

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS/MG – UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS

Samira de Alkimim Bastos Miranda

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MONTES CLAROS: os caminhos e
descaminhos da Reforma Psiquiátrica**

Montes Claros/MG
Abril-2019

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS/MG – UNIMONTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS**

Samira de Alkimim Bastos Miranda

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MONTES CLAROS: os caminhos e descaminhos da
Reforma Psiquiátrica**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES – como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Orientadora: Prof. Dra. Luci Helena Silva Martins

Montes Claros/MG
Abril-2019

Miranda, Samira de Alkimim Bastos.

M672p Política de Saúde Mental em Montes Claros [manuscrito] : os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica / Samira de Alkimim Bastos Miranda. – Montes Claros, 2019.

142 f. : il.

Bibliografia: f. 127-138.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Luci Helena Silva Martins.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Política de Saúde Mental. 3. Rede de Atenção Psicossocial. 4. Desinstitucionalização. I. Martins, Luci Helena Silva. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL- PPGDS**

Dissertação intitulada: **POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM MONTES CLAROS: os caminhos e descaminhos da Reforma Psiquiátrica**, de autoria da mestranda Samira de Alkimim Bastos Miranda, examinada em 05 de abril de 2019 por uma banca constituída pelos professores:

Prof.^a Dra. Luci Helena Silva Martins – UNIMONTES Orientadora

Prof. Dr. Antônio Dimas Cardoso – UNIMONTES Examinador

**Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro – Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ
Examinadora**

*Dedico este trabalho à minha mãe (em memória) e ao meu
vovô Fulô (em memória), meus maiores exemplos nesta vida.*

AGRADECIMENTOS

Sem dúvidas não cheguei aqui sozinha. Deixo aqui minha gratidão a todos que colaboraram com esta etapa ímpar em minha vida. Em especial agradeço:

A Deus pelo cuidado. A fé foi e é um elemento importante em minha trajetória.

À CAPES por dar subsídios para a realização desta pesquisa,

À minha orientadora Luci que abraçou comigo este desafio sempre me incentivando (e desafiando) a pensar sem corrimão.

A meu companheiro de todos os momentos, Gleydson, pelo cuidado, paciência, incentivo e suporte.

À minha mãe, que me ensinou o quão valioso são os estudos.

À minha querida irmã, meu grande exemplo.

A meu papili pelo apoio e amor.

Ao meu Vovô Fulô pelo exemplo ímpar de dignidade.

A todos os professores do PPGDS pelos ensinamentos compartilhados.

Aos funcionários do PPGDS pelo zelo e atenção.

Ao professor Wesley Felício pelas contribuições em minha formação, pelo incentivo à docência.

Às professoras Regina Célia Caleiros e Felisa Anaya pelas contribuições na qualificação. Ao professor Antônio Dimas Cardoso e à professora Roseni Pinheiro pelas contribuições na banca de defesa.

Às minhas queridas amigas, Sandra, Alana, Bia, Alci, Paty, Gisele, Sabrine que fazem da vida uma jornada mais alegre.

À Nadine, sempre dividindo as angústias desse percurso.

Aos colegas de turma pelo companheirismo, em especial a Frederico e Dimas que muito me ensinaram e a Raymara por dividir anseios e alegrias, fez desse processo mais leve.

Aos sujeitos entrevistados nesta pesquisa pela cooperação e disponibilidade.

À Alcina, Nária pela cooperação com os dados.

Aos participantes da Associação Consciência Ativa.com, por me transmitirem esperança.

Enfim, sem a cooperação de todos, esse trabalho não teria existido. Afinal, como dizia Arendt e Guimarães Rosa: Viver é plural!

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade” (Nise da Silveira)

RESUMO

A política de saúde mental, no Brasil, tem se desenvolvido de forma complexa, sendo tensionada por diversos setores. Os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica-RP diferem nas diversas regiões. Em algumas, há avanços significativos e, em outras, ela ainda aparece de forma discreta. Em Montes Claros-MG, durante cinquenta e oito anos, perpetuou o funcionamento de um hospital psiquiátrico. Esta pesquisa parte da problemática de como tem ocorrido a superação da perspectiva asilar, centrada na doença e na segregação como meio principal para o tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico, para a perspectiva da (re) construção dos direitos humanos na lógica da atenção psicossocial. Interessou-nos o percurso histórico da RP no município, mas, sobretudo, o que se refere ao desenrolar da política de saúde mental desde o fechamento do hospital psiquiátrico. Enquanto estratégia para compreensão do objeto, partimos para a justaposição de métodos e técnicas de pesquisa. Realizamos um estudo qualitativo, por meio do qual, entrevistamos os diversos sujeitos envolvidos com o campo da saúde mental, em especial aqueles que participaram da transição dos modelos de assistência. Também buscamos documentos (atas de reuniões, ofícios, projetos de lei) relacionados a nossa problemática. Utilizamos a análise de conteúdo temática. Percebemos que RP idealizou a desinstitucionalização enquanto desconstrução de uma lógica de assistência manicomial excludente com vistas a romper com a centralidade do cuidado na figura do hospital psiquiátrico, exigindo recursos e empenho por parte do Estado para viabilizar uma Rede de serviços pautada na integralidade. Contudo, a direção que tem sido conduzida por um Estado Mínimo está mais voltada para a desospitalização, através da oferta de serviços sucateados com obstáculos estruturais para o atendimento das demandas. Em Montes Claros, os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial vêm sendo implantados de modo lento e gradativo; têm assumido características mais intermediárias do que substitutivas e reproduzindo em nível local as dificuldades do SUS no Brasil. As lacunas dessa Rede reverberaram na não consolidação de um real processo de desinstitucionalização. Pontos essenciais da RP não foram consolidados no município, tais quais a ampliação e qualificação de leitos e profissionais dos hospitais gerais e a criação de pontos referência para urgências e emergências psiquiátricas. Houve uma perda de fôlego e entusiasmo por parte dos atores que atuam nos serviços e até mesmo da própria população em seguir travando lutas em prol da ampliação do atendimento e dos direitos efetivos das pessoas com sofrimento mental. Apesar dos inúmeros desafios, foi possível perceber que a RP municipal, em certa medida, tem favorecido um tratamento mais inclusivo e humanizado e tem ampliado espaços de participação social, dando voz para os sujeitos que historicamente foram silenciados. Entretanto, entendemos que novos passos devem ser dados em defesa de uma política de saúde mental antimanicomial efetivamente integral.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial, desinstitucionalização.

ABSTRACT

Mental health policy in Brazil has developed in a complex way, being stressed by several sectors. The results of the PR Psychiatric Reform differ in the different regions. In some, there are significant advances, and in others, it still appears discreetly. In some, there are significant advances, and in others, it still appears discreetly. In Montes Claros-MG, for fifty-eight years, the operation of a psychiatric hospital was perpetuated. This research is based on the problem of how the asylum perspective has been overcome, centered on disease and segregation as the main means for the treatment of subjects with psychic suffering, for the (re) construction of human rights in the logic of psychosocial care. We were interested in the historical history of PR in the municipality, but above all, what refers to the development of the mental health policy since the closure of the psychiatric hospital. As a strategy for understanding the object, we start with the juxtaposition of research methods and techniques. We conducted a qualitative study, through which we interviewed the various subjects involved in the field of mental health, especially those who participated in the transition of care models. We also look for documents (minutes of meetings, offices, bills) related to our problem. We use thematic content analysis. We perceive that RP devised the deinstitutionalization as a deconstruction of a logic of excluding mental health care with a view to breaking the centrality of care in the figure of the psychiatric hospital, requiring resources and commitment on the part of the State to enable a Network of services based entirely. However, the leadership that has been conducted by a Minimum State is more focused on deinstitutionalization, by offering scrapped services with structural obstacles to meeting demands. In Montes Claros, the services that make up the Psychosocial Care Network have been implanted in a slow and gradual way; have assumed intermediate rather than substitutive characteristics and reproduce at the local level the difficulties of SUS in Brazil. The shortcomings of this Network reverberated in the non-consolidation of a real process of deinstitutionalization of the subject. Essential points of PR were not consolidated in the municipality, such as the expansion and qualification of beds and professionals of general hospitals and the creation of reference points for emergencies and psychiatric emergencies. There was a loss of breath and enthusiasm on the part of the actors who work in the services and even of the population itself in continuing to fight struggles for the expansion of care and the effective rights of people with mental suffering. Despite the numerous challenges, it was possible to perceive that the municipal PR, to a certain extent, has favored a more inclusive and humanized treatment and has expanded spaces of social participation, giving voice to the subjects that historically were silenced. However, we understand that further steps should be taken in defense of an effectively comprehensive anti-psychiatric mental health policy.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health Policy; Psychosocial Attention Network; Deinstitutionalization

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
AM- Apoio Matricial
ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS- Atenção Primária de Saúde
BM- Banco Mundial
CRS - Centro Regional de Saúde
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CERSAMs -Centros de Referência em Saúde Mental
CF/88- Constituição Federal de 1988
EBS – Estado de Bem-Estar Social
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FEAP -Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FHC- Fernando Henrique Cardoso
FHEMIG- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-
FMSM-Fórum Mineiro de Saúde Mental
GRS - Gerência Regional de Saúde
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPPEDASAR- Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária da Área Rural
LOS- Lei Orgânica da Saúde
MS- Ministério da Saúde
NASF- Núcleo de apoio à saúde da Família
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
PISM- Plano Operativo para a Estruturação do Programa Integrado de Saúde Mental
PMC - Projeto Montes Claros
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PT – Partido dos Trabalhadores
RAPS- Rede de Atenção Psicossocial
RAS- Redes de Atenção à Saúde
RP- Reforma Psiquiátrica
RS- Reforma Sanitária
SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos.
SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste.
SUS - Sistema Único de Saúde.
HUCF- Hospital Universitário Clemente Farias
UAA - Unidade de Acolhimento Adulto
UNIMONTES -Universidade Estadual de Montes Claros
USAID - United States Agency for International Development.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Dinâmica das RAS	100
-----------------------------------	-----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Beneficiários de planos privados de saúde.....	33
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Relação e identificação dos Entrevistados	63
TABELA 2: Tipos de Serviços Implantados em Montes Claros	81
TABELA 3: Relação das Conferências Nacionais de Saúde Mental	95
TABELA 4: Componentes da RAPS pela portaria 3088 de 2011	101
TABELA 5: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Pirapora	103
TABELA 6: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Januária	104
TABELA 7: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Montes Claros	105
TABELA 8: Levantamento de propostas para a saúde mental no poder legislativo de Montes Claros	108

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 01: POLÍTICA DE SAÚDE E NEOLIBERALISMO: a saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro ...	25
1.1 O neoliberalismo e as interferências na saúde no Brasil	25
1.2 As particularidades da política de saúde mental: a “institucionalização” da reforma psiquiátrica	37
1.2.1 Antecedentes das Reformas Psiquiátricas no mundo.....	37
1.2.2 Reformas Psiquiátricas no mundo	43
1.2.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil	45
1.3 A saúde mental no contexto neoliberal	53
CAPÍTULO 02: DA LÓGICA ASILAR À LÓGICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MONTES CLAROS	56
2.1 A Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais	56
2.2 A Reforma Psiquiátrica em Montes Claros	61
2.2.1 O modelo asilar em Montes Claros	64
2.2.2 O fechamento do Prontamente e a transição de modelos de cuidados	72
2.2.3 Atores da Reforma Psiquiátrica em Montes Claros	82
2.2.4 O rompimento com a centralidade do hospital	88
CAPÍTULO 03: RUPTURAS COM O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUAS CONTRADIÇÕES: os avanços e limites da política de saúde mental local	91
3.1 Cidadania e Estigma no campo da Saúde Mental	91
3.2 A Proposta de cuidar em Rede	99
3.3 Lacunas da RAPS da Montes Claros	110
3.4 Desdobramentos da Reforma Psiquiátrica	114
CONSIDERAÇÕES	124
REFERÊNCIAS	128
APÊNDICE	140
ANEXO	142

INTRODUÇÃO

As diversas maneiras de compreender o sofrimento mental assumiram em cada período histórico uma significação específica relacionada à ordem social vigorante. Discursos foram propagados, tratamentos e espaços sociais foram impostos aos ditos “loucos”, “os anormais”, “os alienados”. O tipo de assistência destinada a estes sujeitos baseou-se por um longo período numa lógica segregacionista pautada na perspectiva asilar. As internações em hospitais psiquiátricos, que também chegaram a ser intitulados de instituições fechadas, longe de terem como prioridade o cuidado de tais indivíduos, buscavam separá-los da sociedade.

Nesses estabelecimentos, caracterizados por Goffman (1974) como instituições de norma e controle, foram legitimados processos que levavam à expropriação do ser, à separação dos espaços sociais e à supressão da liberdade. O modo que o Estado e a sociedade lidaram historicamente com os portadores de sofrimento mental, através dos manicômios e de um tratamento moral coercitivo, pautou-se no cerceamento ao direito à fala, ao direito à escuta, ao direito de ir e vir, ao direito ao trabalho, ao direito de expressão, em suma, ao direito à existência pública. O que se percebe é que para esses “diferentes”, não havia um local para serem cuidados, mas sim para a anulação do sujeito, para o aniquilamento da capacidade da ação, categoria tão importante para Arendt (2004), autora que ao se debruçar nos estudos acerca da formação dos regimes totalitários do século XX trouxe, em suas análises, repercussões pertinentes para as diversas reflexões associadas ao campo dos direitos humanos.

Para autora, a ação é a condição basilar na vida entre os homens, é por meio dela que os seres humanos se manifestam uns com os outros. O sentido do conceito de *ação* vinculava-se à capacidade de instaurar algo novo: “agir em seu sentido mais geral, significa tomar iniciativa, iniciar [...] imprimir movimento a alguma coisa” (Arendt, 2004, p.201), por isso, a ação não é possível em espaços de isolamento (característica central do modelo asilar), “estar isolado é estar privado da capacidade de agir”.

Outro aspecto relevante na obra de Arendt (2005) diz respeito à crítica desenvolvida ao caráter abstrato dos direitos humanos, à apologia de que são naturais. A compreensão de que se tem direitos pelo simples fato de ser humano pode ser considerada uma falácia na perspectiva da autora. Sua aplicação não é natural, materializa-se através do direito, pela lei e pela compreensão do direito pelo Outro na comunidade política¹. No contexto em que

¹ “Antes do direito inscrever-se na lei, ou ter a sanção do Estado, é preciso que haja um acordo, mais ou menos tácito de uma importante facção da opinião pública, que se inscreva na esfera pública” (Telles, 1990, p.44).

Arendt (2005) escreve, ela considera que pertencer a comunidade é o que possibilitaria o *direito a ter direitos*. Por conseguinte, os que não estariam integrados ficariam à margem dos direitos do homem.

Embora a reflexão de Arendt (2005) seja num contexto pós-guerra e de expansão dos apátridas, a provocação feita sobre os direitos do homem é adequada para análises atuais sobre outros grupos. De acordo com a autora, a perda dos direitos humanos envolve a perda da relevância da fala e a perda de todo relacionamento humano, “isto é, a perda, em outras palavras, das mais essenciais características da vida humana” (2005, p.258). Pode-se considerar que os sujeitos com sofrimento psíquico, os historicamente considerados “anormais”, os “desviantes”, os “diferentes”, estiveram desintegrados da participação no rol dos direitos ao serem submetidos à lógica de institucionalização manicomial, caracterizada especialmente pelo isolamento. Cumpre lembrar que o aparato manicomial mencionado aqui refere-se a um sistema de exclusão, de invisibilidade, de negação do Outro por sua diferença, de não integração. Sistema que não se resume meramente a figura dos hospitais psiquiátricos, estes, ao longo da história representaram a principal face da lógica manicomial, mas não a única, dada o pouco estímulo à ação coletiva vivenciada nos espaços públicos nas sociedades democráticas.

Os reflexos da condição de isolamento e das condições de violência nos estabelecimentos manicomiais desencadearam propostas de Reformas ao hospital psiquiátrico sobretudo no período pós-guerra. Como crítica radical ao modelo asilar, sobressaiu na Itália, em especial na década de 1970, o movimento de Reforma Psiquiátrica-RP denominado de “*Psiquiatria Democrática*” dirigido por Franco Basaglia. O movimento propôs o processo de desinstitucionalização constituído no desmonte do hospital psiquiátrico tendo como contrapartida a construção de novos espaços e maneiras de lidar com o sofrimento psíquico. O que Basaglia preconizou ia além da extinção física do manicômio ou da *desospitalização* dos sujeitos institucionalizados, ele sugeria rupturas e transformações no âmbito das relações da sociedade com a loucura (Anaya, 2004).

No Brasil, sob influência da Psiquiatria Democrática italiana, nos anos 1970, instalaram-se críticas com proposições para a transformação do modelo de assistência psiquiátrica. Importante salutar que nesse período o país vivenciava uma turbulência marcada pelo autoritarismo da ditadura militar. Num contexto ditatorial emergiu um campo de lutas que viabilizou a conquista de espaços políticos para reivindicação de direitos face ao Estado. A resistência a um Estado autoritário provocou a organização da sociedade civil, o que foi fundamental para a transição democrática.

A luta unificada contra o autoritarismo reuniu os mais diversos setores sociais (Dagnino, 2002). Nesse bojo, ganhou forma o movimento da RP no Brasil que do ponto de vista de Silvio Yasui (2006) não pode ser compreendido sem aludir as suas origens como um movimento social, no qual abarcou a articulação de atores da sociedade civil que manifestaram suas demandas exigindo do Estado a efetivação de direitos.

Assim, mobilizações sociais e políticas impulsionaram o movimento da RP no país. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1978. Apresentando reivindicações trabalhistas, denúncias contra a exclusão, contra a cronificação e a violência nos hospitais psiquiátricos, o MTSM liderou os acontecimentos que fizeram avançar a defesa pela assistência aos sujeitos com sofrimento psíquico em caráter de desinstitucionalização. É notável que a RP desencadeou-se numa luta política em prol de transformações, da criação de um novo modo de olhar para os sujeitos com sofrimento mental, ou seja, iniciou por meio da “ação política” dos trabalhadores e sociedade civil num movimento de dimensão internacional (lembrando que a ação política para Arendt (2004) precisa de início, pluralidade e continuidade).

Silvio Yasui (2006) demarca que essa ação se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização, transcendendo a questão específica da saúde mental. Acredita-se que a principal pauta da RP é a ruptura com o modelo asilar que não prima pela cidadania, pelos direitos e pela liberdade, para a implantação de uma transformação na sociedade em relação ao tratamento do diferente considerando que este deve estar integrado no convívio social e ter direito de voz ativa na política pública. Em síntese, partiu-se do pressuposto da RP como um processo social complexo (Amarante, 2006) e sobretudo de (re)construção da cidadania de sujeitos tradicionalmente rechaçados.

A participação social tem sido uma característica ora presente ora ausente neste movimento. Em 1987, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado e que propôs a construção do Sistema Único de Saúde-SUS, ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental-CNSM contando com trabalhadores, familiares e usuários dos serviços.

Um dos eixos temáticos debatido foi “*cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*” (Brasil, 1988). Na I CNSM houve a responsabilização do Estado pela efetivação da política de saúde mental. Além disso, ao final desta década Silvio Yasui (2006) realça um novo ator crucial no decurso da RP: as associações de usuários e familiares nas quais nasceram da constatação da insuficiência da assistência pública, buscando soluções na participação dos próprios familiares e usuários (Amarante, 2005), como por exemplo, através

do apoio mútuo e da construção de laços de solidariedade entre os seus membros. No contexto em questão, as Associações assumiram também um significativo caráter participativo no debate sobre as mudanças na assistência psiquiátrica no Brasil, tanto contra como a favor das transformações propostas pelo Movimento da Reforma (Delgado, 1997).

Nesse aspecto, Diaz (2008), ao estudar sobre a emergência dos movimentos sociais na RP, apontou que as transformações sugeridas provocaram questionamentos e embates. A mudança do modelo de assistência em saúde mental caracteriza-se por um instável conjunto de acentuados conflitos e tensões. Para o autor, um sistema é dito ‘ultrapassado’ quando não tem mais quem o defenda, o que não aconteceu de fato no Brasil. Há uma parcela da sociedade que bateu (e bate) de frente com a lógica de serviços substitutivos preconizada pela Reforma. Se há atores sociais em defesa da luta antimanicomial, em prol da RP, também há os “atores da Contrarreforma”.

Apesar disso, em 2001 foi instituída a Lei nº 10.216 que estabeleceu os direitos das pessoas com sofrimento mental preconizando que assistência a esses sujeitos seja feita em estabelecimento de saúde mental e que a internação em hospital ocorra somente quando todos os recursos extra hospitalares não forem suficientes (Brasil, 2001).

Ademais, a política de saúde mental no Brasil tem se desenvolvido de forma complexa, sendo tensionada por diversos setores. Embora a RP seja um movimento nacional, seus desdobramentos diferem de acordo com as diversas regiões do país. Em algumas há avanços significativos, em outras ela ainda aparece de forma discreta. Nas principais regiões metropolitanas, como em São Paulo - SP e em Belo Horizonte- MG existem muitos estudos sobre a Reforma e o desenvolvimento da política de saúde mental, porém, há poucos estudos que abordem como a realidade dos cuidados ofertados aos sujeitos com sofrimento psíquico tem se dado em regiões do interior.

Em se tratando da RP em Montes Claros-MG, principal cidade do sertão norte mineiro, no município, na primeira metade do século XX, “os loucos”, os não aceitos socialmente, percebidos como impasses ao desenvolvimento socioeconômico, eram encaminhados por meio do trem de ferro aos Hospitais Psiquiátricos Raul Soares em Belo Horizonte e de Barbacena; posteriormente, de acordo com Mendonça (2009), em 1954 foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico do Norte de Minas, a “Casa de Saúde Santa Catarina”, que por conseguinte, com a saída de seu fundador em 1976, passou a ter como administradores um grupo de psiquiatras e recebeu o nome de “Prontamente, Clínica Psiquiátrica de Repouso”. Tratava-se de um hospital psiquiátrico privado, que esteve conveniado com o SUS e após avaliações do Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos

(PNASH), em 2003, foi considerado inadequado, sendo recomendado, assim, o seu descredenciamento do SUS. No entanto, como o hospital psiquiátrico era o único do norte de Minas, uma referência, até então, para a região, foi proposto um “Termo de Ajuste de Conduta” entre o hospital e a Secretaria de Saúde do município. Contudo, mesmo com o Termo, em 2012, houve o fechamento da instituição.

No ano anterior, em 21 de dezembro de 2011, havia sido criada a portaria nº 3088 da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS que dispunha sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS para pessoas com transtorno mental incluindo as com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A proposta da Rede fundamenta-se em um modo de compartilhar os recursos em que estes se completam dando a continuidade e complementaridade necessária aos cuidados. Entretanto, é necessário assinalar que seis anos depois, em 21 de dezembro de 2017, foi publicada no Diário Oficial da União a portaria nº3.588 que trouxe alterações na RAPS. Uma das principais mudanças dizem respeito à inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado como componente da Rede (Brasil, 2017).

Frente ao exposto, tendo em vista que Montes Claros é a principal cidade do norte de Minas Gerais e que durante cinquenta e oito (58) anos perdurou o funcionamento de um hospital psiquiátrico no município, é relevante um estudo sobre as particularidades da Reforma nesta região e sobre os desdobramentos da política de saúde mental após o fechamento do Prontamente.

Como assinalado, o movimento da RP no Brasil favoreceu instaurar uma política de saúde mental nacional pautada nos princípios da desinstitucionalização que coaduna com a construção de um novo lugar, de uma maneira distinta de lidar com a diferença, de modos e práticas de cuidado mais inclusivas aos sujeitos com sofrimento mental. A construção desse novo lugar apresenta por sua vez novos desafios em vários âmbitos, o que faz de a RP ser qualificada com notável complexidade.

A pesquisadora começou a deter-se a essa complexidade a partir da experiência de trabalho no campo da saúde mental. A mesma participou da primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do hospital Universitário Clemente Farias da Universidade Estadual de Montes Claros. Durante dois anos de formação em serviço, atuou como Assistente Social nos diversos serviços da RAPS do município, a saber: nos Centro de Atenção Psicossocial de modalidades II, Álcool e Drogas II, e infanto-juvenil; em Equipes de Saúde da Família; equipe de Consultório na Rua; Unidade de Acolhimento mista e hospital geral

Ao poder olhar de dentro cada um desses serviços, percebeu a fragilidade da construção de espaços compartilhados, integrados de cuidado. Por vezes se sentiu de mãos atadas frente a desarticulação das instituições. As limitações em prestar atendimentos efetivos aos diversos tipos de demanda que chegavam geravam profundas angústias.

Foi possível, também, ouvir diversos discursos e posicionamentos por parte de profissionais, usuários dos serviços da Rede bem como de seus familiares quanto ao fechamento do Prontamente e ao funcionamento dos serviços substitutivos. As várias perspectivas inseridas nesse campo e a indignação pelo cotidiano dos serviços teceram os questionamentos que fomentaram essa dissertação, tais quais: como a Rede de assistência à saúde mental municipal estava estabelecida antes do fechamento do Prontamente e especialmente, como se estabeleceu posterior a este ocorrido? Foram desenvolvidas práticas de desinstitucionalização ou de desospitalização? Houve a transição de um modelo de tratamento baseado na lógica manicomial para um modelo de cuidados na lógica psicossocial? De que maneira? Quais os desdobramentos da RP para a política de saúde mental local? Quais os seus pontos positivos e negativos?

Esta pesquisa parte, portanto, da problemática de como tem ocorrido a superação da perspectiva asilar (centrada na doença e na segregação como meio principal para o tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico) para a perspectiva da (re) construção dos direitos humanos na lógica da atenção psicossocial.

Julga-se que a defesa por uma política antimanicomial (que é adotada ao longo dessa escrita) não anula a percepção e a análise dos obstáculos vivenciados pela RP. A construção do objeto de pesquisa sinaliza o modo como a pesquisadora afetou-se e relacionou-se com os desafios percebidos nos serviços municipais.

A tentativa de converter essa problemática em compreensão e em presunções para a melhora da política de saúde mental local adquiriu uma forma tangível na proposta dessa pesquisa que visou analisar a trajetória histórica da RP e seus os desdobramentos para a política de assistência à saúde mental a partir da transição do modelo asilar para o modelo psicossocial em Montes Claros-MG. Buscou também averiguar as implicações do contexto neoliberal para a política de saúde mental; verificar como a Rede de atenção à saúde mental do município estava e está se construindo antes e depois do fechamento do Prontamente; e identificar os desafios, contradições e avanços na política de saúde mental local.

Para contemplar os objetivos propostos, o caminho metodológico percorrido foi crucial, no sentido de autorizar a justapor métodos e técnicas de pesquisa, com vista a maior compreensão do problema do estudo.

Compreende-se que a ciência é um modo de busca do conhecimento da realidade, não exclusiva, não conclusiva, não definitiva, “não é 'dona' da verdade; toda 'verdade' científica tem caráter probabilístico” (Richardson, 2012, p.18), em vista disso, uma pesquisa de caráter científico produz apenas aproximações e explicações sobre a realidade. Explicações, contudo, que podem levar ao conhecimento acurado e a compreensão do problema e dos possíveis caminhos para a solução, objetivo desta pesquisa.

O campo científico, apesar de sua normatividade, é permeado por conflitos e contradições. Tal entendimento é fundamental para a construção da análise da problemática levantada neste estudo, tendo em conta que o campo da saúde mental é permeado por discursos, interesses e práticas distintas.

Minayo (1994, p.16) assimila a metodologia como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” que “engloba concepções teóricas de abordagem” e “o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade”. Em outras palavras: o percurso traçado para alcançar os fins pretendidos da investigação.

Frente a isto, optou-se como metodologia de trabalho pela pesquisa qualitativa com diálogo entre as perspectivas teóricas que se complementam. Acredita-se que este tipo de pesquisa contempla a proposta do estudo, pois se atenta para *os aspectos da realidade que não podem ser quantificados*, o foco está no “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1994, p. 22).

A escrita dessa dissertação que ora é apresentada se assemelhou a um trabalho artesanal, demandou criatividade e disposição em reinventar caminhos. O objeto da pesquisa foi sendo delineado a partir do contato com o campo e com o aporte teórico. Salienta-se que apesar de apresentar um cunho descritivo, essa dissertação tem um caráter teórico-explicativo, buscou-se, a partir de dados colhidos compreender a problematização levantada.

Portanto, as fases desse trabalho, embora distintas estão imbricadas uma na outra. A primeira foi a exploratória que consistiu no tempo dedicado à aproximação com o objeto, com os aportes teóricos e o pensar a metodologia apropriada. Nesta fase foram feitas pesquisas bibliográfica e documental voltadas para a problemática com vistas a delimitar o objeto e as rotas do estudo.

A segunda fase compreendeu o trabalho de campo. A coleta de dados deu-se concomitantemente a pesquisa teórica e a análise dos mesmos. Foram examinados documentos (atas de reuniões, ofícios, projetos de lei), e pesquisas que abarcavam informações sobre a

construção da política de saúde mental em Montes Claros-MG e foram realizadas 14 entrevistas com os diversos sujeitos envolvidos com a política em questão, sobretudo com o processo de transição do modelo asilar para o modelo psicossocial. Os entrevistados foram: oito (08) profissionais de distintas categorias (serviço social, enfermagem, psicologia e medicina) que atuaram no hospital psiquiátrico e na RAPS; dois (02) profissionais que iniciaram a Reforma Psiquiátrica no município; um (01) representante da Gerência Regional de Saúde- GRS; dois (02) representantes do Conselho municipal de Saúde e um (01) representante da Associação de Usuários e Familiares. Importante relatar que à medida que os relatos eram colhidos, sentiu-se a necessidade de entrevistar mais médicos que atuaram nos dois modelos de assistência. Realizou-se contato com outros dois profissionais dessa categoria, que não se dispuseram a ser entrevistados.

A experiência de trabalho desenvolvida pela pesquisadora durante a Residência multiprofissional em Saúde Mental possibilitou uma aproximação prévia com os vários atores dos quais foram obtidos depoimentos para compreender o objeto da pesquisa.

As entrevistas foram semiestruturadas, com roteiros previamente elaborados, que puderam ser modificados de acordo com as circunstâncias diferentes para cada entrevistado. Foram realizadas durante os meses de março, abril e novembro de 2018. Recorreu-se a técnica do gravador que segundo Maria Isaura Pereira de Queiroz (1991, p. 56) “permite apanhar com fidelidade os monólogos dos informantes, ou o diálogo entre o informante e o pesquisador”. No ato da coleta dos depoimentos, a proposta de estudo foi apresentada e foi feita somente com a autorização do pesquisado.

Buscou-se junto à coordenação de saúde mental municipal dados referentes a implantação dos serviços de saúde mental; igualmente realizou-se um levantamento por meio das Superintendência Regionais de Saúde de Montes Claros, Januária e Pirapora dos serviços de saúde mental implantados em todo o norte de Minas.

Também se recorreu a técnica da observação participante caracterizada pela “participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada” em que “o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo” (Gil, 2008, p.103). Essa técnica foi usada especificamente nas reuniões da Associação organizada por usuários e familiares dos serviços de saúde mental e apoiada por profissionais. Durante o tempo que a pesquisadora atuou na RAPS (2015- 2017) colaborou com as articulações para a organização inicial da Associação. Enquanto pesquisadora, retornou às reuniões do grupo com o objetivo de analisar a dimensão da participação social no âmbito da

saúde mental. Ainda, teve acesso ao caderno de atas das reuniões que favoreceu a compreensão mais detalhada da história da Associação e sua organização.

O terceiro momento da pesquisa caracterizou-se pela transcrição das falas, a organização das informações e o tratamento dos dados através da análise de conteúdo, metodologia de pesquisa usada para detalhar e analisar o conteúdo de documentos e textos, visando a reinterpretação das mensagens e a compreensão de seus significados em um nível mais aprofundado (Minayo, 2006).

Os dados das entrevistas foram organizados em oito categorias temáticas centrais: 1) o modelo asilar em Montes Claros; 2) O processo de fechamento do Prontamente e a transição de modelos de cuidados; 3) Atores da Reforma Psiquiátrica; 4) O rompimento com a centralidade do hospital; 5) Cidadania e Estigma no campo da Saúde Mental; 6) A Proposta de cuidar em Rede; 7) Lacunas da RAPS em Montes Claros; e 8) Desdobramentos da Reforma Psiquiátrica: desafios e avanços. Categoria estas exploradas especialmente ao longo dos capítulos dois e três.

Ao longo do trabalho debruçou-se sobre categorias analíticas derivadas do princípio da igualdade de direitos, preconizados pela CF/88 que primou pela introdução e reconhecimento dos direitos de cidadania e de valores como democratização e responsabilidade face ao Estado de direito. Presume-se que a responsabilidade difusa sobre quem defenderá os direitos leva ao reconhecimento da demanda dos sujeitos, familiares e à análise do posicionamento de cada um dos grupos estudados, o que abrangeu a compreensão de categorias como espaço público, Estado, cidadania, a saúde como direito, a invisibilidade da política, modelo asilar, desinstitucionalização, reconhecimento social e os efeitos do neoliberalismo na política pública.

Cumprir assinalar que os aspectos éticos da pesquisa foram considerados de acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e aos procedimentos metodológicos que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Considerou também os aspectos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ainda, o presente estudo fundamenta-se no método dialético e dialógico, voltado para compreensão do problema e suas possíveis soluções estruturais. Considera-se que as discussões em torno da RP são complexas e que não se limitam a uma única perspectiva teórica, buscou-se então, desenvolver um diálogo reconstrutivo com diversas matrizes teóricas em busca

da compreensão da integralidade do direito à saúde e das dificuldades para sua implementação no campo da saúde mental.

Diante do exposto, a pesquisa foi estruturada em três capítulos. No primeiro, por entender que a reflexão acerca dos desdobramentos da RP brasileira não pode ser deslocada da discussão em torno do papel do Estado em viabilizar políticas sociais, discorreram-se pontos referentes ao debate à volta da trajetória do SUS e as interposições neoliberais sobre a saúde. Realizou-se uma breve passagem histórica a respeito das formas de tratamento disponíveis aos sujeitos com sofrimento mental e das propostas de Reformas Psiquiátricas no mundo. Além disso, abordou-se sobre este movimento no Brasil e as interferências neoliberais no âmbito da política de saúde mental. As reflexões apresentadas no capítulo foram cruciais para clarear os objetivos e as diretrizes da RP, a distinção entre desinstitucionalização e desospitalização. Recorreu-se a contribuições de Sader (2008, 2013), Paim (2008), Oliveira (2000), Boito Jr. (1999), Rizzoto e Campos (2016), Foucault (2005), Castel (1978), Pessoti (1996), Arendt (2005), Amarante (1995, 1996, 2006), Diaz (2009), Vasconcelos (2010), Basaglia (1985).

No segundo capítulo explicou-se a trajetória da RP em Minas Gerais com ênfase às particularidades do processo no município de Montes Claros ressaltando a transição do modelo asilar para o modelo psicossocial. Alguns dos autores reportados para a discussão foram Anaya (2004), Silva (2012), Fassheber (2009) Machado (2009), Magro Filho (1999), Goulart (2015), Pereira (2007), Celestino (2011), Mendonça (2009), Basaglia (1985), Merhy (2007) e Goffman (1972).

No último capítulo refletiu-se sobre os limites e avanços da política de saúde mental em Montes Claros a partir da RP. Para isto, foram abordados os aspectos da cidadania e do estigma envoltos aos sujeitos com sofrimento mental e sobre a proposição do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial considerando as melhorias e desafios postos. Os autores principais que deram subsídios para as reflexões foram José Murilo de Carvalho (2002), Lefort (1991), Vera Telles (1990), Francisco de Oliveira (2000), Dagnino (2004), Luz (2002), Pitta (2001), Pelbart (1990), Pinheiro (2004), Vasconcelos (2012).

Importante dizer que, enquanto esta pesquisa seguia seu curso final, a política de saúde mental brasileira indicou que está a passar por profundas modificações detalhadas pela nota técnica nº 11/2019 divulgada Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde no dia quatro de fevereiro de 2019. Embora essa nota técnica tenha sido suspensa quatro dias depois de sua divulgação, as mudanças enfatizadas pela mesma insinuam um caminho totalmente inverso aos pressupostos da RP ancorada numa perspectiva

antimanicomial. Apesar disso, manteve-se a análise deste estudo a partir de um arcabouço teórico direcionado pela perspectiva da desinstitucionalização basagliana.

Espera-se que mais do que um trabalho acadêmico, que essa pesquisa ofereça subsídios para viabilizar uma reflexão crítica acerca do cuidado ofertado às pessoas com sofrimento mental no interior do norte de Minas, dando visibilidade para um segmento social tradicionalmente excluído e silenciado, colaborando, portanto, com a construção de caminhos possíveis na consolidação de uma política de saúde mental integral.

CAPÍTULO 01:

POLÍTICA DE SAÚDE E NEOLIBERALISMO: a saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro

1.1 O neoliberalismo e as interferências na saúde no Brasil

A reflexão acerca dos desdobramentos da RP brasileira no acompanhamento dos usuários² dos serviços públicos de saúde mental demanda a compreensão de que o ponto de partida para a discussão é o enquadramento da questão no âmbito do Estado e das políticas sociais. Este capítulo, apesar de exprimir um título com área de abordagem tão abrangente, discorreu, de forma aplicada, alguns pontos referentes ao debate em torno da trajetória do Sistema Único de Saúde e da política de saúde mental.

O Brasil está entre os dez países mais desiguais do mundo. Apresenta disparidades de renda que estão associadas acima de tudo às questões de gênero e raça. Segundo relatórios divulgados pela OXFAM-Brasil (2017, 2018) no país apenas seis pessoas possuem riqueza equivalente ao patrimônio dos 100 milhões de brasileiros mais pobres, os 5% mais ricos detêm a mesma fatia de renda que os demais 95% e de acordo com o IBGE (2018) mais de 15 milhões de pessoas estão vivendo abaixo da linha da pobreza. O crescimento da desigualdade tem sido acompanhado pela redução com os gastos sociais. Tal contexto de desigualdade e injustiça social revela a dificuldade de consolidar direitos humanos e sociais e a face de um contingente populacional de “subcidadões” (Martins, 2018, Souza, 2018).

No tocante ao campo da saúde, a realidade do acesso ao atendimento público tem reproduzido o histórico esquema de desigualdade perpetuado no país. Não é de outrora que a precariedade dos serviços públicos de saúde vem sendo considerada um dos principais problemas sociais brasileiros. Em relação aos serviços de saúde mental o contexto é ainda mais delicado tendo em vista que parte da sociedade que demanda assistência nessa área, é, muitas vezes, caracterizada pelo baixo ou nenhum poder contratual, desprovida dos direitos básicos, estigmatizada e com baixa vocalização para reivindicar. Diante de um sistema de saúde deficitário infere-se que essa área requer atenção primacial por parte do Estado. Diante de um

² O termo “usuário” foi adotado neste estudo pelo seu uso convencional na legislação do Sistema Único de Saúde-SUS. Vale esclarecer que ao longo do texto outros termos como “loucos”, “alienados”, “doentes mentais”, “sujeitos com sofrimento mental”, “pessoa com transtorno mental” também serão utilizados haja vista que todas essas nomenclaturas foram (e algumas ainda são) usadas ao longo da história pela sociedade para denominar as pessoas com sofrimento psíquico.

sistema de saúde deficitário infere-se que essa área requer atenção primacial por parte do Estado.

A trajetória histórica da constituição de um sistema de saúde público no Brasil, revela inúmeros impasses para sua instituição operacional, sobretudo por emergir em um contexto de ascensão do projeto neoliberal. Para Sader (2008), no Estado neoliberal, a empresa e a iniciativa privada são abordadas como as bases da inovação e da geração de riqueza, por isso, os bens públicos sob as mãos do Estado devem ser transferidos a capitais privados. Tem-se uma espécie de desmoralização da função pública. Oliveira (2000) considera que “o apontar tudo que é público como inimigo de cada indivíduo tem uma carga simbólica mortífera”, no qual implica sobremaneira nos modos de vida das populações subalternas. Portanto, é relevante trazer os aspectos centrais que possibilitam a reflexão sobre relação da saúde pública com a ideologia neoliberal no contexto brasileiro.

Ao final da década de 1970 há no Brasil uma conjuntura de tensões sociais e de mobilização popular por mudanças na arena política com vistas à abertura democrática. Esse período foi assinalado pelo declínio do regime militar, derrocamento do milagre econômico e pela grave crise do modelo de assistência médica previdenciária (Reis *et al.*, 2016). Tal cenário originou o movimento por mudanças no campo da saúde intitulado de *Reforma Sanitária (RS)* que influenciou na instituição da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado. De acordo com Paim (2008, p.173):

A Reforma Sanitária, enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. (...). Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo.

Oportuno frisar que o município de Montes Claros teve participação fulcral no movimento da RS brasileira. Na década de 1970, através do Programa Montes Claros- PMC, foram criadas as bases para o que veio a constituir o sistema público de saúde do país. Para compreender as contribuições do PMC é preciso elucidar alguns momentos.

O primeiro refere-se à experiência desenvolvida pelo Americano Scofield, que veio para o Brasil em 1956 prestar assistência religiosa e ofertar serviços primários de saúde à população ribeirinha do norte de Minas. Em 1962, voltou para os EUA, onde concluiu o mestrado em saúde pública, e regressa ao Brasil idealizando um sistema nacional de saúde baseado na “alta cobertura com sistemas simplificados” (Santos,1995).

Em 1968, Scofield defendeu sua tese de doutorado nos EUA, e retornou ao Brasil com o objetivo de instaurar no norte de Minas Gerais um programa de planejamento familiar que poderia constituir um teste-piloto para um projeto continental (Escorel, 1998). Assim, Scofield fundou em 1971, com recursos internacionais, o Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária da Área Rural-IPPEDASAR e reuniu uma equipe multiprofissional em saúde liderada pelo sanitarista Eugênio Vilaça que passou a morar em Montes Claros juntamente com João Batista Silvério e Itagiba de Castro Filho para trabalhar no projeto. Para o desenvolvimento do projeto Montes Claros, foi assinado no mesmo ano, um convênio entre o governo do Estado, a Universidade de Tulane (EUA) e a Fundação Norte Mineira de Ensino Superior.

No período de 1972-1973, o IPPEDASAR produziu o seu principal documento intitulado “Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas”. O documento apresentava um modelo de sistema de saúde onde eram consideradas as questões do “aumento da cobertura, da compatibilidade intersetorial e intrasetorial, financiamento multilateral, regionalização, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade e utilização de equipe de saúde” (Sobrinho *apud* Escorel, p.144, 1998). Contudo, o IPPEDASAR foi paulatinamente desativado por ausência de recursos e por suspeitas de corrupção. Deixou de existir em dezembro de 1973.

O segundo momento, no qual constituiu o PMC propriamente dito, foi a entrada do secretário de saúde do Estado Dário Tavares, que decidiu resgatar o projeto do norte de Minas Gerais (Escorel, 1998). O que foi possível a partir de um convênio em 1975 entre a *United States Agency for International Development* (USAID), o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. O projeto desenvolvido pelo IPPEDASAR foi aproveitado, perdeu a característica do controle de natalidade e tomou a forma de um modelo de Atenção Primária (Santos, 1995).

A USAID viabilizou recursos financeiros para a construção da rede física de 40 postos de saúde, equipamentos necessários para os seus funcionamentos e para o treinamento de 625 auxiliares de saúde. Porém, o grande marco do PMC foi quando em 1985 secretários de saúde reuniram no “III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde” e aprovaram um grupo de diretrizes que norteariam a Política Nacional de Saúde do governo de Tancredo Neves prestes a ser iniciado. O documento resultante do Encontro ficou intitulado como “*Carta de Montes Claros: Muda Saúde*”. Algumas das diretrizes elencadas na carta foram:

-As políticas sociais e econômicas deverão estabelecer uma nova relação, onde o desenvolvimento social não seja entendido como mero reflexo da retomada do crescimento econômico. A história recente do País demonstra que o crescimento econômico não é, por si só, suficiente para garantir a solução dos problemas sociais que afetam a grande maioria da população brasileira.

-A política de saúde deverá estar orientada pelo princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Deve ser objetivo de curto prazo alcançar a universalização do acesso às ações de saúde. O setor público deve ser considerado como parte indispensável ao cumprimento deste objetivo, tendo o setor privado uma atuação complementar.

-O sistema unificado de saúde não deverá constituir-se em nova e pesada máquina burocrática, centralizada no plano federal. Ao contrário, deverá prover efetiva descentralização através das Secretarias Estaduais, Superintendências Regionais do INAMPS e Secretarias Municipais de Saúde

-Manter o reconhecimento de que o nível de saúde da população é consequência de fatores indutores externos ao setor saúde, tais como: alimentação, saneamento, habitação, pleno emprego, poder aquisitivo etc. (Brasil,1985).

Esses pontos foram amplamente discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) em 1986, onde o Ministério da Saúde convocou os profissionais, gestores de saúde e usuários para o debate aberto acerca da reforma do sistema de saúde brasileiro. A Conferência foi um importante marco histórico da política de saúde no país, pois, pela primeira vez, houve a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial, cerca de quatro mil pessoas participaram das discussões. Nesta conferência aprovou-se, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo sobre as práticas de saúde estabelecidas (Baptista, 2007).

Seguidamente, em virtude das pressões populares, em 1988 foi instituída a Constituição Federal que mais apresentou mudanças cruciais no que diz respeito à proteção social brasileira. Oliveira (2000) ressaltou que todo o esforço envolvido na luta pela democratização, de criação de uma esfera pública, de fazer política no Brasil, no qual teve implicações para a promulgação da CF/88, decorreu, quase por inteiro, da ação das classes dominadas, “da reivindicação da parcela dos que não tem parcela”, da reivindicação da fala. Entende-se, portanto, que a CF/88 foi o resultado de intensas lutas que envolveram distintos segmentos sociais. A carta magna, como desfecho, introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, trouxe maior visibilidade política aos problemas sociais e ampliou a responsabilidade do Estado por estes.

No que tange à saúde, o artigo 194 do texto constitucional a assegurou como um direito de todos e de responsabilidade do Estado, devendo ser garantida por políticas sociais e econômicas “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal

e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil,1988). Além disso, o artigo 196 estabeleceu a constituição do Sistema Único de Saúde-SUS para a oferta das ações e dos serviços públicos na área em questão.

Contudo, frente à hegemonia da ideologia neoliberal internacional que ecoa no Brasil, há a ambiguidade do Estado garantir a universalidade do acesso à saúde pública. Por isso, a promulgação da CF/1988 que colocou ênfase aos direitos sociais, em especial ao da saúde, provocou incômodos.

De acordo com Sader (2013), a Constituição teve dificuldades em ser implantada por nascer na contramão das ideias neoliberais. O autor cita que, inclusive, foi dito no governo Sarney que os direitos dos cidadãos elencados no texto constitucional tornariam o país ingovernável e que seria impossível que fossem cumpridos sem o agravamento da recessão econômica. No entanto, segundo Fuhrmann (2004) apesar de todas as críticas vindas das elites, a partir da década de 1990 o Estado brasileiro deu abertura a uma política universal para o acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Em 1990 foi sancionada o projeto da Lei nº 8080, a Lei Orgânica da Saúde - LOS, que estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde regulando as ações e serviços e a instituição do SUS. Entretanto, o presidente Collor vetou integralmente 09 artigos e parcialmente 05, com destaque para os vetos referentes ao controle social por meio das Conferências e do Conselhos de saúde³e. Ocorreram novas mobilizações para a recuperação dos conteúdos excluídos, culminando, no mesmo ano, na criação da Lei nº 8142/1990 que complementou a LOS, incorporando a participação popular no âmbito do SUS (Paim, 2008).

Paim (2008) alega que o governo Collor encolheu em quase a metade os recursos destinados para a saúde enquanto a CF/1988 ensejava a inserção de um terço da população ao sistema de saúde brasileiro. Do ponto de vista do autor, isso deixa evidente o “caos” e sucateamento do SUS desde o seu nascimento.

Em 1994, Fernando Henrique Cardoso -FHC foi eleito para a presidência do país. Falcão (1996) descreveu em dezembro de 1996 em uma reportagem no Jornal Folha de São Paulo que FHC em sua campanha eleitoral, colocou a saúde como umas das cinco áreas de prioridades, porém, em seus primeiros anos de mandato a saúde foi considerada um desastre. Paim (2008) expressa que a fundação de um plano de estabilização econômica por meio do Plano Real incrementou um conjunto de políticas de ajustes macroeconômicos e propostas de Reforma do Estado que produziram resultados divergentes aos preceitos constitucionais. Ou

³ Os vetos estão disponíveis no site do Planalto:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/VeE680-L8080-90.pdf

seja, os dois grandes projetos de FHC consistiam no ajuste macroeconômico e na Reforma do Estado. A ênfase do governo ao aspecto macroeconômico proporcionou uma implementação tortuosa do SUS assim como asseverou o desajuste social através do desemprego e da piora das condições de vida da população (Paim, 2008).

Dessa maneira, no ano inicial do Real um dos principais problemas do Brasil era a crise do SUS. Os segmentos da população de melhor nível de renda deslocavam-se para os seguros de saúde enquanto os usuários do SUS vivenciavam o desrespeito nos serviços públicos, humilhações em filas, burocratização e baixa qualidade dos serviços.

Neste aspecto, Boito Jr. (1999) demarca um crescimento alto dos grupos de medicina privada no período dos governos liberais e neoliberais. Conforme o autor em 1989, existiam quatorze milhões de brasileiros vinculados aos convênios privados de saúde, em 1996 esse número aumentou para 39 milhões de pessoas. Boito Jr. (1999, p.71) entende que o neoliberalismo permitia a legitimação social do mercado, dos grupos privados: “A apologia do mercado estigmatiza os serviços públicos e legitima mercantilização da saúde”.

O contexto demonstra a fragilidade da mobilização política, social e econômica para alicerçar a organização concreta de um sistema universal de saúde. É nesse sentido que Favaret Filho e Oliveira (1990, p. 155) fazem uma discussão em torno do termo “universalização excludente”, para estes autores

a universalização no caso brasileiro, dado suas especificidades parece estar assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento. Com esta caracterização específica do processo de universalização, ou seja, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, abre-se um espaço para que o Estado se capacite em atender mais eficientemente os setores sociais que continuaram possuindo no subsistema público o seu referencial básico de assistência.

Paim (2008) reitera que no governo FHC o Ministério da Saúde foi um dos setores que teve maior contingenciamento de recursos. Diante disto, conforme descreve Costa (2013) a mudança de governo em 2003, com a eleição de um presidente de esquerda, Luís Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores-PT, houve expectativas no que se refere às políticas sociais, sobretudo em relação a saúde, que estava distante do seu projeto constitucional. Acreditava-se que as bases neoliberais seriam enfraquecidas pelo fortalecimento da presença do Estado nas políticas e direitos sociais. Todavia, a autora aponta que em relação à saúde, “as políticas implementadas não desestabilizaram o núcleo da agenda liberal, que avança e ameaça o direito universal à saúde” (Costa, 2013, p.244).

Bravo (2006) reflete que as análises feitas do governo Lula é que a política macroeconômica do governo anterior se manteve e as políticas sociais continuaram subordinadas à lógica econômica. Entretanto, Sader (2013) considera que Lula articulou estabilidade monetária e a retomada do desenvolvimento econômico com políticas de distribuição de renda, que foram centrais nas políticas de seu governo. É por essa articulação que Lula foi considerado um “*neoliberal popular*”⁴, haja vista que o mesmo não rompeu com os ditames do neoliberalismo, mas em relação aos governos que o antecederam deu maior ênfase às políticas sociais.

Frente a esse contexto Paim (2008) considera que desde a sua criação, o SUS apresenta distintas concepções ou projetos, tais como: *o SUS formal* expresso por um aparato legal; *o SUS democrático* advindo do movimento da Reforma Sanitária; *o SUS para pobres* direcionado ações focalizadas e primitivas de saúde seguindo recomendações do Banco Mundial para apaziguar os efeitos das políticas de ajustes macroeconômico e *o SUS real*, submetido aos interesses econômicos que amplia os seguros de saúde.

Cumprir lembrar que as políticas sociais no Brasil são influenciadas pelas recomendações de organismos financeiros internacionais tais como o Banco Mundial – BM, compreendido por Fiori (1997) como um dos núcleos duros do neoliberalismo na periferia capitalista. Esta instituição não é neutra, ela não expressa interesses globais, mas os interesses dos grupos dominantes das grandes potências econômicas, em especial o dos Estados Unidos (Martins,2011).

Rizzoto e Campos (2016) elaboraram um estudo acerca do papel desempenhado pelo BM na elaboração da política pública de saúde no Brasil no início do século XXI e demarcam que o país, ao viabilizar constitucionalmente o acesso universal à saúde, trouxe contrariedades na comunidade econômica internacional, uma vez que o SUS no início de sua implantação sofreu inúmeras críticas do BM.

Segundo os autores, nos anos de 1990, o Banco questiona os preceitos constitucionais que confere o papel de complementariedade do setor privado no que se refere ao sistema de Saúde, sugerindo reformas que favorecessem a ampliação da participação da área privada nas ofertas dos serviços.

⁴ Termo utilizado por Gomes (2008) para fazer uma avaliação das reformas e políticas para a educação superior nos governos Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva no texto “As reformas e políticas da educação superior no Brasil: avanços e recuos” em: MANCIBO, Deise.; SILVA Jr., João dos Reis.; OLIVEIRA, João Ferreira de. *Reformas e Políticas: educação superior e pós-graduação no Brasil*. Ed. Alínea. Campinas-SP, 2008.

Tal recomendação é acatada tanto no governo FHC, que em 1998 aprovou a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde que foi reforçada pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 na qual estabelece a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) enquanto órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relacionadas à assistência à saúde suplementar; como no governo Dilma que sancionou a Lei nº 13.097 em Janeiro de 2015 que ampliou a participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil, o que inclui a participação do capital exterior em hospitais, clínicas e laboratórios. Essa abertura, no entendimento de Filippon (2015) assevera ainda mais a inviabilização do SUS como política pública de saúde colocando-a sob a lógica de um bem comerciável. Além disso, no relatório publicado pelo BM em 2013 sobre a avaliação dos 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil, Gragnolati, Lindelow e Couttolenc (2013, p.48) fazem uma crítica referente aos princípios da universalidade e da integralidade do acesso a saúde pública, eles entendem que:

Na realidade, **nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem ser prestados por um sistema público para serem acessíveis**⁵. Em vários países, onde o direito à saúde é tido como garantido e universal, os serviços de saúde não são gratuitos (são subsidiados) e não necessariamente prestados por um sistema público (a cobertura pode ser obrigatória e não proporcionada, como acontece na Holanda). Acresce que, como não oferece uma lista explícita de serviços abrangidos (e, conseqüentemente, fazendo crer que estão cobertos todos os serviços de que um doente precisa), o SUS é, pelo menos no papel, mais generoso do que a maior parte dos países desenvolvidos e ricos que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos e de condições ou circunstâncias ao abrigo dos quais estão cobertos. Por exemplo, países como o Reino Unido e Canadá limitam ou priorizam a cobertura de certos procedimentos caros a casos em que o paciente irá, muito provavelmente, se beneficiar deles (segundo um princípio de custo-efetividade).

Fica explícita a posição do Banco de que o Brasil foi demasiadamente ousado ao colocar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Rizzoto e Campos (2016) afirmam que o Banco tem o princípio de que o Estado seja o condutor dos processos de negociação e o regulador da oferta de serviços públicos, porém, não deve ser necessariamente o responsável por essa oferta e até mesmo pelo financiamento integral.

No relatório citado, os dados expõem um significativo aumento dos planos e seguros privados de saúde, para Rizzoto e Campos (2016) tais dados tranquilizam a instituição, pois esta defende a existência de setor privado em harmonia com a esfera pública. Na última

⁵ Grifo nosso.

década o acesso a planos privados no país cresceu de modo relevante apresentando queda somente a partir de 2016 conforme é exposto no gráfico:

Gráfico 01:



Fonte: elaboração própria com dados retirados do relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS.

A queda ao número dos planos privados pode estar associada ao crescimento do desemprego e das condições de renda da população, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, de 2014 até 2018, o número de desempregados subiu de 6,7 milhões para 12,7 milhões. Ademais, apesar dessa queda, é perceptível a força do mercado de saúde no Brasil.

Luna (2009) concebe que se o SUS não é o “único” sistema em atuação, menos ainda será a sua operacionalidade enquanto sistema de cobertura universal. É perceptível que historicamente a saúde no Brasil configurou-se pelo fracionamento entre dois modos de assistência: o privado e o público e, embora o movimento da Reforma Sanitária tenha provocado importantes avanços que culminaram na criação do SUS e no questionamento frente a mercantilização da saúde, o presente sistema de saúde permanece segregado e dividido entre os serviços direcionados aos “que podem pagar” pelo plano de saúde e aos que “não podem pagar”.

A despeito disto, Costa (2013) apresenta posicionamentos semelhantes ao dizer que, embora o SUS seja criado para ser universal, o mesmo é utilizado substancialmente pela camada da população cuja renda ou a inserção precária no mercado de trabalho não oportuniza o acesso

aos serviços ofertados pelos planos privados. Entretanto, é indispensável ressaltar que de modo direto ou indireto toda a população usufrui do SUS, pois este é responsável: pela vigilância sanitária, sendo encarregado de fiscalizar e regulamentar, alimentos, fármacos estabelecimentos (restaurantes, aeroportos, rodoviárias, por exemplo); pelo controle de qualidade da água potável; pelos procedimentos de doação de sangue e de leite humano; pelo transplante de órgãos, dentre outras responsabilidades. Destarte, sem o SUS, seria instaurado um caos sanitário, uma barbárie no país (Campos, 2008).

A população usuária do SUS tem sido caracterizada por uma baixa capacidade política de vocalização pelas melhorias referentes ao acesso e qualidade dos serviços, ou seja, em certa medida, não demonstraram capacidade de mobilização para dar suporte à continuidade da Reforma Sanitária. Nesse sentido, de acordo com Costa (2013, p.243) “tal como na agenda liberal, a busca por atenção à saúde é operada como um direito individual ou de grupos que ascendem ao direito a um plano privado por meio das negociações corporativas ou trabalhistas”.

Segundo a autora, para os 73% da população que precisam unicamente do SUS, o modelo de saúde tem preferido oferecer tecnologias de baixo custo, com ênfase na atenção primária, o que resulta em um sistema desfalcado da integralidade concedida, denotado por uma baixa qualidade, com baixa oferta de serviços que exigem alta tecnologia, não apresentando riscos de competição com o mercado privado da saúde.

Rizzoto e Campos (2016) declaram também, que apesar do crescimento do serviço privado complementar no país, isto não quer dizer que os usuários dos planos privados não utilizem o SUS, principalmente porque há níveis de atenção à saúde como os atendimentos de alta complexidade que geralmente não são cobertos por planos populares e muitos trabalhadores ao aposentarem são excluídos dos planos empresariais, tendo que se direcionarem para o sistema público.

Outro ponto que chama atenção em relação ao posicionamento do BM frente ao SUS é no que diz respeito ao financiamento. Desde a CF/88, muitas são as pressões na área da saúde para o aumento do financiamento público, contudo, conforme o relatório do BM “a falta de recursos e materiais, em muitos casos, não é o fator impeditivo de uma melhoria no acesso e na qualidade” (Gragnolati, Lindelow e Couttolenc, 2013, p. 110)

Diante das considerações apresentadas no relatório do BM, Rizzoto e Campos (2016) auferem que a instituição reitera a centralidade do mercado para organização e gestão mais eficiente das políticas públicas, sobretudo a saúde. Assim, na visão dos autores, o SUS seria para o BM um “experimento” de um direito universal à saúde que não deveria ser expandido

para a América Latina ou para o mundo. Isto é, são explícitas as recomendações neoliberais para as políticas sociais no Brasil.

No que diz respeito à centralidade do mercado para a oferta dos serviços de saúde, Paim (2008, p.112) denomina essa lógica de “projeto mercantilista”, caracterizado por assumir a saúde

como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidade dos indivíduos, com base no valor utilidade. Reúne interesses de empresas médicas, seguradoras e operadoras de planos de saúde, indústria de medicamentos e de equipamentos, defende que os serviços de saúde devem ser comprados pelos que podem pagar, cabendo ao Estado financiar aqueles que não podem fazê-lo.

As influências neoliberais ganham ainda mais força com a ascensão de Michel Temer do Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB após o *impeachment* da Presidenta Dilma do PT em 2016. De acordo com Reis *et al.* (2016, p.128) ao assumir, o governo Temer escancara “o projeto neoliberal, sem apreço pelos direitos sociais inscritos na CF/88” pois, assume a posição de um Estado mínimo subordinado às vontades de mercado e faz uso da crise econômica para justificar o desmonte do Estado voltado para maiores intervenções de cunho social.

Em outubro de 2015, o PMDB lançou o programa “*Uma Ponte para o Futuro*” que serviu de base para o mandato do presidente Temer. O documento apresentava propostas especialmente para “preservar a economia brasileira e tornar viável o seu desenvolvimento”. Para essa preservação econômica fica notório o ataque às conquistas sociais advindas da CF/88. Segundo o Plano “esta mesma Constituição e legislações posteriores criaram dispositivos que tornaram muito difícil a administração do orçamento e isto contribuiu para a desastrosa situação em que hoje vivemos” (Brasília, 2015, p.07). Ainda, é exposto que para o equilíbrio das contas públicas “é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação” (Brasília, 2015, p.09).

Observa-se que as políticas de caráter universal são consideradas como inviáveis e são responsabilizadas pela crise. Sob essa óptica, foi alegado neste governo que os direitos sociais que estão na CF/88 não são comportados no orçamento público. O governo de Michel Temer debateu a política de saúde pública brasileira a colocando em ameaça haja vista que propôs a revisão do tamanho SUS.

O Ministro da Saúde do período de maio de 2016 a março de 2018, Ricardo Barros, em entrevista ao jornal *Folha de São Paulo* em maio de 2016, reiterou o posicionamento do governo sobre a redução dos gastos sociais:

“A Constituição cidadã, quando o Sarney sancionou, o que ele falou? Que o Brasil iria ficar ingovernável. Por quê? Porque só tem direitos lá, não tem deveres. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina. Em um determinado momento, vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las” (Collucci, 2016).

O Ministro também chegou a propor a criação de planos “acessíveis” de saúde para desafogar o SUS. Tal proposta descaracteriza o caráter universal da saúde pública no Brasil e amplia a lógica da mercantilização dos serviços de saúde.

Além desses apontamentos, atualmente, de acordo com Reis *et al.* (2016) a maior ameaça tanto para o SUS como para as demais políticas públicas é no que se refere à Proposta de Emenda constitucional 241 de 2016 denominada PEC 55 aprovada em dezembro do referido ano. Essa instituiu o novo Regime Fiscal que limita os gastos públicos – aí inseridos os gastos com saúde – por 20 anos. Para os setores de saúde e educação, o congelamento dos gastos começou em 2018.

A redução dos gastos públicos com o SUS bem como o forte incentivo ao crescimento da saúde privada deixou nítida os interesses neoliberais do governo Temer, frente a isto Reis *et al.* (2016, p.132) entendem que das últimas três décadas, o atual momento é o de maior ameaça da política de saúde pública, conforme os autores “Nunca estivemos tão perto da implosão do SUS”.

O SUS, embora tenha passado por um amplo percurso de institucionalização cujo envolveu diversos atores sociais, tem sofrido ataques da lógica neoliberal desde o seu nascimento. Em todos os governos a política pública de saúde esteve em tensão com os ditames do capital financeiro. As influências neoliberais provocaram um processo de retração estatal simultaneamente com a privatização das políticas sociais.

Desde a institucionalização do SUS o setor privado cresceu desqualificando a oferta da saúde pública. Tal crescimento repercute na posição que a saúde tem apresentado enquanto uma mercadoria que se insere em um “negócio lucrativo”. Frente a contribuição da mídia em deteriorar o SUS e de glorificar os serviços privados, o caráter universalista do SUS aparenta estar desacreditado por parte da população, pois a imagem favorável dos planos particulares, que

é reforçada muitas vezes pela mídia, corrobora para uma percepção negativa do que é ofertado pela esfera pública.

O SUS tem a cada governo mantido fôlegos para a sua sobrevivência, no entanto parece que este fôlego está acabando. A emenda constitucional que congela os gastos assim como a abertura do capital estrangeiro na assistência à saúde, distanciam os preceitos de um Estado viabilizar uma política de acesso a saúde a todos. O cenário econômico e político brasileiro não é favorável às políticas sociais, sobretudo à de saúde que dentre as três políticas da seguridade social é a única de caráter universal e não contributivo. Há muito o que se avançar.

Os princípios da Reforma Sanitária, construída na década de 1980, permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor, tem-se um SUS polissêmico permeado por distintos interesses. Com base em todos os desafios postos a afirmação de Teixeira (2009): “A subversão continua sendo poder pensar que a democratização da saúde é uma *utopia* que temos, hoje mais do que nunca, condições de construir e assim transformar o Estado e a sociedade brasileira”, sinaliza a necessidade da continuidade da Reforma Sanitária enquanto projeto de mudança no Estado.

É no contexto de um SUS fortemente atacado que se insere o campo da saúde mental. Nos últimos anos, na formulação da política neste subsetor da saúde, há recomendações de se constituir e consolidar um novo modelo de atenção, através do estabelecimento de uma rede de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalar manicomial. Este esforço foi desencadeado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que corroborou com a construção de uma política de saúde mental e nos modos da sociedade se relacionar com as pessoas com sofrimento mental, que vêm sendo asfixiados por um Estado mínimo de direitos, assunto tratado na próxima seção.

1.2 As particularidades da política de saúde mental: a “institucionalização” da reforma psiquiátrica

1.2.1 Antecedentes das Reformas Psiquiátricas

Há aproximadamente quarenta anos, o movimento da Reforma Psiquiátrica- RP no Brasil fomentou a proposta de consolidar uma rede de cuidados em saúde mental que não se pautava na centralidade do hospital psiquiátrico.

Os distintos modos de compreender o sofrimento psíquico, assumiram, em cada período histórico, uma significação específica relacionada à ordem social vigente. O

tratamento destinado aos considerados “anormais” pautou-se por um longo período em internações em manicômios baseado num modelo de atendimento segregacionista.

Para o debate sobre a institucionalização, entendida por Pessoti (1996) como a reclusão dos loucos, Foucault (2009) traz contribuições importantes em sua obra “*A História da Loucura na Idade Clássica*” ao mostrar as diversas formas de como a “loucura” foi compreendida até alcançar o patamar patológico.

Na obra, Foucault (2009) expõe que desde a idade média alguns grupos sociais se circunscrevem num espaço moral de exclusão. O primeiro destes eram os acometidos pela lepra, disseminada sobretudo no período das Cruzadas atingindo muitas pessoas, o que desencadeou a construção de estabelecimentos para reclusar tais indivíduos, retirá-los da visibilidade da comunidade⁶. Com a saída da lepra, tais estruturas permanecem, assim como a lógica da exclusão sobre as figuras “temidas” pela sociedade. De acordo com Foucault (2009, p.06) “pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas”” assumirão o papel do abandono. Ademais, surgem as doenças venéreas que se espalham rapidamente e vão ocupar o lugar nos hospitais leprosos, mas a herança maior deixada pela lepra enquanto reação de divisão e exclusão será o fenômeno da loucura, que, para Foucault (2009), esteve ligado a todas experiências maiores do Renascimento.

Sobre tais experiências destaca-se a “*Nau dos Loucos*”, barco que levava os insanos de uma cidade para outra, confiá-los aos marinheiros para evitar que ficassem vagando pelas cidades; e a experiência crítica, caracterizada por certo fascínio pela loucura percebido pelas artes de um modo geral. Na literatura e no teatro o louco não era visto mais como uma figura boba, e sim como o detentor da verdade (Foucault, 2009).

Contudo, tal perspectiva perdeu lugar ao passo em que o pensamento moderno se constitui em torno da Razão. Segundo Birman (1989, p.164) “enquanto desrazão, a loucura perde qualquer inscrição no universo da verdade, sendo então a representação da não-verdade

⁶ No Brasil, a criação destes estabelecimentos para a separação dos “leprosos” da sociedade também ocorreu especialmente no século XX. Na década de 1920 m a criação da “Inspetoria de Profilaxia e Combate à Lepra e Doenças Venéreas” houve a regulamentação dos leprosários (também denominados de asilos e colônias), espaços que eram organizados como uma cidade, com escolas, praças, dormitórios, refeitórios e até delegacias, prisões e cemitérios. Existiram cerca de 40 leprosários em todo o Brasil. Em 1949, o isolamento forçado nesses espaços virou lei federal que vigorou até 1986. A lei separava os filhos das pacientes que engravidassem no interior das instituições em questão. Os bebês eram enviados em cestos A legislação permitia separar os filhos dos pacientes que engravidassem dentro das colônias. Ainda bebês, eram enviados em cestos à educandários e preventórios (espécie de creches de filhos considerados órfãos, mesmo com pais vivos) (MODELLI, Laís. *Os brasileiros que foram separados à força de pais com lepra e lutam por reparação*. BBC Brasil. São Paulo, 24 de julho 2016. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36800589>>. Acesso em fevereiro de 2019.

e do erro da razão”, conseqüentemente, num mundo onde a racionalidade tem destaque, àqueles desprovidos da razão ficam à margem. Para Ribeiro (2006) o surgimento da racionalidade cartesiana no século XVII foi decisivo para o estabelecimento de um modelo de abordagem ao sujeito louco na cultura ocidental.

O século XVII foi marcado pelo amplo internamento desses sujeitos. Para Foucault (2009) os primeiros momentos da "Internação" ocorrem na Europa neste período a partir do Hospital Geral com o intuito de impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens.

De acordo com Silva (2012) essa instituição hospitalar, enquanto entidade caridosa, influenciou de maneira significativa para a limpeza dos inaptos na introdução da sociedade, isto é, o estabelecimento do Hospital Geral foi crucialmente relevante para a demarcação de um novo espaço social para os sujeitos loucos. Neste espaço, concentravam-se os pervertidos, os devassos, as prostitutas, os desempregados, os pobres, mendigos, os loucos, enfim, os que apresentavam comportamentos desviantes da ordem. Assim, “o sentido do internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, seria assim, a eliminação espontânea dos "a-sociais" (Foucault, 2009, p.79). O Hospital Geral foi, nesse contexto, um instrumento de exclusão e de “limpeza social”. Conforme Foucault (2009, p. 57) o reordenamento dessa instituição deu-se essencialmente a partir da disciplina, “o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão”. O internamento exprimia, até então, essa dupla condição, de beneficiar e punir, apresentando, portanto, um caráter econômico, político, social e moral.

Nos primórdios o internamento, surgiu, então, por razões bem diversas da preocupação com a “cura” e com o cuidado, somente depois que assumirá o caráter de “tratar”. No que concerne a dimensão econômica, “o que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho”. O Hospital Geral servia para a colocação dos sem trabalho, dos vagabundos e era no meio destes que se encontravam os loucos. Foucault expõe: “Nesses lugares da ociosidade maldita e condenada, nesse espaço inventado por uma sociedade que decifrava na lei do trabalho uma transcendência ética, que a loucura vai aparecer”, ou seja, “a loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres” (2009, p. 73 e p.63).

O internamento enquanto precaução social e atitude econômica designa o momento em que a loucura é concebida na esfera social da pobreza, da inaptidão para o trabalho, da incapacidade de integrar-se no grupo; de seguir os ritmos da vida coletiva (Silva, 2012).

Aqueles que recebem os atributos de desviantes, dos que estão fora das normas, os

ditos “anormais”, perdem o seu poder de contrato (Tykanori, 1996), ficando a margem do mundo dos que podem produzir para o sistema, excluídos do mundo dos assalariados. Castel (2010) colabora com essa reflexão ao estudar a sociedade salarial. Para o autor a condição de assalariado não só representava a troca da força de trabalho por uma retribuição, mas sobretudo, simbolizava o reconhecimento da posição que o trabalhador passa adquirir na sociedade. Para Castel (2010, p. 475), os que trabalham “manifestam, através do que consomem, seu lugar no conjunto social”. Assim, se a realização de uma atividade produtiva representa o reconhecimento na sociedade, o contrário significa a estigmatização e marginalização.

Castel (1978) compreende que somente os proprietários eram cidadãos no sentido pleno da palavra em uma estrutura social alicerçada sobre a propriedade privada e a "liberdade" das trocas econômicas. Os demais, os trabalhadores sem recursos, podiam vender sua força e estabelecer uma relação contratual com o mercado de trabalho, havendo assim uma troca, “uma reciprocidade regulada, um contrato entre explorador e explorado” (Castel, 1978, p.31). É sobre o pano de fundo dessa sociedade contratual instaurada sobretudo com Revolução Francesa, que o louco, incapaz de trabalhar ou de "servir", não se insere no circuito regulado das trocas e a medida em que a estrutura contratual da sociedade se generaliza, ela impõe uma impugnação aos que não podem fazer parte desse circuito, uma rejeição dos loucos.

Ao final do século XVIII, para Castel (1978) a loucura foi objeto de uma dupla percepção contraditória. Ao mesmo tempo em que o louco era a figura da associabilidade na qual carregava a imagem do nômade que vagueava e trazia ameaça a todas as regras que regiam a organização social, o louco era também um miserável, um lastimoso, um coitado que perdeu uma das características mais preciosas do ser humano: a razão “e não se pertencendo mais a si mesmo, não é susceptível de participar do processo de produção e de aquisição”(p.33). Periculosidade e condolência, percepções contrárias em relação aos anormais que contribuíram para a apreensão da necessidade de um regime especial a estes sujeitos.

Para filiá-los na nova ordem social, a contratual, seria necessário impor-lhes um estatuto diferente, um estatuto assistencial. Desse modo, a assistência à loucura inscreve nessa lógica contratual, o indivíduo apenas se isenta de ser assistido caso fosse capaz de entrar no sistema de reciprocidade, das trocas econômicas. Um exemplo dessa assistência foi a lei de 30 de junho de 1838 da França, primeira lei, de acordo com Castel (1978) que reconheceu um direito à assistência e à atenção para uma categoria de indigentes ou de doentes, atenção essa, no espaço do manicômio, sob a constituição de um saber especial, o saber do médico.

Nesse viés, Cardoso e Borges (2015) consideram que a exclusão social dos “anormais” se relaciona aos conflitos dos aspectos econômicos e as fragilidades do vínculo

social, sobretudo, à produção do sistema capitalista. O louco, uma vez incapacitado para o contrato social deveria ser tutelado, e é o internamento em um estabelecimento especial que será decisório para a constituição patológica da loucura, para a criação do *status* da “alienação mental”.

Como já exposto, nas últimas décadas do século XVII muitos dos alienados eram recolhidos e abrigados nos hospitais gerais, porém, nestas instituições, conforme descreve Pessoti (1996), eram trancados em locais mais apartados, com frequência postos junto aos pacientes com doenças incuráveis sem receberem algum tipo de assistência médica, e ficavam presos, acorrentados ao pavimento ou a parede. No mesmo período começou a instauração dos primeiros manicômios apesar de que a prática usual era ainda de confiná-los em edifícios apartados, parte de hospitais Gerais (Pessoti, 1996).

Assim, nos fins do século XVIII e no início do século XIX, a loucura passou a ser vista como alienação mental e surgiram os asilos específicos com o cunho de tratamento e o campo da medicina passou a deter o conhecimento na área. A figura médica tornou-se central, “apenas o médico é competente para julgar se um indivíduo está louco, e que grau de capacidade lhe permite sua doença” (Foucault, 2009, p.125).

Em 1793, no hospital francês de Bissetriz, Philippe Pinel, médico considerado um dos precursores da medicina mental (posteriormente a psiquiatria), foi designado como diretor da instituição. Pinel percebeu que de nada serviria para o estudo da loucura, o sistema cruel de reclusão e contenção existente no hospital, então, decidiu retirar as cordas, correias, algemas e correntes que prendiam os loucos. Pinel apresentou a preocupação médica em estabelecer o diagnóstico e o tratamento corretos da loucura, que deveriam ser orientados pela razão e pela observação dos sintomas (Pessoti, 1996).

Com isso, Silva (2012) entende que a instituição hospitalar sofreu a sua primeira reforma por meio da fundação da psiquiatria e do manicômio, o hospital psiquiátrico, transformando-se em instituição não mais social e filantrópica, mas permeado pelo saber e discurso médico. De acordo com Pessoti (1996) após a reforma de Pinel, o comportamento dos pacientes passou a ser analisado e registrado no cotidiano. Para isso era crucial “libertar” do modo possível os movimentos, a locomoção e as relações interpessoais no interior do manicômio.

Vê-se que Pinel buscou inaugurar as bases científicas da compreensão acerca da loucura que para ele tratava-se de um rompimento com a racionalidade, possível de se expressar por diversos sinais passíveis de serem classificados e agrupados (Mendonça, 2009). Em sua compreensão, assim como qualquer fenômeno da natureza, o homem alienado deveria ser

observado e analisado empiricamente, e para isso, o tratamento demandava um ambiente adequado e que o meio ideal para isto era através do manicômio, isto é, o manicômio transfigurava-se como espaço de tratamento, deixando de ser apenas o lugar que enclausura o louco, tornando-se um instrumento para a cura (Pessoti, 1996).

Importante esclarecer a distinção dos termos asilo e manicômio até aqui usados. Segundo Pessoti (1996) no curso da história, vários loucos foram recolhidos junto com outras minorias sociais em estabelecimentos sustentados pelo poder público ou por religiosos, desde os antigos leprosários aos hospitais gerais. Tais instituições que possuíam a função de abrigo ou recolhimento eram os asilos. O manicômio por sua vez, designava-se mais especificamente ao Hospital Psiquiátrico, uma instituição caracterizada pelo recolhimento e tratamento dos loucos.

Para Pessoti (1996, p.68) a teoria da loucura proposta por Pinel foi uma revolução no âmbito do pensamento médico da época, “sustentar a origem passional ou moral da alienação e propor que a essência dela é o desvio de funções mentais destoava gritantemente da atitude vigente até o final do século XVIII”. Pinel associava a loucura com aspectos da ordem moral que influenciavam no desarranjo das funções mentais, o que irá justificar o “tratamento moral” (Mendonça, 2009). Tal tratamento era fundamentado na crença de que havia a possibilidade de serem introduzidas mudanças no comportamento dos doentes a partir do afastamento de influências externas.

Amarante (1995) expõe que Pinel entendia a doença mental como problema de ordem moral, por isso postulava o isolamento como fundamental para observação dos sintomas, assim, o isolamento no hospital não representava meramente a exclusão do convívio social, mas, sim, significava a possibilidade do louco poder inserir-se na sociedade após tratamento e recuperação.

Nessa perspectiva, a partir do século XIX o fenômeno da loucura passou a ser então visto sob o olhar científico. A psiquiatria adaptou aos preceitos da medicina positivista, o doente mental deixou de ser uma pessoa que sofre e passa “a ser reduzida a um cérebro com defeito e sem razão” (Gomes, 2013). Ao tornar-se cada vez mais organicista, a psiquiatria usou de mecanismos autoritários e violentos para intervir na “doença”. Lobotomia, choques elétricos, espancamentos, sedação, camisas-de-força, celas fortes, são alguns exemplos. Inclusive, Campos (2000, p.32) aponta que durante “a II Guerra, algumas experiências de tratamento ao doente mental haviam sido realizadas nos hospícios, utilizados como campos de concentração para prisioneiros políticos”. Sob o aparato da psiquiatria o tratamento asilar assumiu um aspecto essencialmente coercitivo e violento.

No entanto, a lógica manicomial desvelou-se cronificante e segregacionista, várias práticas dos cotidianos manicomiais passaram a ser questionadas em especial após a segunda guerra mundial.

1.2.2 Reformas Psiquiátricas no mundo

Se o século XIX foi o século dos manicômios⁷ o século XX será o século das Reformas Psiquiátricas. Como elucidado, no período pós-guerra, houve críticas e experiências reformistas em relação aos hospitais psiquiátricos. Com base em Amarante (1995), abaixo está uma síntese das principais propostas no mundo:

-Comunidade Terapêutica (Inglaterra -1959): Processo de reformas institucionais predominantemente restritas ao espaço do hospital psiquiátrico, marcado por medidas administrativas e técnicas que enfatizavam aspectos democráticos, participativos e coletivos, como o envolvimento de pacientes e familiares no tratamento, com vistas a uma transformação da dinâmica institucional asilar.

- Psiquiatria de Setor (França): Enfoque na criação de novas instituições intermediárias, extra hospitalares, setorizando o território.

-Psicoterapia institucional (França-1952): Recebeu influências da psicanálise. O movimento pautou-se no resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico com ênfase ao coletivo dos pacientes e técnicos, de todas as categorias, em oposição ao modelo tradicional, da hierarquia e da verticalidade.

-Psiquiatria preventiva (EUA- 1955): Caracterizou-se pelo deslocamento da lógica de doença mental para saúde mental. Buscou realizar intervenções na comunidade com o objetivo da *promoção da saúde mental*. Foco em serviços para prevenção. Requer sublinhar a criação de serviços extra hospitalares de caráter **intermediário**. Caráter este que pode ter dois sentidos:

o primeiro, é no sentido de 'passagem' entre o hospital e a comunidade ou vice-versa (isto é, quando o paciente transita pelo serviço em processo de saída hospitalar, em processo de readaptação social, ou quando por tentativa de evitar a internação integral e imediata); o segundo, é no sentido de 'provisório', isto é, como modalidade assistencial que deveria existir até o momento em que o hospital tornar-se-ia obsoleto, dada a implantação da rede de serviços preventivos e comunitários (Amarante, 1996, p.43).

-Psiquiatria Democrática (Itália Déc.1970) Criticou radicalmente os fundamentos do

⁷ PESSOTTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. São Paulo: ed 34, 1996.

paradigma psiquiátrico clássico.

Destaca-se o movimento de RP na Itália, em especial na década de 1970, denominado de “Psiquiatria Democrática” conduzido pelo psiquiatra Franco Basaglia que ao fazer uma crítica ao paradigma psiquiátrico até então instituído, propôs processo de desinstitucionalização fundamentado no desmonte do hospital psiquiátrico tendo em contrapartida a implantação de novos espaços e maneiras de lidar com o sofrimento psíquico. Segundo Amarante (1995), a tradição Basaglia trouxe em seu centro a exigência de uma análise histórico-crítica em relação a como a sociedade interage com o sofrimento e a diferença.

A crítica ao paradigma psiquiátrico tradicional teve início na experiência do hospital psiquiátrico de Gorizia. Basaglia assumiu a direção do hospital em 1960 e introduziu mudanças sob a influência Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, só que indo além ao preconizar a modificação das relações de poder na instituição, extinguindo os métodos punitivos/coercitivos e abrindo alguns espaços para a comunidade (Gomes, 2013). Será, porém, no hospital de Trieste a grande experiência de desinstitucionalização encabeçada por Basaglia.

O psiquiatra italiano percebeu que as contradições fundantes no interior do manicômio, estavam na própria ordem social. Ao chegar em 1971 em Trieste, iniciou uma desmontagem do aparato manicomial, seguido da criação de novos espaços e modos de lidar com a loucura, ou melhor com o sofrimento mental, pois propôs colocar a doença entre parênteses e se atentar para a dimensão do sofrimento do sujeito. Nesse sentido foram

construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes funcionamento 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram os usuários, algumas vezes só, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes (Amarante, 1995, p.50).

A repercussão do trabalho em Trieste culminou na aprovação da Lei 180, no ano de 1978, que determinou a extinção dos manicômios e a substituição do modelo psiquiátrico por outras modalidades, assistência, sendo até hoje a única no gênero em todo o mundo (Amarante, 2006).

No que concerne ao aspecto conceitual de desinstitucionalização é importante salientar que esse termo pode apresentar significações distintas como aponta Amarante (1996). De acordo com o autor, a noção inicial de desinstitucionalização surgiu nos EUA em virtude do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy a partir da psiquiatria preventiva, sendo compreendida como um conjunto de medidas **de desospitalização**, voltadas para objetivos

administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos), sem colocar o hospital psiquiátrico em questão.

Outra tendência para o sentido de desinstitucionalização é o seu entendimento como **desassistência**, que significaria no abandono dos doentes à própria sorte, de que o Estado se exime da responsabilidade com esse público. E, por fim, a terceira direção de sentido atribuída diz respeito à crítica vigorosa ao saber psiquiátrico, ao aparato manicomial e de segregação. Desinstitucionalizar significaria “entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos” (1995, p.48). Nesta última tendência que o movimento de RP brasileira buscou inspiração.

1.2.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

As perspectivas de Basaglia exerceram significativa influência no Brasil. Cumpre lembrar que no país, no fim da década de 1950 os hospícios eram caracterizados por superlotação e maus-tratos aos internos. Além disso, do século XIX até o início do século XX o Brasil vivenciou uma trajetória no campo da saúde denominada de higienista, no qual os hospitais psiquiátricos funcionavam como dispositivos de controle político e social (Amarante, 1995).

Ademais, de acordo com Amarante (1995) a partir dos anos 1960, constituiu-se no Brasil uma autêntica indústria para o enfrentamento da loucura, tendo em conta que os hospitais psiquiátricos conveniados com o poder público incentivaram a cronicidade das doenças com o intuito de manterem os lucros. O autor demarca que assim que os militares assumiram o governo do país, houve a celebração de convênios com hospitais psiquiátricos privados.

Sob a ótica de Amarante (2006), o campo psiquiátrico foi o mais explorado pelas empresas privadas no período ditatorial. A falta de direitos dos usuários juntamente com a baixa exigência de qualidade na área, colaborava para a chamada “indústria da loucura”, o número de leitos privados subiu nesse período de 3 mil para quase 56 mil, houve uma expansão dos leitos privados e uma diminuição de investimentos do setor público na área em questão.

Toda via, nos anos 1970, seguindo a influência de outros países, instalaram-se no país críticas com proposições para a transformação do modelo de assistência psiquiátrica e ao paradigma da psiquiatria tradicional (Devera e Costa Rosa, 2007). Mobilizações sociais e políticas impulsionaram o movimento da RP brasileira, que teve como um marco histórico as mobilizações ocorridas em 1978.

Neste ano, estagiários do Centro Psiquiátrico Pedro II do Rio de Janeiro-RJ, denunciaram uma série de violações aos direitos humanos dos internos da instituição que também abrangiam presos políticos nos quais eram ali eram torturados. Após as denúncias, além dos estagiários, 263 profissionais que defendiam os denunciantes e confirmavam as denúncias foram demitidos (Amarante, 2006). Esse episódio foi denominado como a crise da Divisão Nacional da saúde Mental do Ministério da Saúde- DINASM. As denúncias publicitadas pelos profissionais que atuavam nos hospitais que estavam sob a responsabilidade dessa Divisão, repercutiram nacionalmente, ocasionando debates na esfera da sociedade civil, indignada com a forma como Estado tratava os sujeitos internados (Amarante, 2006).

Os trabalhadores começam a denunciar a ausência de recursos das instituições, as precárias condições de trabalho. É assim que surgiu o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental-MTSM, que seguiu com a crítica à função segregadora do hospital psiquiátrico e juntou-se com a intensiva mobilização nacional em prol da redemocratização.

Os trabalhadores de saúde mental, manifestaram-se intensamente contra a privatização da saúde mental e as práticas desumanas que ocorriam também nas instituições privadas. Por isso, a defesa por um acesso à saúde pública incluía as pautas do movimento da RP no Brasil.

O ano de 1978 também foi marcado pela chegada ao Brasil de Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que liderava naquele momento, uma das principais experiências de superação do modelo asilar-manicomial no mundo. Basaglia retornou ao país no ano seguinte e ao visitar o Hospital Colônia de Barbacena -Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros, comparou o hospital a um campo de concentração que, por sua vez, é denominado por Arendt (2005) como campo de extermínio. Para a autora nos campos de concentração e extermínio os sujeitos perdiam a liberdade e a capacidade da ação. O horror era instaurado de tal forma que os internos vivenciam um processo de anulação do eu. Arendt (2005, p.376) considerava que

o verdadeiro horror dos campos de concentração e de extermínio reside no fato de que os internos, mesmo que consigam manter-se vivos, estão mais isolados do mundo dos vivos do que se tivessem morrido, porque o horror compele ao esquecimento. No mundo concentracionário mata-se um homem tão impessoalmente como se mata um mosquito. Uma pessoa pode morrer em decorrência de tortura ou de fome sistemática, ou porque o campo está superpovoado e há necessidade de liquidar o material humano supérfluo.

Tal comparação feita por Basaglia indicava o caráter mortificador do Hospital de Barbacena, despertando a atenção especial da imprensa, que juntamente com a exposição do

documentário “*Em nome da Razão*” e de uma série de reportagens de Hiran Firmino, intituladas “*Nos porões da loucura*” divulgadas na época trouxeram visibilidade para da questão da saúde mental no Brasil (Amarante, 2006). Cenas de outros grandes manicômios do Brasil, tais como o Juqueri, no Estado de São Paulo; a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro foram veiculadas pelos meios de midiáticos. Percebe-se, que estes fatores favoreceram para a comoção da sociedade civil e o envolvimento tanto de pacientes como de familiares ao movimento da RP (Silva, 2012).

Na década de 1980, de acordo com Tenório (2002) houve dois fatores cruciais para a consolidação do movimento da RP: a ampliação dos atores sociais envolvidos no movimento; e a iniciativa de reformulação legislativa nos quais estabeleceram um novo horizonte de ação: não apenas as macros- reformas às instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades, incorporando novos atores, entre eles, os usuários e seus familiares.

Como já descrito, em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, nesta, formou-se uma comissão para fazer novas propostas para a assistência à saúde mental brasileira. Tal comissão propôs que o atendimento em saúde mental fosse multiprofissional, feito tanto em postos de saúde, como em ambulatórios especializados e em serviços específicos para esse atendimento, no caso os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Outros eventos de relevância para a estruturação das novas propostas na saúde mental foram a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido em 1987, em Bauru, São Paulo. Neste congresso tem-se a criação do Movimento Nacional da Luta antimanicomial e a inclusão dos usuários e seus familiares nas discussões acerca da política. Criou-se o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e foi a partir do Congresso de Bauru que se instituiu o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Nestes eventos, foram debatidas, sobretudo, propostas de substituição do modelo hospitalocêntrico, baseado na centralidade do hospital psiquiátrico, para o acompanhamento dos sujeitos com sofrimento psíquico pelo modelo comunitário, aberto, com serviços substitutivos e com uma significativa diminuição das internações em hospitais fechados. O impacto das proposições desses eventos colaborou em 1987 para a implantação do primeiro CAPS no Brasil em São Paulo, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira (Goldberg, 2001). Tratava-se de um serviço intermediário, ou seja, com ações entre o hospital e a comunidade, aderida a lógica de “desospitalização do modelo americano, e por outro lado à ideia de transformação cultural do modelo italiano” (Anaya, 2004, p.73).

Em 1989 merece frisar a intervenção do poder público no hospital psiquiátrico particular “Casa de Saúde Anchieta” em Santos-SP em virtude de denúncias anônimas de maus tratos aos pacientes e mortes violentas. Com o fechamento da instituição foram implantados no município os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento de 24 horas, cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. Estes núcleos foram inspirados nos Centros de Saúde Triestinos, “adotando as noções tanto de serviços substitutivos quanto de tomada de responsabilidade e território” (Freire, Úga e Amarante *apud* Liberato, 2011, p.39). Para Liberato (2011) a experiência de Santos foi a materialização da possibilidade de atenção integrada com base em uma rede de serviços assistenciais e culturais, com um modelo de ação realmente substitutivo ao manicômio.

Em relação ao serviço substitutivo, de acordo com a Psiquiatria Democrática, este não convive com o hospital psiquiátrico, mas ao contrário, o substitui e o supera, opõe-se a noção de serviços alternativos, complementares ou suplementares (Anaya, 2004).

A partir dessa lógica substitutiva, de superação do manicômio, foi apresentado em 1989 o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento mental e a *extinção* progressiva dos manicômios no país. Esse marco, foi considerado como o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (Brasil, 2005).

É pertinente aclarar que ao longo desse trabalho recorre-se ao termo de serviços substitutivos para designar os serviços que substituem *ao modelo hospitalocêntrico*, ou seja, que substitui uma lógica de cuidado *centrada* na figura do hospital psiquiátrico.

Nota-se, até aqui, que a efervescência da RP esteve circunscrita ao contexto de redemocratização brasileira, intrinsecamente vinculada à CF/88 e a construção do SUS. Nessa perspectiva, sua característica dominante é a proposição do resgate da cidadania de sujeitos historicamente tutelados e segregados. Para Tenório (2002), a importância analítica de inserir a cidadania como valor fundante e organizador das propostas de mudanças nas formas de assistência aos sujeitos com sofrimento psíquico, está em que a Reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o âmbito jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si.

Por estas características Diaz (2009) entende que a RP é um movimento social que tem como pauta a luta pela cidadania e dos direitos das pessoas com sofrimento mental. Com base nisto, pode-se compreender que tal movimento tem como bandeira de luta o reconhecimento social destes sujeitos. Sobre este aspecto, Axel Honneth (2003) ao discorrer

sobre a teoria crítica do reconhecimento, traz contribuições para subsidiar a reflexão da trajetória dos sujeitos com sofrimento mental na esfera das políticas sociais e no âmbito do direito. Este autor busca mostrar que os conflitos sociais são essencialmente baseados numa luta por reconhecimento social e que *esta luta é o motor das mudanças sociais*.

Honneth (2003) considera como um tipo de desrespeito, o fato do sujeito permanecer estruturalmente excluído da posse de determinados direitos no interior de uma sociedade e para ele a experiência de desrespeito está sempre acompanhada de sentimentos afetivos que podem revelar ao indivíduo que determinadas formas de reconhecimento lhe são socialmente denegadas e é “nessas reações emocionais de vergonha, que a experiência de desrespeito pode tornar-se o impulso motivacional de uma luta por reconhecimento” (2003, p.224), assim, o desrespeito converte-se num motivo da resistência política.

A particularidade nas formas de desrespeito, como as existentes na privação de direitos ou na exclusão social, não representa somente a limitação violenta da autonomia pessoal, mas também sua associação com o sentimento de não possuir *status* de um parceiro da interação com igual valor, moralmente em pé de igualdade. Nesse sentido, para Honneth (2003) a dimensão do auto respeito é resgatada na participação em um movimento social: “A aceitação por um grupo na luta política restitui ao indivíduo um pouco do seu auto respeito negado” (2003, p. 96).

No que tange à RP, observa-se que o movimento foi iniciado pelos trabalhadores de saúde e que posteriormente passou a incluir os usuários e seus familiares e diversos segmentos da sociedade. Foi a *ação política* dos profissionais, inicialmente, que colocou à vista a luta por reconhecimento social dos sujeitos com sofrimento mental. Lembrando que para Arendt (2004), em sua obra *A condição humana*, é na pluralidade que se revela a ação e é partir da ação é possível instaurar interrupções e novos processos. Frente a baixa vocalização dessa parcela, é que se observa o quão crucial foram e são as articulações dos trabalhadores em saúde mental para o início das mudanças na forma do Estado tratar tal parcela.

Contudo, o movimento é caracterizado por um instável conjunto de acentuados conflitos e tensões (Diaz, 2009). Amarante (1995) mostra que alguns setores da sociedade eram (e ainda são) resistentes à RP, ele realça que na época de efervescência do movimento, os principais opositores foram: a) a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, que não optou por afrontar os segmentos tidos como conservadores da universidade, do aparato estatal, do empresariado de saúde, até porque parte destes setores eram membros da própria ABP e estavam comprometidos com um olhar mais tradicional da psiquiatria;

b) a Indústria farmacêutica, haja vista, que a RP brasileira tem como uma das bandeiras de luta o posicionamento contrário à medicalização da vida e à cronificação dos sujeitos por meio de psicofármacos; e , c) o setor privado, sobretudo a Federação Brasileira de Hospitais -FBH, que embora seja uma entidade de prestadores privados de saúde em geral, tinha em sua composição uma parcela significativa de “empresários da loucura”. Segundo Amarante (1995) no contexto do governo ditatorial houve uma ampla expansão de serviços psiquiátricos particulares, e ao final da década de 1980, com a promulgação da CF/1988, estes serviços passaram a disputar o cliente psiquiátrico com o setor público.

Em torno do movimento da RP no Brasil há uma gama de conflitos, interesses e disputas de espaço. Apesar dessas tensões, surgiram as normatizações que fortaleceram as propostas da Reforma. Um marco que colaborou para a responsabilização do Estado quanto à questão da saúde mental no país refere-se à assinatura da Declaração de Caracas, em 1990. Esta descrevia que os governos deveriam assegurar os direitos humanos às pessoas com sofrimento mental e organizar serviços *comunitários* de saúde mental.

Os desdobramentos da declaração são percebidos no Brasil com a intensificação de serviços “substitutivos” implantados. No início dos anos 1990 foram aprovadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que originaram a possibilidade, inexistente até então, para o SUS financiar programas de assistência externos ao hospital psiquiátrico para as pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. Oficializaram, ainda, as normas para o funcionamento dos CAPS, delimitando suas atribuições e diferenciando suas modalidades de acordo com a complexidade dos atendimentos e abrangência populacional (Brasil, 1992). Tais portarias indicam o caminho que vai sendo traçado pela saúde mental no Brasil num contexto de ideologia neoliberal. Os serviços que vão sendo preconizados se assimilam com os serviços extra hospitalares da psiquiatria preventiva dos EUA, de caráter intermediário (CAPS), ao invés de apresentarem um caráter de fato substitutivo (NAPS).

Em 2000, outra portaria relevante nesse processo de normatização de serviços extramuros foi a portaria 106 que criou um significativo serviço: a residência terapêutica, com vistas a abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que não conseguiram voltar para o retorno da vida no seio familiar (Brasil, 2000).

No ano seguinte, após dez anos de tramitação do projeto de Lei de Paulo Delgado, e com as pressões do empresariado e de grupos interessados na manutenção do modelo manicomial, os senadores optam em aprovar o projeto de lei do senador Sebastião Rocha (PDT-AP), que se transformou na lei 10.216/2001. Esta lei estabeleceu os direitos das

peessoas com sofrimento psíquico preconizando que assistência a esses sujeitos seja feita em serviços comunitários e não centralizada no hospital psiquiátrico e que a internação hospitalar ocorra somente quando todos os recursos extra hospitalares não forem suficientes (Brasil, 2001).

Apesar do seu texto legal diferir do projeto inicial, sobretudo ao ignorar a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, foi considerada a principal lei para o movimento da RP. Foi definido pela Lei que o tratamento pautado na reinserção social do paciente em seu meio, por isso coloca que a pessoa com sofrimento mental tem o direito de ser assistido preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

Com a institucionalização da Lei, os CAPS assumem um lugar central no novo modelo, passam a ser concebidos como serviços “substitutivos” à internação psiquiátrica. Merhy (2007) compreende que estes serviços podem fazer a crítica ao mundo manicomial e ao mesmo tempo desenvolver práticas alternativas e substitutivas. Na opinião de Souza (2015, p.51) é preciso substituir não só os hospitais psiquiátricos, mas sobretudo a lógica do modelo hospitalar”, ou seja, a existência de serviços físicos não necessariamente caracteriza uma mudança na perspectiva da “desinstitucionalização”, um CAPS pode funcionar como um serviço aberto, porém não está livre de reproduzir práticas manicomiais.

Com base na Lei 10.216 de 2001, em 2002 foi publicada a portaria 336, estabelecendo distintas modalidades de CAPS. O incentivo ao financiamento destes serviços foi prescrito na portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 no qual foi republicada em dezembro 2011 pela portaria Nº 3.089 que institui o recurso financeiro fixo para as diversas modalidades de CAPS que estejam credenciados pelo Ministério da Saúde.

Ademais, no mesmo ano, em dezembro de 2011, foi criada a principal portaria que diz respeito aos serviços “substitutivos”, a de nº 3088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, dispondo sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. As diretrizes que norteiam o funcionamento da RAPS pautavam-se no respeito aos direitos humanos; no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; na oferta de cuidado e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; diversificação das estratégias de cuidado com o foco em serviços de base territorial e comunitária e na inclusão da participação e controle social dos usuários dos serviços e de seus familiares (Brasil, 2011).

Entende-se aqui, a relevância de expor estas diretrizes, pois estas mostravam que a proposta da RAPS era totalmente oposta à lógica de tratamento do modelo centralizado no

hospital psiquiátrico. Tanto é que, na descrição de seus componentes o hospital psiquiátrico *não se apresenta como dispositivo da Rede*. Ele pode até ser acionado por ela, mas a ênfase da RAPS está nos serviços abertos.

No entanto, seis anos após o estabelecimento da RAPS, em 21 de dezembro de 2017, foi publicada no Diário Oficial da União a portaria nº3.588 que trouxe alterações profundas na RAPS. Uma das principais mudanças dizem respeito à inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado como componente da Rede (Brasil, 2017). Os defensores da RP fizeram críticas às modificações propostas por entenderem que a portaria favorece o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos indo contra os princípios da Lei nº 10.216/2001, que enfatiza o cuidado nos serviços de base territorial e por acreditarem que a inclusão destes hospitais na Rede de atendimento traz prejuízos de investimento em serviços de base territorial e comunitária, por isso, os estudiosos da Reforma ponderam que as alterações são retrocessos para a política de saúde mental que vinha tentando se consolidar no país (ABRASME, 2018).

A partir destes marcos, para Paulo Amarante (2006) a RP como um processo complexo abrange quatro dimensões, sendo: 1) **Dimensão técnico-conceitual**, que se refere ao questionamento das bases teóricas e conceituais do paradigma clássico de olhar os sujeitos com sofrimento mental. Descontrói, portanto os conceitos de doença mental, de normalidade, concepção de cura; 2) **Dimensão técnico-assistencial** – que se reporta à construção de dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento e de trocas sociais;

3) Dimensão jurídico-política que demarca a necessidade de revisão na legislação (sanitária, civil e penal), no que concerne as ações que historicamente relacionaram a loucura com a periculosidade, irracionalidade, incapacidade civil, de exercício de cidadania, irresponsabilidade, e a necessidade da criação de um arcabouço jurídico que respalde dos direitos dos sujeitos com sofrimento mental, como por exemplo a instituição da lei 10.216 de 2001; referindo assim, essencialmente ao aspecto da cidadania; **4) Dimensão sociocultural** – pauta-se pela transformação do imaginário social sobre a loucura e de relações que não sejam baseadas na intolerância, mas sim na reciprocidade e solidariedade. Também inclui o envolvimento da sociedade com a RP (Amarante, 2007).

Portanto, este processo complexo permeado por tais dimensões ora segue com avanços significativos ora com impasses e recuos. O momento atual é apreensivo. Fato é que tem havido no Brasil profundas mudanças para a política de saúde mental. Ao refletir tais mudanças é crucial situar as interferências neoliberais para o desenrolar desta política.

1.3 A saúde mental no contexto neoliberal

Sob a perspectiva do ideário neoliberal, viu-se que há um retraimento do Estado nos investimentos na política de saúde. No caso brasileiro, tem-se um descompromisso com a sustentação de um sistema de saúde pública prescrito na CF/88. Há uma tendência do mercado regular os serviços de saúde: os sujeitos que podem pagar recorrem aos serviços privados e o Estado presta os serviços apenas àqueles que não os adquirem pela via do mercado. Segundo Vasconcelos (2010, p. 03.), para a maioria da população, “fica uma assistência pública sucateada, focalizada e/ou uma forte tendência para a privatização crescente de várias linhas de atendimento à população, via provisão de serviços de saúde e saúde mental terceirizados”.

No país, os processos sociais e políticos se veem refletidos na degradação do quadro de saúde e saúde mental da população, desencadeando crescentes demandas de assistência. Nesse contexto, os desafios postos à sociedade, ao Estado e à política de saúde mental podem direcionar para uma regressão das conquistas nesta área (Vasconcelos, 2010). Cumpre assinalar, que tais conquistas estão associadas ao entendimento de que todo o decurso da RP provocou mudanças na forma da sociedade lidar com os sujeitos com sofrimento psíquico, haja vista, que o movimento pautou pela defesa dos direitos desses indivíduos e de serviços inclusivos, abertos e não segregadores como procederam, historicamente, os hospitais psiquiátricos. Foram insuficientes, contudo, tanto na assistência integral quanto na substituição dos serviços

Vasconcelos (2010) compreende que os grandes obstáculos encarados tanto pela RP como pela Reforma Sanitária, na realidade, representam um desafio com proporção mais abrangente que diz respeito *ao processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico*, o qual tem se dado em meio à crise das políticas de bem-estar social na esfera mundial e a hegemonia e expansão de políticas neoliberais, resultantes em desemprego estrutural, sucateamento das políticas sociais públicas, desfiliação e desassistência aos grupos sociais subalternos.

A transição dos cuidados às pessoas com sofrimento psíquico do modelo asilar ao modelo de atenção psicossocial - que para Costa-Rosa (2000) são as formas políticas e teórico-técnicas que fazem oposição ao modelo hospitalocêntrico- insere-se no cenário de um SUS instável, cheio de tensões e crises. Como já descrito, houve um amplo movimento de mudanças do modelo da assistência à saúde mental no Brasil, o hospital psiquiátrico perdeu a centralidade da assistência e os serviços comunitários ganharam espaço. De acordo com Andreoli (2007) novas modalidades de tratamento têm sido disponibilizadas, incluindo o acesso gratuito aos

psicotrópicos, contudo, apesar das expansões dos serviços, a RP não foi seguida pelo aumento do investimento público em saúde mental.

O autor esclarece que a Reforma não consiste numa estratégia de redução de custos; pelo contrário, ela necessariamente implica a expansão de investimentos se de fato os governos estabelecessem aprimorar os cuidados em saúde mental aos distintos grupos sociais, em especial, aos grupos em desvantagens. A lógica da RP não é meramente suprimir a assistência psiquiátrica asilar, mas de deslocar e incorporar investimentos públicos em outros modos de assistência. A questão que cabe levantar é se os investimentos feitos nesses novos modos de cuidar têm viabilizado os cuidados necessários à população com sofrimento mental no Brasil.

De acordo com Bandeira (1991), a implementabilidade de um sistema depende do apoio financeiro que obtém e neste aspecto, o campo da saúde mental no formato da atenção psicossocial baseada em serviços substitutivos ao modelo asilar de cuidado, vive um dilema estrutural quanto ao financiamento adequado. Para Fonseca (2007, p.38), diferentemente das outras áreas da saúde, os problemas de sofrimento psíquico

não são transmissíveis por vírus ou bactérias, não são identificáveis por radiografia, ou exame de sangue e não afetam, portanto, de modo claro, a taxa de mortalidade da população. As terapêuticas custam caro porque dependem fundamentalmente de pessoas que cuidam de pessoas, por um prazo, em geral, indeterminado. Ou seja, é uma área da saúde para a qual o conceito “cura” não faz qualquer sentido, e os resultados terapêuticos, portanto, não podem ser apresentados sem uma boa dose de elementos subjetivos e qualitativos de análise.

Por estas razões, do ponto de vista do autor, para os gestores públicos, que de modo geral são orientados pelo horizonte do curto prazo de quatro anos de mandato, a saúde mental é uma área de investimento de baixa rentabilidade político-eleitoral. Por exemplo, “Diz-se efetuamos 15000 operações de catarata, ou aplicamos 1 milhão de vacinas, mas não se pode dizer “realizamos 200 reabilitações psicossociais” (Fonseca 2007, p.39). Com base nesse raciocínio o autor pondera que a defesa por uma política de saúde pública eficaz, já é difícil, do ponto de vista de se assegurar os recursos necessários a implementação dos princípios básicos do SUS, os desafios postos à saúde Mental são ainda mais corpulentos.

O quadro político no campo da saúde no Brasil tem apresentado problemas graves, o subfinanciamento das políticas sociais tem inviabilizado o funcionamento de qualidade de muitos serviços substitutivos. Segundo Vasconcelos (2010), no Brasil muitos CAPS ainda não funcionam 24 horas e os que funcionam muitas vezes estão abarrotados, ficam fechados aos finais de semana, sobretudo nas regiões do interior. Há, assim, dificuldades da prestação de atendimento à crise aguda de um portador de sofrimento psíquico grave nestas regiões.

A Reforma previu a necessidade de instituições públicas que deem conta da complexidade nessa área, incluindo os subsídios para o atendimento dos quadros mais agudos e de crises que demande o internamento, que deveria ser feito em hospital geral com condições para tal. Esse atendimento na perspectiva de integralidade é muito difuso no país.

O autor assinala que nas cidades de médio/pequeno porte o número de médicos psiquiatras disponíveis é baixo e é menor ainda os que se dispõem a trabalhar na atenção psicossocial, o que dificulta os plantões desses profissionais nos CAPS (Vasconcelos, 2010). Diante disto, entende-se que a trajetória da política de atendimento às pessoas com sofrimento mental no Brasil é complexa uma vez que engloba distintos atores e discursos.

Nesse sentido, pondera-se que a RP no Brasil ainda está em curso, ou seja, está inacabada e inconclusa. Correa e Passos (2017) afirmam que é “Impossível voltar atrás”. Em concordância com as autoras, defende-se que numa sociedade democrática não há espaços para instituições *que segreguem o “diferente”, que cerceei os direitos sociais e humanos*, ou seja, é preciso reconhecer que as mudanças propostas ao campo da saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização basagliana foram avanços importantes para a legislação brasileira. Porém, isso não isenta problematizar se as normativas atuais e as gestões públicas têm de fato ofertado à pessoa com sofrimento mental *um lugar distinto* do da exclusão e marginalidade que atenda sua real demanda.

Por isso, considerando a complexidade do atual contexto do campo da saúde mental no Brasil, julgou-se relevante analisar os desdobramentos da RP em regiões do interior do país. No próximo capítulo será abordado a trajetória da RP em Minas Gerais dando ênfase às particularidades do processo no município de Montes Claros ressaltando a transição dos modelos asilar para o modelo psicossocial.

CAPÍTULO 02:

DA LÓGICA ASILAR À LÓGICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MONTES CLAROS

3.1 A Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais

O movimento da Reforma Psiquiátrica-RP influenciou a política de saúde mental do país propondo alterações no âmbito teórico conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural em relação ao sujeito com sofrimento mental. Ressalta-se como mudança substancial o deslocamento da centralidade do cuidado no espaço hospitalar para a esfera territorial. Para isto, em termos normativos, houve a proposição de uma Rede de cuidados composta por distintos serviços de caráter substitutivo ao modelo manicomial. As transformações nesse campo são variadas nas diversas regiões do país. Minas Gerais foi um dos principais estados para o curso do movimento.

No cenário mineiro, no século XIX, com a percepção de polícia sanitária vigente na época, as ações sanitárias apresentavam o cunho de controle social e muitos casos de doença mental eram direcionados para a polícia (Anaya, 2004). Os ditos loucos, além de serem recolhidos às cadeias também costumavam ser agrupados em anexos específicos nas Santas Casas de Misericórdia. De acordo com Silva (2012), a primeira lei mineira que fez menção aos considerados “alienados”, a Lei número 50 de 30 de junho de 1893, deliberava justamente auxílio financeiro para a administração dos anexos das Santas Casas, especificamente dos Hospitais de São João Del Rei e Diamantina.

Além da possibilidade de direcionar esses sujeitos para as Santas Casas, o estado os encaminhava para o Hospício nacional, o D. Pedro II no Rio de Janeiro. Este com frequência apresentava superlotação, o que corroborava para a solicitação do retorno de muitos pacientes aos seus lugares de origem. Um convênio entre o Estado mineiro e o hospício foi proposto favoravelmente em 1896, assim, eram reservados leitos para os “alienados” de Minas gerais no Hospício Nacional.

Contudo, o hospício do Rio de Janeiro em virtude da necessidade de melhoras em suas instalações e da dificuldade de receber pacientes em excesso, não manteve o convênio. Fassheber (2009) descreve que a não renovação do convênio juntamente com os altos gastos para o mantimento dos “alienados” nas Santas Casas resultou, em 1900, nas propostas de

criação da assistência específica do Estado mineiro aos loucos. Levantou-se o questionamento de qual seria o espaço adequado ofertado pelo Estado para a acomodação dessa parcela.

Machado (2009) relata que a Comissão de Saúde pública estadual, por considerar uma questão social a implantação de um hospício em Minas Gerais, propôs em 1900 à Câmara de deputados, o Projeto N°. 49, para criação da assistência aos alienados no Estado, aprovado no mesmo ano, tornando-se a Lei 290 de 16 de agosto de 1900. No período, em todo o cenário nacional estavam sendo construídas as instituições asilares psiquiátricas.

A aprovação do projeto de criação de um hospício em Minas Gerais marcou a transição da assistência aos loucos da iniciativa filantrópica, por meio das Santas Casas de Misericórdia, para o Estado (Anaya, 2004).

Estabelecida a emergência de se instaurar um local para o tratamento dos “alienados”, Barbacena foi escolhida para ser o município sede da Instituição. Magro Filho (1992), considera que pelo fato de Barbacena haver perdido a disputa de sediar a capital mineira para Belo Horizonte, recebeu como consolação a instalação do hospício, criado em 1903, vindo a tornar-se num dos maiores do Brasil.

O hospital de Barbacena, em seus anos iniciais apenas recebia homens. A partir de 1905 que a ala feminina foi formada. Os pacientes admitidos eram tanto particulares como públicos. Magro Filho (1992) demonstra que havia distinção de tratamento entre os mesmos principalmente no que diz respeito à laborterapia (técnica usada para o tratamento na qual considerava a necessidade de combater a ociosidade e que o trabalho possibilitaria ao louco a canalização da sua agressividade e até mesmo a cura). Porém, somente os pacientes pobres eram forçados a desenvolver as atividades laborativas, sem qualquer tipo de remuneração. Eram trabalhos desenvolvidos em lavouras, confecção de tijolos e de produtos vendidos ou consumidos no hospital. Percebe-se que havia uma separação entre os internos ricos e os pobres e que os fins das atividades laborativas não eram terapêuticos.

Com o aumento do número de internos e o crescimento dos custos para manter o funcionamento do hospital, criou-se um campo anexo: a colônia, inaugurada em 1911, onde os internos -somente os indigentes pobres- eram obrigados a trabalhar com vistas a suprir as dificuldades financeiras do Estado. Isto é, a colônia, possuía essencialmente, duas finalidades: “*suavizar*”, por meio do trabalho, o sofrimento dos pacientes e “*suavizar*”, por meio do trabalho dos pacientes, os sofrimentos econômicos do Estado” (Silva, 2012, p.80).

A clientela do hospital crescia de modo significativo em número e diversidade. Segundo Fassheber (2009) o público acolhido em Barbacena era muito vasto, pois eram enviados “loucos” de todas as partes do Brasil. A cidade, que anterior ao hospital, era lembrada

pela produção de rosas, sendo até mesmo chamada de “cidade das rosas” passou a ser conhecida como a “cidade dos loucos”. Além de chegarem de distintos lugares, dificilmente retornavam, “qualquer pessoa que fosse enviada à Barbacena no “trem-de-doido”, meio mais comum na época, ou por qualquer outro meio, dificilmente sairia de lá” (Fassheber, 2009, p.40). Para Goulart (2015, p.198), não é difícil entender o como e o porquê se dava o fenômeno da superlotação no estabelecimento psiquiátrico: “qualquer um poderia, literalmente, internar qualquer um”. Magro Filho (1992) demonstra que as internações feitas no Estado tinham mais um caráter político e social do que patológico.

Com a superlotação do manicômio de Barbacena, pacientes dormiam no chão, as camas foram substituídas por feno, pacientes ficavam presos em celas em condições insalubres. O hospital possuía um mal cheiro que atraía a presença de urubus (Machado, 2009). A solução para o problema da superlotação, foi, em 1922, a criação do Instituto Neuropsiquiátrico, que se tornou o Instituto Raul Soares na capital mineira. Nos anos seguintes foram criados estabelecimentos públicos psiquiátricos, tais quais: Hospital Psiquiátrico do município de Oliveira (1924), o Manicômio Judiciário em Barbacena (1929), o hospital de Neuropsiquiatria Infantil (1947) e o Hospital Galba Veloso (1962) (Anaya, 2004).

Apesar da criação de estabelecimentos públicos, em virtude das dificuldades das instituições públicas em atender a demanda pela internação (a única referência de cuidado e tratamento na época era exclusivamente a internação hospitalar), abriram-se precedentes para criação de clínicas privadas. Em 1953, no Estado havia 16 instituições psiquiátricas particulares, que por possuírem dificuldades financeiras, recorriam aos subsídios do governo Estadual (Fassheber, 2009).

No ano de 1961, tem-se as primeiras denúncias em relação ao Hospital Colônia de Barbacena. Um filme denunciando a situação crítica dos pacientes foi exibido por uma emissora de televisão e a Revista “*O Cruzeiro*” divulgou reportagens sobre o hospital ressaltando as denúncias. As imagens expostas na revista haviam sido registradas pelo fotógrafo Luiz Alfredo e foram publicadas em 2008 no livro “*Colônia: tragédia silenciosa*” organizado por Jairo Furtado Toledo. Neste livro há o depoimento do fotógrafo sobre a passagem pelo hospital mostrando a precariedade e as condições indignas que os internos estavam expostos:

à medida que transpúnhamos portas e mais portas até atingir os pátios, sentíamos que nada daquilo poderia ser normal [...] Nos pavilhões vi muita promiscuidade, pois homens nus, velhos e jovens, alguns ainda meninos, se misturavam sem qualquer critério. Nenhum tratamento, nenhum tipo de ordenamento. Passei por uma cozinha onde carnes eram cortadas no chão e os urubus espreitavam por toda a parte. Íntimos da morte, eles sabiam mais do que nós sobre aquele lugar.

Os alojamentos, os trapos das camas se misturavam com os trapos que cobriam os corpos. As moscas incomodavam mais nos salões cobertos de capim, que serviam de cama para uma parcela dos pacientes (Alfredo, 2008, p.27.)

Diante da realidade assustadora do hospital colônia de Barbacena, ainda em 1961, o jornal “*Diário da Tarde*” também publicou reportagens, denominando-o de “*sucursal do inferno*” (Machado, 2009). Na mesma década, em 1968, foi incluído à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e, posteriormente, em 1977, integrado a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais- FHEMIG, que assumiu a supervisão e manutenção dos hospitais psiquiátricos estaduais (Fassheber, 2009).

Em visita ao hospital, realizada pelo ex-Superintendente Geral da FHEMIG, O Prof. José Ribeiro Paiva Filho, em 1969, o mesmo narrou um cenário alarmante: a capacidade instalada era de 2.000 leitos, porém havia mais que o dobro de pacientes internados e mensalmente ocorriam de 100 a 200 mortes (Silva, 2008).

Frente às denúncias que revelavam a lógica segregadora do hospital psiquiátrico, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente explodiu em Minas Gerais e emergiram acontecimentos no Estado que refletiram marcadamente no movimento de RP brasileira.

Segundo Goulart (2015), em 1979, no Jornal Estado de Minas foi reproduzida uma série de reportagens intitulada “*Nos porões da loucura*” sobre o hospital de Barbacena. Para a autora, as reportagens favoreceram condições de mobilização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria em que houve a apresentação do documentário “*Em nome da razão*”, de Helvécio Ratton de grande repercussão nacional.

O Congresso contou com a presença de Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich. O evento, conforme Anaya (2004), reuniu pela primeira vez no Estado os diversos profissionais da área da saúde mental, não sendo assim, centralizado na figura médica. Fassheber (2009) reitera a colocação ao expor que além dos 48 técnicos e outros profissionais da área, participaram ativamente familiares, usuários e sindicalistas do setor saúde.

A participação de Basaglia foi fulcral. O mesmo ressaltou as denúncias existentes e trouxe propostas para a reformulação da política de saúde mental com base na experiência de desinstitucionalização da Itália, instituindo o início da RP no Estado de Minas Gerais e sendo determinante para o decurso desse processo no território nacional.

Com base nas discussões do III Congresso, novos rumos foram tomados no Estado quanto o campo da saúde mental, tais como: a aprovação pela FHEMIG, em 1980, de um projeto voltado para a reestruturação da assistência psiquiátrica; a criação, em 1994, do Fórum Mineiro

de Saúde Mental (FMSM)-uma entidade de organização da sociedade civil que articula usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental na defesa pelo rompimento com lógica manicomial a partir de denúncias, projetos, eventos, cursos de capacitação; e a aprovação da Lei 11.802 de 1995 que definiu os princípios legais para a RP mineira (Anaya, 2004). Sublinha-se que a lei em questão, determinou “a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes” e estabeleceu recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, sendo estes:

I - Ambulatórios; II - serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência; III - leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais; IV - serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite; V - centros de referência em saúde mental; VI - centros de convivência; VII - lares e pensões protegidas (Minas Gerais, 1995).

A regulamentação da Lei estadual significou avanços no que diz respeito à transferência de recursos que eram voltados aos hospitais psiquiátricos para a criação de novos serviços de base comunitária (Anaya, 2004); à reintegração social do sujeito com sofrimento psíquico e o seu reconhecimento como sujeito de direitos.

Diante do exposto, o Estado de Minas Gerais, pelo seu histórico de criação e expansão de hospitais psiquiátricos públicos ou privados, ficou tradicionalmente conhecido como um parque manicomial (Anaya, 2004; Goulart, 2015). Conquanto, a partir do movimento da RP e suas influências nas legislações, esse cenário foi modificado. Ocorreu uma redução do número de hospitais psiquiátricos sobretudo após a vistoria e avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares do Ministério da Saúde (PNASH) (Goulart, 2015). Houve a expansão de serviços considerados substitutivos, em especial dos CAPS, com destaque para os serviços instalados em Belo Horizonte, os Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAMs que foram projetados e operacionalizados para serem de fato serviços substitutivos e não alternativos ao hospital psiquiátrico, por isso chamados de “*NAPS à mineira*” (Lobosque, 2003 *apud* Anaya, 2004).

Atualmente o Estado possui trezentos e trinta e nove (339) CAPS, oitenta e oito (88) hospitais psiquiátricos que atendem pelo SUS, sendo que 03 (três) desses são públicos, pertencentes à FHEMIG, são eles: o Hospital Raul Soares, o Hospital Galba Veloso, localizados ambos em Belo Horizonte, e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena- CHPB. Os outros cinco, são privados, mas possuem convênio com o SUS, estes são: o Hospital Gedor Silveira, no município de São Sebastião do Paraíso; Hospital Otto Krakauer, no município de Passos; Sanatório

Espírita de Uberaba; Hospital Bento Menin no município de Divinópolis; Hospital José Dias Machado, no município de Ituiutaba (Minas Gerais, 2018).

Considerando a diversidade das regiões do Estado, na sequência será retratado acerca da transição do modelo de cuidado asilar para o modelo psicossocial em Montes Claros, principal cidade do norte de Minas que contou durante aproximadamente 58 anos com o funcionamento de uma instituição psiquiátrica fechada.

3.2 A Reforma Psiquiátrica em Montes Claros

Dizia Guimarães Rosa “*Minas Gerais é muitas. São, pelo menos, várias Minas*”. Pereira (2007, p.29) considera tal frase uma “afirmação evidente da existência de especificidades regionais no interior do Estado”. Possuindo o maior número de municípios no país (853), o Estado de Minas Gerais é dividido em doze mesorregiões⁸ que apresentam particularidades físicas, socioeconômicas e culturais (Fonseca, Guimarães e Fernandes, 2014). Nesta divisão, a mesorregião norte mineira distingue-se das demais tanto pelos seus aspectos fisiográficos quanto pelos baixos indicadores socioeconômicos de alguns municípios que se assemelham a realidade do sertão do Nordeste, por tais características é conhecida como “sertão⁹ das gerais” (Pereira, 2007).

Sob esse fundamento, segundo De Paula (2003), o norte de Minas apesar de pertencer à região Sudeste, considerada a mais próspera do país, é identificado como uma de suas áreas mais pobres, chegando até mesmo a receber incentivos do governo federal como se pertencesse ao Nordeste. Além disso, os longos períodos de seca frequentes na mesorregião também corroboram para o estereótipo de um lugar de pobreza e atraso.

No norte de Minas, formado por sete microrregiões¹⁰, Montes Claros assume posição principal, é a única cidade da mesorregião com população superior a 100 mil habitantes

⁸ Entende-se por Mesorregião, uma área individualizada em uma Unidade da Federação, que apresenta formas de organização do espaço geográfico definidas pelas seguintes dimensões: o processo social, como determinante, o quadro natural, como condicionante e, a rede de comunicação e de lugares, como elemento da articulação espacial. Estas três dimensões possibilitam que o espaço delimitado como mesorregião tenha uma identidade regional. Esta identidade é uma realidade construída ao longo do tempo pela sociedade que ali se formou.

⁹ Mister lembrar que nos séculos XVII e XVIII, as áreas interioranas, mais distantes da costa e pouco povoadas, eram denominadas de Sertão. No território que seria o estado de Minas, a palavra sertão assou a referir-se à grande área ao norte, na qual a atividade central era a pecuária extensiva

¹⁰ As microrregiões foram definidas como parte das mesorregiões que apresentam especificidades quanto à organização do espaço. Essas especificidades não significam uniformidade de atributos, nem conferem às microrregiões autossuficiência e tampouco o caráter de serem únicas, devido à sua articulação a espaços maiores, quer à mesorregião, à Unidade da Federação, quer à totalidade nacional. Essas especificidades se referem à

e desempenha a função de centralizar serviços financeiros, suporte administrativo, serviços de educação e saúde (Pereira, 2007). Interessa discorrer sobre os desdobramentos da RP nesta microrregião.

Conforme já exposto até aqui, com o movimento da RP uma série de leis, decretos e portarias foram regulamentadas que favoreceram a implantação de pertinentes mudanças no sistema de atenção à saúde mental. Juntamente com as transformações também surgiram contradições e impasses. O debate acerca do seguimento (ou não) da RP está longe de esgotar-se. Segundo Lobosque (2007) esse movimento nunca foi consensual, nem jamais buscou unanimidades. Diante disto, em Montes Claros assim como em outras localidades, os aspectos envolvidos no processo de desinstitucionalização e na implementação da RAPS são complexos uma vez que envolve diversos atores e interesses.

Com vistas a refletir sobre os desdobramentos da RP para a política de saúde mental no município, em especial a partir do fechamento do hospital psiquiátrico da cidade, buscou-se identificar e analisar sobre a transição da lógica de cuidados pautado no modelo hospitalocêntrico (asilar) para uma lógica baseada no modelo psicossocial. O uso aqui da palavra processo designa sentido de ação continuada, isto é, fala-se de um caminho em curso, que ora exprime progressos, ora retrocessos se não houver sujeitos políticos que o fomentem.

Para tanto, foram escutados alguns dos sujeitos envolvidos nessa trajetória. Sendo 08 (oito) profissionais de distintas categorias que trabalharam no Prontamente e que atuaram ou atuam em algum dos dispositivos da RAPS; 02 (duas) profissionais que fizeram parte da implementação inicial da RP na cidade, 02 (dois) representantes do Conselho municipal de saúde e 01 (um) representante da Associação de usuários e familiares.

estrutura de produção: agropecuária, industrial, extrativismo mineral ou pesca. Essas estruturas de produção diferenciadas podem resultar da presença de elementos do quadro natural ou de relações sociais e econômicas particulares. (Montes Claros, Bocaiuva, Grão Mogol, Salinas, Januária, Janaúba e Pirapora)

Tabela 1: Relação e identificação dos Entrevistados:

Entrevistados	Identificação	Atuação Hospital Psiquiátrico-	Atuação em algum ponto da RAPS- Ano
Técnico de Enfermagem	TE1	Prontamente	CAPS TM
Técnico de Enfermagem	TE2	Prontamente	CAPS AD
Médico Psiquiatra	M.P	Prontamente	Hospital geral
Enfermeiro	E1	Prontamente	Hospital geral
Enfermeiro	E2	Prontamente	Hospital geral
Assistente Social	A.S	Prontamente	CAPS TM
Psicóloga	P1	Prontamente	CAPS AD; Atenção Básica.
Psicóloga	P2	Prontamente	CAPS TM; Atenção Básica.
Psicóloga	P3	-----	GRS, CAPS TM
Psicóloga	P4	-----	CAPS TM, Atenção Básica.
Representante Conselho Municipal de Saúde	RCMS1	-----	-----
Representante Conselho Municipal de Saúde	RCMS2	-----	-----
Representante da Associação de Usuários e Familiares	R.A	-----	-----
Representante da GRS	RGRS		

Contou-se também com a pesquisa documental. Teve-se acesso através da Gerência Regional de Saúde- GRS a um dossiê feito em 2009 pela Coordenação Estadual de Saúde Mental acerca do descredenciamento do Prontamente do SUS. No dossiê constavam atas de reuniões, relatórios de visitas técnicas ao hospital, documentos elementares para a análise da construção da trajetória da RP municipal.

A análise do material empírico permitiu a organização do estudo em torno de oito categorias temáticas centrais. Ao longo deste capítulo, abordou-se 04 (quatro), a saber: 1) *o modelo asilar em Montes Claros*; 2) *O processo de fechamento do Prontamente e a transição de modelos de cuidados*; 3) *Atores da Reforma Psiquiátrica*, e 4) *O rompimento com a centralidade do hospital*.

3.2.1 O modelo asilar em Montes Claros

O hospital psiquiátrico Prontamente funcionou na cidade Montes Claros até o ano de 2012 prestando atendimento para o município e toda a região norte-mineira. Apresenta-se aqui um pouco da trajetória dessa instituição para debater, mais à frente, sobre como a política de saúde mental tem se desenrolado com o encerramento de suas atividades.

Segundo Machado (2009) desde a primeira metade do século XX, com a expectativa de modernização e industrialização, a intenção pela construção de hospício na região fazia parte do pensamento de políticos, médicos e da população. Tal projeção ampliou sobretudo a partir de 1950. Sucedeu na cidade um grande aumento de migrantes que procuravam por oportunidades de trabalho e melhores condições de vida, o que favoreceu com a expansão do número de indivíduos que viviam em péssimas condições. Destarte, num contexto de crescimento e modernização, garantir a ordem e a “normalidade” era algo necessário para manter o curso do progresso (Silva, 2012).

Importante lembrar que, o fluxo de migrantes da cidade intensificou-se desde a década de 1920, com a chegada da estrada de ferro. Conforme Machado (2009, p.55), a ferrovia representava “um processo civilizatório industrial e urbano”, favorecendo para que Montes Claros se tornasse um ponto de referência comercial. O crescimento advindo do “progresso” que chegava trouxe os seus impactos. Muitas pessoas foram atraídas pela cidade em busca de trabalho e até mesmo para escaparem da seca que trazia dificuldades para a região, o que concedeu a Montes Claros o *status* de polo regional, “boca do Sertão” (Machado, 2009).

A ferrovia, que foi relevante para transformar a cidade num polo e atrair o progresso, também serviu para afastar aqueles que não colaborariam com dinâmica desenvolvimentista. Juntamente com o crescimento populacional veio problemas urbanos tais como o desemprego, a miséria, o aumento da circulação de mendigos e violência. Como descrito por Machado (2009), a presença de mendigos e loucos vagando pela cidade causava desconforto para a população. A figura do sujeito com sofrimento mental, do louco, era associada à periculosidade e a vagabundagem. Sob a perspectiva de limpeza social, os desarrazoados eram escorraçados da cidade por meio do trem de ferro, isto é, “no sertão das Gerais, o mesmo trem, que trazia imigrantes e os loucos das redondezas para Montes Claros, levava outros loucos para Barbacena” (Machado, 2009, p. 57). Além do envio para o hospital Colônia, os desviantes também eram direcionados para a cadeia, a loucura era caso de polícia (Silva, 2012).

Era comum o anseio por um hospício local que fosse capaz de solucionar os problemas ocasionados pelos desviantes - que de certo modo interferiam negativamente para o desenvolvimento cidade. Por outro lado, as más condições do transporte dos loucos feito pelo trem de ferro bem como as frequentes notícias sobre o alto número de óbitos dos internos que ocorriam no Hospital de Barbacena, geraram certa indignação na sociedade montes-clarense, intensificando as reivindicações de um hospital para a cidade e região (Caleiros e Celestino, 2010; Silva, 2012).

Frente à isto, em 1952 foi autorizada pelo governo estadual a construção de um Hospital Regional Psiquiátrico para o atendimento de todo o norte de Minas que seria sediado em Montes Claros com a expectativa de disponibilizar 500 leitos podendo ser ampliados para 1.500 para desafogar a Colônia de Barbacena e o Hospital Raul Soares (que também chegou a receber os loucos norte-mineiros) (Mendonça, 2009). A obra até foi iniciada, porém o Estado não garantiu os recursos financeiros para sua continuidade.

Na década de 1960, a instalação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) proporcionou mudanças na região uma vez que atraiu indústrias por meio de incentivos fiscais e linhas de crédito, demarcando o processo de industrialização e modernização da cidade. Porém, de acordo com Pereira (2007) a vinda da SUDENE não atingiu os resultados esperados pois o investimento não se associava à história agropastoril da região. Fato é que as pessoas continuaram sendo atraídas para Montes Claros, mantinha-se o aumento dos miseráveis nas ruas e que, com a SUDENE, houve a expectativa de consecução de recursos financeiros para dar seguimento às obras do hospício para a região (Celestino, 2011), o que o não ocorreu.

Diante da não concretização do hospital público, em novembro de 1964, o único Psiquiatra da região, Áflio Mendes, implantou em Montes Claros o primeiro hospital psiquiátrico norte mineiro intitulado “Santa Catarina” de caráter privado, não atendendo, assim, a população empobrecida, o que significava que a problemática dos loucos não se resolveu. Celestino (2011, p.77) afirma que “seus destinatários seriam os “cidadãos” enlouquecidos; não alcançaria a “plebe insana” sistematicamente embarcada para o hospício de Barbacena.” A cidade continuava com a prática de expulsão dos loucos frente à insuficiência de serviços de assistência a estes sujeitos.

Áflio Mendes se afastou do hospital em 1976, que por sua vez, passou a ser administrado por um grupo de psiquiatras transformando-se em “*Prontamente: Clínica Psiquiátrica de Repouso*”. Os internamentos davam-se pelo convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ou pelo Funrural (Machado, 2009). O atendimento público, aberto

para os que não podiam pagar, só começou a ocorrer em meados da década de 1980 e início da década de 1990 (Silva, 2012). Neste período é que iniciou uma ampliação dos serviços de saúde mental no município, conforme será melhor exposto adiante.

Viu-se que oficialmente a Lei da RP, a 10.216 de 6 de abril de 2001 que completou 18 anos em 2019, viabilizou os subsídios no âmbito formal para deslocar a ênfase do cuidado em saúde mental no modelo asilar para o modelo psicossocial. Em Montes Claros, o hospital psiquiátrico Prontamente atuou como referência para o atendimento dos casos de saúde mental durante 36 anos (lembrando que até o ano de 1976 o hospital em questão funcionava como clínica Santa Catarina, ou seja, o funcionamento de uma instituição psiquiátrica, de um modo geral, durou cinquenta e oito (58) anos no município).

Inferiu-se até aqui que os hospitais psiquiátricos ao longo da história funcionaram como locais de afastamento dos considerados desajustados. O “tratamento” manicomial que chegou a ser ofertado nesses espaços refletia a indiferença da sociedade em conviver com estes sujeitos. O Prontamente não se diferenciou da maioria das instituições psiquiátricas fechadas que deixaram marcas à assistência psiquiátrica do Brasil, apresentado em parte de sua trajetória características manicomiais, segregadoras, conforme relatado pelos pesquisados.

Uma marca comum destas instituições era o cheiro de fezes e urina. Basaglia (1985) afirmava que ao entrar em um hospício logo se deparava com um cheiro insuportável, que para ele era “um cheiro típico dos manicômios”. Tal característica foi explicitada pelo técnico de enfermagem 01 que trabalhou durante 21 anos na instituição, ingressou no final da década de 1980; pela Assistente Social que atuou no hospital no final da década de 1990 e início dos anos 2000; pela psicóloga 02 que trabalhou de 1991 a 1993 e pelo técnico de enfermagem 02 que trabalhou de 2010 a 2012:

Só que quando eu entrei lá dentro o cheiro impregnava, aí eu falei que não ia dar conta desse trem não, eram aqueles colchões, aquelas camas mal arrumadas, cheiro de xixi, de fezes, cheirava parecido com curral (TE1).

[..] Eu ficava agredida pelo desconforto, os colchões eram de plástico, claro que os pacientes faziam xixi, infelizmente isso acontece. [..] Às vezes não tinha lençol, não tinha travesseiro, os banheiros sempre assim, sabe, não estou falando que era falta de cuidado do hospital, era também, mas é claro que os pacientes faziam xixi no chão, então ficava assim aquele cheiro de ranço (A.S).

A estrutura era de baixíssima qualidade, quartos, deve ter imagem disso nas últimas intervenções feitas, porque assim, eram quartos com seis camas, cinco camas, quatro camas de ferro com colchão coberto de plástico cheirando xixi, muito xixi, não tinha cobertor, não tinha lençol, não tinha nada. [..] Então era super precária a situação, os banheiros não tinham chuveiros, eram sujos, mal cheirosos, não tinha as vezes luz, não tinha papel higiênico, sabonete a família tinha que trazer, shampoo, pasta de dente, então a família que levava nunca aparecia para o paciente e ele não tinha lugar

para guardar. [...] O investimento no gasto com o paciente era o mínimo do mínimo do mínimo. Era isso, a marca do hospital psiquiátrico para mim: era o cheiro de xixi, você chegava e já sentia o cheiro de xixi (P2).

A estrutura era meio que precária, as camas: péssimo estado, o colchão: péssimo estado, cobertor, lençol rasgado (TE2).

Em referência às características destas estruturas institucionais, segundo Amarante (2007) imperou-se uma noção bastante excludente que considerava o louco como um indivíduo sem autocontrole, perigoso, um animal e, deste modo, não-humano, por isso os espaços de internamento apresentavam péssimas condições de acomodações numa lógica: condições precárias para sujeitos precários.

Um local cheio grades, um ambiente prisional, um cárcere. Estes foram alguns dos atributos concedidos por parte dos pesquisados ao Prontamente. Atributos similares às características do que Goffman (1974) denomina de instituição total. O médico psiquiatra descreveu que

[...] quando chequei aqui, que era um **hospital típico dos hospícios, típicos dos manicômios, de reclusão mesmo**, eu vim de Belo horizonte e instalei um divã em uma das salas do hospital para tentar introduzir um pouco né do que seria um discurso diferente, um discurso de liberdade, vamos dizer assim: a liberdade possível, que a seria a que psicanálise vincula, mas dentro do hospital psiquiátrico, de **um ambiente prisional, manicomial mesmo, de contenção**.

Para a Assistente Social e para as psicólogas 01 e 02:

Lá era **cheio de grades!** A pessoa ficava naquele espaço. [...] Mas aí eu fico pensando no tratamento do Prontamente, como querer que o paciente melhore em um ambiente hostil, em um ambiente pouco acolhedor? Só de você chegar e ver **aquele tanto de grade** que cercava o seu direito de ir, tinha paciente que tinha consciência, outros não, mas muitos tinham consciência, na hora que fechava aquela **grade** e aí? Você ficava restrito àquele espaço. Quando saía do Prontamente eu falava graças a Deus. Eu ficava oprimida lá, e os pacientes que ficavam 40 dias? (A.S)

Eu me lembro que havia sim características de instituição total, na perspectiva de ter horários para todos almoçarem, todos jantarem, todos tomarem banho, não havia uma preocupação muito grande em problematizar para os auxiliares de enfermagem da instituição a importância de singularizar um pouco a atenção, mas isso era assim uma situação que estava para além do nosso controle. Quando nós estávamos presentes havia uma tentativa de dar mais crédito à fala do paciente, mas na nossa ausência a gente sabia que a situação ainda tomava rumos assim. Rumos bem manicomial mesmo de um certo poder exercido sobre o desejo do sujeito. Um descrédito muito grande dos pacientes, por exemplo, de falar que estava com dor de barriga e considerar que era coisa da cabeça, delírio, usava-se muito essa expressão. Em resumo a rotina era muito essa: chegar, higienização, tomar café, ficar entre uma das atividades que poderia ser oferecida, almoçar (P1).

O hospital psiquiátrico era uma situação que você nunca vai imaginar, ninguém vai imaginar o que que era um hospital psiquiátrico sem ter passado por lá. Era um cárcere (P2).

Segundo Goffman (1974) uma “instituição total” é um espaço de residência e trabalho onde um número significativo de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por um considerável período, “levam uma vida fechada e moralmente administrada” (1974, p. 11). Para o autor, toda instituição total possui tendências de “fechamento” e é o “fechamento” seu carácter total, pelo qual é representado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída. Esta barreira apresenta-se visivelmente na estrutura física das instituições, por exemplo: portas fechadas, paredes altas, arame farpado, grades.

A internação, numa instituição de carácter total, logo, possuía um carácter prisional, punitivo. Nesse âmbito é pertinente utilizarmos o termo “*criminalização da doença*” usado por Basaglia citado por Barros (2002), referente ao fato da pessoa, por causa de sua “doença”, ser punida através da segregação manicomial e da perda de direitos.

Outra particularidade básica dessas instituições foi o controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas, ou seja, os internos quando se movimentam, são constantemente supervisionados por um pessoal, cuja atividade principal é a vigilância (Goffman, 1974). Nesse viés, no que tange ao hospital psiquiátrico, para Foucault (2009) o reordenamento dessas instituições deu-se essencialmente, a partir da disciplina que exerceu a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Essa perspectiva disciplinar que tem como eixo central o isolamento corrobora com uma aniquilação do sujeito social. Essa aniquilação é própria da sociedade desigual e de contextos de inexistência, “as condições de vida sob forte humilhação e estigma são mais propícias para destruir a capacidade dos sujeitos (e de seus familiares) de agirem como sujeitos políticos, em defesa de si e da sociedade” (Martins, 2018, p.383). Logo, as instituições totais, no caso aqui, o hospital psiquiátrico, reproduziram internamente a violência e exclusão presentes extramuros.

Basaglia (1985, p.120) ao considerar o hospital psiquiátrico como uma instituição de violência afirmava que “o homem, coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedade são a regra, seja qual for seu estado mental, se objetiviza gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas”. Ainda, reiterava: “torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas” (1985, p. 121).

Compreende-se que a absoluta privação da vida social se interliga à privação dos direitos básicos e da constituição da cidadania. De acordo com Pirella (1985, p.176) durante

anos, “o doente mental foi - e ainda é- aquele a quem se pode oprimir brutalmente: um cidadão privado de seus direitos. É aquele que se pode privar de sua liberdade pessoal, de seus pertences, de suas relações humanas por tempo indeterminado”. Nas falas de parte dos entrevistados alguns elementos ilustram o caráter de maus tratos e violação de direitos que, em algum momento, foram presentes no Prontamente:

O tempo todo havia violação de direitos, a pessoa estava privada dos direitos dela, ela não podia sair, ela não tinha data para sair, ela não podia fazer planejamento algum (P2).

Algumas outras coisas aconteceram no Prontamente, teve gente que perdeu o braço, que teve que amputar por causa de injetar medicamento fazia fora da veia, alguns casos assim. Agressão de um paciente no outro, pancadas na cabeça, traumatismo, existia essas coisas. Era muita gente, os técnicos as vezes não davam conta de ficar em todo lugar a todo momento, então essas coisas aconteciam. Houve algumas amputações de membros, de braços, eu lembro. Tem uma paciente nossa que vem aqui até hoje aqui e que teve o braço amputado lá no Prontamente (TE1).

É quase inevitável em um ambiente hospitalar com 120 pessoas não acontecer algum tipo de abuso de poder, abuso de autoridade, ou uma contenção mal feita, só que não era nada que alardeasse [...] teve lá algumas coisas que foram graves, eventos que chamaram atenção pública, como por exemplo na época em que queimou-se lá uma pessoa que tinha uma importância artística na cidade, o Raimundo Colares¹¹, umas coisas que tiveram repercussão mas que nunca ficaram criminalizadas (M.P).

Tinha casos de maus tratos, mas que não eram denunciados porque as pessoas precisavam do Prontamente, ele era uma muleta. Como é que eu vou denunciar aquele me acolhe quando eu preciso? (A.S)

Sobre este ponto, no Plano de Substituições dos Leitos Psiquiátricos de Montes Claros e Barbacena (2003) foi descrito que o Prontamente sempre foi alvo de denúncias por parte dos seus usuários, familiares e trabalhadores da saúde. Contudo, tais denúncias (que iam desde a cobranças de consulta para internar pelo SUS à assistência insatisfatória aos internos), nunca foram investigadas em virtude de terem sido feitas verbalmente ao invés de serem formalizadas por receio de represálias (Minas Gerais, 2009).

Basaglia (1985) considerava que a violência e a exclusão estavam na base das relações que se estabelecem na sociedade. Infere-se que a marginalização dos internos de um

¹¹“Raymundo Colares foi considerado como um dos mais expressivos artistas da geração 60/70 do país. Em março de 1986, Raymundo por vontade própria se internou no Prontamente de Montes Claros. Buscava alívio para a sua dependência das drogas. Após alguns dias, amarrado à cama que se incendiou, não se sabe como (fala-se em cigarros) queimou-se vivo quase que na completude física. Seu corpo apresentou o que na medicina se classifica como “grande queimado”. Tradlado para o CTI do Hospital São Lucas, onde resistiu por 3 dias, faleceu no dia 28 de março, uma sexta-feira da paixão, deixando em estado de choque a cidade de Montes Claros e, transtornado, o mundo artístico do Brasil” (Patrocínio, 2010).

hospital psiquiátrico não se restringe às paredes da instituição, o horror que fez parte da rotina nesses espaços era um reflexo das relações sociais extramuros.

Outra questão que é de extrema relevância realçar diz respeito aos tipos de recursos utilizados no hospital psiquiátrico como meios para o “tratamento”. Pirella (1985, p.177) descreve que nesses locais de reclusão usava-se “terapias terríveis e degradantes”. No país, sobretudo nas décadas de 1940 e 1950, houve a adoção de inúmeras terapias biológicas, dentre elas a eletroconvulsoterapia (ECT) (Martins *et al.*, 2011). A eletroconvulsoterapia é um tratamento biológico que consiste na indução de convulsões generalizadas, com duração de 20 a 150 segundos, pela passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro (Perizzolo *et al.*, 2003). O método foi batizado como “eletrochoque”, popularizado como ECT (Moser *et al.*, 2005). Os profissionais mostram em suas falas que o uso de ECT no Prontamente chegou a fazer parte da rotina dos pacientes:

O que mais me assustou foi o eletrochoque, hoje é proibido, só é permitido em casos específicos, mas lá era a coisa que mais me assustava, tinha o prontuário do paciente e na capa do prontuário de vários pacientes tinha assim “ECT três vezes por semana” “ECT duas vezes por semana”. Era uma coisa que me chocou horivelmente, os pacientes tinham pânico. Eu não sei qual era a lógica, entendeu? Era uma coisa que não se discutia. [...]O eletrochoque era cotidianamente, fazia parte da rotina. Os pacientes tinham pavor, eles saiam igual zumbis, aquele passo trôpego, eu nunca quis assistir. Eles iam porque os técnicos de enfermagem eram grandões, eles pegavam e levavam, os pacientes eram reféns, era muito dolorido sabe...(A.S).

O eletrochoque fazia parte da rotina dos pacientes. Eu fazia em uns oito por dia. [...]Já teve caso de paciente que teve parada respiratória, mas era mais comum eles morderem muito a língua, essas coisas assim, porque na hora de travar a boca a pessoa tinha de saber como, porque na convulsão balança muito e se a pessoa não saber como travar a boca, segurar o queixo, mordida a língua (TE1).

Eu acho que os pacientes de fato reclamavam muito, já vi situação de aplicação de eletrochoque, havia um tratamento as vezes muito incisivo, para não dizer brutal, um descaso com a fala dos pacientes. Havia um receio nosso em relação a algumas condutas, mas nós não tínhamos muito acesso em termos eletrochoque, não poderíamos interferir muito (P1).

Tinha muito choque elétrico, todo dia em muitos pacientes. Foi a primeira intervenção que o ministério da saúde fez nesse hospital, que teve um pequeno efeito, foi que o choque fosse assistido por um médico. Antes não era. Era prescrito, uma prescrição que era para todos. Você chegava e estava a filhinha na porta do quarto. Se você visse o equipamento de eletrochoque do Prontamente você ficava... [...] Era igual ao que aparece no filme “Bicho de Sete Cabeças”, muito arcaico. ... [...] Todo dia tinha sessão de eletrochoque. Tinha paciente que tomava todos os dias (P2).

A crítica ao uso indiscriminado do eletrochoque e à cronificação dos pacientes foi um ponto significativo no bojo das reivindicações do movimento da RP no Brasil. No relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, foi proposto “abolir o

eletrochoque, por ser prática de punição, de suplício e de desrespeito aos direitos humanos”, no mesmo relatório foi exposta uma moção de repúdio à utilização da Eletroconvulsoterapia (ECT)¹².

Além destes pontos elucidados, o modelo asilar é qualificado pela lógica biomédica, pela centralização de poder na figura médica. Nessa lógica há uma ênfase em práticas de cunho medicamentoso com pouca (ou nenhuma consideração) por aspetos psicossociais. Nas entrevistas identificou-se que no Prontamente somente o médico dizia quem internava e por quanto tempo duraria a internação, ademais, o foco medicamentoso também ficou explícito:

-O tratamento era a privação de liberdade, e medicamentoso (P2).

O médico que determinava o tempo também, o paciente podia ficar até 45 dias, geralmente eles ficavam um mês a 45 dias [...] Eu acho que os médicos queriam mais era medicalizar, lá a conduta era muito mais medicamentosa, era de acalmar os pacientes. O que eu sentia falta era da abertura para o diálogo com os médicos, de liberdade para propor, em minha prática eu nunca conversei, nunca sugeri por exemplo de falar “olha fulano podia ter alta (A.S).

O período da alta sempre foi definido pelo psiquiatra. Era um tratamento de base medicamentosa e como havia as exigências de que outros profissionais pudessem participar isso foi ofertado. Eu penso que na perspectiva de um acompanhamento psicológico a gente tentou fazer a diferença inclusive no atendimento à família, mas assim a lógica era medicamentosa. Pouquíssimas vezes eu fui convidada para discutir um caso com algum psiquiatra, pouquíssimas vezes (P1).

De acordo com Costa-Rosa (2000) o trabalho no modo asilar é desenvolvido sem que os profissionais se encontrem para discussão, a interlocução se dá somente por meio do prontuário. A falas acima indicam que embora o hospital fosse composto por uma equipe multiprofissional as práticas não eram interdisciplinares uma vez que a interdisciplinaridade pressupõe a interação e integração entre as disciplinas.

O eixo principal de cuidado no modelo asilar são as internações. O hospital era o *locus* principal para “tratar” os sujeitos com sofrimento mental. O Prontamente, durante boa parte do período que funcionou, atuava como a porta de entrada para o tratamento. As pessoas

¹² Na lei Estadual 11.802 de 1995 ficaram proibidas o uso de terapêuticas psiquiátricas biológicas exceto em algumas situações específicas: I – indicação absoluta quando não existirem procedimentos de maior ou igual eficácia; II – utilização, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas, em ambiente hospitalar especializado; III – risco de vida iminente decorrente do sofrimento mental; IV – consentimento do paciente, caso o quadro clínico o permita, e de seus familiares, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos colaterais decorrentes da administração da terapêutica; V – manifestação por escrito e com assinatura dos membros da equipe de saúde mental do estabelecimento onde será ministrada a terapêutica; VI – exame e consentimento, por escrito, de equipe de médicos, sendo 1 (um) do estabelecimento, 1 (um) indicado pela autoridade sanitária estadual e 1 (um) indicado pela autoridade sanitária municipal (Minas Gerais, 1995).

procuravam a instituição diretamente e na maioria das vezes, conforme descreveram os entrevistados, na primeira avaliação já ocorria o internamento. As internações eram caracterizadas por seus longos períodos. Dificilmente havia altas com menos de um mês.

Tinha acolhimento assim: pagavam uma consulta e o médico já internava, já chegava e internava, **isso era certo**. Internavam **sem previsão de alta**, ficavam **30 dias no mínimo** (TE1).

Não tinha muito esse projeto terapêutico singular, não falava que dia que o paciente sairia, ele entrava, mas **não se falava sobre o dia dele sair** (P2).

Estes aspectos elucidados pelos entrevistados ficaram explícitos na avaliação Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – (PNASH/Psiquiatria) em 2002, que foi determinante para o início de um decurso que resultou no fechamento da instituição, um marco para a RP em Montes Claros.

No município, a transição de um modelo asilar, com eixo central no internamento, na privação direitos, para um modelo centrado no cuidado extra hospitalar, de base territorial/comunitária e com ênfase na (re)inserção social dos sujeitos com sofrimento mental não necessariamente ocorreu com o fechamento do Prontamente. Essa transição se iniciou na década de 1990. A seguir será visto a respeito da implantação dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico no município.

3.2.2 O fechamento do Prontamente e a transição de modelos de cuidados

Mendonça (2009), em seu estudo sobre a RP em Montes Claros, descreveu que do mesmo modo que no cenário nacional várias denúncias em relação aos hospitais psiquiátricos e à (des)assistência eram feitas, a imprensa local, ao final de década de 1983, também denunciava a situação dos doentes mentais na cidade, demandando intervenções do poder público. A primeira proposta de organização de serviços de saúde mental no município se deu nessa época a partir de um treinamento para médicos e auxiliares de saúde com vistas a capacitá-los quanto ao trato com o doente mental. O treinamento, foi ofertado pelo Centro Regional de Saúde (CRS), atual Gerência Regional de Saúde (GRS).¹³

¹³As Gerências Regionais de Saúde têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões do Estado, competindo-lhe: implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região (Minas Gerais, 2013).

A autora também considera como um elemento considerável para o início de uma proposição da estruturação da política de saúde mental municipal, a criação do Internato Rural de Psicologia, uma experiência pioneira no Brasil. Por meio do internato, estudantes de psicologia atuavam nos Centros de Saúde e no Hospital Clemente Faria, na época vinculado à FHEMIG e que desde 1980, contava com leitos de psiquiatria. A experiência não durou muito, sendo interrompida em 1985, mas, anterior a isto, colaborou com a criação de uma equipe para a realização de um diagnóstico situando a realidade da assistência à saúde mental do município. A partir do estudo foi elaborado o Plano Operativo para a Estruturação do Programa Integrado de Saúde Mental -PISM em Montes Claros.

O PISM propunha a assistência em saúde mental nos níveis primário, secundário e terciário. Um dos principais focos era o fortalecimento dos serviços de atenção básica e secundária com o intento de que após o período de internação em hospital psiquiátrico houvesse a continuidade do tratamento em meio aberto, evitando assim, a cronificação dos pacientes. Outrossim, indicava a necessidade de implementação de uma unidade de atendimento especializado em saúde mental. Além disso, as propostas do plano também incluíam as microrregiões do norte minas, prevendo treinamento e implantação de equipes de saúde mental em municípios pólos com vistas a diminuir as demandas que eram direcionadas para Montes Claros (Mendonça, 2009).

Entretanto, segundo a autora, as proposições do Plano foram parcialmente concretizadas. Isso demandou um novo esforço para estruturação da assistência em saúde mental através do Plano de Consolidação da Estrutura do Programa de Saúde Mental do Centro Regional de Saúde de Montes Claros a qual deu atenção para ações destinadas aos outros municípios norte-mineiros.

Na década de 1990 é que foram sistematizadas ações que deram os subsídios para a implementação de serviços substitutivos que vieram a funcionar posteriormente. No ano de 1996 psicólogos passaram a compor as equipes dos doze (12) centros de Saúde do município e foi construída a Policlínica Doutor Hélio Sales, um serviço específico de saúde mental constituído por uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, Assistente Social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, professor de ioga, psiquiatras, técnicos de enfermagem. Este serviço prestava atendimento ambulatorial e desenvolvia oficinas terapêuticas, funcionando nesse caráter até o ano de 2000. A implantação desse primeiro serviço multiprofissional é tida, por uma das percussoras do movimento da Reforma no município, como o início oficial da RP:

Para mim o início de uma Reforma começa aí. Só que assim: a gente dá uma cara nova num serviço que nunca tinha existido daquela maneira na cidade, mas ainda assim a gente era muito refém de um hospital, palavras da L. “a gente não faz nem cosquinhas no Prontoente” e não fazia mesmo! (P4).

No ano de 2001 que começaram a ser implantados os projetos do Centro de Atenção Psicossocial modalidade II – CAPS II e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD nos quais, somente foram credenciados ao Ministério da Saúde nos anos de 2003 e 2004. Apesar da existência dos serviços, o alto número de internações no Prontoente continuava, isto porque o hospital em questão ainda funcionava como uma porta de entrada: as pessoas procuravam diretamente a Instituição para realizar os internamentos.

Porém, em 2002, tem-se um marco significativo na trajetória da RP em Montes Claros: a Coordenação Municipal de Saúde Mental resolveu centralizar as autorizações para internação tanto para o hospital psiquiátrico como para o geral, isto é, qualquer paciente de Montes Claros ou da região que fosse internado, iria passar primeiramente pelo serviço de saúde mental municipal. A decisão, considerada por Mendonça (2009) como um ato de ousadia, conseqüentemente gerou o controle e avaliação das internações hospitalares.

Essa decisão que trouxe grande impacto para a dinâmica do Prontoente, estava pautada da portaria 251 de 2002 que designava como uma atribuição intransferível do gestor local do SUS determinar o limite das internações em psiquiatria e o gerenciamento da porta de entrada das internações hospitalares, viabilizando “instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra hospitalares ou na rede hospitalar não especializada” (Brasil, 2002).

Com base nas falas dos entrevistados, percebeu-se que possivelmente esse tenha sido o momento fulcral do descolamento da centralidade do modelo hospitalocêntrico para o modelo de atenção psicossocial, não livre de tensões:

Foi uma grande briga política que a Reforma propôs em Montes Claros: a mudança da porta de entrada. [...] essa primeira grande briga, batalha, foi quando o município, o gestor propôs mudar a porta de entrada com base em reivindicações de trabalhadores da saúde mental e das propostas da Lei, do ministério da saúde, das exigências de pactuações das outras organizações internacionais. A porta de entrada só muda depois de uma tomada de posição política do gestor público, que não foi simples, não foi fácil, foi um momento de acirração de ânimos, porque assim a sociedade não via o que acontecia dentro do hospital psiquiátrico. [...] Assim, ao mudar a porta de entrada já aparece, o projeto terapêutico: ele passou por uma avaliação no CAPS, e era feito um projeto terapêutico: ele vai ficar internado? Vai vir para CAPS? Virá quantas vezes? chegava paciente em surto que realmente precisava de um lugar para ficar, um hospital ou Prontoente ou o HU, e isso era feito e era proposto o tempo de internação (P2).

No período que fiquei essas vagas pertenciam à prefeitura, ao Município, de 2006 até 2012 quem comandava as vagas do SUS era a prefeitura. O CAPS é que falava quem internava e quem não internava. [...]O paciente já chegava com o encaminhamento, com a folha de referência, “encaminho fulano e tal para tratamento” quando era médico colocava o CID, quando era outro profissional só colocava “encaminhamos para tratamento” (E1).

Com o início da Reforma que começou a gente tomar conta da situação essas vagas passaram a ser administradas pelo CAPS então a gente fazia uma entrevista, tipo uma anamnese e via a situação do paciente, a gente achando que naquele caso realmente era necessário a internação, a gente encaminhava para a internação no Prontamente. Só que tínhamos que ter o cuidado de estar ligando para o hospital para ver se tinha a vaga, para ver quantas masculinas e quantas femininas tinha disponível, isso era uma rotina. Em nossa equipe do CAPS sempre tinha um profissional de plantão, o que eu acho que foi um grande avanço para as demais profissões, que um não médico pudesse encaminhar para internação o paciente, claro que isso foi conversado e que tínhamos respaldo legal para isso, para não ter nenhum problema perante os conselhos porque internação era uma prática médica e quem estava internando eram outros profissionais além do médico, e isso nunca teve nenhum agravante. Então fazíamos essa avaliação e dela fazia a internação (A.S).

A partir dessa mudança os profissionais de outras categorias também passam a ter autonomia para fazer os encaminhamentos para as internações. Isso indicava uma característica do modo trabalho do modo psicossocial em que engloba as visões de distintas áreas. Nesse modelo, tem-se uma ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meio a ele dedicados (Costa-Rosa, 2000). Segundo Gomes (2013), a nova concepção sobre tratamento não tem o foco na eliminação de sintomas, mas na produção de novas estratégias para lidar com o sofrimento, com vistas a melhoria da qualidade de vida e a reinserção social. Por isso, o trabalho na perspectiva psicossocial acarreta a articulação de saberes. A proposta da RP conduz o profissional a novas práticas em saúde mental e abre perspectivas abrangendo o trabalho interdisciplinar¹⁴.

Apesar disso, houve uma intensa resistência por parte da população em relação a essa nova lógica, existindo uma “cultura de internação”:

Isso tudo foi muito difícil. Porque o louco tinha que ser internado e tentar oferecer um outro serviço, dificultar a ida do paciente para o Prontamente, muitas vezes a pessoa vinha lá de outro município acompanhado pelo guarda. Então a gente começou a regular a Rede: para o paciente chegar aqui ele já tinha que ter passado por algum atendimento no município dele, um médico, um psicólogo o que fosse, tinha que vir referenciado para cá. [...] Acontecia também do paciente chegar e ao não ser encaminhado para a internação de falar ‘vou chamar a polícia, a imprensa (P3).

¹⁴Segundo Domingos Sávio Alves (2009) a Saúde Mental é o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Então, era muito difícil fazer com que as pessoas reconhecessem que não era só o hospital que existia como prestador de serviço. Foi um trabalho lento. Não foi fácil. Era, em minha memória, um desafio. Às vezes dava medo. Você enfrentava a polícia as vezes dentro do consultório com o paciente, com a polícia e você ter que dizer que não seria a internação (P4).

Ainda, no início dos anos 2000 o movimento da RP espalhava-se pelo Brasil e diversos municípios já haviam iniciado experiências de desinstitucionalização e uma notável redução de leitos em hospitais psiquiátricos¹⁵. Um significativo desdobramento da Reforma foi o PNASH/Psiquiatria que designou diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos¹⁶.

O Programa realizou vistorias em todos os hospitais públicos e particulares conveniados ao SUS deste segmento. Na primeira avaliação, 168 organizações hospitalares foram examinadas e o Prontamente foi considerado inadequado. Para a continuação do seu funcionamento foram exigidas melhorias relacionadas à estrutura física, ao aspecto dos recursos humanos e do atendimento clínico. O hospital teve 90 dias para fazer adequações e serem reavaliadas. Na segunda vistoria, em 2003, dos doze hospitais mineiros reavaliados, dois receberam a recomendação de seus descredenciamentos do SUS, o Sanatório Barbacena e o Prontamente.

Em relação à reavaliação, caberia ao gestor local adotar as providências necessárias para suspender novas internações e em conjunto com a Secretaria de Estado deveria criar um projeto para a substituição de atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra hospitalares.

A área técnica de saúde mental do município de Montes Claros apresentou a proposta do processo de descredenciamento do Prontamente colocando dentre as ações sugeridas a capacitação de médicos plantonistas em hospitais gerais para urgência em saúde mental. Sinalizando a preocupação de haver as condições necessárias para que os hospitais gerais dessem conta de atender as demandas referentes às urgências. Condições estas, que

¹⁵Belo Horizonte-MG; Campinas-SP, Iguatu-CE.

¹⁶Elementos avaliados pelo PNSAH:1. Estrutura física e funcional 2. Limpeza hospitalar 3. Roupa hospitalar 4. Almoxarifado 5. Farmácia 6. Prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência 7. Condição para atendimento de intercorrências clínicas 8. Aspectos gerais dos internos 9. Alimentação dos internos 10. Recursos humanos 11. Enfermagem 12. Prontuários 13. Projeto terapêutico/prática institucional 14. Projeto terapêutico/alta hospitalar e encaminhamento 15. Espaços restritivos/punitivos 16. Contenção Física 17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica 18. Reuniões 19. Vinculação e direitos 20. Aspectos gerais da assistência

entende-se que vão desde a questões de estruturas físicas e materiais a questões de recursos humanos qualificados para o atendimento a este público.

Na ocasião, a comissão Inter gestora Bipartite do SUS do Estado aprovou em setembro de 2003 o Plano de Substituição dos Leitos Psiquiátricos enfatizando que o credenciamento deveria ser colado em prática sem haver desassistência aos sujeitos com sofrimento mental que usufruíam do serviço prestado pelo Prontamente. Dentre as ações necessárias para o credenciamento estavam a otimização da Rede de atenção básica e das Equipes de Saúde da Família, com inclusão da atenção em saúde mental nesses dispositivos e implantação de leitos em hospitais gerais.

Além disso no Plano há a compreensão de que as ações para a desativação dos leitos deveriam contar com os diversos atores sociais envolvidos na atenção à saúde: O Ministério Público, os Conselhos estaduais e municipais de saúde, os setores de desenvolvimento social e cultura, a sociedade civil. A mudança na lógica assistencial não se restringe somente aos profissionais e serviços específicos da saúde mental.

Ainda, em 2003 concebeu-se um termo de ajustamento e conduta onde foi estipulado que o hospital continuasse prestando atendimento por seis meses enquanto o município estruturasse a sua Rede. Nesse período a instituição passaria por vistorias quinzenais de uma comissão composta por um representante de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde, um representante da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde, um representante da Coordenação de Saúde Mental Municipal, e um representante do Conselho Municipal de Saúde.

No final de 2003 o prazo de ajustamento e conduta expirou e o secretário de saúde da época o prorrogou alegando que não havia provido de maneira suficiente serviços de saúde mental necessários para abster-se definitivamente do hospital. No ano seguinte, em 2004 o Prontamente recebeu uma visita técnica da Coordenação estadual de saúde mental juntamente com um Representante do Ministério da Saúde e com a diretora clínica do Hospital Galba Veloso. Dentre as observações do relatório destacam-se:

Apesar dessa reforma muitos banheiros estavam sem luz, com vasos entupidos, chuveiro sem funcionamento ou com alguma fria, pias quebradas, algumas camas sem lençóis, sem travesseiros, algumas tvs estavam com defeitos e os pacientes relataram que a noite os banheiros ficavam trancados, não permitindo o acesso (Minas Gerais, 2009).

O documento ainda reiterava a necessidade de implantação de um CAPS III, com funcionamento 24 horas e a ampliação dos leitos de psiquiatria do hospital universitário de 12

para 22 leitos bem como criação de outros leitos em demais hospitais gerais. Ou seja, percebe-se que no nível estadual havia recomendações para que o descredenciamento ocorresse, mas com um suporte voltado à demanda de internações quando necessárias.

Em 2005 ocorreu uma reunião do Conselho Municipal de Saúde na qual tratou sobre a questão do funcionamento do Prontamente, na ata da reunião constava a deliberação que autorizava a secretaria municipal de saúde a renegociar e reajustar o repasse dos recursos financeiros ao hospital em questão, no intuito de garantir seu funcionamento com atendimento aos pacientes com sofrimento mental. O que sugere que o município continuava refém do hospital psiquiátrico, sem dar conta de ofertar as respostas necessárias condizentes com a perspectiva de desinstitucionalização. Embora não reclassificado o hospital ainda seguia funcionando com menos leitos.

Importante destacar que em meio a esse decurso, continuava no município à implementação de serviços de caráter substitutivos, em 2004 foi criado o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)¹⁷ caracterizado por ser uma alternativa de moradia voltada para os cuidados de portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência nos quais perderam suporte social e laços familiares. O SRT é de grande relevância para a proposta de desinstitucionalização ao corroborar com a dimensão do morar, do habitar, do pertencer a uma comunidade.

Para Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) ao inserirem em uma residência, há a possibilidade dos pacientes reconstruírem nesse espaço uma nova rede social. Em Montes Claros, o SRT iniciou seu funcionamento com três (03) pacientes, dois (02) que passaram por um extenso período de internação e outro que apresentava risco social. Em 2007, foi integrada à residência uma paciente que ficou mais de 40 anos internada num hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, a mesma faleceu no mesmo ano. Em 2015, em virtude de um acordo judicial outro paciente foi para o SRT. No ano seguinte mais dois (02) pacientes foram incorporados por estarem em vulnerabilidade social, por terem os vínculos familiares rompidos e estarem sem moradia. Recentemente, em 2018, pelos mesmos motivos anteriores, mais duas (02) pacientes foram direcionadas ao serviço, acentua-se que uma destas ficou durante 03 anos “morando” num hospital geral da cidade.

¹⁷ A proposta de um serviço voltado para o acolhimento específico de pessoas que ficaram por um significativo período de institucionalização em um hospital psiquiátrico, perdendo todos os vínculos sociais apareceu na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 1992, onde foi ressaltada a importância estratégica da implementação dos então chamados "lares abrigados" para a reestruturação da assistência em saúde mental no país (Brasil,2004).

O Prontamente que continuava funcionando simultaneamente com os serviços por hora mencionados, foi definitivamente descredenciado do Ministério da Saúde em maio de 2008. Contudo, a gestão municipal, por receio disso gerar uma desassistência, estatuiu outro termo de Termo de Ajuste de Conduta entre o hospital e a Secretaria Municipal.

No ofício¹⁸ encaminhado à Câmara municipal que tratava acerca da proposta da prefeitura em repassar os recursos financeiros para continuidade do Prontamente, o prefeito da época descreveu que não havia no município estrutura substitutiva para os leitos de internamento hospitalar da Instituição o que impossibilitava “o encerramento das atividades prestadas pela Organização Psiquiátrica – Prontamente” (Montes Claros, 2008). Diante disto, em maio de 2008 foi aprovada a Lei nº 3.946 que autorizava o Poder Executivo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, a firmar convênio com o hospital e a repassar recursos financeiros no valor de R\$ 1.200.000,00. Isto é, o Prontamente continuaria a prestar o atendimento público com o recurso advindo do município, descredenciado, mas funcionando com 60 (sessenta) leitos conveniados.

A atitude municipal foi contrária ao posicionamento da Coordenação Estadual de Saúde Mental que na época asseverava “a necessidade urgente de fechar o hospital Prontamente e de oferecer hospitalidade noturna e finais de semana para pessoas portadoras de sofrimento mental que necessitem de cuidados intensivos” (Minas Gerais, 2009).

Do ponto de vista de Silva (2012), a criação do Termo garantido a manutenção do hospital psiquiátrico mesmo com as recomendações para o seu fechamento por parte do Ministério da Saúde e da secretaria estadual de saúde, indica a perspectiva da centralidade da assistência à saúde mental na figura hospitalar, ou seja, provoca a reflexão de que havia pouca credibilidade por parte do município quanto à estruturação de serviços substitutivos. Todavia, apesar do Termo, por dificuldades financeiras, em 2012 o Prontamente fechou, encerrando os atendimentos tanto públicos como privados.

O fechamento da instituição, representava para o imaginário social que haveria uma completa desassistência às pessoas com sofrimento psíquico. Tanto é que famílias recorriam a mídia para criticar o fechamento. Na época, foram veiculadas reportagens no jornal local que endossavam o discurso da desassistência¹⁹ e do abandono.

¹⁸ Ofício nº: PJ/049/2.008.

¹⁹ Algumas matérias foram: “Famílias de pacientes que precisam de atendimento psiquiátricos enfrentam problemas”, veiculada no jornal *Intertv Grande Minas* no dia nove de maio de 2013. “Mulher espera vaga em hospital psiquiátrico presa à cama em Montes Claros” exposta Jornal Gazeta Araçuaí-Online em agosto de 2012.

Além disso, como já expus, foi preconizada a necessidade de que as internações, sem o Pronto-socorro, ocorressem em hospitais gerais. Porém, houve (e ainda há) uma resistência por parte dos demais hospitais em ofertar esse tipo de atendimento. Na época o único que recebia esse público era o Hospital Universitário Clemente Faria –(HUCF)²⁰. A expectativa era de que houvesse um aumento de leitos, o que não houve. Somente em 2016 que o número de leitos reservados para a saúde mental foi ampliado, além do HUCF que possuía 12 leitos, o Hospital Aroldo Tourinho habilitou 10 leitos de Saúde Mental.

Posterior ao encerramento do funcionamento do hospital psiquiátrico do município outros serviços foram criados. Em 2013 foi instituído o “Consultório na Rua” votado para o atendimento de pessoas que se encontram em situação de rua abrangendo as com sofrimento psíquico e as que fazem uso de substâncias psicoativas.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i)²¹ foi inaugurado em 2015, tornando-se o serviço de referência para a oferta de atendimento aos casos de crianças e adolescentes com sofrimento mental grave e persistente e àqueles que apresentam necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. No mesmo ano, também foi implementada a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, com necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar que precisem de acompanhamento contínuo, protetivo e temporário. Trata-se de um serviço residencial de caráter transitório em que o tempo de permanência é de até seis meses. Funciona exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado, mantendo o acompanhamento no CAPS AD, que por sua vez, é o responsável pelo direcionamento e afastamento do usuário à Unidade.

Além destes dispositivos, a Atenção Primária de Saúde (APS) tem passado por um processo de fortalecimento no âmbito da saúde mental através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O núcleo é composto por uma equipe de saúde mental multiprofissional que presta Apoio Matricial (AM) às equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF). O matriciamento visa oferecer suporte técnico bem como instalar a co-responsabilização quanto as demandas de saúde mental que chegam à APS. Em Montes Claros, o encadeamento de AM em saúde mental iniciou em 2015 (Santos *et al*, 2018). Acontecem por meio de reuniões mensais

²⁰ Antes de ser cedido à Unimontes era denominado Hospital Clemente Faria.

²¹ Mendonça (2009) descreve que a primeira tentativa municipal para o atendimento especializado em saúde mental de crianças e adolescentes ocorreu 2005 com a criação de um ambulatório que contava com uma psiquiatra infantil e uma psicóloga. O serviço, após um ano de funcionamento foi desfeito em virtude do afastamento do profissional responsável pelo atendimento médico infantil, não havendo, na ocasião, outro profissional da especialidade que o pudesse substituí-lo.

entre os matriciadores especialistas e a equipe técnica das ESFs com o objetivo, sobretudo de discutir, orientar e propor a condução dos casos, auxiliando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)²². Atualmente há no município 21 polos de AM.

O município também dispõe de um serviço ambulatorial municipal que presta atendimento especializado em psiquiatria adulto na Policlínica Doutor Ariosto Corrêa Machado e na policlínica Doutor Hélio Sales, nesta também há o atendimento especializado em psiquiatria infanto-juvenil. Além disto, o centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves-CAETAN, anexo ao HUCF, oferece atendimentos psiquiátricos e psicológicos pelo SUS.

A respeito de um serviço de atenção psicossocial com funcionamento durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, no caso um CAPS III ou CAPS AD III, recomendados para municípios com população acima de 200.000 habitantes, Mendonça (2009) relata que uma tentativa não exitosa de o criar foi realizada de julho a dezembro de 2008. Outra tentativa ocorreu em 2015 também sem êxito quanto uma implementação efetiva. A tabela abaixo apresenta uma síntese dos serviços implantados em Montes Claros até o início do ano de 2018:

Tabela 2: Tipos de Serviços Implantados em Montes Claros

Ano de implantação	Tipo de Serviço
2003	Ambulatório de psiquiatria
2004	CAPS II
2015	CAPS AD II
1980	CAPS i
2016	Leitos em hospital Geral: HUCF
2004	Leitos em hospital Geral: Hospital Aroldo Tourinho
2013	Serviço Residencial Terapêutico-SRT
2015	Consultório na rua
2015	Unidade de Acolhimento Adulto
2015	NASF-(Matriciamento)

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados da pesquisa de Mendonça (2009) e de dados fornecidos pela coordenação Municipal de Saúde Mental

²² Fiorati e Saeki (2012) definem que um PTS seria um conjunto de ações formadas por práticas de produção da saúde que se caracteriza como produto da conexão entre as ofertas tecnológicas dos profissionais (cuidado, saberes e instrumentos) e as necessidades de saúde dos usuários, o que gera ações segundo um plano geral que reflete uma específica filosofia de trabalho. O PTS possui quatro momentos: 1) o *diagnóstico* que deve possibilitar uma avaliação dos riscos clínicos, psíquicos e sociais do usuário e deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a Rede social; 2) a *definição de metas* que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; 3) *divisão de responsabilidades* e 4) *reavaliação* que será o momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo. Ademais, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva.

Ao situar a criação dos serviços que compõem a Rede de atenção à saúde mental no município, nota-se certo caráter provisório que revela a face de uma Rede ainda não instituída, portanto, em certa medida, insipiente (Martins, 2018).

Entendido dessa forma, todo o percurso de fechamento do hospital psiquiátrico e a construção de serviços extra hospitalares expressam o desenrolar da RP no município. Tal percurso contou com atores cruciais, em especial os trabalhadores da saúde mental, conforme visto a seguir.

3.2.3 Atores da Reforma Psiquiátrica em Montes Claros

Viu-se que o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental estabelecido em 1978 foi determinante para a RP brasileira. Ou seja, os trabalhadores da saúde, foram peças chaves para as mudanças da política de saúde mental nacional. O que não difere da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, marcada essencialmente pelo processo de desinstitucionalização a partir da experiência encabeçada por um grupo de profissionais no hospital de Triste, que posteriormente culminou na transformação da legislação referente à assistência psiquiátrica.

Importante ressaltar que ao estudar as mudanças referentes ao arcabouço assistencial, jurídico e cultural em relação aos sujeitos com sofrimento mental, trata-se de um grupo de indivíduos que historicamente esteve no plano da “inexistência social”, termo utilizado primeiramente por Robert Castel em “*As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*” (2010) para referir aqueles que não se encontravam na condição salarial (os desvalidos, os desclassificados), e que foi retomado por Viviane Châtel para classificar aos grupos que na sociedade ocidental, caracterizada por um individualismo exacerbado, passam por *processos de expulsão social*, “da negação do homem pelo homem” e de relações pautadas pela indiferença (Restrepo, 2010).

Face a isto, Châtel (2006) se propõe a encontrar um fundamento para as relações sociais, que seja permeado pelo cuidado com o Outro em um mundo marcado pela violência e pela indiferença. A autora explora a ideia de *responsabilidade-pelo-outro*²³, princípio ético como fundamento possível das relações sociais haja vista que a preocupação com o Outro

²³ Grifo nosso.

apresenta-se como um obstáculo à indiferença e ao egoísmo das sociedades contemporâneas constituindo um preliminar da confiança.

Do ponto de vista de Châtel (2006) o sujeito é responsável não só pelos atos que pratica, mas também pelo o Outro, o que lhe proporciona uma singularidade e dignidade próprias: “a dimensão inalienável da responsabilidade pelo Outro define, finalmente e ao mesmo tempo, a singularidade e a dignidade do Homem” (p.54). O argumento desenvolvido é que o Outro não seja considerado em função da sua pertença, dos seus atributos sociais, em função de seu poder ou ausência de poder. A responsabilidade-pelo-outro abre precisamente a possibilidade de atribuir ao Outro um mesmo lugar, independentemente do que ele é, e tendo por base unicamente a sua pertença na humanidade, “ela implica, de alguma forma, a nossa reivindicação de humanidade” (Châtel, 2006, p.57). Tal premissa propicia evitar as relações sociais apenas em termos de negações, de diminuições, de exclusão ou de indiferenças o que corrobora para a interrupção de processos de desresponsabilização e sobretudo de desumanização. Por isso, Châtel (2006, p. 58) compreende que é preciso ler na “responsabilidade-pelo-outro a vocação humana da democracia”.

Com base na autora, reflete-se que aqueles que estão na esfera da visibilidade social podem incitar um processo de luta e defesa de direitos desses “inexistentes”: a responsabilidade-pelo-outro também pode ser um motor para a luta pelo reconhecimento social de sujeitos com baixa ou até mesmo nenhuma capacidade de vocalização ou de integração em movimentos sociais. Em certa medida, percebe-se no movimento da RP as dimensões da responsabilidade-pelo-outro e da luta por reconhecimento social de sujeitos tradicionalmente tutelados e silenciados.

Como já afirmado, foi por meio da “ação política” de trabalhadores que se iniciaram mudanças cruciais na política de saúde mental do Brasil. Em relação ao município de Montes Claros percebeu-se, a partir de alguns dos depoimentos levantados, que o engajamento de alguns profissionais de saúde foi de suma importância para a transição do modelo asilar para o modelo psicossocial.

Em 1994 ocorreu a II CNSM- 1994 que dentre as suas discussões enfatizou o deslocamento da centralidade do cuidado no hospital e a importância de uma rede que de fato suprisse a demanda dos casos de saúde mental e enfatizou a municipalização da assistência à saúde. Uma das entrevistadas, que na época estava à frente da saúde mental na Diretoria Regional de Saúde do Estado (antiga GRS), relatou que uma equipe de trabalhadores municipais participara das conferências de saúde mental, tanto estadual como nacional, se inteirando assim do debate macro da RP.

Sobre as influências das mudanças em curso, em 1996 foi implantado o primeiro ambulatório multiprofissional de saúde mental do município, que teve a seleção da composição da equipe feita por duas psicólogas da secretaria municipal de saúde. Segundo Mendonça (2009), a escolha dos profissionais levou em consideração o interesse pelo trabalho, era preciso um engajamento por parte dos trabalhadores para implementar um serviço novo, com uma lógica diferente, conduzida pelos pressupostos da Reforma em curso no país.

De acordo com os depoimentos coletados as mudanças que começam a aparecer a partir do funcionamento do ambulatório que se tornou o CAPS posteriormente, foram sustentadas especialmente pelos profissionais iniciais. A mudança na porta de entrada em relação às internações, o maior controle sobre o período de internação dos pacientes direcionados ao Prontamente, o esclarecimento à população sobre as alterações do fluxo da política, a articulação com os hospitais gerais, a organização da Rede em torno do CAPS, a articulação com a atenção primária, foram ações desenvolvidas que marcavam uma nova lógica de cuidados, conforme é visto nas falas:

Colocamos psicólogos em todos os centros de saúde de Montes Claros e começamos, mesmo que de forma incipiente a mandar os pacientes para esses profissionais, trabalhávamos com a lógica do acolhimento, então não era todo mundo que vinha e ficava no CAPS, começamos a fazer a referência para os centros de saúde. [...] Fizemos passeatas, conferência [...] (P4).

Eu fico pensando assim, quando nós começamos estávamos cheios de vontade, estava em um momento propício, no auge de tudo, muita coisa acontecendo, estávamos cheios de ideais. [...] Aí tinham as caminhadas do 18 de maio, em muitas tinham os gritos “abaixa o Prontamente”. [...] Foi uma época muito difícil, éramos todos colegas da saúde mental, mas com todo esse movimento muito deles do lado de lá ficaram arredios (A.S).

Como já indica o último depoimento, as ações desenvolvidas, na percepção dos destes entrevistados, caracterizavam um trabalho tenso, atravessado por forças opostas, haja vista a intensa resistência por parte do hospital psiquiátrico Prontamente e até mesmo da comunidade:

[...] foi um trabalho muito pesado. Foi um trabalho braçal que nós fizemos.... Brigávamos para o Prontamente fechar (P3).

Assim, foram enfrentamentos muito duros, a gente se sentia ameaçada mesmo, a integralidade física ameaçada (P2).

Diante dos embates, a entrevistada P3 afirma veemente que a RP só ocorreu em Montes Claros em virtude engajamento de profissionais: “[...] *E teve esse movimento aqui*

porque os profissionais bancaram. Foi a militância. Foi a militância que bancou.” Militância esta conduzida sobretudo pela psicologia, conforme indicada pela entrevistada P4:

A psicologia que abraçou mesmo todo esse movimento, que levantou a bandeira, a assistente social M. reconheço como uma protagonista. Não reconheço os médicos como protagonistas. Eles estavam lá. Não participaram como um ator político da Reforma.

Destaca-se no relato o reconhecimento do não envolvimento da categoria médica em relação à RP. Diaz (2008) ao fazer o levantamento dos principais opositores da RP, identificou que um segmento da categoria médica apresenta discursos críticos e contrários ao movimento em questão. Sendo:

-A **Associação Brasileira de Psiquiatria-ABB** na qual defende que o planejamento da Reforma se deu com base preconceituosa e com carácter populista, na compreensão equivocada de que todos os internos em instituições psiquiátricas sofreriam maus-tratos. Entende que a nova proposta se mostrou cara e de difícil implantação e em virtude disto os pacientes que foram “desabrigados” com o fechamento dos hospitais psiquiátricos retornaram para casa e ficaram sem cuidados. É mister destacar que em nota divulgada no site a ABP em 2017, foi exposto que a Política de saúde mental dos últimos anos tem apresentado péssimos resultados percebidos através do “aumento de pacientes com transtornos mentais desassistidos morando nas ruas, presos ou superlotando as emergências médicas à espera de vagas para internação”.

-O **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro-CREMERJ**. Este acredita que o movimento trouxe certa desmoralização da psiquiatria como especialidade médica. Defende uma posição corporativa explícita;

- e o **setor de Psiquiatria da Universidade de São Paulo**. Coincide com o posicionamento do CREMERJ, defende a posição central médica na saúde mental.

No entendimento da psicóloga P3 a resistência da categoria médica em relação ao movimento está associada justamente a descentralização do poder médico. No modo psicossocial as práticas são direcionadas pelo viés interdisciplinar e o médico não é visto como o único detentor de conhecimento acerca do sofrimento psíquico.

A resistência da classe médica é porque entram novos profissionais que passam a intervir mais diletantemente. O psicólogo, o assistente social podendo dizer sobre internação, o que para eles era um absurdo. [...] um dos donos do Prontamente, chamava os psicólogos de chapéu sem cabeça

Sobre este aspecto, em pesquisa a respeito concepção de médicos psiquiatras trabalhadores de um hospital psiquiátrico público brasileiro, Malamut, Modena e Passos (2011) mostraram que os psiquiatras entrevistados sentem a RP como uma ameaça ao trabalho médico, a compreendem como um movimento político conduzido por outras categorias completamente alheio ao trabalho do médico e pensam que o novo modelo de assistência à saúde mental coloca o trabalho da psiquiatria como desnecessário.

Ressalva-se que a RP brasileira tem como referência principal a Psiquiatria Democrática italiana e os pressupostos de Franco Basaglia (1985, p.28), que por sua vez não negava o sofrimento mental: *“Não é que nós prescindamos da doença, mas pensamos que, para estabelecer uma relação com o indivíduo é necessário considerá-lo independentemente daquilo que pode ser o rótulo que o define”*. A psiquiatria tradicional havia se ocupado da doença e colocado o sujeito entre parênteses, Basaglia, propõe, então, inverter essa lógica: colocar a *“doença entre parênteses”* para se ocupar do sujeito em sua experiência, possibilitando que aparecessem sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata (Amarante, 2007).

Nas palavras do próprio Basaglia, ele não se intitulava um *“antipsiquiatra”*: *“Eu aproveito para precisar, e tenho testemunhas presentes, que jamais falei de ‘anti’. Eu não sou um antipsiquiatra porque esse é um tipo de intelectual que eu rejeito. **Eu sou um psiquiatra** que quer dar ao paciente uma resposta alternativa àquela que foi dada até agora”* (Figueiredo, 2001, p.1).

Diante destas considerações, pode-se inferir que as alterações na política de saúde mental com o movimento da RP iniciado no final da década não desconsidera a importância da categoria médica. Como aponta Souza (2015, p.53) a reorientação do modelo de atenção em saúde mental viabiliza a criação não somente de serviços extra hospitalares, mas serviços que possuem atribuições *“que ultrapassam os campos da medicalização, da assistência e do atendimento as doenças”*, sobretudo; *“a produção de novas intervenções sociais e novas concepções de cuidar da loucura”* Assim, ao mudar o foco e tomar como princípio do cuidado não mais a doença, mas o sofrimento psíquico do sujeito, possibilita-se a associação de outros saberes e práticas ao campo da saúde mental e de outros sujeitos não pertencentes ao setor da psiquiatria (Souza, 2015). Por outro lado, como já apontado, Vasconcelos (2010) mostra que em muitos municípios de médio e pequeno porte, em virtude das dificuldades de psiquiatras que se disponham a trabalharem em serviços abertos, a precarização, as más condições de trabalho e os baixos salários afastam esses profissionais da Rede, conseqüentemente os consultórios privados têm crescido exponencialmente.

A psicóloga P4 alega que sempre houve dificuldades no que tange a inserção da figura no CAPS em Montes Claros, destacando que nos primórdios do funcionamento do serviço substitutivo, que a maioria dos psiquiátricos que estavam na cidade eram vinculados de modo direto ou indireto ao Prontamente:

A figura do psiquiatra sempre faltou. Começou a funcionar sem o psiquiatra do CAPS, na época que montamos o CAPS quem eram os psiquiatras da cidade? Eram poucos e os poucos psiquiatras eram os donos do Prontamente e S. Não tinham outros. Então os médicos que tinham na cidade eram esses que estavam no Prontamente e S. do lado de fora. E aí depois foram chegando[...]. Então, hoje quando eu vejo médicos residentes nos CAPS é um avanço.

Um dos grandes desafios do Reforma está no que tange à formação dos profissionais para este campo, sobretudo em relação à psiquiatria. Para Delgado (2008) é crucial alterações nos currículos das escolas de psiquiatria, de modo a trazer provocações numa psiquiatria, que segundo o autor, ainda é “conservadora, poderosa e rica, que não quer se abrir ao novo, que é antimanicomial em conferências na Europa - e manicomial no Brasil”(2008,p.7). Em vista disto, é necessário desmanicomializar a medicina universitária do Brasil. “A reforma é inevitável, mas se poupar a Universidade não se sustentará” (2008, p.07).

Um ponto que merece atenção no depoimento da entrevistada P4 é em relação à influência que a psicanálise teve para a militância em prol da RP em Montes Claros:

Por uma opção clínica eu tenho também tenho uma participação política. Qual é a minha prática e crença clínica? É a partir da psicanálise que é contra opressão, contra desumanização, que é contra o apagamento do sujeito. Então a Reforma Psiquiátrica ela tinha e tem um propósito que vai de encontro ao que eu acredito como clínica: ela fala do cidadão, eu falo do sujeito, uai então eu posso aproveitar isso aqui, ela fala de liberdade uai eu quero que o sujeito possa, sintomaticamente, possa se inserir na sociedade, então opa, liberdade combina com isso. Então a minha crença clínica tem muito ponto de apoio com o que a Reforma preconiza. Por isso eu acho que tive uma participação política importante, porque eu tenho esse viés clínico.

A clínica da Psicanálise, segundo Anaya (2004) exerceu um papel peculiar no percurso mineiro de luta antimanicomial. Em sua pesquisa sobre a noção de serviço substitutivo dos CERSAMs de Belo Horizonte os profissionais demarcavam a importância da psicanálise para as práticas desenvolvidas. Abou-Yd e Lobosque (1997) ao também discorrerem sobre trabalho belo-horizontino em saúde mental afirmam: “*o sujeito sempre nos interessou enquanto sujeito inconsciente, sem a psicanálise, sem as indagações que nos inspira, nossas práticas de pensamento e trabalho não seriam o que são*”.

Diante dessas exposições, entende-se que o início da criação dos primeiros serviços

tidos como substitutivos em Montes Claros contou com um movimento antimanicomial composto sobretudo pela psicologia e outras categorias profissionais, sem o apoio e o ativismo da medicina. Este movimento foi relevante para pressões em relação ao fechamento do Prontamente, em especial para medidas que tirassem do hospital a centralidade do cuidado para a população que demandasse atendimento na área da saúde mental.

3.2.4 O rompimento com a centralidade do hospital

Com a inexistência do hospital especializado, os CAPS, assumiram a referência no campo da saúde mental no município. Estes serviços preconizam a reinserção social dos usuários, a integração e a circulação na comunidade. Os pacientes podem ir ao serviço e passar o dia e retornarem para suas casas. A quantidade de dias e os turnos de permanência no CAPS varia de acordo com a gravidade de cada caso. O acompanhamento se dá numa lógica totalmente diversa da reclusão e do isolamento. Contudo, as falas dos profissionais mostram as dificuldades em relação ao acesso ao serviço:

O que era difícil era ir e vir do paciente para o CAPS. Bem nos primórdios do CAPS eu recebia vale transporte, eram 250 vales e aí tinha uma avaliação socioeconômica, mas olha só a situação: O SUS era universal, todo mundo tinha direito ao tratamento, mas aí eu tinha que escolher dos piores entre os piores, pois eu não tinha como dar para todos, aí tinha que pensar que o paciente não vai sozinho e que ele tem que ir e voltar, então tínhamos que nos virar com esses 250 vales, mas isso foi uma ferramenta bacana que ajudou muita gente a ir para o tratamento. Praticamente 80% das famílias são carentes e muito carentes. A família não tinha como arcar. Eles questionavam como é que vocês podem querer que ele venha todo dia se você fizer a conta do ônibus? Isso dificultou muito o tratamento. E aí depois da gente ter esses vales transporte, também conseguimos aliar com uma *combe*. Mas atendíamos Montes Claros inteira, como que ia fazer para pegar? Então, o traslado da *combe* era de acordo com o projeto terapêutico do paciente. O que era bacana é que na época tínhamos dois carros: a van e um outro carro [...], aí tínhamos carro disponível para fazer visitas, tínhamos o carro toda hora, tínhamos uma rotina de visitas. Um dia emprestamos esse carro e não voltou, e a van quebrou e não voltou. Aí depois paramos de receber o vale transporte, então nós perdemos muita coisa e isso dificultou muito o acesso ao tratamento. Hoje não tem nada disso (A.S).

Às vezes eu vou ao CAPS com os acadêmicos e escuto que o familiar não leva o paciente porque não tem dinheiro para pagar a lotação. E assim, uma coisa que temos que reconhecer, temos que elogiar no CAPS é que os profissionais que trabalham lá, trabalham em função do paciente. Eu vejo por exemplo eles tentando conseguir o passe para os pacientes da Residência andar de ônibus, e eles não conseguem, a MCtrans não aprova, acha que o paciente não tem o direito, para o paciente ter direito ao passe tem que ser deficiente físico, não pode ser problema mental não. Então, muitas vezes, o paciente não vai ao CAPS por falta de condição, por exemplo tem que levar o paciente de manhã, o familiar volta, aí a tarde tem que ir buscar, você calcula seis passagens de ônibus por dia, então a família prefere não levar o paciente(E1).

Lougon (1993, p.161) em um estudo sobre o desenvolvimento de mudanças instauradas em hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro descreveu que a clientela que

costuma buscar os serviços em saúde mental possui “uma a extração social básica no *lumpen*, e sua demanda primeira é por abrigo, alimentação, vestes e custódia, mais do que por tratamento psiquiátrico propriamente dito”. A colocação do autor colabora com análise da fala da A.S. O perfil da parcela atendida pelo CAPS de Montes Claros é de baixa renda, um grupo de baixo ou nenhum poder contratual, assim a ausência de recursos para o transporte colocou-se como uma barreira ao acesso ao serviço.

Não é possível dissociar a RP da conjuntura de retração de direitos no país estruturada nas consequências de um Estado mínimo pautado nos interesses neoliberais conforme elucidado no capítulo I deste estudo. Pensar no acesso aos serviços substitutivos implica na inserção dos usuários como sujeitos de direitos.

Além das dificuldades ao acesso aos novos serviços, a resistências das famílias na transição do modo asilar para o psicossocial foi significativa no curso da RP no município:

Muitas vezes as famílias nos procuravam literalmente chorando para internar o paciente para elas descansarem: “eu preciso descansar, eu não aguento mais”, foi então como fechar quem estava acolhendo. Mas o que eu mais lembro era das famílias nos procurando, achando difícil ficar sem o Prontamente. [...] Depois que fechou muita gente ia questionar “como é que vocês fecham o Hospital? (A.S)

Começava uma outra perspectiva de Rede. Mas isso era algo complexo, ao mesmo tempo que pensávamos em estar oferecendo um atendimento na lógica da desinstitucionalização, os familiares tinham muita dificuldade para conviver com a diferença, com a loucura de uma certa forma. Até introduzir uma relação, eles eram muito resistentes. Alguns familiares preferiam o afastamento desse convívio, preferiam um convívio mais pontual. A nossa percepção parece ser diferente da percepção dos familiares, não da do paciente (P1).

O debate sobre a relação entre a família e o sujeito com sofrimento psíquico não é simples. Para Gomes (2013), historicamente a relação mais frequente entre familiares e estes sujeitos esteve associada ao entendimento de que os “loucos” são improdutivos, incapazes, perigosos e irrecuperáveis e que, por isso, não são merecedores de cuidado e investimentos. Além disto, diversos são os fatores que permeiam a resistência das famílias com uma proposta de cuidado que não tem a internação como essência, tais como: a força da cultura manicomial, as condições sociais das famílias, a carência de trabalhos geradores de autonomia e empoderamento dos usuários e familiares (Luzio e L’abbate, 2009).

Diante da resistência das famílias frente às mudanças advindas da RP, com base em Rotelli (2002), é possível considerar que o processo de desinstitucionalização dos indivíduos com sofrimento psíquico implica na desinstitucionalização das famílias. Pertinente ressaltar que a resistência também se associa ao fato de as famílias estarem sobrecarregadas e limitadas para os cuidados ao portador de sofrimento mental. Por isso é crucial que às famílias também sejam auxiliadas e integradas aos cuidados nos serviços. Para que cuidem elas devem ter os

subsídios para tal.

A construção desenvolvida até então possibilita considerar que a estruturação de uma rede de cuidados que, de fato, seja substitutiva ao hospital psiquiátrico que vigorou por tantos anos na cidade, apresenta inúmeros desafios e que a RP abarca proporções que extrapolam meramente a existência de outros serviços distintos do hospital. Conforme afirmava Basaglia (1985) a desinstitucionalização não se esgota com o fechamento de manicômio.

Até aqui buscou-se traçar o percurso da trajetória da saúde mental no município descrevendo sobre o encerramento do funcionamento do Hospital psiquiátrico Prontoente e a respeito da implantação dos serviços substitutivos que se inserem na RAPS. Nesse sentido, o capítulo que segue discorrerá em maiores detalhes acerca da RAPS em Montes Claros, suas possibilidades e desafios a partir da RP. Abordar-se-á também a respeito da participação social local no âmbito da saúde mental discorrendo os aspectos da cidadania e do estigma envoltos aos sujeitos com sofrimento mental.

CAPÍTULO 03:
AS RUPTURAS COM O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E SUAS
CONTRADIÇÕES: os avanços e limites da política de saúde mental local

3.1 Cidadania e Estigma no campo da Saúde Mental

Presume-se que pensar em cidadania e direitos implica a discussão sobre espaços democráticos por compreender que é a partir desses espaços que há tanto a preservação quanto a invenção de direitos. Na concepção de Lefort (1991) a democracia é revolucionária por esse caráter: de sempre gerar direitos, não ser estagnada, diferentemente dos regimes totalitários nos quais negam o conflito, asfixiam o dissenso. O regime democrático por ser aberto a processos reivindicatórios possibilita a instituição de novos direitos.

Tais processos são possíveis no espaço público. Telles (1990) aborda sobre a noção de espaço público ancorada no pensamento de Hannah Arendt, elucidando que para a autora em questão, trata-se de um “espaço significativo no qual a ação e o discurso de cada um pode ganhar sentido na construção de um “mundo comum” (p.28) , é “o espaço do aparecimento e da visibilidade- tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos” (p.29). Dessa maneira, regido pela diversidade e pluralidade humana- características inerentes à condição humana, o espaço público depende da ação e do discurso para sobreviver e existir.

A pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem duplo aspecto de igualdade e diferença. Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos ancestrais, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferisse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender” (Arendt, 2004, p.188).

Com base no pensamento arendtiano a máxima do “direito a ter direitos” demanda o reconhecimento das diferenças entre os diferentes na arena política. Concebe-se, então, que no espaço público instaura-se uma arena de lutas por direitos e reconhecimento.

Nessa lógica, a construção feita até aqui sugere que a condição para os sujeitos com sofrimento mental saíam do plano da inexistência social, da marginalização e exclusão exige a construção de um espaço público onde um se responsabilize pelo o Outro com vistas à reivindicação de direitos para os de baixa vocalização, o que ocorreu de certa forma através da RP e de sua institucionalização na legislação brasileira.

Tendo em vista que a apropriação do espaço público é fulcral para a conquista de direitos é pertinente versar sobre a participação social no âmbito da política de saúde mental. No entanto, para a análise, importa alguns apontamentos acerca da cidadania no Brasil.

Reporta-se às contribuições de José Murilo de Carvalho (2002) que ao estudar a evolução histórica da cidadania no Brasil tem como um dos pontos centrais de argumentação a constatação de que o processo de cidadania no país sucedeu numa lógica invertida se comparado com a ordem de direitos descrita por Marshall²⁴. Ao fazer essa análise, que vai desde o período colonial ao período da redemocratização na década de 1980, Carvalho (2002) mostra que primeiro vieram os direitos sociais instituídos em um período de cessação de direitos políticos e restrição dos direitos civis; em seguida surgiram os direitos políticos de um modo contraditório uma vez que a expansão do direito do voto ocorreu em outro período ditatorial; e por último foram estabelecidos os direitos civis, que ainda são inacessíveis a uma parte significativa da população.

No Brasil, então, a pirâmide concebida por Marshall foi posicionada de cabeça para baixo. Uma das consequências ao se colocar primeiramente a ênfase nos direitos sociais diz respeito à supremacia da figura do Estado. A análise de Carvalho (2002) viabilizou a compreensão de que a cidadania se deu num percurso com uma *baixa cultura cívica e política* no país. Vê-se que historicamente houve fragilidades no que se refere às mobilizações sociais e à apropriação do espaço público e que sempre prevaleceu “uma relação entre Estado e sociedade civil sem o suporte dessa cultura, de modo que as decisões políticas não são influenciadas pela participação política da sociedade” (Ferreira, 2017, p.223).

Tal cultura cívica política desabrochou no período de redemocratização após o golpe militar de 1964. De acordo com Carvalho (2002, p.07), o “esforço de reconstrução, melhor dito, de construção da democracia no Brasil ganhou ímpeto após o fim da ditadura militar, em 1985. Uma das marcas desse esforço é a voga que assumiu a palavra cidadania”, “a cidadania, literalmente, caiu na boca do povo.”

Além disso, um conceito que se julga significativo para a discussão que está sendo desenvolvida é o de “cidadania regulada” pelo trabalho, formulado por Wanderley Guilherme

²⁴ Para Marshall na Inglaterra a cidadania se desenvolveu na seguinte lógica: “Primeiro vieram os direitos civis, no século XVIII. Depois, no século XIX, surgiram os direitos políticos. Finalmente, os direitos sociais foram conquistados no século XX”. Foi com base no exercício dos direitos civis, nas liberdades civis, que os ingleses reivindicaram o direito de votar, de participar do governo de seu país. A participação permitiu a eleição de operários e a criação do Partido Trabalhista, que foram os responsáveis pela introdução dos direitos sociais” (Carvalho, 2002, p.10-11).

dos Santos (1979). O autor, que se debruçou ao fazer uma análise histórica acerca da interferência governamental na regulação das relações sociais no Brasil da década de 1930 até o final da década de 1970 (indicando que tal regulação se deu tendo como premissa os processos de acumulação), concebe a *cidadania regulada* como a cidadania que ao invés de ter suas raízes em valores políticos baseava-se num sistema de estratificação ocupacional, definido de forma legal: os cidadãos eram aqueles membros da comunidade que estavam inseridos numa ocupação reconhecida por lei. Cidadania, associava-se, nesta perspectiva, com a integração ao mundo do trabalho. Sob essa lógica, àqueles sem “razão”, os portadores de transtorno mental bem como outras parcelas da sociedade que não possuíam uma ocupação de trabalho formal regulamentada pelo Estado estavam à margem da cidadania e dos direitos sociais.

Em sua análise, Santos (1979) propõe que o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais por parte do Estado estiveram atreladas mais aos interesses econômicos do que à questão social propriamente dita, voltada para atender os interesses da acumulação capitalista. A pertinência do conceito de cidadania regulada está na indicação de que no Brasil o acesso aos direitos esteve associado às ocupações de trabalho e que o país não se submeteu a uma lógica de valores políticos universalistas.

Para Vera Telles (1996, p.91) os direitos “dizem respeito antes de mais nada ao modo como as relações sociais se estruturam” e “como forma de sociabilidade e regra de reciprocidade, os direitos constroem, portanto, vínculos propriamente civis entre indivíduos e classes”. Isto posto, compreende-se que numa sociedade em que a garantia de direitos sociais é condicionada é nítida a vulnerabilidade na cultura democrática. Os direitos ao estarem vinculados à condição salarial, revelava a face de uma sociedade distante de uma premissa de cidadania plena.²⁵

Outro autor relevante para a reflexão sobre a fragilidade da cidadania no Brasil é o Francisco de Oliveira (2000). Apoiado em autores clássicos²⁹ pondera que a formação da sociedade brasileira foi um processo complexo de violência, de censura da fala, e de privatização do público, em súpula: de anulação política e do dissenso.

Segundo Oliveira (2000), a história mostra que desde a Revolução de 1930 até a década de 1990 ocorreram duas ditaduras (a de Vargas 1930 e 1945 e a do golpe militar ao de 1964 até 1984), totalizando 35 anos de ditadura no espaço de aproximadamente 60 anos, além

²⁵ No que tange à cidadania plena, para Carvalho (2002, p.09) uma cidadania “que combine liberdade, participação e igualdade para todos, é um ideal desenvolvido no Ocidente e talvez inatingível”, porém, tem sido usado como parâmetro para “o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico”.

de golpes falhados, isto é, desde 1930 à 1990 tem-se à média de um golpe ou tentativa para cada três anos. Vale ressaltar o golpe militar de 1964, que conforme o autor, teve “todas as características, de forma extremamente forte, de uma total anulação do dissenso, do desentendimento,”

toda sua duração não foi senão o esforço desesperado de anular a construção política que classes dominadas haviam realizado no Brasil, pelo menos desde os anos trinta. Tortura, morte, exílio, cassação de direitos, tudo era como uma sinistra repetição da apropriação dos corpos e do seu silenciamento, do seu vilipêndio (Oliveira, 2000, p. 64).

Mais uma vez fica explícita a instabilidade da formação democrática brasileira. Ainda do ponto de vista de Oliveira (2000) o empenho pela democratização, pela institucionalização de uma esfera pública, de fazer política, decorreu quase por inteiro da ação das classes dominadas. Política no sentido que definiu Jacques Rancière: “a da reivindicação dos parcela sem parcela, a da reivindicação da fala, que é, portanto, desentendimento em relação a como se reparte o todo, entre os que têm parcelas ou parte do todo e os que não tem nada” (Oliveira, 2000, p. 60-61). Tal luta foi um dos momentos cruciais de apropriação do espaço público e do desenvolvimento da ação política da sociedade civil. Nesta ocasião é possível falar de um certo desenvolvimento de uma cultura democrática.

A mobilização popular pela democracia teve frutos preciosos na Constituição Federal promulgada em 1988- CF/88, sobretudo em relação à saúde pública. Nesse aspecto, Dagnino (2004) afirma que a cidadania está intrinsecamente ligada à experiência concreta dos movimentos sociais que tem em suas organizações a luta por direitos como base.

É nesse contexto de redemocratização, de mobilização da sociedade civil que a RP se insere no país tendo como um dos seus principais eixos a dimensão da cidadania dos sujeitos com sofrimento mental que pela lógica hospitalocêntrica tinham seus direitos cerceados e suas vozes silenciadas. Neste período, a RP brasileira foi marcada por dois eventos em 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, eventos que incorporaram distintos atores.

Desse modo, uma característica marcante do percurso de estruturação da legislação da política de saúde mental foi a participação de usuários e familiares. Tal participação deu-se sobretudo com as Conferências Nacionais de Saúde Mental²⁶-CNSM onde ocorreram as

²⁶ Em 1990 através da lei 8.142 a participação da comunidade na gestão do SUS foi oficializada por meio dos mecanismos de controle social: as Conferências e dos conselhos de saúde. As conferências cabem a formulação e a proposição de diretrizes da política e o conselho, enquanto órgão colegiado, devem ser compostos de formular e

estratégias e as proposições para as mudanças no desenho da política de saúde mental no Brasil. As conferências, enquanto espaços públicos de efetiva participação política da sociedade civil, podem contribuir “para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil” (Pinheiro, 2004, p.11). Em relação às Conferências de Saúde mental destacou-se, a partir dos relatórios finais de cada uma, os principais pontos que foram trabalhados.

Tabela 3: Relação das Conferências Nacionais de Saúde Mental

Conferências- ANO	Principais discussões:
I CNSM-1987	<ul style="list-style-type: none"> • contou com diferentes categorias profissionais ligadas à área específica, com partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino outros segmentos da sociedade. • Teve três temas centrais de discussão: 1) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; 2) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental. • Expôs a necessidade de reversão da lógica "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", por um sistema extra hospitalar e multiprofissional”; • incentivou à participação da população “em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental”, estipulando que em toda unidade de saúde mental tenha uma comissão de usuários para discussão, acompanhamento e fiscalização no tocante às questões administrativas.
II CNSM- 1994 II CNSM- 1994	<ul style="list-style-type: none"> • Eixos centrais de discussão os temas: 1) Rede de atenção em saúde mental; 2) transformação e cumprimento de leis; 3) direito à atenção e direito à <u>cidadania</u>. • Enfatizou o deslocamento da centralidade do cuidado no hospital e a importância de uma rede que de fato suprisse a demanda dos casos de saúde mental. “A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do <u>cidadão</u>”. • destacou a importância da organização de associações comunitárias para o debate dos os problemas de saúde mental e para o encaminhamento das propostas aos conselhos

propor diretrizes para a política de saúde. por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

	<p>municipais de saúde. Foi estabelecido que fossem criadas comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde para planejar, implementar e fiscalizar as ações de saúde mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfatizou a municipalização da assistência à saúde.
III CNSM- 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Lema “Cuidar sim, excluir não”; • Eixos centrais de discussão: I-Reorientação do modelo assistencial em saúde mental; II- recursos humanos; III- financiamento; IV- acessibilidade; V- direitos e cidadania e VI- controle social • reiterou a necessidade de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização.
IV CNSM- 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Tema: Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios; • Discorreu três eixos principais: I- Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; II- Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais; III- Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial; • abordou sobre os avanços na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária e sobre as lacunas e desafios trazidos pelas mudanças efetivas do cenário.

Verifica-se que a referência à cidadania e à mudança do modelo de assistência aos portadores de transtornos mentais esteve presente nos textos das quatro Conferências nacionais. Em todos relatórios foram expostos os princípios da RP com o foco na construção de uma política de saúde mental desinstitucionalizante. De acordo com Heidrich, Berndt e Dias (2015), as Conferências Nacionais foram palco de debates valorosos para nortear a luta por uma política de saúde mental universal, inclusiva e democrática.

Não obstante, é mister considerar que os avanços (ou não) da RP estão ligados à realidade econômica, social, histórica, política e cultural de cada região no país. Como narrado, em um dos relatórios há a ênfase à municipalização dos serviços, o que é importante, uma vez que a política de saúde mental a nível local irá se estruturar de acordo com as particularidades do município, porém, o risco é *quando nas gestões locais a questão da saúde mental não entra na agenda política*.

As políticas de saúde mental historicamente estiveram à margem. São, assim, políticas de marginalização por não possuírem visibilidade e interesse político e por terem um

viés segregador, conforme afirma Luz (2002, p.87) as políticas de saúde mental “têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social”. Tal invisibilidade política ficou exposta nas falas da psicóloga P3 e da Representante da Associação dos Usuários e familiares:

É uma clientela do SUS que não é ouvida. Doido não dá voto (P3).

O pessoal daqui é preconceituoso, arrogante, não gosta de falar de doido. Loucura é sinônimo de pobreza. [...] Esse é um setor que é muito difícil de ser demarcado, haja vista por exemplo Barbacena, o segundo holocausto, o primeiro foi de Hitler e o segundo foi Barbacena, sem falar dos outros que não tivemos conhecimento. É um problema que é público, mas ao mesmo tempo é um público que a gente não pode acusar só a saúde pública dessa decadência. O problema está na raiz que é a família, se a família não aceita os seus loucos porque que a sociedade vai aceitar? (R.A).

Com base na última fala, repara-se a dificuldade de aceitação por parte da sociedade em conviver com esse público. Dificuldade que está presente, sobretudo no âmbito familiar, conforme expõe a representante da Associação de Usuários e familiares:

O problema da loucura não está na forma do tratamento, mas sim na forma da aceitação. A família não aceita os seus doidos, ponto final! [...] O problema da loucura é o estigma, é a família não aceitar. As pessoas ficam doidas para se verem livres dos doidos, porque eles dão trabalho. Dão muito trabalho.

Percebe-se que existe uma tendência na sociedade de rejeitar, excluir do convívio social o diferente, no caso aqui, do portador de sofrimento mental. Conforme Martins (1992, p;126) “para interná-lo todos ajudam, desde a família até o delegado de polícia, políticos e médicos. O contrário ocorre no momento da alta, quando a maioria se omite ou foge”. O depoimento da representante da Associação alega a não aceitação como um dos grandes problemas pertencentes ao campo da saúde mental:

As pessoas deviam aprender a conviver com isso de uma forma mais natural assim como hoje convivemos com o câncer, a AIDS. [...] Então o problema está é na raiz, **na aceitação.**

Essa não aceitação vincula-se com o fato da tendência que perdura na sociedade em considerar os sujeitos com sofrimento mental como perigosos, imprevisíveis. Percepção que incita o anseio pelo afastamento, a visão de que o isolamento social é o melhor e talvez o único meio de “tratar”. A sociedade aprendeu “a pensar loucura/ doença mental como relacionada ao asilo, como suscetível de reclusão, como negatividade, desumanidade, periculosidade”

(Amarante e Giovanella, 2002, p.140). Tem-se, assim, uma forte cultura manicomial que permeia as relações sociais:

[...] até as pessoas se acostumarem e foram muitos anos de luta, de convencimento, de mostrar para a sociedade que esse modelo funciona, e permanentemente ele vai tentar ser desmontado porque as pessoas querem é tirar de perto delas que não é igual a elas (P2).

Um exemplo claro da cultura manicomial em Montes Claros foi a resistência dos moradores de um bairro ao início da construção de um complexo de saúde mental (composto por um CAPS AD, quatro unidades de acolhimento e uma UBS). Quando as obras começaram em 2015, os moradores do bairro fizeram uma passeata protestando sobre a obra e realizaram uma audiência pública. Alegaram que a segurança do bairro correria risco com a circulação dos indivíduos que ali seriam atendidos²⁷. No depoimento de um dos representantes do Conselho municipal de saúde este fato é mencionado: “*Nós do Conselho aprovamos a construção de um complexo de saúde mental, a comunidade ficou com raiva, não se definiu, não se trabalhou com a comunidade o que seria os serviços*” (RCMS1).

Se outrora a face da exclusão era visível através das paredes dos manicômios, agora revela-se extramuros, sob novas roupagens. Os manicômios mentais (Pelbart, 1990) até esse tempo se fazem presentes entre a sociedade. Já não são os manicômios que devem ser questionados, mas sim as relações sociais, a indiferença e a negligência sejam pela sociedade, seja pelo Estado.

Nesse sentido, a RP que do ponto de vista de Delgado (2008, p.04) seria “*de certa forma a abolição da escravidão do doente mental*”, está longe de concretizar-se em relação às mudanças necessárias no arcabouço sociocultural. Trata-se de um processo que vai além da desconstrução da instituição manicomial, deve-se romper com ideias, estigmas, as noções e os preconceitos que todos temos e que acompanham o imaginário social em relação a essa parcela da sociedade relegada.

A garantia legal ou o documento oficial não é o bastante para garantir a cidadania a esse grupo, esta, se conquista no cotidiano, nas relações diárias, micro e macrosociais (Machado, 2009). Como bem lembra a Dagnino (2004, p.109) “supor que o reconhecimento formal de direitos pelo Estado encerra a luta pela cidadania é um equívoco que subestima tanto

²⁷ As obras foram paralisadas em 2017, mas de acordo com a Coordenação de saúde Mental foram retomadas. Reportagem aborda tal paralisação e a resistência da população. Conferir em: <http://g1.globo.com/mg/grande-minas//videos/v/construcao-de-complexo-de-saude-mental-no-bairro-planalto-esta-paralisado/5663949/>.

o espaço da sociedade civil como arena política”. A batalha é travada não mais no campo legislativo, mas sim no real do cotidiano (Miranda *et al.*, 2019).

3.2 A Proposta de cuidar em Rede

Considerando que RP está alicerçada na perspectiva da desinstitucionalização basagliana, a política de saúde mental demanda intervenções desenvolvidas em uma rede de cuidados. Nessa perspectiva, descreveu-se que particularmente a partir dos anos 2000 em Montes Claros houve o início da implementação de serviços que vão se inserir na chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

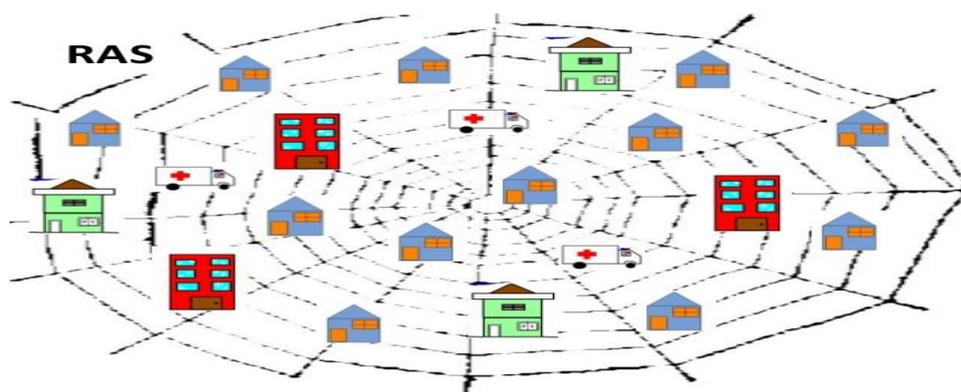
Necessário lembrar que com vistas a superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, o SUS passou a se estruturar alicerçado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). A Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 preconiza que as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Ou seja, as RAS pautam-se numa organização de contínuos cuidados sob a perspectiva da articulação e integralidade dos pontos de todos os níveis de atenção.

Ao usar o termo “Redes” o associamos a conexões, comunicação, ligação. No campo da saúde, Pitta (2001, p.279) compara a lógica de cuidar em Rede com uma teia de aranhas:

As teias são frágeis ou grandiosas conforme os atributos e possibilidades de sua aranha mãe. Mas cumprem todas a mesma função de articular esforços, viabilizando presas e alimentos para perpetuar a vida. Resistem a tempestades e vendavais e, embora vazadas mantêm **a função articuladora de conexões** para uma competente aliança de pontos que asseguram suas funções.

Logo, a constituição das RAS se dá através do compartilhamento de recursos que contempla a continuidade e complementariedade necessárias à promoção da saúde. Portanto, o eixo central da assistência em Rede é a integralidade dos serviços e práticas.

Figura 01: Dinâmica das RAS:



Fonte: Site da Associação Brasileira de Saúde Coletiva²⁸

A integralidade que, além de ser um princípio do SUS, também é um elemento constitutivo do direito à saúde (Pinheiro, Lofêgo, 2012), “consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida” (Pinheiro, 2009). No que remete a essa relação da lógica de cuidado em Rede com a lógica da *integralidade* na saúde, as reflexões de Roseni Pinheiro (2011) são relevantes. Com base na autora, as redes de serviços de saúde devem ser concebidas como uma rede social em que as demandas por saúde são expressas por outras redes sociais. Isto implica perceber a existência

de uma dependência recíproca entre **política e direito na saúde**, que tem, de um lado, a exigência do cumprimento da promessa da política do SUS, quanto à efetivação de seus princípios, dentre eles, o princípio da integralidade; de outro, que não exclui o primeiro, a confiança no direito, que requer a coexistência de ações, seja pela realização do bem comum, seja pela concretização de atividades comunitárias/coletivas, capaz de assegurar a saúde como questão de cidadania.”(Pinheiro, 2011, p. 52).

A partir da lógica de assistência compartilhada e integrada, o SUS, desde 2011 vem implantando redes temáticas de atenção à saúde no país³³ (aquelas voltadas para usuários ou situações específicas), e até então, vinha priorizando algumas linhas de cuidado, dentre elas destacava-se a Rede de Atenção Psicossocial -RAPS.

Como já referido, no capítulo 01, a RAPS foi estabelecida na portaria 3.088, que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, agrupados em sete componentes:

²⁸ Endereço: < <http://rededepesquisaaps.org.br/2017/06/19/artigo-debate-a-importancia-da-aps-e-da-coordenacao-do-cuidado-na-estruturacao-das-redes-de-atencao-a-saude-ras/> >

Tabela 4: Componentes da RAPS pela portaria 3088 de 2011:

1) Atenção Básica em Saúde	<p>Unidade Básica de Saúde,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, • Consultório na Rua, <p>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Convivência e Cultura
2) Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
3) Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
4) Atenção de Caráter transitório	<p>Unidade de Acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Atenção em Regime Residencial
5) Atenção Hospitalar	<p>Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas</p>
6) Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial:	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

A portaria de que se fala foi revogada em dezembro de 2017 pela portaria de consolidação nº3.588/2017, que altera o desenho da RAPS, passando incluir os seguintes componentes: Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico, as Comunidades Terapêuticas (Brasil, 2017).

Relevante lembrar que as alterações da portaria de consolidação dão espaço para os hospitais psiquiátricos na composição da RAPS. Perante esta mudança, vale refletir que o movimento da RP foi baseado na lei italiana, a Lei 180, onde foi decretado que todos os recursos públicos referentes ao campo da saúde mental fossem voltados para os serviços abertos de base comunitária, não deixando nenhuma brecha para a manutenção da centralização do hospital psiquiátrico. Diferentemente do que ocorreu no Brasil, que embora inovou com a promulgação da Lei 10.216/2001, não determinou de fato, que os hospitais psiquiátricos seriam totalmente substituídos por outros serviços de assistência. Dessa forma, ficou uma lacuna na Lei para que os hospitais perseverassem em funcionamento e não é de estranhar que as mudanças mais recentes na política de saúde mental tendam a favorecer a figura hospitalar aos serviços substitutivos.

Entende-se que o sujeito com sofrimento mental deve ter o acesso aos serviços públicos de saúde em todos os seus quadros clínicos, estando estável ou em crise, sendo assim, o acompanhamento na comunidade é de grande relevância, mas é elementar que nos momentos agudos, o usuário tenha o respaldo de ser atendido e se necessário, ser internado. Ou seja, compreende-se que a RP preconiza uma assistência integral com uma perspectiva de cuidado que não seja somente centrada na internação, como foi historicamente. A internação pode ser um recurso do tratamento e não “O” único recurso.

É essencial que o foco central do cuidado esteja localizado em dispositivos territoriais/comunitários, garantindo o direito de ir e vir, a circulação de usuários e profissionais, mas tendo o suporte nos diferentes níveis de intensidade do cuidado que o usuário requeira (Pitta, 2001). É sob essa perspectiva, baseada no aspecto da integralidade do acompanhamento (desde os casos de sofrimento mental leve aos casos graves e agudos), que a RAPS foi proposta.

No Estado de Minas Gerais, houve a organização de Redes integradas por regiões e no que tange à saúde mental, tem-se a região norte mineira dividida em três sub-regiões: Pirapora, Januária e Montes Claros. Tal organização foi determinante para implementação de novos CAPS em municípios de portes menores desafogando o município de Montes Claros dos

atendimentos. A seguir é exposto como os serviços estão organizados e distribuídos no norte de Minas:

Tabela 5: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Pirapora

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SEDE	PONTO DE ATENÇÃO	POPULAÇÃO REFERENCIADA
<u>PIRAPORA</u>	Pirapora	CAPS I	Pirapora
		CAPS i	Pirapora, Ibiaí, Ponto Chique, Varzea da Palma, Lassance, Santa Fé de Minas, Buritizeiro.
		02 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (ainda não habilitados²⁹)	Pirapora, Ibiaí, Ponto Chique, Lassance, Santa Fé de Minas,
	Várzea da Palma	CAPS I	Várzea da Palma e Lassance
	02 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (ainda não habilitados)	Várzea da Palma, Ibiaí, Ponto Chique, Lassance, Santa Fé de Minas	
	CAPS AD	Pirapora, Ibiaí, Ponto Chique, Varzea da Palma, Lassance, Santa Fé de Minas, Buritizeiro.	
	Buritizeiro	CAPS I	Buritizeiro
		02 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (ainda não habilitados)	Buritizeiro, Ibiaí, Ponto Chique, Lassance, Santa Fé de Minas

Fonte: Elaboração própria com dados da Superintendência Regional de Saúde de Pirapora.

²⁹ Consideramos importante colocar os serviços que ainda não estão habilitados ao Ministério da Saúde-MS, pois apesar disso, as gestões municipais têm mantido o financiamento para o funcionamento destes serviços. Ou seja, não recebem diretamente recursos do MS mas prestam atendimento para a população.

Tabela 6: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Januária

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SEDE	PONTO DE ATENÇÃO	POPULAÇÃO REFERENCIADA
<u>JANUÁRIA</u>	Mirabela	CAPS I	Mirabela, Patis, Japonvar e Lontra
	Brasília de Minas	CAPS I CAPS AD III	Brasília de Minas, Campo Azul, Ubaí, São Romão e Luislândia. Brasília de Minas, Campo Azul, Ibiracatu, Icarai de Minas, Japonvar, Lontra, Luislândia, Mirabela, Patis, Pintópolis, São Francisco, São João da Ponte, São Romão, Ubaí, Urucuia, Varzelândia.
	São Francisco	CAPS II	Regional - Pintópolis, São Francisco, Urucuia, Icarai de Minas, Chapada Gaúcha.
	São João da Ponte	CAPS I	São João da Ponte
	Varzelândia	CAPS I	Varzelândia e Ibiracatu
	Januária	CAPS II	Januária e Pedras de Maria da Cruz.
	Bonito de Minas	CAPS I	Bonito de Minas e Cônego Marinho
	Itacarambi	CAPS I	Itacarambi
	Manga	CAPS I	Manga, Montalvânia, Miravânia, Juvenília e São João das Missões

Fonte: Elaboração própria com dados da Superintendência Regional de Saúde de Januária

Tabela 7: Pontos de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de Montes Claros

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SEDE	PONTO DE ATENÇÃO	POPULAÇÃO REFERENCIADA
MONTES CLAROS	Coração de Jesus	03 leitos de Saúde Mental (Hospital São Vicente de Paulo de Coração de Jesus) 01 CAPS I	Coração de Jesus, Jequitaiá; Lagoa dos Patos; São João da Lagoa; São João do Pacuí.
	Francisco Sá	03 leitos de Saúde Mental (Hospital Municipal de Francisco Sá)	Francisco Sá e Capitão Enéas
	Capitão Enéas	01 CAPS I	Capitão Enéas
	Grão Mogol	03 leitos de Saúde Mental (Hospital Afrânio Augusto Figueiredo) 01 CAPS I	Grão Mogol, Botumirim, Cristália e Josenópolis
	Janaúba	06 leitos de Saúde Mental no Hospital Regional de Janaúba 01 CAPS AD III (24horas) 01 CAPS i 01 Unidade de Acolhimento infantojuvenil – Uai	Janaúba, Nova Porteirinha, Matias Cardoso, Verdelândia, Jaíba, Espinosa. Janaúba, Nova Porteirinha, Matias Cardoso, Verdelândia, Jaíba, Espinosa, Porteirinha, Monte Azul, Gameleiras, Mamonas, Mato Verde, Catuti, Pai Pedro, Serranópolis de Minas e Riacho dos Machados.
	Jaíba	01 CAPS I	Jaíba, Matias Cardoso e Verdelândia
	Monte Azul	02 leitos de Saúde Mental no Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças. 01 CAPS I	Monte Azul, Mamonas e Gameleiras
	Porteirinha	01 CAPS I	Porteirinha, Mato Verde, Catuti, Pai Pedro, Serranópolis de Minas e Riacho dos Machados
	Salinas	03 leitos de Saúde Mental no Hospital Municipal Dr. Osvaldo Predilliano Sant'Anna.	Salinas, Cural de Dentro, Santa Cruz Salinas, Padre Carvalho, Fruta de Leite e Novorizonte

	01 CAPS II	
	01 CAPS i	Salinas, Curral de Dentro, Santa Cruz, Padre Carvalho, Fruta de Leite, Novorizonte, Taiobeiras, Vargem Grande do Rio Pardo, Montezuma, Santo Antônio do Retiro, Indaiabira e Ninheira, Rio Pardo de Minas e São João do Paraíso.
Taiobeiras	01 CAPS II	Taiobeiras, Montezuma, Indaiabira e Ninheira,
Rio Pardo de Minas	01 CAPS I	Rio Pardo de Minas e Santo Antônio do Retiro.
São João do Paraíso	01 CAPS I	São João do Paraíso e Vargem Grande do Rio Pardo
Bocaiúva	04 leitos de Saúde Mental no Hospital Municipal Dr. Gil Alves.	Bocaiúva, Engenheiro Navarro, Olhos D'Água, Francisco Dumont, Guaraciama, Joaquim Felício.
	01 CAPS I	
	01 CAPS AD	
Montes Claros	10 leitos de Saúde Mental no Hospital Aroldo Tourinho	
	06 leitos de saúde mental no Hospital Universitário Clemente de Faria;	Montes Claros, Glaucilândia, Juramento, Itacambira e Claro dos Poções
	06 leitos da Residência de Psiquiatria no Hospital Universitário Clemente de Faria	
	01 CAPS II	
	01 CAPS AD II	
	01 CAPSi	
	01 Unidade de Acolhimento adulto- UAa	
	01 Serviço Residencial Terapêutico -SRT	

Fonte: Elaboração própria com dados da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

Baseado nestes dados, em todo o norte de Minas existem dezenove (19) CAPS I; cinco (05) CAPS II; cinco (05) CAPS AD (sendo dois modalidade III); quatro

(04) CAPS i; uma (01) Unidade Acolhimento Infanto-Juvenil; uma (01) Unidade de Acolhimento Adulta; um (01) Serviço Residencial Terapêutico e quarenta e seis (46) leitos em hospitais gerais.

Chama a atenção que em Janaúba, cidade com setenta um mil e seiscentos e cinquenta e três (71.653) habitantes e em Brasília de Minas com pouco mais de trinta (30) mil habitantes há o funcionamento de um CAPS III enquanto Montes Claros, com maior porte populacional até então não dispõe deste serviço. Apesar disso, é o município que conta com o maior número de serviços de saúde mental.

Sobre essas disparidades, Passos (2009, p.07) admite que os avanços da RP, da criação de serviços substitutivos são desigualmente distribuídos no país uma vez que dependem de “vontade política dos municípios em implementar a nova política, na complexidade que a mesma exige para ser eficaz”. A autora exemplifica tais discrepâncias no Estado de Minas Gerais comparando Montes Claros com Betim: a primeira cidade, Montes Claros, possui uma região de grande extensão territorial, é um importante pólo econômico, com mais 400 mil habitantes, tem apenas CAPS de modalidade II. Já, a segunda, Betim, com o número de habitantes próximo ao de Montes Claros possui mais estruturas que, por exemplo, Florianópolis, capital de estado com igual número de habitantes de Betim, aparecendo em 5º lugar no ranking de municípios brasileiros mais bem equipados de estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico.

Nesse aspecto, a representante da Associação de Usuários e familiares assinala a percepção de que nem sempre há implicação por parte dos municípios em relação à política de saúde mental: *“Ao jogar a responsabilidade para os municípios, tem muito município sem compromisso com a saúde mental. Os serviços de saúde mental ficam desprovidos muitas vezes.”*

O Conselheiro Municipal de Saúde 1 proclama a importância do compromisso da gestão pública para a efetivação da política em questão: *“[...] temos que entender que quando temos um gestor público comprometido as coisas avançam, pode até ter equipes com um corpo técnico e clínico bom, mas se não tiver um gestor que contribui ele não implementa”*. Conforme este depoimento, compreende-se que a criação de uma Rede de serviços qualificada depende de o campo da saúde mental entrar na agenda política do município. Como a ênfase deste estudo é sobre as particularidades da política de saúde mental em Montes Claros, considerou-se pertinente realizar um levantamento dos projetos, propostas, portarias, resoluções ou outros

documentos que passaram pela Câmara Municipal correlacionados à assistência psiquiátrica, à saúde mental. Para isto realizou-se uma consulta no Arquivo Público da Câmara Municipal Vereador Ivan Lopes³⁵.

Primeiramente, a busca se deu de forma manual, através de catálogos que constavam a identificação dos projetos do período de 1831 a 1983. A partir da leitura da descrição sumária de cada projeto foram separados os que apresentavam alguma descrição sobre: Saúde mental, assistência psiquiátrica, hospital psiquiátrico.

Em um segundo momento, em relação ao período de 1983 até os dias atuais, a busca foi digital. Através de palavras chaves como saúde mental, doença mental, loucura, psiquiatria, psiquiátrico, psiquiátrica, hospital neuropsiquiátrico, hospital Prontoemte, psicossocial, foi feita a consulta no banco de dados do Arquivo Público.

Identificados os arquivos com a temática em questão, o terceiro momento foi de acessar os documentos levantados que são organizados no *software* Gerinfor. Através desse programa, as imagens dos referidos projetos foram copiadas para a análise posterior. O resultado de tal levantamento foi:

Tabela 8: Levantamento de propostas para a saúde mental no poder legislativo de Montes Claros

Documento	Descrição
Projeto de Lei nº 94 de onze de agosto de 1952.	Abre crédito especial para a aquisição e doação de terreno, destinado ao hospital regional de Psiquiatria.
Projeto de Lei nº 85 de junho de 1952	Revoga parágrafo único da lei acerca da doação de terreno para construção de hospital neuropsiquiátrico
Projeto de Lei nº 56 de 19 de julho de 1956	Autorização para prestação de contas entre a Prefeitura Municipal de Montes Claros e o Estado de Minas Gerais referente ao Hospital neuropsiquiátrico

Requerimento do vereador Aflio Mendes Aguiar em 18 de março de 1959	Solicita autorização para licitamento público para construção do hospital psiquiátrico de Montes Claros
Requerimento do vereador Aflio Mendes Aguiar em 03 de abril de 1961	Solicita ao governo federal e estadual que haja continuidade na construção de um “hospital colônia de psiquiatria”
Resolução número 258 de setembro 1977	Aprova convênio entre a prefeitura e fundação Educacional e Assistência Psiquiátrica- FEAP
Ofício 108 de março 1979	Revoga a doação do terreno para construção do hospital regional de psiquiatria. (lei 127 de dezembro de 1957)
Projeto de 154/2008	Autoriza o poder executivo a repassar recursos financeiros ao Prontamente
Projeto de Lei 26 de 2010 (março)	Autoriza o poder executivo a abrir crédito especial e repassar recurso financeiro para o Prontamente
Projeto de lei número 201 de dezembro de 2011	Autoriza o poder executivo a repassar recursos financeiros ao Prontamente

Fonte: Elaboração própria.

Identifica-se que na câmara legislativa os projetos de lei diziam respeito basicamente a questões referentes à assistência psiquiátrica hospitalar. Não foram encontradas propostas em outras dimensões para política de mental do município. O que indica a baixa visibilidade política da saúde mental para o âmbito legislativo municipal.

A RP enquanto um movimento que instituiu uma lei nacional e que favoreceu para a criação em diversos estados de leis específicas voltadas ao atendimento da população com sofrimento mental, corroborou, dessa forma, com um arcabouço jurídico que norteia os gestores de todas as esferas a desenvolverem a política de saúde mental pautada em serviços substitutivos. Isso, no entanto, não garante que todos os municípios se responsabilizem de igual

modo para a efetivação da política. A representante da Gerência Regional de Saúde reitera esse argumento em relação a realidade montes- clarensce:

Aqui em Montes Claros deveria ter no mínimo o dobro de dispositivos que tem aqui atualmente considerando o porte populacional do município, então a implantação dos serviços ela depende da gestão municipal, porque assim o Ministério da Saúde ele faz , aprova uma política nacional, o estado também aprova essa mesma política só que no nível estadual, e o município executa a política, então a implantação ela é por conta do município.

Viu-se no capítulo anterior que o município tem desenvolvido a implantação da RAPS de modo gradativo, e que o fechamento de uma instituição asilar foi tardia. Antes do fechamento do Prontamente alguns serviços abertos de saúde mental já estavam funcionando e posterior ao fechamento novos serviços foram implantados, o que deu subsídios para a transição de um modelo que tinha como referência a figura do hospital psiquiátrico para um modelo com serviços abertos. No entanto, constatou-se que a criação dos serviços por si só não necessariamente substitui por completo o modelo asilar de cuidados. A seguir, será visto com base nos depoimentos coletados as principais lacunas da Rede de serviços de saúde mental do município de Montes Claros.

3.3 Lacunas da RAPS da Montes Claros

Após o fechamento do Prontamente há a continuidade de criação de novos serviços no município, porém, foi frisado pelos participantes deste estudo que o processo demonstra descontinuidade, fragilidades, lacunas, descaminhos:

O Prontamente, que passou a ser a referência em urgência, atendia a qualquer hora, internava a qualquer hora que é o que está faltando hoje: uma clínica que possa atender a qualquer hora e possa internar a qualquer hora, se precisar internar (M.P).

Até hoje em Montes Claros, estamos em 2018 **não existe CAPS III**, não existe! O que se esperava é que houvesse a **abertura de CAPS III**, CAPS infantil, outras modalidades de CAPS, que não foi o que aconteceu. Então assim, o município foi quem mais brigou para fechar e ele não deu conta de suprir a essa vacância que ele criou (E2).

Em Montes Claros não há um serviço de urgência psiquiátrica em algum hospital geral e nem a existência de um CAPS III- com funcionamento 24 horas e aos finais de semana e feriados. Há dificuldades concernentes ao acolhimento às situações de crise. A inexistência de

serviços de atenção integral à crise de fato substitutivos ao hospital psiquiátrico representa impasses estruturais para um cuidado integral.

Do ponto de vista de Dimenstein *et al.* (2012) o atendimento à crise é um dos eixos estratégicos e um pilar de sustentação da RP mas tem sido um dos principais entraves das mudanças preconizadas pela Reforma. A assistência à saúde mental nos serviços comunitários deve viabilizar o atendimento das demandas da população demandante de atendimento. Se for necessário o afastamento familiar, se houver a necessidade de internação, estas demandas devem ser atendidas. Para isto, os serviços substitutivos carecem disponibilizar a possibilidade de leitos em centros de saúde mental ou em núcleos de atenção psicossocial que funcionem 24 horas, oferecendo hospitalidade diuturna (Giovanella e Amarante, 2002). Deve oportunizar condições para o “direito ao asilo” entendido por Franco Rotelli (2002, p.162) “aquele direito de você poder sair de uma crise quando a situação está totalmente insuportável e pode ser hospedado por outros”, o direito ao cuidado que necessitar.

De acordo com Vasconcelos (2012) os CAPS III são escassos no Brasil de um modo geral e a expansão desses serviços requisita vontade política, disponibilização de recursos mais amplos e um fluxo contínuo de financiamento. A entrevistada R.A acentua a dificuldade de atendimento à crise no município em virtude da inexistência do CAPs III: *“Hoje a problemática do sistema de saúde é do atendimento da crise. Para onde levar? Tentou fazer o CAPS 3 que funciona 24 horas, mas ainda não foi para frente.”*

Os profissionais descreveram que a expectativa da construção de uma Rede integrada, com recursos para favorecerem a inserção social e o tratamento sem a demanda do hospital psiquiátrico, não foi concretizada:

A expectativa que eu tinha nessa época, que dos CAPS nós fossemos para os Centros de Convivência, pela descentralização dos serviços, que cada território tivesse seu serviço estruturado (P2).

Eu infelizmente sinto uma frustração de não ver a Rede funcionando como eu idealizava, eu acho que ainda a Rede está muito fragmentada. Por exemplo: eu acompanho um paciente, se eu vou dar alta para o paciente e ele vai para o território dele, 80% dos territórios não tem o que ofertar, não estão preparados. Cadê o Centro de Convivência e Cultura que tanto queremos? Se eu entendo que a lógica é de que o paciente vai para o CAPS em surto e ao estabilizar ele vai para o seu território, ele pode estar voltando para o seu território, mas ele tem que continuar o tratamento, mas isso ainda está falho. A gente não tem o que ofertar. [...] Por isso muitas vezes tem uma recorrência de volta do paciente para o CAPS, pois ele fica solto, ele não tem ainda em quê segurar. Então acho que essa Rede tem que ser fortalecida, onde está um Centro de convivência e cultura que deveria ter? Essa Rede tem que estar mais equipada. Eu acho que as pessoas da saúde mental, os profissionais, têm muito desejo de dar certo, mas ficamos desmotivados sem saber o que fazer. Eu tinha pacientes que fui referência, eu ficava tentando segurar os pacientes, muitos falavam para eu dar alta,

mas lá eu sabia que lá muitos tinham o que comer, que tinham uma cama, que tinham o mínimo com o CAPS, aí eu ficava nessa angústia sem saber se eu fazia bem ou mal. **Por não ter um suporte da Rede eu mantinha alguns pacientes no CAPS, isso era errado**, mas eu não sabia o que era é pior. **Eu penso que se tivesse uma Rede de serviços solidificada**, se voltasse a funcionar o CAPS III, se a família se sentisse amparada, **eu penso que o Hospital não iria fazer falta**. Isso se o paciente circulasse da forma que nós idealizamos, de ter assistência em seu território, de fazer oficinas, de ter alternativas para ele. Mas do jeito que está sabe... Eu penso que o serviço ainda está muito engessado, acho que precisa de gente nova, de mudança, de vontade política (A.S).

Segundo Macedo e Dimenstein (2012) a RAPS tem sua estrutura e funcionamento atravessados pelo desinvestimento de políticas sociais e da crise do Estado. A ampliação e a criação de outros dispositivos assistenciais são, nesse contexto, morosas. A Rede então, corre o risco de funcionar de modo fragmentado e desarticulado. O entrevistado E2, frente às lacunas existentes na Rede do município considera que o Prontamente não foi substituído, “*o serviço foi fechado, ele não foi substituído, ele foi fechado, isso é diferente*”. Quando se fala em serviço substitutivo, refere-se a dispositivos que deem conta da complexidade do sofrimento psíquico, mas superando o hospital psiquiátrico (Magalhães e Onocko-Campos, 2016). Logo, quando não existem esses dispositivos, há brechas para que a população conclame o hospital psiquiátrico como o principal responsável pelos cuidados em saúde mental.

A demanda por um hospital psiquiátrico não se constitui somente por não haver uma Rede completa, com todos os serviços ideais. O que é preciso ser analisado é sobre como os serviços existentes são operacionalizados e sob qual lógica funcionam.

Se o hospital tem sido insubstituível, prenuncia que não tem ocorrido de fato um processo amplo de desinstitucionalização (entendido aqui com base na perspectiva basagliana). Não convém afirmar que em Montes Claros a Reforma se restringiu somente a uma mera desospitalização, visto que, conforme será mostrado à frente, apesar dos entraves, houve mudanças e avanços expressivos, contudo, não pode ser desconsiderado que os relatos indicam um cuidado fragmentado e limitado no âmbito da saúde mental. Os serviços têm apresentado mais características de serviços alternativos do que essencialmente substitutivos.

A territorialização também tem sido um dos principais empecilhos de atuação da Rede. O estudo de Junqueira e Pillon (2011) evidência que os profissionais que atuam nas ESFs apresentam dificuldades de formação para lidarem com os usuários de saúde mental. Este ponto aparece nas entrevistas:

Essa rede não funciona, o pessoal do PSF não gosta do paciente de saúde mental. O paciente vai lá, até começa bem lá, mas a assistência lá... é difícil, não dá conta. Eles

têm uma coisa, **uma rejeição**, um descaso com o paciente de saúde mental, é tanto que eles fazem visitas e quando tem um paciente de saúde mental eles evitam de visitar, ficam com medo aí o paciente acaba voltando para cá, tem um furo nessa Rede aí grandão (TE1).

Neste depoimento percebe-se que há objeção por parte da atenção básica em acompanhar esse público específico. Carece lembrar que a lógica de cuidado pautada em Redes de Atenção à Saúde coloca a atenção primária como um eixo central. Nesse viés, no campo da saúde mental, há o direcionamento para que as ESFs sejam fortalecidas e capacitadas para terem condições e preparo para o atendimento desse público.

No entanto, como já pontuado, em Montes Claros há uma cultura manicomial muito enraizada, que por sua vez contribui para a ideia de que o trato a esse grupo deve ser delegado à atenção especializada, terciária, por isso, é comum haver certo estranhamento por parte das unidades básicas em relação aos sujeitos com sofrimento mental.

Como historicamente a figura central para o “tratamento” desses sujeitos era o hospital, desconstruir essa percepção e consolidar os CAPS como a referência para os atendimentos foi um processo complexo, dessa maneira, deslocar esse cuidado para a atenção primária é um movimento ainda mais desafiante. Pode-se inferir que a consolidação de um acompanhamento no campo da saúde mental pelas ESFs seria um terceiro momento da RP (o primeiro refere-se ao o deslocamento da centralidade do hospital psiquiátrico, o segundo seria o fortalecimento dos CAPS).

Nesse aspecto, a prática do Apoio Matricial pode gerar uma aproximação dos profissionais da APS com o campo da saúde mental. Santos *et al* (2018) explanam que em Montes Claros, o AM é algo efervescente e germinal. Embora, existem dificuldades por parte dos profissionais das ESFs em acolher essa demanda o estudo de Santos *et al*. (2018, p.78) mostrou que a “implementação do Apoio Matricial teve efeitos positivos e possibilita vislumbrar uma possível resignificação dos processos de trabalhos das equipes em questão”.

Por entender a RP enquanto inacabada, certifica-se que as práticas, as mudanças, não se dão de forma imediata. Elas são percebidas aos poucos. A partir do AM pode ser possível desconstruir paulatinamente a resistência que percorre as ESFs em relação à saúde mental.

Depreendeu-se, até o momento, que houve uma expectativa da criação da Rede em Montes Claros, viu-se que gradativamente ela está sendo implantada. Por ser um processo lento há dificuldades de perceber suas mudanças e efeitos, fato é que há “buracos” nessa Rede. Tal fragilidade ratifica com a manutenção da cultura da internação, favorecendo assim, que a figura hospitalar ainda ocupe um lugar central. Para deslocar essa centralidade é preciso que essa Rede

seja fortalecida, que ela continue sendo ampliada não só em quantidade de serviços, mas, especialmente, no que tange à qualidade, garantindo um cuidado integral, não deixando o vazio do hospital em aberto.

Embora a *Rede real* esteja distante da *Rede ideal*, não há dúvidas de que ao se considerar a exclusão e a violência que marcou a trajetória dos hospitais psiquiátricos, a construção da RAPS numa perspectiva substitutiva é a melhor direção a ser traçada para a oferta de cuidados aos sujeitos com sofrimento mental. O Conselheiro de Saúde 2 frisa esse argumento ao dizer que “*Eu diria assim, a Rede existe com vários problemas, mas ela ainda é mil vezes melhor que os hospitais psiquiátricos.*”

Desses depoimentos se depreende que para os entrevistados não se deve mais focar as críticas unicamente aos manicômios, cabe questionar a qualidade da Rede, para que esta seja fortalecida e não abafada. As brechas e os buracos não podem anular a potencialidade da RAPS viabilizar um cuidado desinstitucionalizante.

3.4 Desdobramentos da Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios

O movimento da RP preconizou não só uma alteração na forma de assistência técnica, mas também na cultura, nas mentalidades com vistas à superação do estigma atribuído aos usuários da política de saúde mental. Para Perrussi (2017) uma das transformações mais evidentes advindas do movimento é a “conformação do antigo paciente psiquiátrico em usuário”, este passou a ser visto como um cidadão, um sujeito de direitos.

Apesar do sucateamento dos serviços e da comunicação falha entre a Rede, os entrevistados destacaram que a RP trouxe avanços relevantes quanto ao modo de tratar o usuário da política de saúde mental:

Eu acho que a maior diferença é na humanização. Melhorou muito para eles neste aspecto, eles têm o direito de ir e vir, de sair, passear, essas coisas (TE1).

A reforma psiquiátrica teve um olhar humanizado para o paciente psiquiátrico. Isso é indiscutível. A reforma psiquiátrica traz uma preocupação com a humanização à assistência ao paciente psiquiátrico, isso é positivo demais (E2).

A principal diferença é a liberdade de ir e vir. Eu acho que isso é impagável para um ser humano. O paciente poder ir ao Serviço, ir receber um atendimento, o familiar poder fazer isso: acompanhar (P2).

Outro ponto que merece destaque diz respeito ao acesso aos serviços de saúde mental. Em Montes Claros, especificamente, o Hospital psiquiátrico era particular, ele começou

o atendimento público somente na década de 1990. Com a Rede, com a descentralização de serviços, o acesso foi ampliado, o que é enfatizado pela R.A:

É claro que do Santa Catarina até chegar ao CAPS houve um avanço significativo, melhorou demais, houve uma evolução positiva. Nesses hospitais só ia quem podia pagar, com a Reforma todos podiam acessar os serviços. Só que paralisou, teve a lei, mas muitos municípios não acompanharam a cartilha para o projeto da política de saúde mental.

Além disso, o depoimento do Conselheiro de Saúde 2 acentua a ampla visibilidade que é dada aos acontecimentos que enfatizam a tal periculosidade da pessoa com sofrimento mental. De acordo com o entrevistado não são divulgados os resultados positivos do trabalho da RAPS. No entanto, quando há um episódio de violência que envolve algum sujeito com sofrimento mental há uma grande repercussão, o que coopera para uma visão negativa da Rede:

As vezes não é divulgado quantas pessoas ficam recuperadas, que voltam para o laço familiar, para convívio social e até para o trabalho. Isso não é objeto de pesquisa, se tem a gente não vê, quantas pessoas saíram da Rede e seguiram com suas vidas... O que a gente vê mais é o que foi para o hospital e quebrou alguma coisa, o que algum normal também pode fazer e (até faz), para mostrar que não tá dando certo de ficar no hospital geral, que tem que ficar isolado. Então esses episódios são divulgados para tentar denegrir a implantação da Rede.

Um dos pontos preconizados pela RP como um eixo de maior avanço é sobre a dimensão da participação social dos usuários. Uma das características do modelo asilar era a anulação da fala, era a estigmatização, não dar voz e nem visibilidade para o sujeito. Com toda a precariedade que há na articulação da Rede, o usuário tem espaço de fala (a própria dinâmica dos serviços favorece isso), nos Conselhos Municipais de Saúde e Conferências. É um avanço crucial a possibilidade de dar voz para essa parcela que foi silenciada. Este reconhecimento é retratado pela R.A e pela psicóloga P2:

O que eu vi de acréscimo da Reforma Psiquiátrica é que temos mais liberdade para denunciar e falar. Quando a gente vê que um lugar não está legal você liga, você crítica, você faz uma audiência pública, você tem mais acesso a defensoria pública.

Mesmo que ele brigue pela forma de atendimento, mas ele está brigando pela forma de atendimento que ele está recebendo. Ele tem voz, mesmo que seja uma voz que atinja dois, três, dez pessoas que estejam ali em torno. Eu acho que isso faz diferença.

Nessa direção, como bem acentua Cirilo (2006) a RP apresenta como marco distintivo, nitidamente *o reclame da cidadania do louco*. Um exemplo desse aspecto em Montes

Claros é a *Associação de Usuários e Familiares Consciência Ativa.com*, criada em 2016. De acordo com Villares *et al* (2013) as associações de defesa de direitos de usuários e familiares em saúde mental nascem da organização de pessoas em torno de uma causa, a partir de demandas como reconhecimento e legitimação, inclusão e participação social e em oposição a práticas discriminatórias ou de exclusão.

Esse tipo de associação tem um caráter heterogêneo em todo o Brasil. Há associações criadas e compostas somente por aqueles que se titulam usuários, ex usuários, ou sobreviventes do sistema psiquiátrico; há associações lideradas apenas por e para familiares de pessoas com sofrimento mental; há aquelas que são mistas, que surgem de iniciativas conjuntas de familiares e usuários, às vezes com a participação de “amigos” ou simpatizantes de suas causas; e há associações lideradas por profissionais (Villares *et al.*, 2013).

Em Montes Claros, a ideia de criar uma Associação de usuários e familiares emergiu durante as reuniões para a construção do Colegiado Gestor Municipal³⁰ de Saúde Mental, em que alguns residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Montes Claros eram os responsáveis pela implementação (Miranda *et al.* 2019). Durante a discussão a implementação percebeu-se a voz esmorecida dos usuários e familiares frente à política de saúde mental municipal, visto que não existia até aquele momento nenhum grupo de usuários organizados no município (Miranda *et al.*, 2019). A partir de então surgiu o movimento de criação da Associação, em julho de 2016.

Os residentes espalhados em diversos pontos da RAPS municipal foram responsáveis pela divulgação do “Café da Manhã no CAPS” (atividade semestral, organizada pelos residentes, que tinha como objetivo aproximar os familiares e a comunidade do CAPS). Nesse Café buscou-se germinar a ideia da criação da Associação. Foram distribuídos cerca de 300 convites, mas compareceram somente 46 pessoas, sendo usuários e familiares dos diversos pontos da RAPS. Nesse primeiro encontro apresentou-se aos presentes o funcionamento de uma Associação e levantou-se as necessidades da Rede. Percebeu-se que possuíam muito a dizer e que era imperativo um movimento organizado dos mesmos (Miranda, *et al.* 2019).

Nota-se que esse movimento surgiu através de uma provocação que não partiu dos usuários e familiares, mas sim de profissionais-residentes. Mais uma vez percebe-se o papel articulador dos profissionais para o fortalecimento das dimensões da RP e sobretudo em instituir

³⁰ Espaço de discussão e pactuação composto por um grupo de profissionais e da sociedade civil que representariam todas as categorias/ equipes/usuários que compõe a RAPS (Miranda *et al.*,2019).

processos novos.

Nas reuniões posteriores foi definida a composição da chapa da Associação, que englobou usuários dos distintos pontos da RAPS (CAPS II, AD, i, ESFS, ambulatório) e profissionais. Foi escolhido o nome “Associação Consciência Ativa.com”. Aos poucos foi tomando corpo, as reuniões passaram a ocorrer de forma quinzenal no CAPS II, os profissionais dos serviços começaram também a ser afetados pelo movimento que nascia. Os cafés com cidadania, passaram a ser organizados e conduzidos pela Associação (Miranda, *et al.* 2019).

Um outro marco na história da Associação foi sua aproximação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), tal fato deu-se devido as paralizações realizadas pelos serviços substitutivos do município em maio de 2017, reivindicando melhorias nas condições de trabalho e tratamento mais digno aos pacientes, os profissionais se mobilizaram e não foi diferente com a Associação, que apoiou o movimento e passou a integrar um comitê permanente no conselho municipal de saúde (Miranda, *et al.* 2019). Essa aproximação com CMS foi oficializada em 2018 por meio da Resolução nº 001, de 06 de junho de 2018 que criou a “Comissão Municipal de Saúde Mental, Atenção psicossocial e Reforma Psiquiátrica³¹”. Tal comissão, dentro do Conselho tem como objetivo “acompanhar, sugerir estratégias para o cumprimento da legislação Nacional de Saúde Mental” (CMS, 2018).

Desde o início das reuniões da Associação *Consciência Ativa.com* a pauta tem girado em torno de sua regularização, como por exemplo as discussões sobre o estatuto, e sobre como deve ser a organização financeira. A regularização não ocorreu, mas de acordo com a representante da Associação entrevistada, está em andamento:

Aí nós estamos regularizando a Associação. Precisamos de um advogado para assinar o estatuto e outras coisas. Tem um paciente que fez tratamento no CAPS Ad e que é advogado e está estável e se prontificou a ser o advogado da Associação e ajudar a gente.

Este depoimento indica que a Associação além de ser um espaço articulado para a fala é também um espaço de reintegração social. Observa-se que a partir de uma Associação há

³¹ A comissão é composta por: 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde, sendo o(a) Coordenador(a) Municipal da Saúde Mental. • 02 (dois) representantes do Conselho Municipal de Saúde.

-01 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde/Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros. • 02 (dois) representantes do segmento de Prestadores de Serviços ao SUS (hospitais). • 02 (dois) representantes dos usuários, sendo obrigatoriamente um da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental. • 02 (dois) representantes dos trabalhadores da Rede Psicossocial do Município de Montes Claros - MG.

possibilidades de usuários e familiares entrarem em cena do debate político, serem atores e protagonistas para a construção de uma política integral e para a luta e defesa de direitos.

Entretanto, apesar da dimensão da cidadania, de inclusão, de participação social, do envolvimento dos trabalhadores para fortalecer a organização dos usuários a institucionalização da RP também está permeada de significativos desafios. A sua operacionalização por meio de dispositivos implantados como, por exemplo, os CAPS, tanto passou a ser vista como exemplo de estratégias transformadoras ou como a reprodução do modelo que se propôs a superar. Para Merhy (2007) eventos e publicações vêm sinalizando um momento de *crise da Reforma*.

Na fala dos entrevistados observa-se que houve uma desmotivação na continuidade da ação política em relação à RP uma vez que as transformações não foram adiante e que há baixos investimentos nos serviços substitutivos.

Eu acho que a Reforma no início foi até boa, mas depois se perdeu, o erro veio para os serviços de saúde mental pior do que o que estava lá, muito pior. [...] Eu acho que a Reforma está parando de existir, acho que se eles não abrirem os olhos, ela vai acabar: não tem investimento na saúde mental, há um pouco de investimento (TE1).

Em alguns momentos eu fico pensando até onde o CAPS faz bem para os pacientes, porque em alguns casos ele faz mais mal do que bem. Imagina como dói, eu, uma profissional do CAPS, reconhecer isso. Os pacientes ficam como baratas tontas sem rumo igual ficavam no Prontamente, sem o que fazer. Eu acho então que tem coisas que os serviços substitutivos acabam reproduzindo. Eu fico pensando assim, quando nós começamos estávamos cheios de vontade, estava em um momento propício, no auge de tudo, muita coisa acontecendo, estávamos cheios de ideais e isso foi minando, vamos percebendo que a sensação é de que estamos dando murro em ponta de faca. Eu penso que tinha que ter uma mudança radical: trocar os profissionais, pois nós ficamos desgastados, você faz o seu melhor e não vê as coisas frutificarem (A.S).

A Reforma está enfraquecida, os atores que estão aí, eu não vejo essa luta(P4).

Temos muita dificuldade com a reinserção social, na minha época eu acho que tínhamos um enfrentamento, no corpo a corpo, agora acho que está mais diluído (P3).

Um dos pontos que chamou atenção foi a “perda do fôlego” pela RP. Embora seja repetitivo, um dos pontos que chamou atenção foi a “perda do fôlego” pela RP. Embora seja repetitivo, é importante demarcar que se fala de algo em curso. Nota-se que houve um enfraquecimento desse processo, sua continuidade vem sendo fragilizada. Os profissionais dos primeiros serviços extra hospitalares possuíam uma militância maior. Pelos relatos, não há um engajamento político em defesa de uma política desinstitucionalizante dos trabalhadores atuais como houve outrora.

No que concerne aos baixos investimentos aos serviços abertos, que foram

alegados, Vasconcelos (2012) adverte para o fato de que as políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais podem induzir a processos de desospitalização sem afiançar de fato uma assistência na comunidade, promovendo, assim, um descaso social.

A fragilidade nas diversas políticas sociais tais como as de saúde, assistência social, previdência, educação, habitação, trabalho enfraquecem a RP pois estas políticas setoriais sustentam diretamente a desinstitucionalização que tem em sua base a dimensão da inserção social dos usuários. Além disso, o autor aponta que a deterioração das condições de trabalho e precarização dos vínculos dos trabalhadores de saúde trazem forte impacto na atenção psicossocial. Nesse sentido, os pesquisados realçaram que após o fechamento do Prontamente não houve melhorias nas estruturas do CAPS (até a ocasião da realização das entrevistas):

Mas assim, o serviço nosso piorou, o nosso praticamente nem tá existindo, de faltar recursos humanos: assistente social, falta técnico de enfermagem, médico, servente de zeladoria, falta tudo. O serviço está andando para trás, eu acho que está na contramão da Reforma (TE1).³²

Depois que fechou ficou ruim só para os pacientes, e familiares. Porque o CAPS continuou do mesmo jeito, com a mesma estrutura, sem melhorar alguma coisa. Teve poucos avanços, trouxe mais prejuízos para a família (E1).

Hoje quando eu entro no CAPS eu fico muito espantada, ele foi **pauperizado** nesse processo. Se você chegasse no CAPS em 2002 era tudo novo, tudo muito bem cuidado, tinha equipamento, tínhamos ganhado muita coisa nova, tinha jardim, tinha horta, mas a população vai aumentando, a demanda aumenta, as brigas políticas vão se intensificando, os recursos diminuindo, os trabalhadores não podem bancar os serviços como a gente vê na educação as professoras levando material, mas isso é o Brasil, é uma tristeza (P2).

A entrevistada R.A constata que o CAPS tem passado por processo de sucateamento: *“Se o povo não brigar, se as famílias não brigarem o CAPS vai acabar, ele vai deteriorando”*.

No capítulo 01, foi descrito que o sucateamento da política pública de saúde tem dado margem para a expansão do setor privado na oferta de atendimentos, fato que Paim (2008) chama de projeto mercantilista da saúde. Do ponto de vista do médico psiquiatra entrevistado

³² A entrevista foi realizada em abril de 2017. Na época, fazia mais de um ano que a Assistente Social havia se aposentado e não havia sido substituída. No mesmo período o quadro de recursos humanos do CAPS estava incompleto, contudo, segundo dados da Coordenação de Saúde mental em maio de 2018 todos os CAPS passaram a funcionar com a equipe completa preconizada na legislação.

a carência de investimento público na saúde mental tem favorecido para uma privatização na área.

[..] A nível local a escassez de recursos teve uma redução drástica que praticamente aniquilou a assistência [..] a lógica é a da sonegação da prestação do serviço de saúde à sociedade. E com isso hora você desinveste e privatiza, porque isso aconteceu, a privatização aqui em Montes Claros pode ser constatada, tem uma saúde mental privada aqui, talvez até com uma quantidade maior de leitos.

De modo similar, a R.A assinala que *“a reforma não resolveu, Barbacena foi fatiado. Hoje tem clínicas privadas de psiquiatria que estão lotadas”*, e a P2 declara: *“[...] as pessoas querem é tirar de perto delas que não é igual a elas, como por exemplo agora nas fazendinhas. [...] as fazendinhas cobram das famílias que nem podem visitar e que querem dinheiro público para isso”*.

Esses serviços de âmbito privado formam o que Zambenedetti e Perrone chamam de *rede paralela* (2007). As fazendinhas mencionadas referem-se às “Comunidade terapêuticas” – CTs, instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento para usuários de álcool e outras drogas. Costumam possuir um programa específico de tratamento pautado no afastamento social, que dura de seis a doze meses, apresentam regras rígidas e atividades obrigatórias que devem ser seguidas por todos que ingressam na instituição (Fossi e Guareschi, 2015). Apresentam “novas” perspectivas e propostas higienistas” (Bolonheis-Ramos e Boarini, 2015). O crescimento significativo das CTs podem representar uma certa remanicomialização³³, haja vista que o tratamento é essencialmente moral e desarticulado de outros serviços de saúde.

A entrevistada P3 reitera sobre a cultura do afastamento, sinalizando que a cultura da internação continua perpetuando em Montes Claros, o que demanda a continuidade da luta pela RP:

Ainda permeia uma cultura de internação. Por isso a luta continua. Quem precisa de internação é internado. Montes Claros tem os hospitais de Belo Horizonte como referência. E quando precisa, são feitas internações lá. Em nenhum momento se propôs acabar com a internação, ela é necessária. O que se tem é que acabar com a cultura de internação, que é diferente... De fato, os serviços nossos devem estar muito capengas, mas não é só a saúde mental, as políticas públicas de um modo geral estão se deteriorando, principalmente depois do Temer e a tendência é piorar agora. **Não estar pior do que era, mas temos que melhorar.**

³³ Termo usado por Amancio e Elia em artigo publicado no periódico “Cadernos Brasileiros de Saúde Mental” em 2017 intitulado: *Panorama histórico - político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual.*

O depoimento incita uma expectativa de enfraquecimento da política de saúde mental em virtude do cenário político do Brasil. Já foi situado que no governo Temer é aprovada a portaria que propicia um espaço para o retorno dos hospitais especializados psiquiátricos, o que tem preocupado os militantes da RP por indicar um retrocesso frente aos avanços que vinham sendo construídos a nível nacional, mesmo que paulatinamente.

Temos uma preocupação muito grande com o que o atual governo vem incentivando, porque o atual governo vem incentivando o retorno dos hospitais psiquiátricos, exatamente com esse discurso de que não dá para manter a pessoa com sofrimento no seio de seu grupo familiar e muitas famílias pegam essa fala e reproduzem até para afastar a pessoa do meio. Tem gente que quer ficar com a casa, com o benéfico né, o dinheiro do paciente, mas não quer ficar com o paciente. O estigma é grande, e corre o risco de isolar essas pessoas e até mesmo de maus tratos. [...] Tanto que teve um aumento de mais de mil por cento o pagamento de um leito em hospital psiquiátrico do que em um leito num hospital geral do SUS. Então com a nova legislação da saúde mental é preocupante, pois ela dá um incentivo para a rede privada com seus hospitais ao invés de fortalecer a Rede aqui do Sus. E na fala deles tudo é privatizar, privatizar... (RCMS2).

O Conselheiro de Saúde 1 também apresenta incertezas em relação aos rumos do SUS e demarca que o campo da saúde é um campo em disputa por atores que defendem uma direção universal- de acesso amplo, ou por aqueles que defendem um viés mais privatista, de um acesso mercantilizado:

São atores sociais: uma quebra de braços, um puxa de um lado, outro puxa do outro. E de agora para frente com esse novo governo é uma incógnita porque se fala tanto em privatização e se na saúde privatizar como eles estão falando, pena de nós! Pena do sistema! Pena dos usuários do SUS!

Preocupação essa que é acentuada a partir vitória de um candidato de extrema direita à presidência do Brasil, que tem assustado os defensores da RP visto que as pautas e discursos do presidente eleito não são favoráveis para “as minorias”. Para a representante da GRS há uma perspectiva de um regresso no âmbito do SUS e que dentro do Sistema a política de mental será a mais enfraquecida:

Eu acredito que a saúde como um todo ela vai ser diretamente afetada, a saúde pública, mas a saúde mental mais diretamente, porque agora a gente vai entrar num governo de extrema direita no Brasil e é muito claro, não foi escondido de ninguém, que é um governo que não tem compromisso com as minorias, pelo contrário: ele próprio falou, o presidente eleito, por diversas vezes que minorias devem se curvar diante das

maiorias. [...] Estamos só regredindo. Estamos regredindo 2018 lá para 50 anos atrás.

No segundo mês do governo em questão, foi publicada em 04 de fevereiro de 2019 uma nota técnica, intitulada “*Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas*”, como já exposto, que traça um rumo para a política de saúde mental diferente do preconizado pelo movimento da RP. Pode-se dizer, que se instaura no Brasil um processo de “Contrarreforma Psiquiátrica”. Dentre os diversos pontos aludidos na nota chama atenção principalmente:

- a desconsideração pelos serviços substitutivos:

O Ministério da Saúde **não considera mais Serviços como sendo substitutos** de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro.

-a compreensão da desinstitucionalização como desospitalização: “a desinstitucionalização *não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos.*”

- a disponibilização de recurso financeiro para a compra dos aparelhos usados na Eletroconvulsoterapia (ECT):

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no ítem 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde **passa a financiar a compra desse tipo de equipamento** para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas.

Quatro dias após a divulgação pelo MS da nota, a mesma foi suspensa sem comunicação oficial dos motivos da suspensão. No entanto, embora suspensa, várias entidades representativas de profissionais e pesquisadores antimanicomial do país vem manifestando repúdio aos aspectos apresentados pela nota.

Assim, não estão claros os caminhos futuros da RP no país. O caminho percorrido permitiu perceber inúmeros desafios: desfinanciamento, precarização das condições de trabalho, fragilidade na formação dos profissionais, dificuldade dos gestores locais em se responsabilizarem e colocarem na agenda política uma lógica de cuidado pautada na cidadania e na integralidade. Desafios que configuram as contradições entre o plano ideal da RP e as condições efetivas de sua implementação.

Notou-se que os serviços de saúde mental de Montes Claros reproduzem em nível local as dificuldades do SUS no Brasil, porém, apesar da instabilidade da política de saúde mental, a RP tem favorecido um tratamento mais inclusivo e humanizado. Não dá para voltar atrás, mas também não dá para ficar como está. Novos passos devem ser dados em defesa de uma política de saúde mental antimanicomial efetivamente integral

CONSIDERAÇÕES

Ao longo deste estudo se propôs investigar os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica para a política de saúde mental a partir da transição do modelo asilar para o modelo psicossocial em Montes Claros-MG. Para tanto, foi primordial identificar como a Rede de atenção à saúde mental do município estava e está se construindo antes e depois do fechamento do hospital Psiquiátrico Prontamente bem como compreender as implicações do contexto do neoliberal para a política em questão. Tratou-se de uma análise que se insere numa conjuntura profundamente complexa e em constante movimento, o que fez desta pesquisa um desafio.

Percebeu-se que o movimento da RP no Brasil desabrochou no contexto de luta pela redemocratização e de um ativismo cívico trazendo para o debate o rompimento com a lógica asilar de segregação e exclusão do sujeito com sofrimento psíquico, propondo práticas pautadas na perspectiva da atenção psicossocial. Todavia, num cenário de desfinanciamento das políticas sociais a demanda desse grupo tem sido suprimida pelo poder público.

Nos momentos iniciais da discussão ficou claro que as políticas sociais no Brasil vêm sendo caracterizadas pela subordinação aos interesses econômicos. Seguem uma direção que não coloca no cerne de cada política pública a dimensão da cidadania, da viabilização de direitos, do respeito à diferença e à pluralidade. Os direitos humanos, (em especial o da saúde que deveria ser considerado como bem-público), estão cada vez mais mercadorizados.

Portanto, viu-se que não é possível pensar sobre os rumos da RP sem considerar a conjuntura da política social no país, principalmente no que diz respeito ao SUS. Este, desde a sua criação tem sobrevivido aos inúmeros ataques contrários aos seus princípios da universalidade, igualdade e integralidade, ataques que refletem no âmbito da saúde mental, no qual, historicamente não foi prioridade para os gestores de políticas públicas no país.

As ações desenvolvidas nesse campo foram marcadas ao longo de séculos por processos de segregação. Com a RP, há a proposição de uma assistência voltada para a integração, com ênfase em serviços extra hospitalares. Não se trata por sua vez, da negação das demandas para internações. O internamento é um direito que deve ser garantido quando necessário. A questão que a RP coloca é a proposição de uma lógica assistencial que entenda o internamento como um recurso para o cuidado, e não como o eixo central. Internamento, este, que não anule o sujeito, que não o aniquile como bem mostrou a história.

A frase de George Santayna (183-1952) que diz “*Aqueles que não conseguem lembrar do passado estão condenados a repeti-lo*”, incita a pensar o quão necessário é recorrer à história, lembrar e entender o passado para pensar e mudar o presente. Por isso, apresentou-se

aqui os elementos históricos envolvidos na figura do hospital psiquiátrico. Atualmente muitos hospitais psiquiátricos existem no país e em muitos momentos são recorridos pelos próprios serviços extra hospitalares. Somente uma pesquisa mais aprofundada poderia demonstrar a frequência, a regularidade, a demanda existente (e até mesmo reprimida) e as condições de omissão ou não do Estado. Por isso é comum opiniões divergentes em torno da RP.

No que concerne ao cenário de Montes Claros, espaço onde este estudo foi desenvolvido, viu-se que alguns profissionais entendem que os serviços municipais estão sucateados “está pior do que era” (TE1). Mostrou-se que o município contou com uma instituição psiquiátrica por 58 anos, instituição que pelos relatos apresentavam marcas manicomiais, excludentes. Pode-se dizer que com as alterações na legislação brasileira, a partir da Lei 10.216 de 2001, o hospital em questão ficou mais “humanizado”, contudo, tal humanização não foi suficiente para manter o seu credenciamento ao SUS. Os relatórios das avaliações e visitas técnicas feitas ao hospital nos anos 2000 mostravam a necessidade urgente de fechar a instituição e de ser viabilizada uma Rede de serviços que atendesse a parcela social que era contemplada pelo Prontamente, de modo que o direito ao internamento não fosse negado.

Notou-se que a RP municipal apresentou um certo descompasso com algumas experiências de desinstitucionalização no plano nacional. Enquanto em vários municípios foram construídos serviços de atendimento 24 horas, centros de convivência e cultura, cooperativas sociais; a Rede em Montes Claros foi sendo construída de modo gradativo, não implantando plenamente serviços para atender a contento a demanda da população de saúde mental. Quando o hospital fechou havia uma expectativa para uma Rede que atendesse de modo integral tal demanda, que deixaria para trás a necessidade do Prontamente. Constatou-se que essa rede integrada só ficou na expectativa. Não se concretizou e por apresentar lacunas, tem gerado a crença, por parte de alguns, de que tais buracos só serão tapados pela figura hospitalar.

Ainda impera uma forte cultura manicomial local. Essa afirmação remete-se a uma cultura excludente de cuidado mesmo com um amparo normativo advindo com RP (que está em xeque no atual momento). A pauta da saúde mental é, em certa medida, uma pauta marginalizada na gestão pública local. Pontos essenciais da RP não foram consolidados no município, como por exemplo a ampliação e qualificação de leitos e profissionais dos hospitais gerais e a criação de pontos referência para urgências e emergências psiquiátricas. A ausência de uma rede de apoio e suporte colabora para o imaginário de que a figura hospitalar seja a melhor opção diante das vulnerabilidades e exclusões. É preciso que a RAPS ofereça serviços correspondentes com os princípios de cidadania e dos direitos humanos.

O eixo da cidadania e da defesa por direitos tem sido um dos mais enfatizados pela RP. Entende-se que a conquista dos direitos das pessoas com sofrimento mental só é possível num espaço democrático onde exista lugar para a diferença. Um grande desafio do Estado brasileiro desde a CF/88 continua sendo garantir a integração dos diferentes, “da-parcela-dos-sem-parcela”, de que falava Rancière (*apud* Oliveira, 2000)

Viu-se na perspectiva de Lefort (1991) que a democracia tem por si só um caráter revolucionário na medida em que constantemente cria direitos e possibilita o espaço para conflitos, isto é, por meio do espaço público os diversos atores sociais podem se articular e buscar transformações na sociedade.

Conquanto, averiguou-se que a trajetória histórica da cidadania no Brasil indica uma baixa cultura cívica democrática, o que interfere na apropriação do espaço público e na luta por direitos, em particular em relação aos portadores de transtorno mental que historicamente estiveram no plano da inexistência social.

A luta por reconhecimento social pautada na lógica da responsabilidade-pelo-outro, pode trazer ao espaço público reivindicações em prol de um grupo que possui baixa (ou até mesmo nenhuma) capacidade de vocalização, implica numa “noção de responsabilidade coletiva, que consiste no desenvolvimento de uma capacidade de se deixar afetar por aquilo que é público, ou seja, exige um agir desinteressado diante do outro” (Pinheiro, 2011, p.57). Portanto, é fulcral o fortalecimento de movimentos sociais, de sujeitos que se apropriem do espaço público em defesa do Outro, do diferente, do respeito à pluralidade, dos direitos humanos e da cidadania no âmbito da saúde mental.

Mudanças importantes foram advindas com a RP, tais como: descentralização dos serviços, o que deslocou a assistência para uma pluralidade de outros espaços -embora desaparelhados; a maior responsabilização das ESFs em dar atenção às questões de saúde mental da população, e a maior participação social dos usuários dos serviços através do Conselho Municipal de Saúde e da Associação de Usuários e familiares. Porém, o que se observou é que a RP em Montes Claros está incompleta, que houve uma perda de fôlego e entusiasmo por parte dos atores que atuam nos serviços e até mesmo da própria população em seguir travando lutas em prol da ampliação do atendimento, em prol dos direitos efetivos das pessoas com sofrimento mental. O que se tem são descaminhos para o novo que não se operacionalizou.

As fragilidades da política de saúde mental que foram percebidas em Montes Claros também se fazem presentes em outras realidades do país. Há experiências exitosas no Brasil de municípios que estabeleceram uma rede integral para atender esse grupo da sociedade, mas os

impasses também são reais em diversas regiões. As brechas presentes nas Redes fragmentadas de cuidados e o não investimento nos serviços, que deveriam ser substitutivos, ficando sucateados, foi o gatilho para a nota técnica de quatro de fevereiro de 2019 do Ministério da Saúde, suspensa poucos dias após sua publicação, no qual propunha alterações na política desconstruindo a necessidade da existência de serviços substitutivos e enfatizando as internações psiquiátricas. Isso revela que a mudança de um modelo manicomial e asilar para um modelo assistencial psicossocial ainda é “inexistente” aos olhos de muitos.

Nessa lógica, a direção de uma política de saúde mental guiada pela lógica da desinstitucionalização basagliana segue intensamente incerta. Não estão claros os rumos que a RP tomará no país. Entende-se que a conjuntura assinala para tempos sombrios, de cerceamento de direitos. Porém, os momentos de incerteza e de retrocessos podem dar subsídios para avaliar os pontos fracos, os erros do que havia sido construído. Desafia-nos a fazer novas perguntas e em buscar novas respostas.

A RP mais do que um percurso de transformação dos serviços de saúde mental foi idealizada como um processo civilizatório em defesa da vida e de uma sociedade inclusiva. Diante da perda de fôlego de um movimento tão necessário na sociedade brasileira urge, talvez, reinventar a RP no país.

A relação Estado-Sociedade-Mercado, com a descrença na esfera pública, com o esvaziamento do espaço público, com a mercadorização das relações e dos direitos é preocupante. No entanto, vale o exemplo de Arendt que “*surpreende com a ideia de que a capacidade humana de começar permanece presente no homem, mesmo estando ele vitimado pela experiência do totalitarismo*”(Oliveira, 2006,p.61) e com a ideia de que pelo fato do homem ser capaz de agir é possível esperar dele o inesperado, de realizar o infinitamente improvável (Arendt, 2004).

Para concluir, registra-se aqui uma lembrança da pesquisadora. Em uma tarde no CAPs, uma paciente enquanto fazia um desenho em um dos seus cadernos lhe disse: “*se tiver que escolher entre o CAPS e o Prontamente, todo mundo vai querer o CAPS. Hoje em dia ninguém interna para endoidar não*”. Não mesmo. Ninguém interna para “endoidar”, ninguém interna para ser excluído, ninguém interna para ser silenciado. Não mais! Por isso, destaca-se mais uma vez a expressão de Gouveia e Passos (2017) “*impossível voltar atrás*”. O caminho ainda é longo, há momentos de avanços e momentos de recuos, foram séculos de terror para essa parcela. O terror parece insistir bater à porta, mas é preciso seguir. O caminho se faz caminhado. As mudanças vieram com movimentos, com a apropriação do espaço público e com a ação criativa dos distintos atores, o que indica que este talvez seja o caminho.

REFERÊNCIAS

- ABRASME. *A (re)volta dos que não foram (ou a falácia da segunda Reforma Psiquiátrica)*. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=372>. Acesso em: 02 fev., 2018.
- ABOU-YD, M., LOBOSQUE, A. M. A Cidade e a Loucura: Entrelaces. In: Reis et al. (Eds.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*, São Paulo: Xamã.
- ABP- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Carta Aberta à População*. Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2017.
- ALFREDO, L. O dia que estive lá. In TOLEDO, J. F. (org). *Colônia: uma tragédia silenciosa*. Belo horizonte, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.
- ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS - UERJ - ABRASCO, 2001, p. 167-176.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 136p., 1995.
- _____. *O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, 1996.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e cérebro*, São Paulo, p.30-35, 2006.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P., Giovanella, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ANAYA, F. *Reflexão sobre o conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 156 p., 2004.
- ANDREOLI, S. B. et al. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.29, n.1, p.43-46, 2007.
- ARENDT, H. A Condição Humana. 10ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária; 2004.
- _____. O declínio do Estado Nação e o Fim dos Direitos do Homem. In: *Origens do totalitarismo*. Brasília, Forense Universitária, 2005.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.40, n.7, p.355-360, 1991.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C., PONTES, A. L. de M. (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, J. Freud e a Crítica da Razão Delirante. In: BIRMAN, Joel. *Freud 50 anos depois*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1989.

BOITO JR., A. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo, Editora Xamã, 1999.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta de Montes Claros: Muda Saúde*. IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Montes Claros. 1985.

BRASIL. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 1988.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. 1ª *Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União, 1992.

_____. Presidência da República. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

_____. Presidência da República. *Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000*. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000*.

_____. *Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência psiquiátrica. Diário oficial da República federativa do Brasil, Brasília, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro De 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da República. *Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015*.

_____. *Portaria nº 3.588, de 21 De dezembro de 2017*, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário oficial da União, 22 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS. 2019.

BRASÍLIA. Fundação Ulysses Guimarães. *Uma ponte para o futuro*. 2015. Disponível em:< <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>> Acesso em: 10 jan., 2018.

BRAVO. A Política de Saúde no Brasil In: MOTA *et al.*(Org.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

CALEIRO, R. C. L; CELESTINO, K. T. As Veredas da Loucura no Sertão das Gerais. *Histórica – Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, nº 44, out. 2010.

CAMPOS, F.B. *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, 2000.

CAMPOS, G. W. Entrevista: “Todos os brasileiros se utilizam do SUS, de modo direto ou indireto”. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos- online*, 2008. Disponível em:< http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1838&secao=260> Acesso em: 10 jan., 2019.

CARDOSO, R. M.; BORGES, A. C. *Dificuldades de Inclusão da Pessoa com Transtorno Mental no Mundo Do Trabalho*. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em saúde mental e atenção psicossocial) - Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, Rio do Sul – SC, 2015.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil*. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 9 ed. 2010.

_____. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

CELESTINO, K. T. *Entre Calíope e Clio: a loucura sob a pena da Literatura e da História*. Dissertação (Mestrado em Estudos Literários). Universidade Estadual De Montes Claros Junho/2011.

CHÂTEL, V. A Responsabilidade-pelo-outro: um preliminar à confiança. IN: Balsa, C. (Org.) *Confiança e laço social*, ed: Colibri, 2006

CIRILO, L. S. Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. Dissertação (Mestrado interdisciplinar em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

COLLUCCI, C. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 17 de maio de 2016. Disponível em:< <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml#article-aside>>. Acesso em: 14 jan., 2018.

COSTA, A. M. Saúde é desenvolvimento In: SADER, Emir (Org.) *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org), pp141-168. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 213 p. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 213 p. 2002

CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (orgs.) *Dimensão Jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

DAGNINO, E. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo, Paz e Terra/Unicamp, 2002.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania In: DAGNINO, E. (org). *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*, São Paulo: Brasiliense, 2004.

DELGADO, P. *Humanismo, ciência e democracia: os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico*. Congresso Brasileiro de Saúde Mental Florianópolis-SC, 04 de dezembro de 2008.

DELGADO, P. G. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, 1997.

DE PAULA, A. N. R. *Integração dos migrantes rurais no mercado de trabalho em Montes Claros, Norte de Minas Gerais: a esperança de melhoria de vida*. Dissertação (Mestrado de Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG, 2003.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na *práxis*. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v.6, n.1, 2007

DIAZ, F. S. *Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil*. Tese Doutorado em História das Ciências e da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, v.2, n. temático, 2012.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998

FALCÃO, DANIELA. FHC cumpre só duas de suas cinco metas. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 30 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/12/30/brasil/12.html>>. Acesso em: 05 jan., 2018.

FASSHEBER, V. B. *O processo de reforma psiquiátrica no Município de Barbacena-MG no período 2000-2004: um estudo de caso acerca da “cidade dos loucos”*. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FAVERET FILHO, P. E OLIVEIRA, PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 3, p.139-162, IPEA, 1990.

FERREIRA, E. P. O espaço público e a cidadania: contribuições de Hannah Arendt. *Sapere Auede*. Belo Horizonte, v. 8, n. 15, p. 211-226, Jan./jun., 2017.

FIGUEIREDO, G. R. Comentário sobre os encontros de Ulysses Vianna Filho com Franco Basaglia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 54, Mar., 2001 .

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1127-1137, dezembro, 2015.

FIORATI, R. C., SAEKI, T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. *Saúde e Sociedade*, v.21, n.3,p.587-98, 2012.

FIORI, J. L. *Os moedeiros falsos*. Pretrópolis-RJ, Vozes, 1997.

FONSECA, A. L.C. Entre a ficção e a realidade: financiamento versus capacidade de atendimento. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007.

FONSECA, G. S.; GUIMARÃES, R. L. N; FERNANDES, D. M. Norte de Minas: migrações intraestadual censo demográfico 2010. *Revista Desenvolvimento Social*. Edição Especial, 2014.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2009.

FUHRMANN, N. L. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 4, n. 1, p. 111-131, dez. 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

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

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 33-47

GOMES, A. L. C. *A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v.8, n.2, Edição Especial, 194 – 213, dez., 2015.

GRAGNOLATI, M. G.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde*. The World Bank.

Washington, D.C. 2013. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unifid-public-healthcare-system-newstudy>>. Acesso em: 10 jan., 2018.

HEIDRICH, A. V.; BERNDT, D. P.; DIAS, Miriam. *As conferências nacionais de saúde mental e o paradigma da desinstitucionalização*. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis-SC, outubro de 2015.

HONNETH, A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. PNAD Contínua: taxa de desocupação foi de 12,8% no trimestre encerrado em julho. Disponível em:< <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/16153-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-foi-de-12-8-no-trimestre-encerrado-em-julho.html>> Acesso em: 10 jan., de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: indicadores apontam aumento da pobreza entre 2016 e 2017. 2018. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23298-sintese-de-indicadores-sociais-indicadores-apoiam-aumento-da-pobreza-entre-2016-e-2017>>. Acesso em: 27 fev., 2019.

JUNQUEIRA, M. A. B.; PILLON, S. C. A assistência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de Literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v.1, n.2, p:260-267, 2011.

LEFORT, C. *Pensando o Político: ensaios sobre a democracia, revolução e liberdade*- Tradução Eliana Souza, rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LIBERATO, M.T.C. *A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2011, 201p.

LOBOSQUE, A. M. Um Desafio à Formação: nem a perda da teoria, nem o medo da invenção. In: LOBOSQUE, A. M. *Caderno de Saúde Mental- Encontro Nacional de Saúde Mental*, Belo Horizonte: ESP -MG, 2007.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Physis*, vol.3, n.2, pp.137-164, 1993.

LUNA, L. “Fazer Viver e Deixar Morrer” A má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, J. de. *Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LUZ, M. T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P. (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LUZIO, C. A., L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14. n.1, p.105-116, 2009.

MACHADO, J. S. A. *Gênero sem razão: mulheres e loucura no sertão norte mineiro*. 101 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. *Memorandum*, v.22, 138-164, 2012.

MALAMUT, S., MODENA, C. M., PASSOS, I. C. F. Violência e poder no discurso psiquiátrico: da exclusão sistemática às subjetivações normativas. *Psicologia e Sociedade*; v. 23, p. 53-62, 2011.

MAGALHÃES, R. O. S., ONOCKO-CAMPOS, R. T. Psiquiatrias Reformadas ou Reforma Psiquiátrica? A desinstitucionalização dos fluxos de cuidado à crise a partir do hospital psiquiátrico. In: CAMPOS, G. W., FERNANDES, J.A.(Orgs.). *Mostra de práticas em Saúde Mental-reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje?* São Paulo: HUCITEC, 2016.

MAGRO FILHO, J. B. *A Tradição da Loucura: Minas Gerais 1870/1964*. Belo Horizonte: Coopmed/editora UFMG, 1992.

MARTINS, A. K. L., et al. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: a evolução nas práticas em saúde mental, *SANARE*, Sobral, v.10, n.1, p.28-34, jan./jun. 2011.

MARTINS, C. E. *Globalização, dependência e Neoliberalismo na América Latina*. SP, Boitempo, 2011.

MARTINS, L. H. S. Serviço Social, classes subalternas e saúde Mental – elementos para um debate sobre a assistência à saúde mental no Norte De Minas (HUCF). *Revista Serviço Social em Perspectiva*. Montes Claros, Edição Especial, p.378-391, março de 2018.

MARTINS, M.B. A discriminação do doente mental. In: D'INACIO, M.A. *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

MENDONÇA, A. M. G. *Reforma Psiquiátrica em Montes Claros: perspectiva histórica*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

MERHY, E.E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAS GERAIS. *Lei 11.802 de 1995*. Belo Horizonte, aos 18 de janeiro de 1995.

_____. Dossiê: o descredenciamento do Prontamente do SUS. Secretaria Estadual de Saúde, 2009.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. *Saúde Mental*. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/saudemental>>. Acesso em: 10 mai., 2018.

_____. *Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS)*. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude-e-gerencias-regionais-de-saude>> Acesso em: 03 mai., 2018.

MINAYO, M.C.S (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

MIRANDA, S.A. B. *et al.* Loucos, Drogados e Associados: participação social no campo da saúde mental em tempos austeros. **O Social em Questão**- nº 44 - Mai a Ago/2019

MONTES CLAROS. Procuradoria Geral. Ofício nº: PJ/049/2.008. Mai. 2008.

MOSER, C. M, *et al.* Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 302-310, dez. 2005.

NETTO, J.P. FHC e as políticas sociais: um desastre para as massas trabalhadoras. *In:* LESBAUPIN, I. (org). *O desmonte da nação: balanço do governo FHC*. Petrópolis: Vozes: 1999.

OLIVEIRA, F. Privatização do Público e Destituição da Fala: o Totalitarismo Neoliberal. *In:* OLIVEIRA, F. e PAOLI, M. C. (orgs) *Os Sentidos da Democracia: Políticas do Dissenso e Hegemonia global*. São Paulo: Vozes, 2000.

OXFAM-BRASIL. *A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras*. 2017. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf>. Acesso em: 28 Fev., 2019.

OXFAM-BRASIL. *País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras*. 2018. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/relatorio_desigualdade_2018_pais_estagnado_digital.pdf>. Acesso em: 28 Fev., 2019

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, I. C. F. Criando redes de ensino, intervenção e pesquisa na saúde mental em sua interface com a saúde coletiva. *Cadernos Brasileiros Saúde Mental*, v.1, n.1, jan-abr., 2009.

PATROCÍNIO, F. Montes Claros No Cenário das Artes Plásticas Brasileiras. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Montes Claros*, 2010.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. *In: Lancetti, A. (Org.). Saúdeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1990.

PEREIRA, A. M. *Cidade Média e Região: O significado de Montes Claros no norte de Minas Gerais*. Tese (Doutorado de Geografia) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG, 2007.

PEREIRA, L. M. *Em nome da região, a serviço do capital: o regionalismo político nortemineiro*. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação e(Doutorado em História Econômica),Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PERIZZOLO, J. *et al.* Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.25, n. 2, p. 327-334, ago., 2003.

PERRUSSI, A. Sociologia política da saúde mental: notas sobre as mudanças na assistência psiquiátrica. *In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R, G.(orgs.) Dimensão Jurídico-política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades*. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

PESSOTTI, I. *O Século dos Manicômios*. São Paulo: ed 34, 1996.

PINHEIRO, R. Democracia e Saúde: Sociedade Civil, Cidadania e Cultura Política *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p:11- 14, 2004.

_____. Integralidade em Saúde- integralidade como princípio do direito à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. *In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (orgs.) Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PINHEIRO, R; LOFEGO, J.Direito à comunicação como manifestação do direito humano à saúde: participação, diálogo e cidadania na construção das políticas públicas *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012.

PIRELLA, A. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. *In: BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. *In: Venâncio, A., Cavalcanti, M.T. (Orgs.), Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

QUEIROZ, M. I. de. *Variações sobre a Técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1991.

REIS, A. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 40, p. 122-135, dezembro de 2016.

RESTREPO, H. B. Pensar la inexistencia social. Reflexiones acerca de una idea de vivianne Châtel. *Teuken Bidikay* ,(Argentina, Colombia, Méjico), n.1, 2010.

RIBEIRO, F. J.R. *Da razão ao Delírio: Por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), 131p. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3. ed. - 14. São Paulo :Atlas, 2012.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. .Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência e saúde coletiva* [online]. vol.15, p.1615-1625, 2010.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: O circuito psiquiátrico de Trieste. *In: AMARANTE, P. (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

RIZZOTTO, M.L.F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, jun. 2016.

SADER, E. Notas sobre a globalização neoliberal. *In: MATTA, G.C., LIMA, J.C.F. (orgs). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 35-47.

_____. A construção da hegemonia pós-neoliberal. *In: SADER, Emir (Org.) 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013.

SANTOS, G. M .*et al.*. Apoio Matricial em Saúde Mental: Uma Análise Crítica em Relação ao Processo de Matriciamento. *In: BRANDÃO, V. B. G; BARBOSA, A. C. (orgs.). Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial: Práticas e Vivências na Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. 1ed. Goiânia: Espaço Acadêmico, 2018.

SANTOS, R.C.N. A história do Projeto Montes Claros. *In: FLEURY, S. (org.) 1994. Montes Claros - A Utopia Revisitada*. RJ: Abrasco, 1994.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*, Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1979

SILVA, C. R. S. *Rupturas e permanências históricas da assistência à saúde ao louco em Montes Claros/MG*-Dissertação (Mestrado em História),166 f Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG, 2012.

SILVA, M. V. C. P. da. Da loucura As rosas *In TOLEDO, J. F. (org). Colônia: uma tragédia silenciosa*. Belo horizonte, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

SOUZA, A. C. *Estratégias de inclusão da Saúde Mental na atenção básica: um movimento das marés*. São Paulo: HUCITEC, 2015.

SOUZA, J. *Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro*. Rio de Janeiro : LeYa, 2018.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, Dez., 2009.

TELLES, V. S. *Direitos Sociais: afinal do que se trata?* Departamento de Sociologia USP 1996. Belo Horizonte, Editora da UFMG, 1999.

TELLES, V. S. Sociedade Civil e a construção dos espaços públicos. In: DAGNINO, E. (org). *Anos 90: Política e sociedade no Brasil*, São Paulo: Brasiliense, 2004.

TENÓRIO, F.: A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p.25-59, jan.-abr. 2002.

TYKANORI, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, p.55-59.1996.

VASCONCELOS, E. M. *Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira*. São Paulo: HUCITEC, 2010.

VASCONCELOS, E. M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNL) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 57-67, jan./jun. 2012.

VIDAL, C. E. L; BANDEIRA, M; GONTIJO, E. D. Reforma Psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n.1, p. 7079, 2008.

VILLARES, C. C. *et al.* Associações de usuários e familiares e estratégias para defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental. In: MATEUS, M.d.(Org.). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBENEDETTI, G., PERRONE, C. M. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008 .

Apêndice

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Política de Saúde mental em Montes Claros: desdobramentos da Reforma Psiquiátrica

Instituições promotoras: Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes

Pesquisador responsável: Samira de Alkimim Bastos Miranda

Endereço: Rua sete, n 80, apt 104, Residencial Sul Ipês, Montes Claros-MG

Telefone: (38)997387415

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER Nº 2.814.772, EM 11 de Agosto de 2018.

Atenção: antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

Objetivo: o presente estudo tem por objetivo analisar os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica em Montes Claros para a política de saúde mental do município a partir da percepção de distintos atores (profissionais, gestores, usuários e familiares).

Metodologia/procedimentos: a presente pesquisa tem uma abordagem qualitativa, será realizada uma entrevista semiestruturada. Antes da entrevista você receberá todas as informações necessárias sobre a pesquisa para compreensão da mesma.

Justificativa: Tendo em vista que Montes Claros é a principal cidade do norte de Minas Gerais e que durante cinquenta e oito (58) anos se perpetuou o funcionamento de um hospital psiquiátrico no município, é relevante um estudo sobre as particularidades da Reforma Psiquiátrica nesta região e sobre os desdobramentos da política de saúde mental após o fechamento do Prontamente.

Benefícios: este estudo irá fornecer subsídios para uma melhor compressão da estruturação da política de saúde mental em Montes Claros.

Desconfortos e riscos: tempo disponível para responder a pesquisa. Para minimizá-lo o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista.

Danos: Algum constrangimento em responder alguma pergunta. O participante será esclarecido que caso a pergunta lhe cause constrangimento não é necessário responde-la.

Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: não há.

Confidencialidade das informações: as informações obtidas a partir das entrevistas serão confidenciais e somente utilizadas para fins de análise, preservando-se a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Compensação/indenização não se aplica uma vez que não foram identificados danos previsíveis para indenização ou compensação, pois todo o possível desconforto e dano será explicado previamente a fim de evitá-lo.

Consentimento: li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura da testemunha	_____ Data
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura da testemunha	_____ Data
_____ Pesquisador Responsável pela pesquisa		_____ Data

APÊNDICE B:

Algumas das questões norteadoras nas entrevistas semiestruturadas:

Profissionais:

Como se dava a internação e o acolhimento no Prontamente?
 Como era a estrutura?
 Como era a Rotina?
 Como era a relação dos pacientes com os profissionais?
 Como era a relação das famílias com a equipe?
 Como se dava o tratamento na instituição?
 Como foi o processo de fechamento? (quais as razões influenciaram para o fechamento)?
 Como é o diálogo entre os serviços da Rede?
 Como se deu a implementação dos Serviços substitutivos?
 Quais as melhoras que houve na assistência à saúde mental do município?
 Quais os desafios?

Representante da Gestão:

Como tem sido implantado os serviços substitutivos em Montes Claros?
 Quais são os entraves que impedem a implementação dos serviços da RAPS no município?
 Quais os principais desafios postos a Reforma Psiquiátrica no município?

Percussores da Reforma:

Como iniciou o processo de Reforma Psiquiátrica em Montes Claros?
 Qual foi a sua participação no movimento da reforma psiquiátrica em Montes Claros?
 Como foi o processo de implantação do primeiro CAPS?
 Em que conjuntura foi implantado?
 Quais os desafios eram postos?
 Como se deu a mudança no modelo de atenção à saúde mental em Montes Claros?

Representante Conselho Municipal de Saúde:

Qual a sua opinião sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
 Como você percebe a Reforma Psiquiátrica em Montes Claros?
 Qual foi a participação do Conselho municipal de Saúde no processo da Reforma psiquiátrica?
 Quais têm sido as ações do CM em relação a política de saúde mental do município?
 Qual tem sido a representatividade do público da polícia de saúde mental no conselho de saúde?
 Houve Conferências municipais de saúde mental em Montes Claros? Quando?
 Como foi a participação da sociedade?

Representante da Associação de Usuário e Familiares

Como, quando surgiu a associação e qual foi a motivação para a sua criação?
 Como ela é organizada?
 Qual a sua opinião sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
 Como você percebe a Reforma Psiquiátrica em Montes Claros?
 Como avalia a política de saúde mental no município?
 Como tem sido, ou quais são as estratégias de intervenção da Associação na política de saúde mental?
 Você percebe algum resultado obtido através da ação das associações?
 Quais as dificuldades encontradas nas ações desenvolvidas pela associação?
 Quais são as expectativas acerca do quadro atual da associação?

ANEXO A:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Saúde mental no sertão: desdobramentos da Reforma Psiquiátrica em Montes Claros-MG

Pesquisador: Samira de Alkimim Bastos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90724118.5.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.814.772

Apresentação do Projeto:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1103710.pdf	27/06/2018 18:59:28		Aceito
Folha de Rosto	20180627105006735.pdf	27/06/2018 18:58:41	Samira de Alkimim Bastos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetoacomroteirodeentrevista.pdf	27/06/2018 18:57:54	Samira de Alkimim Bastos	Aceito

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

Página 02 de 03

Ativar o Windows
Acesse Configurações para a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES

