêmica, faz um quadro maníaco, tem alteração da personalidade. E isso aí a gente tem o recurso para investigar e fazer o diagnóstico diferencial. Essa era uma dificuldade quando eu trabalhei no HSVP. Eu já trabalhei lá no início, no meu ingresso na Secretaria de Saúde. E a gente lá ficava muito às escuras, porque o paciente tinha uma primeira crise. E a gente sabe que numa primeira crise, a gente sempre vai ter que investigar de uma forma mais ampla. Então essa era a dificuldade: quando a gente tinha um paciente que precisava de uma investigação mais ampla, de exames de imagem ou outros. E também tinha a dificuldade pelo, e aí eu volto à instituição, né, a dificuldade de organização institucional. Você conseguir transferir para um outro local que possa investigar melhor, coisa e tal. (GF3)

Apresenta-se, portanto, um fator, dentre outros tantos, que justifica a importância do serviço de saúde mental vinculado a outros subsetores da saúde. No entanto, os servidores explicam a eficácia da unidade de psiquiatria apontando falhas do hospital psiquiátrico, como a dificuldade de remoção de pacientes, a impossibilidade de realizar diagnósticos mais amplos num ambiente manicomial, centrado nos sintomas psiquiátricos. Apresenta-se um exemplo que ilustra bem os argumentos dos profissionais:

chegou um paciente uma vez, vindo de outro serviço da rede, estava sendo tratado com hipótese de esquizofrenia. Chegou aqui, a gente fez nossos exames da primeira vez e ele tinha hipotireoidismo. Não precisava de nenhum psicotrópico. E estava sendo tratado como esquizofrenia e não era doença específica da psiquiatria. Em outros serviços, com o psiquiatra isolado, ele tem uma capacidade menor em ver outros aspectos. E isso não pode ser assim. A doença psiquiátrica é uma doença médica como qualquer outra. As pessoas acham que não e têm que saber que psiquiatria é medicina. Então tem que estar dentro de um hospital. É como uma outra doença

qualquer. Por que a cardiologia fica dentro do hospital e a psiquiatria não, fica num lugar isoladinho, num lugar calminho? Não é assim. (GF3)

Ao mesmo tempo em que o médico trata da importância de um olhar amplo sobre o usuário da saúde mental, traz aspectos trabalhados por Michel Foucault (2007a; 2007b). O autor lembra a tentativa de a psiquiatria se inserir e ser vista como especialidade médica, ainda que suas características, em especial àquelas relativas ao tratamento moral de Pinel, levem a crer que há menor cientificidade na prática psiquiátrica.

Ainda sobre os comentários acerca do trabalho desenvolvido pela unidade de psiquiatria, os servidores foram questionados sobre o público-alvo de sua intervenção, uma vez que é sabido, na SES, que o HBDF atende somente pacientes com comorbidades clínicas – doenças físicas, além do sofrimento psíquico. Informaram que não há resistência dos profissionais em relação aos usuários que apresentem apenas o transtorno mental, mas que há uma norma da SES sobre o assunto, que limita esse público. Essa focalização também é justificada pelos servidores pelo baixo número de leitos no local, desconsiderando-se, na afirmação, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) de que haja no máximo quinze leitos em cada UPHG.

6.3.4. As dificuldades cotidianas

Quando abordadas as dificuldades do dia-a-dia no grupo focal em questão, apresentaram-se itens que, embora constituam limitações da prática, indicam aspectos conjunturais da política de saúde mental do DF. Assim, a assistente social considera difícil o contato com os familiares dos pacientes, afirmando que muitos usuários têm ficado abandonados no hospital até que se faça uma intervenção mais profunda a fim de concretizar a alta. A servidora não faz, durante a reunião do grupo, apontamentos quanto ao contexto em que esses fatos ocorrem, ou seja, não são consideradas as condições objetivas vividas por essas famílias ao responsabilizarem-se por uma pessoa com transtorno mental.

Outros servidores fazem essas considerações, trazendo à tona aspectos fundamentais da não implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal, como o fechamento de leitos sem a criação de serviços substitutivos, o baixo suporte sociofamiliar dos usuários, a falta de medicamentos e de profissionais. Também se apresentam fatores que dificultam a vinculação de servidores aos serviços substitutivos e a prática antimanicomial dos médicos psiquiatras.

Eu acho que existe uma pressão no nível do Ministério da Saúde para que a Secretaria de Saúde feche leitos hospitalares, leitos psiquiátricos, sem que necessariamente tenha uma contrapartida em serviços substitutivos. E aí é uma complicação extrema, porque o estado precisa receber a verba, só que você só vai receber se fechar. Mas não tem suporte para abrir, até porque não tem médico capacitado para trabalhar em serviço substitutivo. [...] nós, residentes, não temos treinamento em Caps no Distrito Federal. A gente fica prejudicada porque o serviço de Caps aqui não funciona. Então, quer dizer: o psiquiatra vai sair da residência, mas não vai sair com treinamento em Caps. Isso é um grande problema. A gente sai com um treinamento hospitalocêntrico e depois questionam lá na frente “por que o médico não dá conta?”. É porque é nesse momento que o especialista poderia ter o contato. (GF3)

A diferença de trato político para com a saúde mental em relação às outras áreas da saúde aparece como uma dificuldade cotidiana, embora esteja diretamente vinculada ao contexto mais amplo. Uma médica considera haver mais vantagens políticas em investimentos na saúde física, destacando um aspecto fundamental: a cidadania da pessoa com transtorno mental, sua capacidade e seu direito de votar. Informa que se trata de um viés complexo que não pode ser ignorado. Já a assistente social, considerando os reflexos desse contexto e do preconceito a ele arraigado, relata: “A rede nem quer receber um paciente com transtorno psiquiátrico. A gente fala que ele está internado na psiquiatria e eles fecham as portas” (GF3).

6.3.5. Capacitação e saúde do trabalhador

O tema da capacitação foi abordado, questionando-se a existência de incentivo por parte da SES-DF para que os profissionais se capacitem ou participem de treinamentos e eventos científicos, bem como se a instituição oferece cursos e afins. Os servidores informaram desconhecer a oferta de cursos pela SES-DF, mas não sabem informar se há também falha de comunicação na divulgação. Um médico informou que a SES autoriza a participação em congressos, liberando os preceptores e os residentes. Outra servidora completa a afirmação, dizendo que nem sempre todos que pleiteiam a ida podem ir.

Na verdade, na secretaria, nunca se teve estímulo para estudo. A demanda é numérica e a demanda sempre é muito além do que a gente dá conta. A pressão maior da secretaria não é para estudo. Teve um ano que, eu acho que, raridade, um ou dois anos, que o Hospital de Base, para mim foi uma surpresa muito grande, liberou horas de trabalho para a reunião clínica. A gente se reunia à noite na neurologia, lá em cima. Isso foi uma grande novidade, eu fiquei por conta da organização das reuniões. E as pessoas ficavam até meio duvidando se isso ia acontecer, porque realmente foi uma grande novidade. (GF3)

A partir desse assunto, uma participante do grupo trouxe à tona a questão da saúde do trabalhador da saúde mental.

E eu pego esse viés aí para dizer que além dessa questão de reciclagem, de estudo, de incentivar o estudo e a reciclagem, eu acrescento a saúde do médico, do médico e do profissional que trabalha com o paciente psiquiátrico. A gente não tem nenhum incentivo, nenhum cuidado em relação a isso, no que se refere à saúde mental do profissional que trata pessoas com saúde mental comprometida. A gente não tem isso aqui. Então a gente, quando descobre, está todo mundo trabalhando doente e fica por isso mesmo, é totalmente ignorado. Não existem periódicos para a gente que é contratada, não tem nada disso, exames periódicos. E a gente só tem conhecimento de que alguém vai faltar quando cai duro, sem nenhuma prevenção, nem nada. (GF3)

Apesar de haver supervisão técnica em relação às práticas médicas na Unidade de Psiquiatria, os profissionais aparentam não ter suporte em relação às frustrações e às dificuldades específicas do trabalho em saúde mental. O contexto em que a política de saúde mental se insere não prejudica somente os usuários dos serviços, mas também, e talvez principalmente, os trabalhadores desse campo. Isso não ocorre somente na unidade pesquisada, mas em todos os serviços de saúde mental do DF. A relação feita pela servidora entre capacitação e saúde evidencia um sofrimento provocado pela indiferença percebida no trato da SES-DF com os trabalhadores.

6.3.6. A reforma psiquiátrica

Os profissionais do grupo focal em questão disseram conhecer a legislação brasileira atual de saúde mental. A maioria concorda com a proposta de reforma psiquiátrica nela expressa, mas critica sua execução, estendendo a crítica a outras leis do país. Um participante afirma não acreditar na resolutividade atribuída aos Caps. Refere ser necessário confirmar a eficácia desse tipo de serviço antes de utilizá-lo e defendê-lo como alternativa aos manicômios. Outra participante afirma haver falhas na forma como os municípios concebem a estratégia comunitária. Informa ter ouvido de trabalhadores da saúde mental do interior do estado de São Paulo sobre o funcionamento de Caps sem médicos e sem referência em psiquiatria. Nesses casos, a estratégia falha e o surto é subestimado. A servidora não soube informar se a ausência de médicos era uma postura de gestão ou reflexo da insuficiência de profissionais dessa categoria.

Também é apresentada uma situação de preconceito da população desses municípios em relação aos Caps e às residências terapêuticas:

a população ao redor desse lugar, que seria para integrar com a sociedade, com a comunidade, começa a ter, isso não é meu, eles que colocaram, uma visão preconceituosa desse lugar: “ó, não vai naquela casa ali, não, que só tem doido”; “ó, não entra nessa rua, não, porque ela tem duas ou três casas só de doido” (GF3).

Um médico residente se diz incomodado com o termo “reforma psiquiátrica” e justifica:

se muda um modelo de assistência, você não fala “reforma pediátrica”, “reforma cardiológica”. Por que reforma psiquiátrica? É uma mudança de paradigma, de modelo, enfim, essa coisa. Mas, na verdade, o que propiciou tudo isso foi o avanço das medicações. [...] Na medida em que você não tem um médico, que é o profissional responsável pela prescrição da medicação que propicia a ressocialização do paciente, o retorno dele à sociedade, aí você não tem mudança, você não tem como inserir o doente na sociedade. É essa a minha ideia. [...] Eu acho que, e volto de novo com esse negócio das medicações, conviver com o doente ficou mais fácil. Então, e da mesma forma que ir ao psiquiatra é muito mais fácil hoje do que o seria a dez anos, [...] ter um doente psiquiátrico em casa hoje é mais fácil do que foi há dez anos. (GF3)

Observa-se uma associação entre o termo reforma psiquiátrica e a desvalorização do saber médico psiquiátrico, bem como da profissão de psiquiatra. Também se nota uma desvinculação entre modificação do modelo de atenção e uma possível reforma da psiquiatria. Ou seja: embora se enfatize que o avanço das medicações tenha sido crucial na modificação do paradigma de atenção à saúde mental, não se considera a possibilidade de ter havido uma reforma na prática médica em psiquiatria. Ora, se a medicação foi a principal impulsionadora do movimento antimanicomial (concebido não como movimento social, mas como corrente da história), a categoria profissional mais afetada não seria aquela que lida diretamente com esse aspecto?

Uma profissional continua a análise do colega, informando que houve um salto nas descobertas de drogas no campo da psiquiatria principalmente nos anos de 1970. “Acho que com o avanço da psiquiatria biológica, o paciente pôde mais readquirir uma autonomia perdida, ser reinserido mais na comunidade, voltar a trabalhar, a produzir” (GF3).

A discussão sobre a interdisciplinaridade volta ao grupo inevitavelmente, uma vez que as afirmações dos médicos acima poderiam sugerir que os remédios substituiriam outras formas de cuidado. Assim, as seguintes falas se destacam:

E não é porque a gente trabalha com medicação que a gente fala isso, não. Mas tem o seguinte: esse é o ponto básico. A partir daí, tudo mudou. Sem isso não tem como. Talvez por isso o pessoal esteja reclamando que sem o médico prescrever, por mais que os outros profissionais se esforcem, não vai ter avanço. É igual esse povo que diz que vive sem comer, é um ponto básico, primordial.

A gente não está dizendo que se exclua todas as outras ajudas. O que a gente está colocando é que existe o processo inverso, porque você tem de tudo, mas não cuida do que está fazendo aquela pessoa ser diferente.

E eu não tenho um profissional capacitado para fazer aquele diagnóstico, porque aquele transtorno é apenas um sintoma de uma doença física. Então, não adianta você fazer psicoterapia, mobilizar a família e tal. (GF3)

O profissional que questionou inicialmente o funcionamento dos Caps manteve a polêmica em torno da proposta de modificação da atenção à saúde mental, enfatizando sua percepção sobre os aspectos biológicos na determinação do transtorno mental e a participação da família na construção do perfil atual da política de saúde mental. Outros participantes concordaram com suas afirmações e complementaram a reflexão.

Essa questão é fato e eu já fui argumentado por outros profissionais, psicólogos que disseram “ah, você é um psiquiatra, mas um psiquiatra biologicista, que acredita que tudo tem um motivo biológico”. Sim, claro, seja lá qual foi a origem do problema que ele teve, a manifestação decorre de uma alteração em nível de sistema nervoso, neurotransmissor, e aí as medicações vão ser necessárias porque vão mobilizar isso, vão ajustar de alguma forma isso. E a questão de paradigma, eu acho que para os profissionais é até mais fácil, mas para as famílias... um grupo de lideranças definiu que o doente tem que voltar para a família, mas não perguntou se a família queria receber o doente. Esse que é o problema, ninguém foi lá e perguntou. Falou: “não, a partir de agora recolha o seu doente, porque o certo é isso”.

Do ponto de vista sistêmico, a gente entende que a doença não é daquele paciente, ela é da estrutura familiar também. Então como é que você simplesmente pega aquele paciente identificado e joga de volta para a família sem tratar ele e a família ou prepará-la para receber? (GF3)

O debate em torno desse assunto termina quando uma médica afirma que a pessoa com transtorno mental deve voltar ao convívio familiar, mas a decisão em relação a isso não foi tomada no momento certo. A participante se referia à inexistência de serviços substitutivos e estratégias de apoio às famílias.

6.3.7. A política de saúde mental no Distrito Federal

A avaliação feita pelos participantes do grupo focal em relação à política de saúde mental no Distrito Federal apresenta muito de suas dificuldades e observações cotidianas, bem como de sua participação política. Os profissionais veem o quadro atual da política de saúde do DF como desolador. Um médico chega a informar que “foi um fracasso, a pior gestão de todos os tempos” (GF3). Em relação à saúde mental, as profissionais que estão há mais tempo na SES reafirmam o quadro mais amplo. Segundo uma delas, a atenção à saúde mental no DF está “piorando, consideravelmente. Eu nunca vi ser tão ruim como é hoje, nos meus 19 anos de secretaria de saúde. A gente sempre achava que não podia piorar e foi piorando, cada vez mais e mais” (GF3).

A crítica é detalhada por outro servidor, que faz menção direta ao secretário de saúde em exercício à época:

A gente viu, faltou muita medicação; foi feito um concurso no final de 2007, e dos médicos que foram contratados, quase todo mundo pediu demissão por falta de condições de trabalho. Eu entendo que quando um médico presta um concurso e assume aquele concurso, é porque ele está mobilizado para trabalhar naquele serviço. Se ele pede demissão depois de um mês, dois meses, é porque ele não conseguiu trabalhar naquela instituição e isso só denota a completa desestrutura e a falência total dos serviços de psiquiatria, nesse caso, na secretaria de saúde. Então, falta tudo, os pacientes desassistidos... eu acho muito ruim. Temos aí agora um novo secretário, uma nova equipe. Quem sabe a gente tenha uma perspectiva melhor? Mas esse último secretário, dessa última gestão, que foi com o que a gente conviveu mais aqui, foi muito ruim. (GF3)

Como solução para os problemas de gestão apresentados, a equipe aponta a vontade política. Além disso, critica-se o fato de os cargos de alto escalão da SES serem ocupados por pessoas indicadas, sem competência técnica sobre a área de atuação.

Uma pessoa do grupo focal da unidade de psiquiatria informou ter participação na diretoria da Associação Brasileira de Médicos Residentes e ser ex-presidente da mesma entidade. Os outros profissionais afirmam não participar de nenhum movimento social ou entidade e criticam tal postura, embora verifiquem algumas justificativas para o esvaziamento da participação política, quais sejam: excesso de trabalho; falta de tempo; posição socioeconômica privilegiada dos médicos, que os desmobilizaria; ênfase no conhecimento científico biológico durante os anos de formação, em detrimento do conhecimento no campo das ciências sociais.

6.4. Usuários dos serviços de saúde mental

O grupo focal realizado com os usuários dos serviços do Hospital São Vicente de Paulo ocorreu no dia 28 de agosto de 2009 e contou com a participação de nove pessoas – quatro homens e cinco mulheres –, todos membros de um grupo de convivência de pacientes, chamado Grupo dos Amigos. Os participantes tinham idades que variavam entre 34 e 53 anos, além de uma senhora de 70 anos. Seis das pessoas do grupo eram membros há três anos, desde a fundação do Grupo dos Amigos e a trajetória como usuários da saúde mental varia entre dois e 31 anos. Todos os participantes desse grupo são também vinculados ao Núcleo de Oficinas Terapêuticas do hospital. São pessoas que mantêm o acompanhamento ambulatorial com consultas periódicas e buscam uma forma de interação e integração.

No grupo focal abordado neste item foram discutidas diversas questões que envolvem o cotidiano dessas pessoas na sua relação com o transtorno mental, com o tratamento e com as dificuldades ante as políticas sociais.

6.4.1. O acesso ao serviço de saúde mental

Para iniciar o debate no grupo formado pelos usuários do serviço de saúde mental do DF, foram apresentados os objetivos da pesquisa, a partir do que foi suscitada a discussão sobre a forma como se dá o acesso ao serviço de saúde mental, especificamente no Hospital São Vicente de Paulo. Na ocasião, os participantes informaram ter sido muito difícil conseguir a primeira consulta, mas alguns relatam que o processo já foi mais fácil, principalmente no que se refere às consultas subsequentes. A marcação de consultas é vista como privilégio de poucos, uma vez que a maior parte dos pacientes precisa comparecer ao hospital e aguardar as senhas disponíveis no dia. Não é apresentado pelos usuários o porquê de alguns pacientes serem atendidos com hora marcada e tantos outros precisarem aguardar por senha em fila. Sabe-se que os médicos residentes têm agenda própria e são responsáveis por sua organização, mas a maioria dos psiquiatras tem agenda aberta, cujas vagas são distribuídas diariamente.

sempre as minhas consultas são marcadas. Mas não é todo mundo que tem esse privilégio. Até, às vezes, me considero um privilegiado nesse aspecto, porque eu gostaria que todos os meus colegas que passassem por aqui tivessem esse privilégio de sair com as consultas marcadas, porém isso não acontece. [...] o que acontece é que a fila aí na frente é sempre muito grande,

das pessoas tentando pegar uma consulta extra. Quando chega no médico, pede para o médico marcar o retorno, só que o médico nunca marca o retorno. Existe uma política de saúde aqui no hospital, em que o médico nunca tem como marcar o retorno para esses pacientes. Então, toda vida que o paciente vem até aqui, ele tem que estar mendigando uma vaga, e essa vaga nunca tem. Se ele chegar cedo e der sorte de chegar entre os primeiros, ele pega essa vaga. Se ele não chegar cedo, tem possibilidade dele ficar três dias aí esperando uma vaga e não vai pegar essa vaga. (Grupo Focal 4 [GF4], 28/08/2009)

As consultas médicas conseguidas dessa forma são destinadas apenas aos usuários que já possuem prontuário ativo no ambulatório, ou seja, que não tenham se ausentado do hospital por mais de dois anos. No caso daqueles que têm prontuário inativo, o procedimento para reinserção no ambulatório é o mesmo adotado pelos pacientes que pleiteiam primeira consulta. É necessário que o usuário seja avaliado por médico no centro de saúde mais próximo de sua residência e que, de posse de uma guia de consulta preenchida por esse profissional, encaminhe-se ao hospital geral de sua região administrativa, que distribui as vagas de psiquiatria. Atualmente, só têm direito à abertura de prontuário no ambulatório do hospital as pessoas residentes nas cidades-satélites do território compreendido pela instituição, ou seja: Taguatinga, Samambaia e Ceilândia.

Questionados sobre o motivo que levaria a essas dificuldades de acesso ao tratamento, os participantes da pesquisa apontaram o baixo número de profissionais: “eu acho um descaso não ter médico para cuidar da gente” (GF4). Segundo eles, há um contexto que permite que isso ocorra:

O problema começa lá de cima. O governo começa não pagando o salário deles do jeito que eles acham necessário. [...] o salário dos médicos é baixo demais. E muitas vezes eles entram no sistema de saúde público só para pegar experiência. Eles não querem o sistema de saúde para poder ser médicos. Eles querem trabalhar por algum tempo até conseguirem se formar por completo e logo abrir um consultório próprio (GF4).

Essa afirmação é seguida de apontamentos sobre a rotatividade dos médicos, em especial residentes, o que torna difícil a continuidade do tratamento.

Os participantes do grupo focal informam ser difícil conseguir acompanhamento psicológico. Vários usuários afirmam ter seus nomes em uma lista, aguardando vagas para psicoterapia. Destacam a importância das terapeutas ocupacionais em relação ao acompanhamento nas oficinas terapêuticas e das assistentes sociais nas mais diversas demandas apresentadas: “as assistentes sociais, eu não sei nos outros hospitais, mas pelo menos aqui no São Vicente de Paulo, elas fazem papel da nossa segunda mãe” (GF4).

Consideram importante que haja iniciativas diferenciadas, como a de um médico que tentou implantar uma atividade de psicodrama. Também enfatizam a importância de que sejam contratados profissionais não médicos, desde que capacitados: “o que a gente pede é isso. Em vez de entrar psiquiatra capacitado, a gente pede todos os terapeutas” (GF4). Apesar disso, o foco do hospital, conforme a manifestação dos usuários, é evidentemente em torno da prática médica.

6.4.2. A internação psiquiátrica em tempo de reforma

Sobre a experiência de internação, os usuários têm inúmeros relatos. Abordam como se dá o cuidado nessa forma de tratamento da crise e a forma como se estabelecem as relações sociais durante o período de internação. Demonstram se tratar de evento traumático, com redução de seus aspectos humanos, com a ocorrência de diversas humilhações. A contenção mecânica é um fator determinante nessa percepção do serviço.

Eu já estive internado por várias vezes e pra mim foi muito traumático porque todas as vezes em que eu estive internado foi amarrado. Eu não tive nenhuma vez pra eu me internar, que eu estivesse na minha consciência, de apenas internar para tomar remédio. Foi sempre, assim, aquele sistema agressivo, que eu era obrigado a ficar amarrado. Então, quando eu acordava daquele surto, eu via que eu estava que nem um porco. Eu não me sentia um ser humano, eu me sentia um porco, porque eu estava amarrado ali naquele momento. Então, quer dizer, eu acho que tinha que ter uma forma de colocar a pessoa num ambiente em que ele não ficasse amarrado. A pior forma de você encontrar, principalmente quando os parentes vinham me visitar, a esposa às vezes veio me visitar e saiu daqui amargurada porque ela me encontrava amarrado e ela achava que não tinha mais um esposo, tinha um porco amarrado no quintal de alguém. (GF4)

Em outra fala, são destacadas atitudes de violência cometidas por servidores do hospital e a internação é comparada ao cumprimento de pena por crime. Também é apontada uma forma de denúncia adotada pela usuária para os casos de agressão.

Pra mim, aí é o inferno! Porque, [...] além deles amarrarem a gente, tem pessoas que não são preparadas pra tratar a gente bem aí. Tratando a gente muito mal. Enfermeiro é enfermeiro... e todos que me trataram mal, depois que eu já estava reagindo bem, quando o médico dizia que eu já estava perto de receber alta, que eu começava a ver o que eles faziam com os meus colegas que estavam lá dentro. Porque não é porque a gente é doente... porque a gente não fez nenhum crime grave, não tão grave assim, né? Aí, eles amarravam a gente, uns espancavam, eu via eles chutando pessoas. Por isso eu pedi, quando eu estava internada aí, para as visitas que vinham, eu pedia pra elas pra mandarem a TV pra cá pra eu falar. (GF4)

Segundo os relatos, as atitudes violentas são tomadas a partir da situação de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra durante a internação. A fala a seguir é um elemento que facilita a compreensão do espaço manicomial como local em que não há trocas e onde não há diálogos, mas monólogos dos profissionais.

Eu queria falar em relação ao atendimento de pessoas que fazem acompanhamento das pessoas aí dentro. A gente chega e parece que no lugar que a gente chega a gente passa a não ser considerado como ser humano. Você sabe que está em um lugar em que você nunca poderia ficar estando normal. Aí, você quer achar um jeito de mostrar pra eles que você está bem de saúde e eles não aceitam. Eles acham que, pra você estar falando aquilo, você está piorando a sua saúde. E eles a todo minuto querem te dopar pra mostrar pra você que você não é normal. (GF4)

Outra discussão relevante diz respeito à presença dos familiares durante o período de internação. Uma usuária considera importante a participação da família no acompanhamento da pessoa com transtorno mental. Ela diz:

foi na época que eu era “de menor”. Minha mãe queria ficar aqui, meus irmãos queriam ficar como acompanhantes e não era aceito. Eu acho que isso não é certo, principalmente “de menor”. Eu acho que até o adulto, se ele não estiver certo e puder ficar com um acompanhante da família, é melhor (GF4).

Embora o HSVP se destine ao atendimento de pessoas adultas com transtorno mental, em casos específicos e que configurem necessidade urgente de intervenção, são admitidos na internação adolescentes de mais de 15 anos de idade. Nessas situações, conforme orientação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶, a família é acionada para que uma pessoa possa acompanhar permanentemente a internação. Também é feita comunicação à Vara da Infância e da Juventude quanto à presença do adolescente na instituição. Pessoas com deficiência e idosos também podem ter acompanhantes permanentes. Todos os outros pacientes podem receber visitas diárias entre 15:30h e 16:30h.

Quanto à forma como os usuários são tratados enquanto estão na internação, uma participante do grupo aponta causas possíveis para a indiferença de alguns profissionais.

Esse pessoal que trabalha com o humano, como humano e do lado humano, eles conversam, eles param, eles te escutam. Mas tem gente que não para, passa e faz de conta que é cachorro. Então é muito difícil. Agora eu não sei se é porque eles estão muito atarefados, não sei. Às vezes eles fazem questão mesmo de mostrar que “você é você, ele é ele”. É uma barreira muito grande

⁶ O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), em seu artigo 12, reza: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

e eles fazem questão de colocar uma madeira bem grande, pra falar: fica do lado de lá, que você não pertence ao lado de cá. (GF4)

A usuária tenta justificar as atitudes de desinteresse dos servidores para com os pacientes ao mesmo tempo em que aponta que aqueles que trabalham considerando a humanização conseguem ter mais cuidado e atenção. Assim, é possível recuperar o conteúdo do grupo focal realizado com os servidores do HSVP, em que esse assunto é tratado como sendo resultante das angústias sofridas pelos cuidadores das pessoas com transtorno mental.

Questionados sobre como tornar a internação uma experiência menos traumática, um usuário apresenta características “ideais” compatíveis com a perspectiva dos Caps do tipo III, com caráter comunitário e humanizado:

Eu acho que a internação teria que ser o seguinte: você teria que estar internado, mas que você se sentisse como se você estivesse na sua casa. Pessoas que estivessem em grupo conversando com você, procurando saber o que você gostaria de fazer se você estivesse na sua casa, procurando fazer aquilo que você gostaria de fazer: se gosta de ouvir uma música, vamos ouvir uma música, se gosta de dançar, vamos dançar, se gosta de bater um papo com alguém, o que você gostaria de estar conversando com a gente neste momento? (GF4)

Outra participante já lembra a importância da presença dos familiares durante a internação: “[...] eu acho assim, que dentro da internação e da emergência, a partir do momento que eu estou lá, e eu já estou melhorando, às vezes eu quero ver minha mãe, eu quero ver meu irmão, meu tio, e aí eles não liberam para aquela pessoa entrar” (GF4).

Um ponto de crítica dos usuários é quanto ao não estabelecimento de níveis de comprometimento dos pacientes, o que os leva a serem tratados da mesma forma, mesmo tendo necessidades diferentes. Segundo os participantes, isso é um dos motivos pelos quais não há muitas atividades ocupacionais nas enfermarias – apenas parte dos pacientes tem condições de participar do que é proposto pelas terapeutas ocupacionais.

6.4.3. A manutenção do tratamento

Além das consultas psiquiátricas, abordadas acima, outros aspectos são fundamentais à manutenção do tratamento, como o acesso a alguns direitos – aquisição de medicação gratuitamente, transporte, entre outros.

A dificuldade em conseguir medicação é uma das queixas mais relevantes e envolve, principalmente, a aquisição de medicamentos excepcionais, de “alto custo”. Esses exigem a adoção de protocolo e instrumental próprios e se destinam exclusivamente às pessoas com

diagnóstico de esquizofrenia. No capítulo anterior, esse assunto foi abordado entre as ações da Coordenação de Saúde Mental, quando foi trazida a informação da existência de um documento sugerindo a modificação da portaria SAS/MS 846 (de 31 de outubro de 2002), que rege a administração dos medicamentos excepcionais.

Os usuários também informam necessitar de comprar remédios não disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde, que segue a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) do Ministério da Saúde. Isso indica a prescrição habitual de remédios não constantes na lista. Esse hábito pode ser explicado pela inadequação da Rename às necessidades dos pacientes identificadas pelos médicos ou por uma atitude que ignore as condições econômicas dos usuários para adquirir a medicação para seu tratamento.

6.4.4. Cuidado integral à saúde – acesso e qualidade

Questionados sobre o acesso a outros serviços de saúde, os participantes declaram ter dificuldades junto aos centros de saúde e hospitais da rede pública. Um deles relata que precisa fazer exames de sangue periódicos e que seu médico assistente sugeriu que o exame fosse feito em laboratório particular, porque não seria possível confiar no resultado daquele feito por órgão da SES.

Em quaisquer unidades de saúde, apresenta-se a dificuldade de manutenção do tratamento, em especial devido à instabilidade no quadro de profissionais.

Eu, por exemplo, faço tratamento de hipertensão no posto de saúde e tive que pegar remédio por bastante tempo com o cartão já vencido, porque eu não encontrava o médico com quem eu comecei a fazer o tratamento, ele nunca mais conseguiu falar comigo, nem eu com ele, para trocar nem o cartão. (GF4)

Uma usuária apresenta, durante o grupo focal, um encaminhamento para a neurologia datado do ano de 2007. Segundo ela, seu nome foi incluso numa lista de espera. As oportunidades de contato com os médicos são poucas, de acordo com os participantes, e costumam exigir um grande esforço dos pacientes.

Você vai lá para o posto de saúde e você chega lá e tem três vagas. Aí, se você chegar de madrugada, não tem um lugar pra você ficar, você fica correndo risco de vida do lado de fora, porque você não entra nem pra aquele quintalzinho que fica ali, você fica do lado de fora, até as três horas da manhã. Se você chegar e for o primeiro ali, tem a possibilidade de você chegar e conseguir a vaga. Se não chegar até as quatro horas, você já não consegue mais a vaga. E tem outra situação, que é um problema sério

também: o guarda não viu quem chegou primeiro e, quando ele abre o portão, gente que chegou três horas da manhã, vêm outros que chegaram depois e já passam na frente. (GF4)

Atendimento odontológico também é demandado, sem respostas no âmbito do Estado. Os usuários buscam, assim, instituições filantrópicas que oferecem atendimento gratuito ou de baixo custo.

Verifica-se, portanto, que alguns problemas apontados no campo da saúde mental são observados também nas outras especialidades, inclusive na atenção básica. E não se trata apenas de dificuldade de acesso, em termos de iniciar acompanhamento em determinada área, mas também de dar continuidade ao tratamento. A partir da fala dos participantes, é possível notar que os centros de saúde contam com médicos generalistas que nem sempre dão conta das demandas específicas apresentadas.

6.4.5. Preconceito contra pessoas com transtorno mental

Um aspecto tocado espontaneamente pelos usuários participantes do grupo focal foi o preconceito sofrido por eles nos mais diversos ambientes. Foram abordadas ocorrências que demonstram discriminação por motivos variados, ora associados, ora não, ao transtorno mental. As situações se referem a espaços de convivência social, como estabelecimentos comerciais e meios de transporte, mas também a situações específicas, como entrevistas de emprego.

Uma usuária conta em detalhes um momento em que foi destrutada em uma loja pela forma como estava vestida. Segundo ela, a vendedora agiu com hostilidade, não acreditando que ela seria capaz de pagar o que desejava adquirir. Outro participante já acredita sofrer preconceito quando deseja realizar compras por meio de crediário:

Com relação a compras e outras coisas do dia-a-dia, nas lojas está tudo informatizado hoje, em todo lugar, né? A gente quer fazer um crediário, não vai pagar à vista, aí vai ver, já está vendo tudo, se o cara tem um problema psiquiátrico que nem nós aqui. Já te olha de um jeito diferente, já vai pedir outras informações, de família, residência, e eu falava: “eu tenho 40 anos. Só de Brasília eu tenho 33”. Olha os meus crediários como é que estão. Tá tudo certo. (GF4)

Os usuários também comentaram sobre a dificuldade em conseguir emprego, tanto pela presença do transtorno mental quanto pela necessidade de ausentar-se eventualmente para consultas médicas. Tal discriminação não é exclusiva das empresas empregadoras.

Também é identificada no âmbito familiar, quando a pessoa com transtorno mental é vista como incapaz.

A minha irmã deixou de conseguir que eu fizesse um bico. Ela chegou a falar comigo sobre o assunto – trabalhar pra tentar ganhar mais alguma coisa em relação ao que eu ganho, né? [...] Eu recebo benefício. Aí, ela queria que eu fizesse um outro serviço, entregando folheto. Aí, ela começou a pensar no meu problema e desistiu exatamente por quê? Porque eu tenho problema epiléptico e ela achou que eu não teria condições de entregar uma coisa tão simples como um panfleto. (GF4)

Um problema enfatizado por grande parte dos participantes da pesquisa é a forma como são tratados no transporte público do DF. Todos do grupo possuem passe livre para locomoção no DF, no entanto, pela legislação em vigor até então, tal benefício se destina a pessoas com deficiência. Uma modificação na Lei Distrital que dispõe sobre os direitos das pessoas com deficiência acrescentou pessoas com transtornos “psicológicos” como passíveis de acessar o passe livre. Entretanto, estabelece uma equivalência entre transtorno e deficiência mental, que pode significar o fortalecimento da visão de incapacidade dos usuários dos serviços de saúde mental, uma vez que a deficiência tem características peculiares, que envolvem, principalmente, a perda cognitiva.

Um dos participantes traz, como contribuição, após as falas sobre o assunto, a existência da Lei nº 4.350/2009, aprovada pela Câmara Legislativa do Distrito Federal, que “prevê punição para quem discriminar pessoas acometidas por transtorno mental” no Distrito Federal e baseia-se no Projeto de Lei n.º 855/2008, de autoria da Deputada Distrital Érika Kokay (PT).

A referida lei considera atos de discriminação: (a) referência ou comentário depreciativo relativo à condição de pessoa com transtorno mental; (b) impedimento ao ingresso ou à permanência de pessoa com transtorno mental em locais públicos ou privados; (c) manifestação que possa causar constrangimento aos familiares da pessoa com transtorno mental; (d) recusa ou suspensão de matrícula em estabelecimentos de ensino; (e) recusa, impedimento ou retardamento de atendimento de qualquer natureza; (f) impedimento de admissão de pessoa com transtorno mental em projeto, estágio e emprego, bem como identificação da pessoa como “doente mental” em qualquer documento.

A punição prevista para pessoas físicas é de multa de até R\$1.000,00 (mil reais). Para pessoas jurídicas, a sanção varia de advertência a cassação do alvará de funcionamento, além de multa de R\$5.000,00 (cinco mil reais) e suspensão do alvará por trinta dias.

6.4.6. Participação social

O chamado Grupo dos Amigos do HSVP, apresentado acima, encontrava-se em momento especial, de preparação para a Marcha dos Usuários da Saúde Mental por uma Reforma Antimanicomial, ocorrida em 30 de setembro de 2009. Devido à marcha, os usuários dos serviços de saúde mental do DF foram incentivados a participar de reuniões junto ao Movimento Pró-Saúde Mental para organizar a manifestação. Assim, eles se mostraram motivados a falar da participação em movimentos sociais, destacando a importância da marcha, o que foi bem resumido por um participante: “Nós queremos o cumprimento de uma lei que ainda hesita em existir” (GF4) – referindo-se à Lei n.º 10.216/01. “E somos nós que vamos cobrar e, se não der certo dessa vez, nós vamos continuar cobrando” (GF4).

Alguns dos usuários do grupo informam fazer parte de um projeto realizado em parceria entre a ONG Inverso e o Centro Universitário UniCEUB, chamado TV São. Trata-se da realização de pequenos filmes, em ficção e documentário, destinados à defesa da Luta Antimanicomial. O projeto foi apoiado pela TV Pínel, do Rio de Janeiro, e é composto por usuários dos serviços de saúde mental, por professores e estudantes de psicologia do centro universitário e por membros do Movimento Pró-Saúde Mental do DF e da ONG Inverso.

Embora o grupo abordado seja seletivo em relação à participação social e à visibilidade que tem na instituição pesquisada, foi possível, por meio do grupo focal, identificar a forma como essas pessoas vivenciam os problemas decorrentes da presença do transtorno mental e do tratamento recebido da sociedade e das instituições por isso. As falas dos participantes manifestam a insatisfação com as políticas sociais e com o olhar sobre a loucura, mas expressam também plena compreensão das circunstâncias vividas. Assim, os momentos de crise não podem ser ignorados ou equiparados a uma situação de inconsciência, pois são períodos de intensa atividade mental, que não retiram das pessoas – nem rebaixam – sua condição humana.

Considerações finais

Buscar-se-á, aqui, explicitar uma análise mais generalizante a partir dos resultados da investigação, identificando as respostas à pergunta de pesquisa e o alcance dos objetivos estabelecidos no projeto.

O questionamento que permitiu a elaboração da pesquisa expressa nesta dissertação envolvia a identificação dos obstáculos à implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal e, em maior profundidade, compreender os fatores que permitem a existência de tais entraves. A fim de tornar a redação mais didática, é possível dividir as observações finais desta pesquisa em duas partes intimamente relacionadas: fatores microconjunturais e fatores macroconjunturais.

A. Fatores microconjunturais

Esses fatores englobam aspectos do cotidiano dos serviços de saúde mental, que, de alguma forma, corroboram o atraso do Distrito Federal na implementação da política de saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. Incluem-se, portanto:

- Insuficiência de recursos materiais e humanos para execução do trabalho

Esse item esteve presente na fala dos profissionais nos grupos focais, principalmente entre as servidoras do Caps. A SES não se mostra preparada para disponibilizar materiais e profissionais que não condigam com as terapias e intervenções alopáticas. Assim, estratégias que envolvam terapias alternativas, arte, cultura e convivência familiar e comunitária são preteridas em relação aos medicamentos. Apesar disso, o Caps sofre com a falta de um profissional médico lotado naquela unidade e acaba atuando com profissionais cedidos pelo HSVP.

- Manutenção de práticas segregadoras no hospital especializado

Embora a política nacional e a legislação local estabeleçam a importância da redução de leitos e a implantação de práticas humanizadas, o HSVP não só vai contra a tendência oficial, como também fortalece a segregação dos usuários em relação aos servidores. Isso aparece claramente na fala dos usuários e dos profissionais daquela unidade de saúde.

- Reprodução de frustrações entre os servidores da saúde mental

Todos os servidores participantes dos grupos focais relatam sofrimento produzido pela relação estabelecida entre a instituição e a Secretaria de Estado de Saúde. Este aspecto está diretamente relacionado ao anterior, uma vez que as frustrações são maiores quando as condições de trabalho são adversas, desde o ambiente desfavorável até a remuneração incompatível. Além disso, os preconceitos em relação ao público-alvo não são desfeitos quando do início do contato da pessoa com os usuários do serviço, mas fortalecidos pela equipe que, ao não saber lidar com comportamentos diversos, termina por isolar-se daqueles a que devem cuidados.

- Despadronização da compreensão de atenção à saúde mental

As instituições mantêm formatos diferentes de compreensão do serviço que prestam, o que afeta a reforma psiquiátrica do ponto de vista teórico-prático. Assim, enquanto as servidoras do Caps associam psiquiatria à saúde mental, como nomes para o mesmo tratamento, os servidores do Hospital de Base deixam clara a sua intervenção em psiquiatria, e não em saúde mental. O Hospital São Vicente de Paulo, por seu turno, busca uma abordagem multidisciplinar, mas esbarra na tradição e na resistência implícita dos profissionais em ceder espaços de sua atuação aos colegas de outra matriz teórica e técnica-operativa e em permitir-se experimentar novas práticas. A inexistência de uma linha de atuação única entre as instituições vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde gera maior distinção entre os serviços e um impasse à atenção integral à saúde.

- Ausência de estratégias alternativas ao modelo manicomial nos serviços existentes

Ainda que haja um atraso evidente na implementação de serviços substitutivos de saúde mental no DF, verificam-se poucas iniciativas diferenciadas nas instituições que não têm caráter extra-hospitalar. Ou seja, o HSVP e o Hospital de Base lançam mão de poucas estratégias diferenciadas de inserção dos usuários dos serviços. Assim, a lógica predominante não é somente médica, mas também a de um “circuito psiquiátrico” (GOFFMAN, 2007) iniciado na emergência da especialidade, em especial na internação.

- Compreensão simplista de manutenção do tratamento

A manutenção do tratamento dos usuários vem sendo compreendida pelos serviços, com destaque ao HSVP, como sinônimo de aquisição de receitas médicas. Assim, não há

preocupação em garantir atendimento com o mesmo profissional com reavaliação do quadro, mas em não permitir que as pessoas fiquem sem acesso ao receituário.

B. Fatores macroconjunturais

Os aspectos *lato sensu* constituem, muitas vezes, explicações aos *stricto sensu* citados acima e são motivados por fatores ainda mais amplos, não abordados nesta pesquisa. Esses envolvem políticas públicas diversas, a realidade brasileira e fatos advindos de modelos e orientações internacionais, como, por exemplo, a priorização do desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento social entre países emergentes. Seguem fatores relacionados à conjuntura mais ampla, que ultrapassa o ambiente institucional dos serviços de atenção à saúde mental e envolvem dificuldades estruturais citadas pelos participantes da pesquisa e por documentos emitidos pela Gesam ou outros órgãos da SES.

- Cultura político-administrativa do Distrito Federal

Este item não compreende apenas a cultura de forma abstrata. Envolve também a existência de empecilhos legais para o estabelecimento de ações políticas diferentes no DF. Assim, a não aplicação dos planos feitos para a capital do país, que pretendiam que Brasília não fosse tão intensamente povoada, associa-se ao perfil da população, ainda não vinculada diretamente ao local por advir de outras unidades da federação, e à centralização do poder de governo estadual e municipal nas mãos do Governo do Distrito Federal. Esses fatores relacionados contribuem para a tendência à delegação das tomadas de decisão àqueles eleitos pela comunidade e à baixa participação da população na manifestação de suas demandas, na avaliação das políticas públicas e na fiscalização da execução orçamentária.

- Invisibilidade político-eleitoral de ações estatais em saúde mental

Este fator se relaciona intrinsecamente à postura da sociedade diante da pessoa com transtorno mental, uma vez que se justifica na prioridade dada pela população – e pelos políticos – às ações que envolvam a saúde física e de alta complexidade. Tal aspecto foi abordado nos grupos focais e nas entrevistas realizadas nesta pesquisa e obteve relatos uniformes quanto à relação estabelecida entre os subsetores da saúde.

- Desapoderamento da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde

A questão da distribuição do poder na SES é problemática principalmente no que se refere aos chamados cargos comissionados. A pessoa que assume a Secretaria é selecionada por critérios subjetivos, não devendo ser, obrigatoriamente, capacitada para o cargo. O mesmo ocorre na indicação de gestores de serviços, de unidades e órgãos da SES. No caso da Gesam, é importante ressaltar a redução de suas possibilidades quando de seu estabelecimento no lugar de uma Coordenação. As coordenações assumem, no organograma da Secretaria, maior importância hierárquica do que as gerências. As falas dos profissionais, do gerente de saúde mental, da ex-coordenadora do órgão e da representante do Movimento Pró-Saúde Mental do DF demonstram que o desapoderamento da Gesam é um entrave à implementação da política sob as orientações ministeriais. Isso também fica evidente pela ausência de informações de execução orçamentária no campo da saúde mental no órgão. O papel da gerência torna-se enviesado por abranger tanto um suporte técnico e administrativo aos serviços quanto a elaboração de propostas e argumentos em defesa da política de saúde mental. Ou seja: a gerência é responsável pela negociação entre as necessidades da população/recomendações nacionais da política e as resistências da SES em fornecer recursos.

- Preconceito e incompreensão quanto à reforma psiquiátrica e sua origem

Este aspecto diz respeito ao posicionamento de categorias, gestores, servidores, usuários e familiares. A institucionalização, a tradição psiquiátrica, a capacitação insuficiente e a falta de informação são elementos que contribuem para a existência desse fator. Assim, a defesa da reforma psiquiátrica é vista como munida de ideologia e vazia de ciência. Ignoram-se as experiências internacionais e de fora do DF e a literatura científica produzida sobre o assunto. Mantém-se uma compreensão do transtorno mental que dissocia corpo e mente, os considerando objetos de intervenção e não sujeitos de direito, cuja forma de pertencer à sociedade se justifica por aspectos biopsicossociais. Não se considera reforma psiquiátrica aquilo que se pretende, mas aquilo que se tem, ou seja: uma política falha, que desresponsabiliza o Estado e super-responsabiliza a família e a comunidade.

- Preconceito da sociedade em relação à pessoa com transtorno mental

Os grupos focais, em especial aquele realizado com usuários de serviços, deixaram clara a percepção de que o ambiente externo às instituições é tomado por preconceitos. Os próprios usuários dos serviços têm dificuldade em compreender a diferença entre seus comportamentos

em crise e os comportamentos de pessoas que cometem crimes. O fato de a intervenção se dar em instituição total corrobora essa forma de pensar. O preconceito parece existir desde o ambiente comunitário, de convivência das pessoas em tratamento, até o maior escalão do poder público, que minimiza ações que tenham a saúde mental como objetivo.

- Interesses financeiros dos grupos influentes na implementação da política de saúde mental

O incentivo a práticas terapêuticas alternativas significaria redução do uso de medicamentos, menor índice de dependência de drogas psicotrópicas e maior resolução dos problemas que estimulam a manifestação do transtorno mental. Assim, a indústria farmacêutica mantém-se interessada na disseminação do uso de medicamentos. A utilização de drogas com menos efeitos colaterais contribui para a manutenção dos indivíduos em convívio familiar e comunitário, mas também aumenta a ênfase no modelo medicocêntrico. Outros atores com interesses financeiros são os empresários do campo da saúde, autorizados pela legislação a manterem clínicas privadas e ambientes manicomial, com criação de leitos e ênfase na prática médica.

- Influência política dos grupos organizados pela defesa do modelo manicomial e biocêntrico

A Lei 10.216/01 e suas regulamentações são insuficientes para a desconstrução do modelo manicomial no Brasil. As lutas de categorias específicas, como a dos médicos psiquiatras, vão na contramão do processo de distribuição do poder entre os profissionais de saúde. A busca por centralização das decisões concernentes ao tratamento está explícita nos projetos de definição das ações de saúde como atos médicos e não multiprofissionais.

Diante da pesquisa realizada e da análise desenvolvida, observa-se uma resistência quase generalizada na implementação da reforma psiquiátrica no Distrito Federal. Tal resistência encontra argumentos focados nas dificuldades políticas e em explicações funcionalistas do transtorno mental, como se esse fosse apenas resultado de alterações químicas e físicas do sistema nervoso. Num contexto como esse, torna-se ainda mais difícil a compreensão de promoção de saúde mental, que envolveria outros setores além da saúde e uma cultura diferente em relação à chamada loucura.

Comparando os resultados encontrados às hipóteses sugeridas no projeto de pesquisa, verificam-se as seguintes relações:

Quadro 4 – Hipóteses e resultados encontrados

Hipótese	Resultado
Existência de conflitos entre os subsetores da saúde, numa competição por recursos, no âmbito da gestão na esfera local.	Não se trata de conflito entre os subsetores, mas entre a Gesam e os órgãos superiores. O conflito previsto não é direto com outros setores. Trata-se da necessidade de argumentação junto aos órgãos superiores, que têm o poder de controle da execução orçamentária, o que falta à gerência.
Resistência de algumas categorias profissionais, principalmente dos médicos psiquiatras, às propostas de reforma encaminhadas pelo governo federal.	O termo “reforma psiquiátrica” é visto de forma controversa pelos servidores participantes da pesquisa. Os argumentos contrários à reforma ou ao termo são direcionados, na maioria das vezes, à forma como a reforma tem sido executada no DF. Em outros casos, se questiona a cientificidade da modificação do modelo de atenção. Profissionais médicos geralmente consideram válidas informações referentes ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, desprezando ou subutilizando o implemento da perspectiva psicossocial de atenção à saúde mental. Há aparente resistência às propostas de reforma por parte dos servidores da categoria de enfermagem, o que foi manifesto na fala de servidores do HSVP, ao apontar comportamento esquivo em relação aos pacientes.
Baixa politização do assunto nos espaços comuns aos familiares e aos usuários e na mídia, perceptível no baixo número de organizações e manifestações da sociedade civil para reivindicar e defender os direitos desse grupo.	A baixa politização não é exclusividade dos usuários e seus familiares. Ao contrário, o grupo focal realizado com usuários mostrou-se mais participativo e preocupado com a política de saúde mental do que os trabalhadores, os quais, em geral, não participam de qualquer associação ou movimento social. Também é observada, entre os médicos, desvinculação entre reforma psiquiátrica e os aspectos políticos que a envolvem. Assim, a reforma é concebida somente como postura ideológica de algumas categorias profissionais, e não como postura político-econômica do Estado e da sociedade.
A manutenção do chamado “manicômio mental” (PELBART, 1991) por gestores e profissionais de saúde e pelos próprios familiares, o que representa o campo ideológico resistente às mudanças trazidas pela reforma psiquiátrica.	Identifica-se compreensão preconceituosa e incompleta da reforma psiquiátrica, o que não configuraria somente um manicômio mental, mas uma defesa explícita do modelo tradicional de tratamento em saúde mental ou de um modelo intermediário.

Referências bibliográficas

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, v. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique G. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995a.

_____. **Novos sujeitos; novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995b.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Rodrigo Ramos; COELHO, Claudia Miguel da C.; VIEIRA, Ana Carolina Barcelos Cavalcante. **História da Psiquiatria do HBDF. Monografia de conclusão de Residência Médica**. Brasília: FHDF, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA et al. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf>. Acesso em: 10 mai 2008.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPE. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **De Volta Para Casa: manual do programa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Saúde Mental em dados.** Ano I, n. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. Ano I, n. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Ano II, n. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **Relatório sobre Tortura no Brasil.** Brasília: Câmara, 1995. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/files/Relat%C3%B3rio%20sobre%20Tortura%20no%20Brasil%202005.pdf>>. Acesso em 02 mai 2010.

CAMPBELL, Robert J. **Dicionário de Psiquiatria.** São Paulo: Martins Fontes, 1986.

_____. **Dicionário de Psiquiatria.** 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

CONFERÊNCIA DE CARACAS. **Declaração de Caracas.** Caracas, 1990.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1987.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

_____. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**: CNS aprova Recomendação sobre a realização de conferências regionais e os sub-eixos. 12 mar 2010. Disponível em

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/12_mar_saude_mental.htm>. Acesso em 6 ago 2010.

COSTA, Augusto César Faria; FALEIROS, Eva Silveira. **40 anos de loucura no Distrito Federal**: breve história dos serviços públicos de saúde mental no Distrito Federal. Brasília: [s.n.], 2000.

DALMOLIN, Bernadete Maria; VASCONCELLOS, Maria da Penha. **Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42 (1), p.49-53, 2008. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/5997.pdf>. Acesso em 15 jul 2010.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Edição de notícias. **Hospital de Taguatinga comemora 31 anos**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=28775>. Acesso em: 20 fev 2007.

_____. _____. **Hospital São Vicente de Paulo faz 28 anos e ganha farmácia**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=25797>. Acesso em: 20 mai 2007.

_____. _____. **Resumo dos serviços médico-hospitalares e consultas**: 1º semestre de 2008. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00005819.xls>> Acesso em: 16 out 2008.

_____. _____. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial II – Taguatinga. **Projeto terapêutico**: implementação do Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos. Brasília: [s.n.], 2007.

_____. _____. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal. Brasília: [s.n.], 2010c.

_____. Portal do cidadão. A visão de Juscelino Kubitschek. 2010a. Disponível em <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501021.asp>>. Acesso em 17 abr 2010.

_____. _____. Tudo sobre o Distrito Federal. 2010b. Disponível em <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501018.asp>>. Acesso em 17 abr 2010.

ERASMO, Desidério. **Elogio da Loucura**. Porto Alegre: L&PM, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2007a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007b.

FREY, Klaus. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Ipea Publicações: Planejamento de Políticas Públicas. Brasília, n. 21, jun 2000. Disponível em:
<<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp21/Parte5.pdf>>. Acesso em: 07 set 2008.

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Histórico. Disponível em <<http://www.fepecs.edu.br/historico.php>>. Acesso em: 28 de abril de 2010.

FURTADO, Juarez Pereira. **Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/set, p. 785-795, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>>. Acesso em 10 mai 2008.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GENTIL, Valentim. **Saúde mental**. Disponível em:
<<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/saudemental.asp>>. Acesso em: 15 jun 2008.

GIOVANELLA, Ligia; AMARANTE, Paulo. O enfoque estratégico no planejamento em saúde e saúde mental. In AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.113-148.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HOSTON, James. Cidade modernista: uma crítica de Brasília e sua utopia. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. 368 p..

LAVILLE, Cristian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Porto Alegre: *Artmed*; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEI N° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

LEI N° 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. Lei n.º 8742, de 7 de dezembro de 1993.

LIMA, Maria da Glória. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo**. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p.85-95.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MOVIMENTO PRÓ-SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL. Ata da reunião de fundação do Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal. 25 abr 1991.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica**. *Physis*: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.265-287, 2007.

NICÁCIO, Fernanda; AMARANTE, Paulo; BARROS, Denise Dias. “Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários”. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Archivos de**

Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Coleção Archivos. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 195-214.

NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; PICCININI, Walmor J. **História da Psiquiatria: a loucura e os legisladores.** *Psychiatry online Brasil*, v. 11, n. 3, mar 2006. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>> Acesso em 16 jan 2007.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 jun 2008.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001.** Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genève: OPAS/OMS, 2001.

PELBART, Peter Pál. **Manicômios mentais: a outra face da clausura.** Saúdeloucura. Hucitec, 1991.

PEPLAU, Hildegard E. Preparación y funciones del personal de los equipos de salud mental comunitaria. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Grupo de trabajo sobre la administración de servicios psiquiatricos y de salud mental.** Viña del Mar: OMS, 1970.

PEREIRA, Potyara. **Política social: temas e questões.** São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2008b.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In BOSCHETTI, Ivanete et al. (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008c.

PESSOTI, Isaías. **Sobre a gênese e evolução histórica do conceito de deficiência mental**. *Revista Brasileira de Deficiência Mental*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 54-69, jan./jun., 1981.

RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS, Silvério Almeida (org.); COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-73.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.

ROTELLI, Franco. O inventário das subtrações. In NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: Maria das Graças Rua; Maria Carvalho. (Org.). **O Estudo da Política: Tópicos Seleccionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998. Disponível em
<http://www.unb.br/ceam/webceam/nucleos/omni/observa/downloads/pol_publicas.pdf>. Acesso em 24 set 2009.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**. Trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2005.

_____. **História do conceito de saúde**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Lolita Dopico. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 11, n.1, jan./abr., p. 111-116, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. “Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente”. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 19-34.

Apêndices

- *Apêndice A:*

Quadro – Representantes de instituições e objetivos das entrevistas

- *Apêndice B:*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (entrevista)

- *Apêndice C:*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)

Quadro – Representantes de instituições e objetivos das entrevistas

Instituição	Objetivos
Movimento Pró-Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a história do movimento, a pauta atual de reivindicações, principais vitórias e derrotas do movimento; - Identificar as principais dificuldades na arena política (com outros movimentos e com representantes do governo); - Identificar a participação de representantes do movimento no Conselho de Saúde e em outras instâncias de participação política; - Verificar quais são as principais demandas dos usuários segundo o movimento; - Identificar as categorias profissionais que mais se vinculam ao movimento e se o movimento é mais ocupado por profissionais ou por familiares e usuários.
Gesam (atual) e Cosam (2001)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar a percepção do representante da Gerência/Coordenadoria sobre a história dessa entidade; - Conhecer as principais incumbências da Gesam/Cosam na Secretaria de Saúde; - Verificar a existência de conflitos entre subsetores da saúde na captação de recursos e como se dá o debate nesse âmbito; - Verificar se há/havia incorporação das reivindicações do movimento na pauta da gerência/coordenadoria; - Conhecer a influência partidária na atuação da Secretaria de Saúde e, especificamente, da Gesam/Cosam; - Identificar principais ações já efetivadas pela Gesam nesse mandato e pela Cosam naquele mandato; - Identificar a compreensão dos gestores sobre a reforma psiquiátrica e sobre a forma como o Distrito Federal a implementou; - Conhecer a opinião da gerência/coordenadoria sobre a situação atual da saúde mental no DF em relação às outras unidades da federação; - Verificar a existência de formas de participação da gestão e de conhecimento do gasto público com saúde mental no DF; - Elaborar um perfil da gestão atual diante da história da política de saúde mental do DF; - Identificar ações de capacitação promovidas pela Gerência/Coordenadoria desde a implantação da reforma psiquiátrica pela Lei Federal 10.216/01 e pela Lei Distrital 975/95; - Identificar as principais dificuldades da Gesam/Cosam na execução de suas tarefas.
Associação Psiquiátrica de Brasília	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a história da entidade; - Conhecer o objetivo da associação; - Identificar matrizes ideológicas que guiam suas ações e manifestações; - Identificar as principais dificuldades na arena política (com movimentos sociais e com representantes do governo); - Verificar a existência de entidades similares em outras unidades da federação; - Conhecer as principais propostas da associação em relação à organização da política de saúde mental; - Conhecer a opinião da associação sobre a reforma psiquiátrica.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(entrevista)

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “*A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos do processo de implementação*”. O nosso objetivo é identificar as dificuldades encontradas na execução da política de saúde mental no Distrito Federal, na prática cotidiana dos profissionais, na rotina dos usuários e na gestão desse campo da saúde. A pesquisa constitui parte fundamental para a elaboração de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em qualquer material escrito ou veiculado de qualquer outra forma sobre a pesquisa, incluindo a dissertação. Será mantido o mais rigoroso sigilo, sendo omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação ocorrerá por meio de entrevista sobre o assunto da pesquisa, a qual se dará no seu local de trabalho ou no local que o(a) senhor(a) achar melhor, na data combinada, e deve durar em torno de uma hora. O conteúdo da entrevista será registrado em anotações e em gravação de áudio. O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa e pode desistir de participar em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal, no Caps II de Taguatinga, no Hospital São Vicente de Paulo, na Gerência de Saúde Mental, na Universidade de Brasília e nas organizações não governamentais que tiverem participantes nesta pesquisa, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob os cuidados da pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora por meio do telefone (61)8156-8994 ou do email jamilazgiet@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida quanto à assinatura deste termo ou sobre os direitos dos participantes da pesquisa pode ser sanada através do telefone (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

() Aceito participar da pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

Jamila Zgiet Rodrigues Santos
(pesquisadora responsável)

Brasília, ____ de _____ de _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(grupo focal)

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “*A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos do processo de implementação*”. O nosso objetivo é identificar as dificuldades encontradas na execução da política de saúde mental no Distrito Federal, na prática cotidiana dos profissionais, na rotina dos usuários e na gestão desse campo da saúde. A pesquisa constitui parte fundamental para a elaboração de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá. Será mantido o mais rigoroso sigilo, sendo omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação ocorrerá em um grupo de discussão sobre o assunto da pesquisa. A reunião do grupo se dará no seu local de trabalho na data combinada e deve durar em torno de uma hora. No grupo, o(a) senhor(a) dialogará com outras pessoas sobre o assunto e esse diálogo será registrado em anotações e em gravação de áudio. O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa e pode desistir de participar em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do Distrito Federal, no Caps II de Taguatinga, no Hospital São Vicente de Paulo, na Gerência de Saúde Mental, na Universidade de Brasília e nas organizações não governamentais que tiverem participantes nesta pesquisa, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob os cuidados da pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora por meio do telefone (61)8156-8994 ou do email jamilazgiet@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida quanto à assinatura deste termo ou sobre os direitos dos participantes da pesquisa pode ser sanada através do telefone (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

() Aceito participar da pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

Jamila Zgiet Rodrigues Santos
(pesquisadora responsável)

Brasília, ____ de _____ de _____