Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A saúde mental pública na América Latina.
Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental
de Argentina e Brasil.

Isabel Victoria Marazina

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula
Reis

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade

São Paulo
2011

A saúde mental pública na América Latina.
Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental
de Argentina e Brasil.

Isabel Victoria Marazina

Tese de Doutorado em Saúde Pública
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula
Reis

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como na sua forma eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que a reprodução figure a identificação do autor, título, instrução e ano da tese.

Para os inúmeros e diversos companheiros da minha história, com os quais construí o plano de consistência que sustenta esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador, Alberto Olavo Advincula Reis, pelo seu apoio irrestrito na iniciativa de plasmar nesse trabalho o percurso de muitos anos no campo da Saúde Mental. Ele soube conciliar com sabedoria e leveza às exigências acadêmicas e a singularidade da escrita.

Agradeço a colaboração generosa dos membros da Banca, Prof. Dra. Ana Maria Fernandez, Prof.Dr. Paulo Amarante, Prof. Dra. Maria Cristina Vicentin e Prof. Dr. Paulo Fortes de Carvalho, tanto pela leitura e valiosas sugestões do momento da pré-banca como pela disposição a me acompanhar na defesa do trabalho.

Meu agradecimento aos companheiros do LASAMEC (Laboratório de Saúde Mental Coletiva) que acompanharam e ajudaram nas dificuldades próprias de uma iniciante nas lides informáticas, assim como na interlocução necessária.

Agradeço também a solidária disposição daqueles que emprestaram seu tempo e pensamento para ajudar a compor o painel da diversidade que perpassa essas linhas. Muitas vozes compõem essa trama, desde os entrevistados, que generosamente cederam suas experiências, até os amigos e colegas que no Brasil e na Argentina souberam me dar continente, interlocução e apoio nas freqüentes viagens realizadas. Entre eles, uma menção especial a Margarita Urano ,Diana Markwald, Luis Miguelez, Guillermo Vilela ,pela proximidade e o carinho.

Agradeço aos queridos integrantes das equipes das instituições do campo da saúde mental, que depositaram sua confiança nas minhas capacidades de acompanhá-los na difícil tarefa de cuidar do sofrimento humano. Menção destacada para os companheiros do CAPS III Itaim, com os quais partilhamos muitos anos de produção e luta no movimento antimanicomial.

E não menos importante, o meu agradecimento aos usuários e familiares que com suas histórias me ensinaram a paciência, a tolerância e a necessidade de construir um saber rigoroso para o seu cuidado.

Agradeço também a companhia e apoio do meu filho, Lucas Itacarambi,pela sua paciência e aporte nos momentos de ausência e crise que necessariamente implica a elaboração de um trabalho que implica parte do ser.

MARAZINA IV. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil.** 2011. 171p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Estudo de cunho comparativo-descritivo e analítico dos sistemas de saúde mental de Brasil e de Argentina através da consideração de alguns dos desdobramentos e construções da instalação do paradigma antimanicomial nos países em questão, colocando-os em conversação com as normativas emanadas das organizações internacionais, que vêm apoiando a mencionada mudança de paradigma desde 1975 até a atualidade.

Nesse sentido, o principal referente será a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990, produzida na Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na America Latina assinada por ambos os países, que assumem assim o compromisso de reestruturação dos seus sistemas de saúde mental de acordo as recomendações emitidas.

A análise se realiza através de três momentos: o estudo das legislações emitidas, o estudo das praticas existentes no campo e um estudo de caso sobre duas experiências pioneiras de instalação da lógica antimanicomial que foram efetuadas simultaneamente, uma em cada país.

Toma como referência teórica os pressupostos do Movimento Institucionalista e os trabalhos de Michel Foucault, além do extenso ideário que sustentou a construção do paradigma antimanicomial: Basaglia, Tosquelles, Oury, Castel, e outros.

Palavras Chave: sistemas de saúde mental, normativas internacionais de saúde mental; Declaração de Caracas; paradigma antimanicomial.

MARAZINA IV. A saúde mental pública em América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil. The public mental health in Latin América. Comparative study of public mental health systems in Argentina and Brasil.(Thesis). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ABSTRACT

A comparative, descriptive and analytical study of mental health systems in Brazil and Argentina, considering some of the developments and structures of implementation of the anti-asylum trend in the countries analysed and studying these factors in conjunction with regulations issued by international organisations in favour of this change in trend, from 1975 until the present-time.

In this regard, the principal reference used in this study is the Caracas Declaration of 14 November 1990, created at the Regional Conference for the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, and signed by both countries, each therein committing to the restructuring of their respective mental health systems in accordance with the recommendations stipulated in the document.

The analysis has three strands: a study of the published legislation, a study of existing practice in the Field, and a case study of two pioneering experiments of implementation of anti-asylum logic carried out simultaneously in each of the two countries.

The study uses as theoretical reference the hypotheses of the Institutionalization Movement and the work of Michel Foucault, as well as the extensive ideology supporting the development of the anti-asylum trend: Basaglia, Tosquelles, Oury, Castel, and others.

Keywords: mental health systems, international mental health regulations; Declaration of Caracas; anti-asylum trend.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	13
Pensando as políticas de saúde mental	13
2. OBJETIVOS	29
3. SOBRE O MÉTODO	30
4. SOBRE AS LEGISLAÇÕES EM SAÚDE MENTAL.	40
4.1. Argentina - Estado Atual da Legislação Sobre Saúde Mental.	45
4.1.1. Legislações no nível federal	47
4.1.2. Cidade de Buenos Aires	47
4.1.3. Outras províncias	52
4.2. Algumas concepções implícitas nas legislações.	56
4.2.1 Sobre o objeto da legislação	56
4.2.2. Posições em relação ao Hospital Psiquiátrico	57
4.3. Brasil. Estado atual da legislação sobre saúde mental.	59
4.3.1. Nível federal	62
4.3.2. Nível estadual	64
4.4. Semelhanças e diferenças.	66
5. O ESTADO DAS PRATICAS	70
5.1.Considerações sobre o marco de referencia.	72
5.1.1. O contexto macropolítico	72
5.1.2. O papel do Estado na mudança de modelo econômico.	
Semelhanças e diferenças	74
5.2. O sistema de saúde na Argentina	79
5.2.1. Estado atual do sistema de saúde mental. Primeiras aproximações.	82
5.2.2. Planejamento do sistema público de saúde mental.	91
5.2.3. Iniciativas promissoras de reforma do sistema de saúde mental.	92
5.2.4. Movimentos sociais	97
5.2.5. Organizações profissionais ativas	100

5.3. Panorama de recursos materiais e humanos no sistema público de saúde mental _____	101
5.3.1. Cidade de Buenos Aires _____	101
5.3.1.2. Recursos Humanos _____	108
5.3.2. O sistema de saúde mental pública no interior do país. _____	110
5.3.3. Particularidades observadas no sistema _____	120
5.4. Algumas observações conclusivas _____	128
5.5. O Sistema de Saúde no Brasil _____	130
5.5.1. A Reforma Sanitária _____	133
5.6. O sistema de saúde mental _____	135
5.6.1 Saúde Mental em Dados -7 _____	140
5.6.2 Os censos psicossociais _____	151
5.6.3 A IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial e suas conclusões _____	155
5.6.4. Os impasses e os desafios inerentes à consolidação _____	158
5.6.5. Semelhanças e diferenças entre os sistemas _____	181
As experiências de Rio Negro (Argentina) e Santos (São Paulo - Brasil) _____	197
6.1. A Experiência de Rio Negro - Argentina _____	201
6.1.1. Caracterização do entorno _____	201
6.1.2. Histórico da situação de Saúde Mental _____	202
6.1.3. Desenho de estratégias e operadores _____	205
6.1.4. Instituto Nuestra Casa _____	208
5.1.5. Algumas diferenças conceituais dentro do projeto _____	209
6.2. A Experiência de Santos _____	212
6.2.1. Desenho de Estratégias e Operadores _____	216
6.3. Análise Comparativa dos Processos. _____	220
6.3.1. Condições de Possibilidade: o contexto sócio-político _____	221
6.3.2. Aspectos diferenciais nos processos de instalação em relação ao território _____	224
6.3.3. Os modelos escolhidos _____	225
6.4. Algumas Conclusões Possíveis _____	229
7. PROVISÓRIAS CONCLUSÕES _____	231
8. BIBLIOGRAFIA _____	242

ANEXOS

LISTA DE ABREVIações

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASME. Associação Brasileira de Saúde Mental

ADESAM. Associação de Saúde Mental.

APSA. Associação de Psiquiatras de Argentina

APS. Atenção Primária à Saúde.

BM; Banco Mundial

CAPS Centros de Atenção Psicossocial.

CESAC Centros de Saúde e Ação Comunitária.

CELS. Centro de Estudios Legales y Sociales

CECCO: Centro de Convivência e Cooperativa

COGESAM. Conselho de Saúde Mental da Cidade de Buenos Aires.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CTs: Comunidades Terapêuticas

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

FMI. Fundo Monetário Internacional

GM/MS. Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde.

IAPS. Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS. Instituto Nacional de Previdência Social.

INSS: Instituto Nacional de Seguro Social.

LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social

LASAMEC. Laboratório em Saúde Mental Coletiva

LAPS. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental

MERCOSUL. Mercado Comum do Sul

MDRI. Mental Disability Rights International

NAPS. Núcleos de Assistência Psicossocial

NASF. Núcleos de Atenção de Saúde da Família

OMS. Organização Mundial da Saúde

OPS. Organização Pan- americana da Saúde

O.S. Obras Sociais (Mutualidades)

OSs Organizações Sociais.

PAMI. Programa de Asistencia Medica Integral

PEAD Plano de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas.

PREA- PREASIS. Programa de Externacion Asistida para la Integracion Social.

PNASH: Programa de Avaliação de Hospitais.

RENILA. Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial

RISAM. Residência Interdisciplinar em Saúde Mental

SRT: Serviços Residenciais Terapêuticos.

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS. Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UNASUL. União de Nações do Sul

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Cobertura de Caps. no território nacional	142
Tabela 2 - Ranking de leitos hospitalares por habitante.	147
Tabela 3 - Distribuição de recursos financeiros. Hospitais e Redes de S.M.	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Total de recursos humanos, segundo profissão e área de trabalho. (2000)	108
Quadro 2 - Total de Recursos Humanos, segundo Profissão e Tipo de Estabelecimento.	110
Quadro 3 - Supervisões clínico-institucionais contratadas pelo Ministério da Saúde	175

1. INTRODUÇÃO

Pensando as políticas de saúde mental

Esse projeto de pesquisa começou muito tempo antes de chegar a se enunciar. Um dos fios condutores dessa origem começou no ano 1984, quando assumimos, em conjunto com outro analista, um trabalho de supervisão clínico-institucional no Hospital Franco da Rocha, o *Juqueri*, solicitado por uma equipe que vivia uma situação de enorme dificuldade para realizar um projeto de humanização das condições dos internados, projeto para o qual tinha sido convocada. Internamos-nos pelos meandros do duplo discurso do campo da saúde mental (MARAZINA, 1989), em uma experiência de enorme intensidade, e que teve seus efeitos desdobrados ao longo dos anos. Hoje, muitos dos membros dessa equipe continuam seu trabalho na direção de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), assim como no ensino universitário, sustentando sua filiação à política de saúde mental antimanicomial.

Outro fio condutor passa pela formação em Análise Institucional, desenvolvida pouco tempo depois da minha chegada ao Brasil, e o contato com o trabalho de vários pensadores do movimento institucionalista, como Renée Loureau, Georges Lapassade, Gilles Deleuze, Felix Guattari, e com parte do acervo do pensamento grupal e institucional do argentino Gregório Baremlitt, diretor nessa época do IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições). Baremlitt foi membro do Grupo Plataforma e da Coordenadora¹ de Docência e Investigação, que situaremos à continuação. Essa formação enriqueceu a minha compreensão clínica, trazendo possibilidades de abrir questões impensáveis a partir da teoria psicanalítica tal como era transmitida na época. O deslocamento do olhar do

¹ Escolhemos manter o termo *Coordenadora* para preservar o caráter de dispositivo que coordenava as ações políticas e gremiais dos trabalhadores. Não encontramos tradução precisa. Coordenadoria é uma referência mais institucional, que apaga o caráter de dispositivo instituinte.

“campo do psiquismo” ao campo do “psíquico/social” foi possível na medida em que pude pensar o universo psicanalítico, desnaturalizando seus operadores e atravessando-os com outras visões oriundas do institucionalismo.

A busca por conceitos que ampliem o corpo da clínica inicia-se com a filiação à psicanálise, na Argentina na década de 1970.

O clima de efervescência política imperante na época marcou as escolhas de muitos jovens com o *impromptu* da militância política e profissional. Minha própria formação foi orientada pela posição de um setor dissidente da Associação Psicanalítica Argentina que considerava que a sustentação da ética psicanalítica passava não somente pelo acatamento dos pressupostos da disciplina, mas também por uma definição política ampla em favor dos processos de libertação que estavam desabrochando no seio da sociedade.

Esse setor questiona a institucionalização da Associação Psicanalítica, no começo dos anos de 1970, por meio dos grupos Plataforma e Documento, tentando construir formas inovadoras de pensar a relação da psicanálise com o campo da saúde mental. Após a saída da Associação Psicanalítica, reúnem-se na FAP (Federação Argentina de Psiquiatras) e, conjuntamente às Associações de Psicólogos e Assistentes Sociais, formam a Coordenadora de Trabalhadores de Saúde Mental, criando o Centro de Docência e Investigação, que concentra a participação sindical e as instâncias de formação dos trabalhadores de saúde mental. Preferimos usar o termo *Coordenadora* tal como se utilizou na época, tentando preservar o sentido de dispositivo político de coordenação de ações, e não, como pode ser interpretado, de uma função de coordenação técnica.

VAINER (2004) descreve com propriedade esse período:

Durante esses anos se aprofundaram novos encontros entre a Psicanálise e a Saúde Mental. Foi assim que se consolidaram diversas abordagens grupais comunitárias, como o psicodrama psicanalítico, os laboratórios sociais. Foram também os tempos da Psiquiatria Social e da Antipsiquiatria. Mas também se

desenvolveram dispositivos específicos, como as psicoterapias breves e o trabalho corporal. Também avançaram as abordagens de casal, família e institucionais. Foram momentos de práticas e teorizações que refletiam em inúmeras publicações e na criação de novas instituições. Resgatavam-se os autores da esquerda freudiana e da Escola de Frankfurt. Mas, além disso, e, sobretudo consolidava o estruturalismo de Althusser e as teorias de Lacan que permitiram fundar a Escola Freudiana de Buenos Aires. A formação de psicanalistas já não era patrimônio exclusivo da APA. Esse período histórico é um dos mais ricos, fecundos e apaixonantes, também um dos mais complexos, violentos e polêmicos de nossa história recente. (...) Com o golpe de 1976 instalava-se uma ditadura militar que impôs o terrorismo de Estado. Nessa época, (...) a destruição do que foi construído no campo da Saúde Mental foi constante. A fragmentação e a morte circulavam, levando a separações e rompimentos de instituições e de grupos. Muitos “Trabalhadores de Saúde Mental” desapareceram, tais como o Secretário sindical da Federação Argentina de Psiquiatras e a Presidenta da Associação de Psicólogos de Buenos Aires. Muitos outros tiveram que exilar e desde o exterior continuaram desenvolvendo suas atividades e denunciando o genocídio realizado pela ditadura militar. Em nosso país as instituições se fecharam e isolaram.

Fui parte desses “muitos outros” que partiram para o exílio, levando desse processo marcas indeléveis, que se evidenciam no percurso realizado no Brasil, país que me acolheu, assim como a tantos, nos anos do exílio.

Precisamente na época de minha chegada ao Brasil acontecia a expansão do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, tentando instituir o novo paradigma no campo da saúde mental. Esse momento significa uma oportunidade ímpar de dar continuidade ao trabalho interrompido pelas circunstâncias mencionadas. É importante assinalar que recebi uma calorosa acolhida que me permitiu participar, por meio da supervisão clínico-institucional, nos programas pioneiros de Santos e São Paulo. Essas experiências, que significam até hoje profundos estímulos de pensamento e produção, ajudaram a construir as questões que perpassam este trabalho e que podem ser assim enunciadas:

Como se pode caracterizar o estado atual da construção de políticas de saúde mental capazes de superar o arcaico paradigma do hospital psiquiátrico?

Esse processo, que no Brasil tomou a forma da Reforma Psiquiátrica e originou o atual modelo de atenção à saúde mental, tem alguma correspondência com o sistema de saúde mental argentino?

Mas, por que o Brasil e a Argentina? Para responder, é necessário construir alguns caminhos prévios. Em parágrafos anteriores, tentei traçar um percurso referindo a minha filiação a uma forma de pensar a psicanálise e aos pressupostos da análise institucional, como resultado do compromisso com os ideais vigentes na época da minha formação. Essas referências não são mera historiografia. Fazem parte da tentativa de analisar a minha *implicação*. A implicação, conceito próprio da corrente de análise institucional, assemelha-se ao conceito psicanalítico de contratransferência, mas que desde o Institucionalismo se reformula, considerando-a não apenas como um processo psíquico e inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobre determinada. É, simultaneamente, um processo político, econômico, social e heterogêneo, que deve ser considerado em todas essas dimensões (BAREMBLITT, 2009). Não se trata de uma simples resposta ou efeito do contato com o “objeto” de análise ou intervenção, mas pode ser prévia a esse contato. Não começa no “cliente” e *é um processo de afetação simultâneo e recíproco*, que integra o próprio processo de análise.

DUSCHATZKY (2008) aponta que a implicação pode ser entendida como a posição que contempla a possibilidade de se alterar e devir outro no percurso de uma pesquisa, acentuando assim a característica de afetação recíproca e simultânea.

Trabalhar levando em conta a implicação consiste, então, em não se ater a definições de objetividade ou de exterioridade à problemática a ser abordada, mas de afirmar que qualquer abordagem *necessariamente* passa por limites e possibilidades conceituais dados pela nossa posição de implicação, ou seja, por nossos compromissos existenciais e epistêmicos com os saberes instituídos, com as formas de considerar a “realidade” que esses saberes propõem e com os campos de saber que delimitam. Nesse

sentido, uma operação imprescindível para produzir pensamento crítico é a *análise da implicação*, que consiste, justamente, na constante indagação sobre esses compromissos e os efeitos de ocultação ou naturalização que produzem sobre o trabalho de elucidação proposto.

FOUCAULT (1980) afirma a premissa da *impossibilidade de existir produção de saber exterior à circulação de poder*. O saber é uma das formas de reprodução de uma visão de mundo que precisa legitimar-se a partir de conceitos “científicos”. A história das ideias é a história das instituições que sustentam e legitimam as formas em que o poder sobrevive.

Seguindo essa indicação, posso analisar o sentido da escolha de ambos os países como parte de uma implicação que se desdobra, tanto no compromisso vital com um país e outro quanto no apoio à circulação de saberes entre os países de nosso continente, tentando inverter o fluxo historicamente assentado da dependência e importação de saberes e práticas dos países capitalistas centrais. Se a história das ideias é a história das instituições que as sustentam, não podemos ignorar que muitas dessas importações têm como finalidade a imposição de modos de viver e pensar dos centros produtores dessas ideias, geralmente, as sedes do poder mundial.

Trata-se, então, de valorizar as produções de saberes e práticas que vão se construindo no calor de demandas próprias das realidades específicas do nosso território e a seu serviço, e da escolha destes países, que são parte da minha história, mas que também ocupam um lugar de grande importância no contexto continental.

Já temos construído algumas perguntas que serviram de ponto de partida para esse trabalho. Para responder esses questionamentos, entre outros que se abrirão no percurso de nossa tarefa, começamos afirmando que pensar uma política de saúde mental significa articular um número importante de elementos *diversos*. Nessa diversidade, existem tanto códigos teóricos, quanto dispositivos institucionais, tecnologias de intervenção,

profissionais atuantes, usuários com diferentes estatutos, além de uma complexidade de atores que efetivam, legislam, fazem circular os meios econômicos, jurídicos e administrativos do sistema.

Essa diversidade de elementos, bastante heterogêneos, está regida por certa lógica que os articula em um conjunto suficientemente coerente para produzir práticas e sentidos sociais. Isto significa produzir subjetividade, uma vez que se constitui não a partir de um movimento exterior, mas sim como movimento fundador e produtor dos “modos de ser” dos indivíduos.

Precisamente por constituir um conjunto relativamente coerente, torna-se difícil intervir em alguns dos fatores que compõem uma política sem produzir efeitos importantes no resto dos elementos que a sustentam e a legitimam. Seria ingênuo supor que as políticas públicas podem se modificar por força da mera existência de propostas que superam condições já dadas, visto que essas condições são fruto de confrontações fundamentalmente políticas, onde diversos setores sociais lutam para impor sua hegemonia. Nesse sentido, toda política pública é o resultado dessa confrontação: a política *possível* de um *momento histórico determinado*. Sabemos que as instituições que organizam os modos de viver dos seres humanos não são permanentes. Essa afirmação está referida à perspectiva institucionalista da história, que toma como seu objeto o processo de modificação das instituições criadas pelo homem, de acordo com o avanço de forças produtivas. Essas forças vão segregando formas até aquele momento inéditas de organização social, imprescindíveis para o seu desenvolvimento, em um movimento complexo e contraditório entre fluxos instituídos e instituintes.

Para melhor compreender esse funcionamento/processo, faz-se necessário ampliar os nossos referenciais. Um deles, talvez o mais significativo, é o pensamento de Michel Foucault, que realiza uma importante releitura da relação de duas instituições fundamentais no campo da saúde mental: a psiquiatria e a loucura.

Na sua consagrada *História da loucura* (1978), Foucault não pretende fazer uma história da psiquiatria em sentido tradicional, no sentido da sucessão das principais teorias e métodos que a disciplina psiquiátrica desenvolveu ao longo de sua existência. MACHADO (2006) nos indica que, a partir de uma argumentação exterior ao discurso psiquiátrico, a obra *História da loucura* toma como seu alvo a psiquiatria, no sentido de estabelecer as condições históricas de possibilidade dos discursos e das práticas que transformaram o louco em doente mental, tornando-o objeto do saber e poder médico-psiquiátrico.

O pensamento de Foucault tornou-se o norte de numerosas produções, que resultaram não somente na elaboração de uma crítica da psiquiatria, mas na reflexão de outros campos do saber. MACHADO (2006) aponta que se hoje o texto de Foucault pode ser lido sem que se perceba sua novidade, é devido à evidência que ele mesmo criou e difundiu. O que ele abre é, fundamentalmente, uma maneira de considerar os processos de formação de campos científicos, a partir de um aparelho conceitual que rompe as fronteiras da própria disciplina em questão, para esclarecer seus compromissos com os determinantes sociais e políticos de sua época.

A proposta de Foucault insere-se em um movimento mais amplo, que encontra sua maior expansão teórico-prática na segunda metade do século XX, em sintonia com vários movimentos marcados pelo período do pós-guerra mundial. O horror do Holocausto incitou ao Ocidente à reflexão sobre as causas que o fizeram possível, e foi nesse movimento que surgiu a Declaração dos Direitos Humanos de 1948, assim como escolas de pensamento que se voltaram às questões relativas ao poder, aos mecanismos de segregação e exclusão, e que consideram o conceito de doença mental aplicado ao sofrimento psíquico como uma das manifestações desta segregação. GALENDE (1990) diz:

“como não associar o poder da repressão e a tortura sobre os inimigos políticos com os dispositivos de contenção e tratamento das instituições psiquiátricas?” (p. 64).

Nos Estados Unidos, Thomas Szasz escreveu *O mito da Loucura* (1960) e Erving Goffman, sua obra *Manicômios, prisões e conventos* (1971). Na França, a revista *Socialismo e Barbárie* (1949/65) publicou os trabalhos de Cornelius Castoriadis sobre o imaginário social; Renée Loureau e Georges Lapassade inauguraram a corrente da Análise Institucional (1970) e Robert Castel escreveu *O Psicanalismo* (1973), *A ordem psiquiátrica*, (1977) e *A sociedade psiquiátrica avançada* (1979), textos que pensam as instituições que moldam as circulações do poder e do gozo no complexo campo da loucura. Todo um movimento de mudança nas condições de olhar e tratar o sofrimento psíquico desdobrou-se em inúmeras experiências e produções através do continente europeu.

Temos assim os trabalhos de Oury e Tosquelles, em Saint-Alban, nos anos de 1940 e 1950, que originaram o movimento da Psicoterapia Institucional. Na Psiquiatria de Setor francesa, Jean Oury, em 1960, instala um serviço pioneiro baseado nos princípios da psicoterapia institucional no hospital La Borde, onde Felix Guattari iniciou sua experiência clínica. Na Inglaterra, na década de 1960, o movimento da Antipsiquiatria de David Cooper e Ronald Laing impulsiona uma prática clínica com pacientes psicóticos na clínica de Kingsley Hall que atravessou o mundo. Já na Itália, em finais dos anos de 1960, nasce o movimento de Desinstitucionalização de Franco Basaglia e Franco Rotelli, que revolucionou o panorama psiquiátrico italiano desde a abertura dos hospitais Psiquiátricos de Trieste e Gorizia, até chegar à primeira lei de reforma psiquiátrica, em maio de 1978. É importante mencionar que a Itália tornou-se um centro de formação para profissionais de todo mundo; inclusive muitos brasileiros que ulteriormente foram atores do processo da Reforma Psiquiátrica no país fizeram parte desse contingente.

Todo esse processo de pensamento e criação de novas práticas sob o signo da extinção do hospital psiquiátrico, paradigma de segregação e desrespeito aos direitos humanos, marcou significativamente os movimentos de reforma surgidos *a posteriori* em diferentes partes do mundo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira mostra as marcas dessa influência, assim como a de outras correntes - a psicanálise, o movimento de potencial humano, o psicodrama - que vieram somar a uma construção que na década de 1980 alicerçou várias experiências municipais, esteios da atual política de saúde mental.

Essa política, desenvolvida ao longo de vinte e cinco anos, encontra seu marco na constituição do Sistema Único de Saúde e sustenta-se em um arcabouço jurídico que abrange um espectro amplo de regulamentos sobre os procedimentos e dispositivos substitutivos do hospital psiquiátrico.

As questões que nortearam este estudo não nos levam a trabalhar o desenvolvimento desse processo, objeto de alentadas produções (AMARANTE, 1998; RUSSO, 1993; PORTOCARRERO, 1990; DELGADO, 1989; COSTA, 1980).

O nosso objetivo é o de pensar o seu “filho”, o atual sistema brasileiro de saúde mental pública, política em escala nacional, comparado a outro, o atual sistema de saúde mental de um país vizinho, Argentina, que não conseguiu ainda determinar uma política nacional, mas sustenta experiências setoriais sob o signo da desmanicomialização.

Mas por que trabalhar comparativamente? O motivo dessa escolha passa pelo intuito de pôr em relação campos de práticas e saberes desses países, práticas e saberes que mesmo tendo origens semelhantes nos pressupostos supracitados, apresentam, contudo, características peculiares no modo de construir abordagens e questionamentos do campo da saúde mental.

Geralmente, essa aproximação acontece por meio de organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), com trabalhos com características epidemiológicas gerais, ou através de intercâmbios pontuais, de instituições ou indivíduos que realizam trocas de saberes em programações limitadas, sem sistematização mais ampla. Esse movimento, embora pouco sistemático, tem favorecido trocas de

experiências plenamente aproveitáveis, dada a condição geopolítica que unifica ambos os países.

Algumas considerações relativas ao uso do termo geopolítico: tanto o Brasil quanto a Argentina fazem parte de um grupo específico de países dentro do contexto planetário do capitalismo globalizado chamados de “países em desenvolvimento” ou, mais recentemente, de “emergentes” (no caso do Brasil), que mantêm uma relação de dependência prioritariamente econômica com os países capitalistas “centrais”, especificamente com os Estados Unidos e de forma secundária com a União Européia. Nesse sentido, a referência geográfica torna-se referência geopolítica comum.

Essa posição favorece também, como já apontávamos um forte movimento de importação dentro dos diversos campos disciplinares, das ideologias e saberes produzidos pelos países centrais, sem uma reflexão aprofundada sobre suas condições de aplicabilidade nas realidades regionais. Tal característica faz parte de certa distribuição mundial de bens sociais e culturais que mantém os países chamados “subdesenvolvidos” em uma necessária referência à produção dos países “centrais”.

Na medida em que este trabalho tem uma intenção de atravessar esse movimento, se coloca em sintonia com uma tendência mais ampla, expressa nos âmbitos da política internacional e dos acordos econômicos que nos últimos vinte anos vêm fortalecendo os acordos internos do continente, na perspectiva de uma união entre os países latino-americanos. A recentemente criada UNASUL (União de Nações Sul Americanas) - no ano 2004 - expressa essa intenção, assim como o MERCOSUL (Mercado Comum do Sul) cria-se com intuito de estabelecer um marco regulatório para o comércio entre países vizinhos do Cone Sul em décadas passadas.

Em relação ao Brasil e a Argentina, FAUSTO e DEVOTO (2008), no seu alentado trabalho comparativo dos percursos de ambas as sociedades, assinalam um fato instigante: é surpreendente que as comparações entre Argentina e Brasil sejam tão raras e limitadas, embora muitos cientistas

sociais - entre eles, Gino Germani, na década de 1960 - tivessem chamado a atenção sobre as potencialidades das pesquisas comparativas entre os dois países. Esse fato é ainda mais surpreendente se consideramos que são duas sociedades próximas no espaço, com processos históricos desenvolvidos no mesmo marco temporal, preenchendo condições férteis para a análise comparativa. Sem desdenhar a sua diversidade espacial, existe uma correspondência entre seus tamanhos, se tomarmos indicadores tais como a ocupação efetiva dos países/territórios, as estruturas de ambos os Estados e o PIB (Produto Interno Bruto) das respectivas economias, o que elimina o risco de comparar nações, cujas diferenças nestes níveis acabariam por constituírem-se em um obstáculo quase intransponível.

Além disso, FAUSTO e DEVOTO (2008) - dois historiadores, um argentino e um brasileiro muito equivalentes nos seus campos de trabalho - observam que existe baixo risco de perder a especificidade do processo de cada país, mesmo em um marco de origens comuns e influências recíprocas. Entendem que isso se deve a história de ambos os países, tanto por existir uma percepção intensa de suas diferenças (pelo menos, suas elites assim os concebem), quanto por estarem muito mais ligados aos núcleos políticos e econômicos dos países capitalistas centrais do que entre eles próprios. Na medida em que os mundos políticos, sociais e culturais de ambos os países, em um olhar mais abrangente de suas histórias, se achavam mais orientados para Europa e Estados Unidos, as ideias e os homens circulavam seguindo o caminho dos intercâmbios comerciais.

Vários fatores concorrem para construir essa relativa distância: a procedência de potências colonizadoras diferentes, a diferença da língua, o desenvolvimento econômico primariamente destinado a servir os interesses coloniais e depois autárquicos, a escassa ou nenhuma integração de vias de comunicação - as redes ferroviárias seriam um exemplo. Embora não deixem de levar em conta os intercâmbios humanos, culturais e econômicos das regiões de fronteira, os autores ressaltam que, ao considerar as

dimensões das mesmas, a fronteira comum não reveste tanta extensão, o que limita também a dimensão dessas trocas.

FAUSTO e DEVOTO (2008) afirmam que, considerando a quantidade de teses produzida por estudantes de um país sobre o outro entre os anos 1900 e 1975, encontraríamos um nível baixíssimo de interação, ao se colocar isto em um contexto comparativo dos realizados com outras nações.

Essas considerações contrastam marcadamente com a situação atual. As transições democráticas nos dois países e as visíveis complementaridades nos terrenos econômico, cultural e acadêmico vêm gerando muitas colaborações e trocas.

Mas, pondo isso em relação ao tema que nos ocupa, é necessário considerar que o campo da Saúde Mental tem também uma existência recente (MARAZINA, 2003). Encontramos sua origem não casualmente no ano da Declaração dos Direitos Humanos de 1948, quando a jovem Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a promover um novo conceito de saúde, mais abrangente que o da saúde biológica. Já não se tratava da ausência de doença ou invalidez, mas de *um estado de bem-estar completo, físico, mental e social*. Como uma consequência imediata desta nova definição, vê-se a substituição do conceito de *higiene mental* pelo de *saúde mental*, o que implicou numa mudança substancial de concepção.

A partir do novo conceito, foi possível articular de forma orgânica as disciplinas que pertencem à saúde mental com as ligadas à saúde física e à saúde da sociedade. Assim, o eixo das práticas médicas muda: do trabalho com a patologia, se passa ao trabalho a favor do bem-estar, o que implica na introdução da prevenção como estratégia prioritária. Apesar das críticas formuladas *a posteriori*, no sentido da sua imprecisão, se produz uma legitimação do novo conceito de saúde dentro do campo médico.

No que concerne à saúde mental, essa mudança concretiza-se no Primeiro Congresso Latino-Americano de Saúde Mental organizado no

Brasil, em 1954, e no segundo Congresso, em Buenos Aires, dois anos depois. Este fato nos parece auspiciar o caminho de análise proposto, entendendo que ambos os países colocam-se já nesse momento de forma ativa no processo de abertura do campo.

Se considerarmos que, em termos históricos, a constituição do campo da saúde mental é relativamente jovem, é possível pensar que ainda estamos em um momento instituinte do paradigma, momento que se caracteriza por marcadas oscilações e fortes tensões contraditórias.

Pretendemos realizar o nosso objetivo através da análise de alguns dos desdobramentos e construções desse processo nos países em questão, colocando-os em conversação com as normativas emanadas das organizações internacionais, que vêm dando decisivo apoio à mudança de paradigma antes mencionada através de um extenso cabedal de legislações, resoluções e recomendações que se estende desde 1975 até a atualidade.

O nosso principal referente será a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990, produzida na Conferencia Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na America Latina, organizada pela OMS conjuntamente com a OPAS e co-patrocinada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Tanto o Brasil quanto a Argentina assinam o compromisso de reestruturação dos seus sistemas de saúde mental de acordo as recomendações emitidas. Daí a importância dessa referência, da qual para maior entendimento, transcrevemos os parágrafos medulares:

(...)DECLARAN

*Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud **permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;***

*Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región **implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;***

*Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben: salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados, **propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;***

*Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: **aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;***

Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;

Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.” (OPAS, 1990,). (Grifos da autora).

O percurso construído abrange três grandes campos. O primeiro está dedicado à consideração do corpo legal que cada país conseguiu promulgar, no que se refere à legitimação do paradigma antimanicomial. Entendemos que as legislações expressam os modos e graus de articulação dos diferentes setores sociais inseridos em um campo determinado, sendo, portanto, analisadores incontornáveis do processo.

O segundo campo abrange uma análise do estado das práticas de saúde mental de cada país. Para dar um marco referencial amplo, iniciamos com algumas considerações sobre os sistemas políticos em que se gestam as condições do campo da saúde em geral, entendendo como impossível isolar a saúde mental do sistema de saúde geral e das políticas que formatam a existência do mesmo. A seguir, tentamos desenhar uma cartografia dos sistemas de saúde mental de ambos os países, sem uma pretensão totalizadora, mas levantando dados que permitam inferir a forma em que estão estruturados e as tendências que neles se instituem. Para isso, levamos em consideração suas estruturas materiais, os recursos humanos, as instituições que os compõem, os projetos que os habitam, as

lógicas institucionais que organizam e dão forma ao campo. Tentamos auferir quais seriam as particularidades de cada sistema assim como aspectos comuns entre eles. No ultimo momento dessa análise, estabelecemos alguns critérios emanados da Declaração de Caracas para dirimir o grau de avanço atingido na mudança recomendada. Entendemos que essa escolha organiza o percurso de maneira coerente com a intenção de inserir a pesquisa no contexto mais amplo do movimento de saúde latino-americano.

Em um ultimo momento, recorremos ao método de estudo de caso para pôr em comparação duas experiências paradigmáticas de ruptura da lógica manicomial e sua expressão em um sistema. Essas experiências realizaram-se de forma quase simultânea, o que favorece sua comparação.

O estudo de caso é uma opção conhecida no campo da saúde: existe uma tendência nas ciências sociais à busca de generalizações operativas partindo dos estudos de casos que podem se apresentar próximos dentro do campo escolhido (CONILL *et al.*, 1991). As experiências consideradas em nosso estudo de caso são escolhidas em razão de constituírem-se como referências para outras iniciativas posteriores e aportarem na construção de normativas compatíveis com uma ideologia de desmanicomialização em sentido amplo. Nesse sentido, tornam-se pontos altos da construção do paradigma de atenção em saúde mental em questão: tanto na cidade de Santos, quanto na Província de Rio Negro desenvolvem-se verdadeiros laboratórios de criação de dispositivos e ideias decorrentes da aplicação e ajustes de critérios concebidos em outras realidades para as realidades locais.

A nossa intenção em acompanhar essas experiências é a de fornecer um relato vivo do que significa a instalação de um novo paradigma, de forma a enriquecer o trabalho realizado que aponta para construções sistemáticas, de maior abrangência.

Nas nossas conclusões, esperamos realizar um trabalho que possa pensar proposições para incidir nas realidades que foram surgindo através da análise realizada.

2. OBJETIVOS

- Pensar o atual sistema brasileiro de saúde mental pública, política em escala nacional, comparado ao atual sistema de saúde mental de Argentina, que não conseguiu ainda determinar uma política nacional, mas sustenta experiências setoriais sob o signo da desmanicomialização.
- Trabalhar comparativamente de forma a compreender as diferenças e semelhanças dos campos de práticas e saberes desses países, na medida em que mesmo com pontos de partida comuns aos princípios referendados nas declarações internacionais, apresentam, contudo, características peculiares na forma de implantação e estruturação do campo.
- Aportar ao aprofundamento de uma tendência mais ampla, expressa nos âmbitos da política internacional e dos acordos econômicos, que nas últimas décadas anos caminha na direção de fortalecer os acordos internos do continente, na perspectiva de uma maior integração sócio - cultural entre os países latino-americanos.

3. SOBRE O MÉTODO

Nesse trabalho, procuramos organizar a pesquisa de forma a possibilitar uma comparação entre os sistemas de saúde mental pública de dois países vizinhos, o Brasil e a Argentina.

Entendemos, de acordo com BLOCH(1980) que uma condição fundamental para a realização de pesquisas comparativas é a consideração de duas sociedades próximas no tempo e no espaço, procurando simultaneamente suas semelhanças e diferenças.

Brasil e Argentina são países próximos, partilhando o mesmo espaço geopolítico. Isso significa que tanto o Brasil quanto a Argentina fazem parte do grupo de países que já foram chamados de “países em desenvolvimento” e, mais recentemente, de “países emergentes”, caracterizados por uma relação de subordinação econômica aos interesses dos países capitalistas centrais. Essa posição constitui um marco significativo para o desenvolvimento não somente econômico quanto político e social desses países, que propõe condições de realização de políticas relativas às áreas sociais, tais como educação, saúde, assistência social, enfim, tudo aquilo que constituiu o estado de bem-estar social no século XX. Essas políticas sofrem um importante ajuste a partir das novas disposições do sistema capitalista na atual fase de seu desenvolvimento, ajuste que pode se localizar na década de 1990. Numerosos autores coincidem nessa caracterização (CORTAZZO e MOISE, 2011; ZALDUA e BOTINELLI, 2010; ROVERE, 2010; FIDALGO, 2008; MENICUCCI, 2007; IRIART *et.al*, 1994).

Essa posição comum, além de sua proximidade geográfica com uma fronteira onde se realizam intercâmbios de todo tipo, nos indica estar contemplada a condição precípua da comparação. Segundo FAUSTO e DEVOTO (2008), trata-se de duas sociedades próximas no espaço, cujos processos históricos desenvolvem-se em um quadro temporal semelhante e que também são equivalentes - em termos relativos -, no espaço

efetivamente ocupado, nas estruturas de ambos os Estados e no PIB (Produto Interno Bruto) das respectivas economias.

Em relação ao tema que nos ocupa, a análise de sistemas de saúde mental, entende-se que os sistemas de saúde podem ser analisados a partir de diversos pontos de vista, seja para qualificar eficácias, para entender a sua adequação às demandas sociais que se apresentam para registrar os recursos que os conformam, os pontos de consistência ou de fragilidade da atenção etc.

Nosso ponto de vista constrói-se a partir da concepção de saúde mental que norteia o desenvolvimento de marcos ideológico, suportes científicos e linhas programáticas das organizações internacionais dedicadas ao campo da saúde em geral e na saúde mental, em particular. Consideramos importante uma breve consideração dessa concepção para continuar nosso percurso.

Ela se expressa em vários documentos internacionais, que abrangem um amplo período desde a Conferência de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde de 1978, à Declaração sobre Saúde Mental de Caracas de 1990 e o Relatório sobre Saúde no Mundo publicado pela OPAS e OMS em 2001, que versa exclusivamente sobre o tema *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*.

A concepção de saúde mental sustentada nesses documentos abrange vários níveis de proposições (GALENDE, 1997):

- No nível da compreensão psicopatológica, questiona a compreensão do sofrimento mental sob a categoria médica de *doença*, pelas implicações de naturalização do fenômeno, assim como pela ilusão de objetividade que esse conceito comporta. Propõe a restituição da complexidade existencial contida nessas perturbações.
- No nível das disciplinas concernentes, questiona a hegemonia da medicina mental no tratamento da loucura, abrindo espaço para

outros saberes na sua compreensão e abordagem (psicologia, antropologia, sociologia, psicanálise).

A doença, a partir dessa concepção, deixa de ser o objeto da saúde mental, já que sob o mesmo termo define-se *um estado desejável de bem-estar mental, os cuidados e instituições dedicadas a promover-los*. Na verdade, os cuidados em saúde mental - assistência e prevenção - deixam de ser um âmbito exclusivamente médico para passar a ser objeto de uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional.

Como define GALENDE (1997, pg.37): “*o objeto da saúde mental não é de forma exclusiva o indivíduo, ou os conjuntos sociais, mas as relações que permitem pensar conjuntamente esse indivíduo e sua comunidade*”. Assim, compreender o sofrimento mental só é possível no conjunto de suas relações familiares, grupais e sociais, no sentido amplo.

O objetivo principal que perseguimos através de nossa análise comparativa é o de aprofundar o conhecimento dos referidos sistemas, de forma a encontrar experiências realizadas dentro dos mesmos que possam servir como fontes inspiradoras de futuras produções, mais ajustadas ao contexto regional.

Dentro do objetivo principal, pretendemos referir a análise desses dois sistemas a um contexto mais amplo, de caráter continental, dado pela Declaração de Caracas produzida na Conferencia Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, celebrada nessa cidade em 1990. Escolhemos esse documento porque ele reveste peculiar importância ao continente, na medida em que os representantes dos países latino-americanos firmam um compromisso de vincular atenção psiquiátrica à atenção primária, no contexto dos sistemas locais de saúde - entendendo sistemas locais de saúde como os sistemas públicos. Nossa questão é determinar brevemente o grau de proximidade dos sistemas analisados com os critérios expressados na Declaração, como corolário de nossa análise comparativa. Não é a nossa intenção analisar essa relação de maneira

profunda, análise que poderia ser objeto de próximas produções, mas de integrar a nossa análise dentro do movimento histórico geral do continente.

Para tal, tentamos considerar por um lado, o estado atual de cada sistema, tratando de definir seus pontos de semelhança e de diferença. Por outro, procuramos determinar como esses sistemas relacionam-se com os objetivos expressados e ratificados pelos dois países na Declaração.

O nosso caminho metodológico foi se construindo na medida em que foram se apresentando campos de problemáticas a elucidar. Nessa perspectiva, não trabalhamos com um marco teórico previamente elaborado, mas com um critério de *construção de caixa de ferramentas*, segundo a ideia de FOUCAULT (1980). Essa ideia supõe em princípio duas questões básicas (FERNANDEZ, 2010):

- Não tratar as teorias como sistemas que operam como fundamentos de verdade ou relatos totalizadores. Trata-se de construir instrumentos para pensar problemas.
- Essa construção não se pode realizar senão de forma gradativa, a partir do trabalho de situações específicas.

A primeira questão que nos foi apresentada refere-se ao ponto de vista desde o qual iríamos a processar a nossa análise. Chamamos em nosso auxílio o referencial teórico do Movimento Institucionalista, que não constitui uma única escola, mas que abrange um conjunto de linhas, um leque de tendências, com alguns pontos em comum. A caracterização como movimento reside também no fato de não reivindicar um corpo fechado de saberes, mas um constructo em perpetua reformulação e abertura para produzir pensamento e intervenção nos coletivos sociais (BAREMBLITT, 2005).

Tomamos do corpo teórico do movimento institucionalista o conceito de *Instituição*, com o seu processo de construção *instituído/instituinte*, e o

conceito de *Implicação* e sua concepção de História, que difere da historiografia como produção estática e procuram na multiplicidade de acontecimentos algumas regularidades que permitam entender os processos de produção e reprodução de sentidos dentro dos campos sociais a serem abordados.

O conceito de implicação define uma posição metodológica. Essa posição consiste em não se ater a definições de objetividade ou de exterioridade à problemática a ser abordada, mas de afirmar que qualquer abordagem *necessariamente* passa por limites e possibilidades conceituais dados pela nossa posição de implicação, ou seja, por nossos compromissos epistêmicos com os saberes instituídos, com as formas de considerar a “realidade” que esses saberes propõem e com os campos de saber que delimitam. Uma operação imprescindível para produzir pensamento crítico é *a análise da implicação*, que consiste, justamente, na constante indagação sobre esses compromissos e os efeitos de ocultação ou naturalização que produzem sobre o trabalho de elucidação proposto.

FOUCAULT (1980) afirma a premissa da *impossibilidade de existir produção de saber exterior à circulação de poder*. O saber é uma das formas de reprodução de uma visão de mundo que precisa se legitimar a partir de conceitos “científicos”. A história das ideias é a história das instituições que sustentam e legitimam as formas em que o poder sobrevive. A proposição foucaultiana trabalha com uma visão do poder que não é tão somente uma forma centralizada no Estado, mas um fluxo que circula em todas as instâncias de uma sociedade. Por isso a análise do poder implícito na posição de saber, e o termo de *microfísica do poder* para definir o campo “micro” por onde efetiva a sua circulação.

Comprometidos com essa posição, tentamos perseguir os trânsitos desses fluxos, começando por considerar um marco mais geral onde os países constroem e desconstróem suas políticas em consonância às marcações de poderes econômicos globais - o que hoje se define como

contexto global e que Deleuze e Guattari nomeavam como *modo-de-ser do Capitalismo Planetário Integrado* (BAREMBLITT, 2005 ;DELEUZE, 2002;.

A seguir tratamos de definir alguns desses fluxos no campo da saúde em geral para chegar ao campo da saúde mental, nos detendo aqui nas instituições que o configuram e nos movimentos e tensões que nele operam. Necessariamente, em se tratando de um estudo de sistemas, nossa análise pretende um movimento compreensivo dos processos gerais. Para isso tem sido de enorme valor a ferramenta da leitura histórica, no sentido antes enunciado. Com ela, nos foi possível entender alguns dos fluxos de poder que fizeram e fazem parte da construção do campo da saúde mental, assim como a persistência de instituídos que não sendo mais funcionais às necessidades do campo, continuam operantes, devido à sua capacidade de organizar os imaginários sociais em representações tais como loucura/razão, a loucura como perigo, o hospício como solução para o perigo etc.

O conceito de instituição com que trabalhamos não se refere à materialidade de um estabelecimento, ou o recorte de uma organização, mas a arvores de decisões lógicas e éticas que regulam às atividades humanas, indicando o proibido, o permitido e o que é indiferente (LOUREAU, 1988). Segundo o seu grau de objetivação e formalização, as instituições podem se expressar através de leis (princípios, fundamentos), normas ou hábitos. Toda instituição compreende um movimento gerador - o *Instituinte* -; um resultado - o *Instituído* -; e um processo - a *Institucionalização*. No nosso caso, entendemos como instituído a concepção da doença mental que organizou nos últimos 200 anos todas as práticas, imaginários e territórios a ela atrelados. Os seus operadores seriam a segregação dos territórios entre os “normais” - providos de razão - e os anormais - os desrazoados -, a estigmatização desses últimos como incapacitados e perigosos, a ordem jurídica que referenda esses operadores. A materialidade que representa essa segregação: os estabelecimentos manicomiais e suas práticas.

Consideramos como instituintes, portanto fundadores de um novo instituído, aquelas concepções que rompem com o paradigma da doença

mental como excluída do acontecer humano, e propõem práticas integradoras dos portadores de sofrimento psíquico.

Nessa linha, intentou-se delimitar, então, alguns campos de evidencia institucional: as legalidades e as práticas.

Realizamos o processo de pesquisa sobre o corpo legal através da consulta online a diversos órgãos públicos de ambos os países, assim como a textos especializados e entrevistas com pessoas que trabalham essa temática. No caso de Argentina, recorremos ao material extraído de sessões de discussão sobre a Lei Nacional de Saúde Mental, acontecidas em instancias parlamentares, algumas das quais acompanhamos em forma presencial. Para compreender o processo brasileiro, apelamos a textos de protagonistas da Reforma Psiquiátrica, além da participação direta como profissional e militante.

A pesquisa sobre o “Estado das práticas” implica uma leitura não limitada à contabilidade de recursos e à descrição dessas materialidades, mas à compreensão da forma como esses recursos concentram ou diluem os vários aspectos do paradigma: direitos dos pacientes, existência de práticas de desconstrução do modelo asilar, a persistência de instituídos próprios das práticas manicomiais na formação e práticas dos agentes, o desenvolvimento de redes de saúde mental, a coincidência ou não das práticas de gestão governamental com as normatividades instituídas etc.. Para determinar o grau de coincidência com as normativas internacionais, elaboramos, a título de ferramentas, algumas questões emanadas da Declaração de Caracas.

Realizamos o mapeamento dos recursos disponíveis nos sistemas de cada país através de vários instrumentos: textos publicados em livros e revistas especializadas, nas bases de dados disponíveis online dos diversos órgãos das diversas esferas, nacionais, estaduais e municipais, entrevistas presenciais com alguns participantes qualificados do campo da saúde mental, assim como registros pessoais obtidos através da participação direta

em encontros, congressos e eventos, tanto de ordem científica, quanto de caráter militante nos movimentos de luta antimanicomial.

Os registros pessoais realizados através da observação direta foram realizados na direção de registrar com maior proximidade os fenômenos existentes dentro do campo. A observação direta é um método amplamente utilizado dentro das ciências sociais, que consiste não somente em perceber, como examinar dados da realidade a partir do referencial do observador. Foi realizada através do acompanhamento de reuniões de variada natureza, como as realizadas em instâncias legislativas para a discussão do Projeto de Lei de Saúde Mental na Argentina, em encontros diversos de cunho científico e político, tanto na Argentina como no Brasil, e em trabalhos de supervisão clínico-institucional em equipamentos de ambos os países, marcadamente superiores em número no território brasileiro.

O uso de entrevistas não diretivas e focalizadas (SACARDO, 2009) foi escolhido por responder aos objetivos de constatação da percepção dos entrevistados sobre o estado e processo da construção dos sistemas de saúde mental estudados. Na medida em que se trata de estudo de caráter qualitativo, a escolha dos entrevistados seguiu o critério da sua relevância dentro do campo, que permite uma percepção qualificada dos processos a serem investigados. A forma de estruturar a entrevista obedece ao modelo clínico, (MANNONI, 1967; BLEGER, 1960) que preserva a maneira singular da fala do entrevistado, sem se ater a respostas para satisfazer o entrevistador. Mas também exige uma posição de escuta ativa, entendendo por isso uma atitude de atenção profunda às particularidades da fala e um estímulo discreto quando se faz necessário uma ampliação dos conteúdos expressados.

Conforme, as determinações da resolução CNS/MS 196, foi pedido para cada entrevistado o seu consentimento livre e esclarecido através do Termo de Consentimento apropriado (Anexo 3).

No último momento do trabalho, optou-se pelo recurso do *estudo de caso* para ilustrar o processo de institucionalização do novo paradigma de saúde mental através de duas experiências pioneiras, uma de cada país: Santos no Brasil e Rio Negro, na Argentina. Foram utilizadas na pesquisa produções escritas pelos protagonistas das experiências sob formas diversas: livro, dissertação de mestrado, artigos publicados, assim como comunicações pessoais com membros dos programas, trabalhos de outros pesquisadores e, no caso do programa de Santos, a experiência direta da autora, como supervisora institucional.

A metodologia do estudo de caso surge no âmbito da pesquisa médica e psicológica. Geralmente esse termo descreve uma análise detalhada de um caso individual para ilustrar e compreender a dinâmica de determinada doença. No campo das ciências sociais, porém, o caso não é um indivíduo, mas uma organização, uma prática social ou uma comunidade.

De acordo a BECKER (apud F.DESLANDES *et.al*, 2007), o estudo de caso tem dois objetivos. O primeiro trata de compreender, do modo mais amplo possível, o grupo ou organização em estudo. O segundo objetivo aponta para o desenvolvimento de conclusões teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais

BOURDIEU (1998) propõe o estudo de caso, uma vez que ele seja entendido como um sistema coerente de relações, como um caminho para dedução de propriedades gerais ou invariantes. Essa lógica se faz possível através do método comparativo, que toma como base as homologias estruturais entre campos ou entre estados diferentes do mesmo campo. Dentro dessa proposta, analisamos os dois “casos” que nos ocupam, que têm como característica comum a de serem programas desenvolvidos simultaneamente no tempo e sob a mesma proposta de desconstrução da lógica asilar e criação de sistemas alternativos.

Tal como FERREIRA DESLANDES (2007) salienta, citando a STAKES (2000), esse modelo de pesquisa dirige a atenção para a possibilidade de construir o conhecimento desde a singularidade de um caso. Analisando as singularidades de um sistema, ela diz, podemos estabelecer um denso diálogo com a lógica do sistema de saúde do qual ele faz parte.

A escolha por inserir um estudo de caso inscreve-se também no movimento que parte do singular para pensar grandes estruturas. Apoiamos no pensamento de Foucault, que propõe analisar as estruturas micropolíticas para compreender a circulação dos macro-poderes que conformam um campo social. Nessa linha, entendemos que a citação de Ferreira Deslandes faz profundo sentido: um caso singular nos permite dialogar com a lógica extensiva de um sistema.

4. SOBRE AS LEGISLAÇÕES EM SAÚDE MENTAL.

Para o entendimento de um sistema de saúde é imprescindível a consideração do arcabouço legal que sustenta e produz simultaneamente esse sistema.

Como primeiro passo, pesquisou-se as leis e decretos que foram promulgados em cada país, tanto pela necessidade de dar consistência jurídica as novas práticas já existentes no campo, ou para reformular práticas há tempo instituídas, que sobrevivem no corpo legal de maneira desatualizada, como no caso das interações.

Como segundo passo, de acordo aos nossos objetivos, tentou-se considerar o grau de afinidade desses corpos legais com as proposições dos organismos internacionais. Escolhemos as recomendações dos documentos produzidos pela OPS (Organização Pan- americana da Saúde) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), reconhecidas por ambos os países. Importante ressaltar que nos últimos vinte anos existiu um forte apoio por parte da OMS às legislações nacionais dos países do continente afinadas com a garantia de direitos daqueles que padecem sofrimento mental.

Sem pretender abranger uma listagem completa, incluímos, a seguir, um marco normativo e conceitual internacional sobre os Direitos Humanos, Incapacidade e Saúde Mental (SAFORCADA *et alli*, 2010).

- *Declaração dos Direitos do Retraso Mental*. Assembléia Geral das Nações Unidas. Resolução 2856 (XXVI) de 20 de dezembro de 1971.
- *Declaração de Alma-Ata*, resultado da Conferencia Internacional sobre Atenção Primaria na Saúde, OMS. 6 a 12 de setembro de 1978.

- *Programa de Ação Mundial para os Impedidos*. Ano Internacional dos Impedidos (1981). Aprovado o 3 de dezembro de 1982 por Assembleia Geral. Resolução 37/52
- *Princípios de ética médica a serem aplicados na função do pessoal de saúde na proteção de pessoas presas e detidas*. Assembleia Geral. Nações Unidas. Resolução 37/194 de 18 de dezembro de 1982.
- *Convenio sobre “Readaptação Profissional e Emprego de pessoas inválidas”*. Organização Internacional do Trabalho. (OIT) 20 de junho de 1985.
- *Declaração de Caracas*. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS): *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*. Conferencia Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica em America Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde. 14 de novembro de 1990. Co-patrocinada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos.
- *Princípios para a proteção dos Enfermos Mentais e para o Melhoramento da Atenção em Saúde Mental*. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 119/1991.
- *Dez Princípios básicos das Normas para a Atenção da Saúde Mental*. OMS. Divisão de Saúde Mental e Prevenção do Abuso de substâncias. 1995
- *Inclusão plena e positiva das pessoas com incapacidades*. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 48/95 de 20 de dezembro de 1993.
- *Declaração de Montreal sobre a falta de equidade no acesso ao direito à saúde*. IX Congresso da Associação Internacional de Economia da Saúde. 16 de junho de 1996.

- *Recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos sobre a Promoção e Proteção dos Direitos das pessoas com incapacidade Mental*. Santiago de Chile. 4 de abril de 2001.
- *Novas diretrizes para medir a saúde*. OMS. 15 de novembro de 2001.
- Informe OMS. (2001) “*Saúde Mental: novos conhecimentos, novas esperanças*”.

Uma passagem pelas disposições enunciadas levanta algumas questões. Em primeiro lugar, a maioria delas aparece a partir dos anos 1980, Isso evidencia o interesse das organizações internacionais em relação ao tema da saúde mental, muito enlaçado com a força da temática de direitos humanos no mundo.

Particularmente em América Latina, a saída de vários países de períodos de regimes ditatoriais, que suspenderam o estado de direito, sustenta um renascimento dessa temática e, portanto, de critérios de inclusão das minorias, entre as quais figuram os afetados por enfermidades mentais. Tanto os entrevistados no Brasil quanto em Argentina coincidem em ressaltar esta articulação, na medida em que a maior parte das iniciativas surge exatamente no período de reconquista das liberdades democráticas.

As variadas experiências européias de questionamento e reformulação da assistência aos pacientes mentais - a reforma italiana, a psiquiatria de setor francesa, as comunidades terapêuticas e a anti-psiquiatria inglesa- acumulam um enorme campo de referências de práticas e saberes já em gestação no final da Segunda Guerra, sob o pressuposto de extinção do manicômio, em todo referido à realidade do horror concentracionario dos campos.

Essa tendência impulsiona às organizações internacionais a colocar na sua agenda de saúde a temática das reformas dos serviços de saúde

mental, abrindo um movimento de encontros e assinatura de pactos internacionais sob forma de Declarações e outros instrumentos de ordem normativa, cujo eixo principal é o da proteção e defesa dos direitos humanos dos portadores de doenças mentais e incapacitantes.

Sabe-se que estes instrumentos atingiram uma aceitação e consenso progressivo no panorama mundial, estabelecendo uma tensão desejável e importante entre os critérios que prescrevem e a realidade da atenção prestada nos países assinantes. Cabe aqui uma citação de GALENDE (GALENDE e KRAUT, 2010) que esclarece esse movimento e fundamenta nossa decisão de incluir nesse trabalho a questão das legalidades:

O antigo debate entre quem considera o sofrimento mental como uma doença do cérebro e quem o entende como uma expressão do psiquismo alterado está sendo novamente levado a uma afirmação do objetivismo médico, que consiste em afirmar o sofrimento mental como mais uma enfermidade do corpo, cuja causa reside na disfunção do cérebro. Essa posição abre espaço para o ressurgimento de antigos problemas éticos vinculados ao poder dos psiquiatras. Desde o ponto de vista da ciência, esse debate entre *organogênese* e *psicogênese* obedece a preconceitos e posições ideológicas. (...) A psiquiatria atual não pode recorrer, como o fizeram os antigos alienistas, ao dano cerebral irreversível ou à cronicidade desses padecimentos para justificar as internações e menos ainda para avaliar os tratamentos correccionais.

Pela vigência do problema é que as Nações Unidas, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, a OMS e diversas legislações internacionais e nacionais impõem resguardos e garantias para os direitos dos pacientes limitando e condicionando o poder dos profissionais na prescrição coercitiva dos tratamentos, nas ordens de internação e o regime da mesma. Não poderia se compreender nem justificar toda essa legislação sem considerar a vigência atual desse poder arbitrário dos psiquiatras. Os psiquiatras, pelo seu lado, podem se negar a reconhecer em suas práticas atuais, os traços da história de sua disciplina (...)

O que tentamos mostrar nesse texto é que o problema do poder, a dimensão moral e a relação com o Direito são intrínsecos à prática da psiquiatria, mas acentuados que na prática de outras especialidades médicas e que somente estabelecendo uma regulação externa que preserve os direitos dos pacientes será possível um controle social sobre as consequências desse poder e dessa moral correccional.(pg.32) (Grifos da autora)

Um dado que nos parece interessante assinalar é o que traz BERTOLETE (2005), na sua avaliação dos processos de legislação nos países de América Latina. Ele indica que em média, o tempo de processamento de uma lei temática sobre direitos humanos e saúde mental tem sido aproximadamente de dez anos. Isso pode nos falar das dificuldades que se interpõem no esforço regulatório que mencionamos entre as quais a ação dos lobbies corporativos não é uma das menores. Existe, segundo o autor, uma diferença importante entre a via legal ampla, que, como assinalado, é de lento trânsito, mas permite incorporar setores maiores da população no processo e a via administrativa, que implica em legislações mais restritas, mas que constituem caminhos mais ágeis de mudança principalmente se os gestores têm acesso ao controle orçamentário.

Escolhemos como parâmetro mais aproximado dessa legislação internacional, a Declaração de Caracas. Através dela, instam-se aos Ministérios de Saúde e Justiça, Parlaentos, Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviço, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de formação, assim como aos meios de comunicação de massa a apoiar a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na intenção de assegurar seu desenvolvimento exitoso em benefício das populações da Região (OPAS, 1990).

Nesse documento, os países signatários se comprometem a promover uma reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos seus sistemas locais de saúde. Essa reestruturação está construída em base aos seguintes conceitos:

- o conceito de Atenção Básica da saúde - meta promovida pela OMS para o ano 2000.
- o descentramento do hospital psiquiátrico como única e centralizadora modalidade assistencial, entendendo a internação como promotora de isolamento e segregação do paciente mental.

- a caracterização dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde) como os marcos imprescindíveis para resolução da problemática da saúde nas diferentes realidades nacionais.
- a salvaguarda e promoção dos direitos humanos dos portadores de sofrimento mental.
- o desenvolvimento de modalidades de tratamento centradas nas redes sociais e comunitárias, de forma a resguardar a integração do paciente no eu meio.

Recordamos que Brasil e Argentina são signatários dessa Declaração, por tanto, compromissados com os seus enunciados. Passamos agora a considerar as legislações de cada país.

4.1. Argentina - Estado Atual da Legislação Sobre Saúde Mental.

Argentina adotou a forma federal de governo. Essa modalidade implica que a Constituição Nacional, os tratados internacionais ratificados por governo federal e as leis nacionais têm maior hierarquia que as leis provinciais. Apesar disso, os governos provinciais mantêm todos os poderes que a constituição não atribui ao governo federal, fator que implica um grau importante de autonomia para traçar políticas públicas, que assumem em cada estado formas diferenciadas dentro da grande margem legal nacional.

Parece-nos importante fazer uma breve menção ao processo de formação do sistema de saúde argentino, já que entendemos que sua característica fortemente fragmentaria influencia a elaboração da legislação geral de saúde e, de modo mais particular, da saúde mental.

Uma característica própria do sistema de saúde argentino é a organização de “Mutualidades”, em principio organizadas espontaneamente, por comunidades étnicas. Soma-se a essa solidariedade étnica a solidariedade laboral, que define as “mutualidades” por categorias de

trabalhadores, associadas aos sindicatos. A partir de 1944, o Estado organiza essas instituições como Obras Sociais (OS), com autonomia jurídica e financeira. (SACARDO, 2009), com uma consolidação crescente nos governos ulteriores. A ampliação da cobertura de saúde para os dependentes dos trabalhadores faz com que nos anos 70, Argentina estivesse entre os países com a maior cobertura de saúde do continente.

MEDICI (apud SACARDO, 2009) aponta que já nessa época estavam claros os déficits do sistema de saúde argentino:

- excessiva fragmentação das OS;
- heterogeneidade nas coberturas;
- escassa equidade no gasto e no acesso;
- déficit no financiamento solidário.

Em 1974, tenta-se organizar o Sistema Nacional Integrado de Saúde articulando as OS com o sistema público de saúde. Contudo, esta tentativa é abortada com a instalação do regime militar de 1976. Somente em 1984, com o fim do regime de exceção, se procede a uma regularização do sistema de cobertura e financiamento das Obras Sociais, criando-se o INOS (Instituto Nacional de Obras Sociais) que tenta articular esse universo até então fragmentário.

Podemos entender, assim, a definição de MACEIRA (2003) desse sistema como *fragmentado em termos de financiamento e relações inter institucionais, abrangente em termos de cobertura e com uma grande separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços*. Essas características estão presentes na forma que assumem as legislações que regem o campo de nosso interesse.

4.1.1. Legislações no nível federal.

- **Decreto Lei 22.431/81.** Proteção Integral das Pessoas com Incapacidade.
- **Decreto Lei 22.914/83.** Regime Legal da Internação em Estabelecimentos Assistenciais. 15 de setembro de 1983.
- **Resolução 1121/86.** Estabelecimentos de Saúde Mental e Atenção Psiquiátrica. (Quesitos para sua habilitação e funcionamento). Ministério de Saúde e Assistência Social. 12 de novembro de 1986.
- **Lei 24.660/96.** Execução de Pena Privativa da Liberdade. 19 de junho de 1996. Capítulos referidos à saúde mental.
- **Lei 24.901.** Sistema de prestações básicas em Habilitação e Reabilitação Integral das Pessoas com incapacidade.
- **Lei 25.421,** adotada em 2001, sobre a criação do Programa de Atenção em Saúde Mental. Essa Lei determina o direito das pessoas de receber atenção em saúde mental dentro dos serviços de atenção primária e prevê a reinserção social das pessoas com enfermidades mentais. Cria, assim, o Programa de Assistência Primária em Saúde Mental e nomeia o Ministério de Saúde da Nação como organismo de aplicação da Lei. Até essa data, porém, o governo federal não a tem regulamentado, impedindo a sua efetiva aplicação.

4.1.2. Cidade de Buenos Aires

Devido à forma de distribuição da população e dos recursos da nação, a Cidade Autônoma de Buenos Aires concentra quase a metade dos habitantes de Argentina e, proporcionalmente, igual quantidade de recursos e iniciativas dentro do campo da saúde mental.

Em 1994 a cidade de Buenos Aires obteve sua autonomia através de uma reforma na Constituição Nacional. Desde essa época, promoveu varias disposições legais importantes de reforma da saúde mental. A Constituição da Cidade de 1996 estabelece a base para a reforma do sistema de saúde mental na medida em que determina que as políticas nessa área não devam ser instituídas com a finalidade de controle social ou castigo, mas devem se dirigir à desinstitucionalização progressiva e a criação de uma rede de serviços de proteção social.²

O artigo 48 da Lei Básica de Saúde No. 153, promulgada em 1999, estabelece que a atenção à saúde mental deve evitar a criação de instituições que segregem os indivíduos, e trabalhar na direção da desinstitucionalização progressiva. Também requer a implementação de modelos alternativos de atenção orientados à integração social, tais como residências terapêuticas, oficinas protegidas, comunidades terapêuticas e hospitais-dia.³

No ano 2000, aprova-se a Lei 448, Lei de Saúde Mental da Cidade, que reconhece os direitos e proteções para as pessoas que recebem tratamento dentro do sistema de saúde mental. Essa Lei se compatibiliza com várias recomendações internacionais de direitos humanos: o direito ao respeito à dignidade da pessoa, o direito ao livre consentimento, à atenção personalizada e à reabilitação e integração na comunidade. Estabelece que o tratamento deva ser prioritariamente realizado de forma ambulatorial, assim como destaca que os direitos das pessoas, em sua relação com o sistema de saúde mental, não diferem daqueles estabelecidos pelas Constituições nacional e local e todas as legislações relativas aos direitos humanos existentes a nível nacional e internacional.

² Constituição da Cidade - supra art.21, par.12.

³ Lei 153. Art. 48. (c) 2.

A referida lei estabelece também a criação de um Conselho Geral de Saúde Mental, com as seguintes funções:

- formular políticas, programas e atividades de saúde mental;
- avaliar e dar seguimento ao Plano de Saúde Mental;
- entender nos aspectos vinculados às questões éticas;
- estabelecer as linhas gerais de políticas de articulação com o Conselho Geral de Saúde;

De modo prático, há de se observar, contudo que essa lei continua sem efeito de forma integral. Existe uma forte pressão por parte de grupos profissionais –sabidamente por parte da corporação médica- que se opõem à sua implementação, sobretudo no que se refere à nivelação de hierarquias profissionais dentro do modelo de atenção interdisciplinar. Tal situação ficou evidente a partir de uma ação de inconstitucionalidade impetrada em 2006 contra a Lei 448 pela Associação de Psiquiatras da Cidade de Buenos Aires, a Associação Argentina de Psiquiatras, a Confederação Médica da Republica Argentina e a Associação de Médicos Municipais frente ao Tribunal Superior de Justiça. O referido Tribunal considerou inadmissível uma ação dessa ordem. Além dos possíveis resultados desse movimento, essa ação parece ser um analisador da forte resistência que a reforma do sistema sofre por parte das corporações médicas.

CAEIRO (2000), por ocasião da sanção da Lei 448, analisou a lei e as circunstancias que se articulam em torno da sua aplicação:

“A lei é um articulado de excelentes princípios tais como o reconhecimento da saúde mental como processo determinado histórica e culturalmente em cada sociedade, a intersectorialidade, a abordagem interdisciplinar, o foco nas redes e a pluralidade de concepções teóricas. Enuncia os direitos do cidadão à saúde mental, o direito a identidade e o pertencimento a sua genealogia e a sua historia. Não ser identificado nem discriminado por padecer um mal-estar psíquico e a aplicação da terapêutica que menos limite a sua liberdade. Hierarquiza a Autoridade de Aplicação em Saúde Mental. Cria um Conselho Geral de Saúde Mental, com participação de instituições ligadas à área. Prioriza o tratamento ambulatorial, baseado na promoção da saúde comunitária, a prevenção, a assistência realizada em todos os casos por profissionais da saúde

mental, certificados por autoridade competente com supervisão e acompanhamento de pessoas externadas. Um novo regime de internações que substitui à lei N° 22.914 (nacional) dispondo que a internação é uma instância do tratamento que é avaliada e decidida pela equipe interdisciplinar quando não seja possível o tratamento ambulatorio. Dispõe o levantamento em 360 dias após a lei ser promulgada, da totalidade das pessoas internadas para que saiam ou continuem internadas, e conseguir dar um lugar na Rede que será implementada (Oficinas protegidas, Casa de Meio Caminho, Centro de Capacitação Sócio-laboral, etc.). Ratifica a vigência da Lei N° 153, ponto 3, inc. C, Art.48, em relação aos recursos e infraestrutura imobiliária, que o setor conta atualmente, que deverão ser utilizados para a área de Saúde Mental, unicamente.

A lei é uma porta aberta para a negociação que pode se dar na **regulamentação** da mesma, que é o que na verdade particulariza a normatização. Ela depende de uma estrutura hierárquica com uma tendência à burocratização historicamente conhecida. É ali onde se encontra a armadilha com a que é necessário se defrontar:

As instituições acadêmicas de formação e de pertencimento, com grande prestígio, tem o poder de lobby das corporações de profissionais (municipais – pré-pagos - obras sociais sindicais – laboratórios -clínicas privadas)?. Devemos ser conscientes de essa situação da qual depende dessa Lei não seja negociada, para que o diamante seja polido para ser usado pelo conjunto da população, ou que seja um novo negocio para as corporações que sempre se beneficiaram em detrimento da saúde pública”. (Grifos da autora)⁴

Além da Lei 448, existem algumas outras disposições legais que se promulgaram, em consonância com a disposição constitucional. São elas:

- **Lei 864 de 15/8/02:** legisla sobre a Residência de Adultos Maiores com Patologias.
- **Lei 955 de 5/12/02:** *Talleres* (Oficinas) Protegidas de Reabilitação Psiquiátrica. (Regulamentada).
- **Decreto 635 de 22/04/04:** Regulamenta a Lei 448.
- **Lei 1537 de 2/12/04:** Cria o Serviço de Orientação e Assistência Interdisciplinar em situação de crise psicológica.

Decreto 1760 de 2/12/04. Regulamenta o funcionamento do Registro de Busca de Pessoas Adultas com padecimento mental e incapacidade.

⁴ Artigo Revista Topia.No.30.Buenos Aires.Fevereiro de 2000.

- **Resolução 635 de 4/4/2004:** Cria o Programa Permanente de Saúde Integral para ex-combatentes de Malvinas. Subprograma de Saúde Metal.
- **Resolução 2007 de 26/10/06:** Declaração de emergência dos efeitos e serviços de saúde mental do sub setor estadual do sistema de saúde.
- **Resolução 2200:** Criação do Programa de Atenção Domiciliar Psiquiátrica Psicológica Programada em situações de crise. (ADOP - Atenção de Adultos ADOPi –Atenção Infantil)
- **Resolução 1068 de 4/5/07:** Programa de Reabilitação com Terapias assistidas por animais.
- **Lei 2516 de 22/11/2007:** Seguro Individual contra acidente. Pacientes de Serviços de saúde mental e/ou Hospitais de dia.
- **Resolução 1175 de 29/05/07:** Programa de Atenção Comunitária de Crianças até 15 anos com Transtornos Mentais Severos.
- **Resolução 750 de 21/4/08:** Cria a Comissão para implementação de desenvolvimento do Plano de Saúde Mental.
- **Lei 2783 de 10/7/08:** Instrumentação para a difusão permanente dos direitos dos pacientes com padecimentos mentais.

Considerando esses instrumentos jurídicos, podemos inferir que a cidade de Buenos Aires sustenta um processo de criação de novos programas e dispositivos que ampliam e consolidam o caminho da reforma, e que esses movimentos acabam se traduzindo em legislação pertinente. Mas também constatamos que a maior parte das iniciativas de inúmeros grupos de profissionais radicados em hospitais públicos - Htal. Tobar García, Htal Infantil Ricardo Gutiérrez, Hospital Alvear, Htal. Tornú, Centro de Saúde Mental N° 1 Manuela Pedraza, Centro de Saúde Mental no. 3 Dr. Ameghino, os próprios hospitais psiquiátricos Borda e Moyano, para

mentonar alguns dos espaços onde pudemos constatar esse trabalho, não são içados à categoria de programas de uma política pública, ficando como iniciativas reduzidas em geral à sua área de execução e influencia. Como exemplo, mencionamos o Programa de Reabilitação com terapias assistidas com animais. Esse trabalho existe desde o ano 2000, num esforço combinado de terapeutas –basicamente psicanalistas- do Hospital Infantil Carolina Tobar Garcia e o Zoológico de Buenos Aires, com uma trajetória importante no tratamento de crianças com déficit autista e patologias severas. O trabalho levou mais de sete anos para ser reconhecido no ano 2007 por resolução legal e incorporado ao conjunto de equipamentos de saúde mental da rede.

Ao mesmo tempo, mostra-se significativo que a Comissão para implantação e desenvolvimento do Plano de Saúde Mental seja criada no ano 2008, oito anos após a promulgação da Lei 448. A dificuldade para a regulamentação da Lei, após tantos anos da criação desses instrumentos legais, nos parece confirmar o anteriormente exposto sobre a dificuldade de compatibilizar interesses no caminho da reforma do sistema de atenção.

4.1.3. Outras províncias

Dentro dos dados recolhidos em relação à legislação das províncias argentinas, podemos auferir leis de saúde mental aprovadas e regulamentadas nas províncias de:

- Rio Negro - Lei 2440 de 3/10/199 (Regulamentada);
- Córdoba - Lei 8028 de 1991;
- Santa Fe - Lei 10772 de 1991-(Regulamentada);
- Entre Rios - Lei 8806 de 1994 –(Regulamentada);
- San Juan - Lei 6976 de 1999-(Regulamentada)

Anteprojeto de lei:

Mendoza, Chubut e Catamarca (prestes a aprovar) .

Adesões à Lei Nacional N^o. 25.421 de criação do Programa de Assistência Primária de Saúde Mental (APSM) nas províncias de:

- Misiones - Lei de 22/05/2001;
- T. Del Fuego - Lei 549 de 24/05/2002;
- Tucumán - Lei 7576 de 29/06/2005;
- Corrientes - Lei 5753 de 20/10/2006.

Legislação sobre estabelecimento de Programas de saúde mental nas províncias de:

- Buenos Aires – Lei 8388 de 1/4/1975
- La Rioja - Lei 7862 de 23/8/2005;
- Salta - Lei 6302 de 22/11/2007;
- Tucumán - Lei 7576 de 29/6/2005;

Foi possível constatar a existência de decretos relativos a instalação de diversos programas em cada Província, relativos à dependências químicas, sujeitos com necessidades especiais, atenção à adolescência, oficinas protegidas, clínica da subjetividade em atenção primária, o Programa modelo desenvolvido no Hospital Escola de Saúde Mental de San Luis, assim como variadas iniciativas em Córdoba (Residência protegida, Centro de Reabilitação laboral, Equipes de Atenção Comunitária) - esta província mantém um convenio de intercambio com o Centro de Investigação em Saúde Mental da Região de Friuli, Itália, aprovado por Lei).

Em muitas Províncias não constam sequer referências ao campo da saúde mental: Formosa, La Pampa, Santiago Del Estero, Santa Cruz não apresentam nenhum instrumento legal dessa ordem.

O panorama que se desenha é fragmentário, decidido por iniciativa de cada governo provincial, sem maiores redes legais de alcance nacional. O único movimento mais abrangente aparece ser a adesão de algumas províncias à Lei 25421, de Atenção Primária em Saúde Mental. Nesse sentido, reafirma-se a observação realizada por GALENDE (2009) sobre a fragmentação do sistema de saúde mental na República Argentina.

Em relação a esse ponto, é importante observar que foi sancionada, em novembro de 2010, por ampla maioria no Senado, a Lei Nacional de Saúde Mental e Adições, projeto de autoria dos deputados Leonardo Gorbacz, Emilio Garcia Mendez e Fabiana Rios. Essa lei, a 26.657, reflete efetivamente a legislação internacional existente sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Temos acompanhado pessoalmente o processo de elaboração do Projeto em reuniões de consulta feitas com associações de usuários e familiares com o intuito de incorporação dos resultados dos debates no seu texto⁵

Sobre o seu conteúdo nos apoiamos em CARPINTERO (2011) para comentar alguns dos conceitos centrais.

Em primeiro lugar, no que se refere aos direitos humanos. Claramente se estabelece a defesa dos direitos dos pacientes, mudando o próprio Código Civil. Esse é um elemento central para impedir internações de pessoas evocando sua periculosidade. Substitui-se o critério de internação por periculosidade para si ou para terceiros pela “constatação de risco certo ou iminente. As internações involuntárias ficam restritas e sujeitas ao controle de um Órgão de Revisão onde participarão organismos de direitos humanos”⁶

⁵ Jornada no Congresso Nacional Argentino. Buenos Aires. Julho de 2010

⁶ Lei 448

O segundo ponto a destacar é o da equipe interdisciplinar. A lei propõe que “deve se estimular que a atenção em saúde mental esteja a cargo de uma equipe interdisciplinar integrada por profissionais, técnicos e outros trabalhadores capacitados com a devida legitimação de autoridade competente. Se incluem as áreas de psicologia, psiquiatria, trabalho social, enfermagem, terapia ocupacional e outras disciplinas ou campos pertinentes...) o processo de atenção deve se realizar preferentemente fora do âmbito de internação hospitalar e no marco de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, baseado nos princípios da atenção primária em saúde. Será orientado ao reforço, restituição ou promoção dos laços sociais.” (...) “A internação deve ser o mais breve possível, se regendo por critérios terapêuticos interdisciplinares. A evolução do paciente e cada uma das intervenções da equipe interdisciplinar devem se registrar diariamente no prontuário...”⁷(7)

O terceiro ponto refere se às estruturas manicomiais. Em outro artigo central reza “... Fica proibida pela presente lei a criação de novos manicômios, neuropsiquiátricos ou instituições de internação monovalentes, públicos ou privados. No caso dos já existentes devem se adaptar aos objetivos e princípios expostos, até sua substituição definitiva pelos dispositivos alternativos...”⁸ Um ponto que sofre particular resistência por parte das corporações médicas se refere ao parágrafo que reza que “os profissionais com diploma de graduação estão em igualdade de condições para ocupar cargos de condução e gestão dos serviços e instituições, devendo se valorizar sua idoneidade para o cargo e sua capacidade para integrar os diferentes saberes que atravessam o campo da saúde mental.”⁹

⁷ Lei 448.

⁸ Op.cit.

⁹ Op.cit.

4.2. Algumas concepções implícitas nas legislações.

Da leitura dessas leis podemos inferir quais as concepções que nortearam seu escopo. Apoiamo-nos para essa leitura no Informe de Pesquisa apresentado à Comissão Nacional de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde da Nação Argentina, em maio de 2009 (GERLERO *et.al.*, 2009).

4.2.1 Sobre o objeto da legislação

Nas leis das diferentes jurisdições se acham diversas formas de nomear as pessoas com problemas vinculados à saúde mental. Todas e cada uma dessas nomeações apontam a pessoas afetadas por problemas *de* ou *em* sua saúde mental, de forma a evidenciar uma ausência de noções vinculadas às dimensões positivas do conceito com acento nas dimensões do padecimento, ou patologia.

Achamos uma exceção na lei 448 da Cidade de Buenos Aires, que sustenta uma definição que ultrapassa o campo psicopatológico:

“O reconhecimento da saúde mental como um processo determinado histórica e culturalmente numa sociedade, cuja preservação e melhoramento implicam uma dinâmica de construção social, e está vinculado à concretização dos direitos ao trabalho, o bem-estar, à moradia, à seguridade social, à educação, à cultura, à capacitação e a um meio ambiente saudável. A saúde mental é inseparável da saúde integral, e parte do reconhecimento da pessoa na sua integridade bio-psico-socio-cultural e da necessidade das melhores condiciones possíveis para seu desenvolvimento físico, intelectual y afetivo”

Também a recém-aprovada Lei Nacional 26.657 sustenta uma definição de saúde mental, de tratamento e promoção de saúde totalmente afinada com os critérios internacionais que nos servem de referencia.

Segundo as palavras de Angel Barraco, em comunicação oral da Mesa Redonda sobre Legislações em Saúde Mental no IX Congresso de Saúde mental e Direitos Humanos, em 20 de novembro de 2010, na qual participamos como expositores:

"Essa Lei não é uma Reforma Psiquiátrica, é uma *Lei de Saúde Mental*, baseada no reconhecimento da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. Uma Lei que propõe um tratamento digno para toda a comunidade, sem discriminação nem controle social."¹⁰

Resgatamos as colocações do Licenciado Barraco, membro do COGESAM (Conselho Geral de Saúde Mental) da Cidade de Buenos Aires, em razão da importância do seu apontamento da diferença que existe entre uma Lei que atinge o campo psiquiátrico, portanto uma lei que *reforma a psiquiatria* e uma *lei de saúde mental*, que propõe uma abrangência maior de maneira a sustentar a concepção interdisciplinar e intersetorial que constitui efetivamente o campo da saúde mental.

4.2.2. Posições em relação ao Hospital Psiquiátrico

Observam-se posiciones desiguales expresadas nas diferentes leis provinciais.

A lei da província de Rio Negro é única no conjunto, contestando a utilidade terapêutica da reclusão no hospital psiquiátrico e proibindo a nova construção dos mesmos, tanto públicos como privados. Indica a substituição da reclusão pela atenção comunitária.

A província de Entre Rios advoga pela desinstitucionalização progressiva e a transposição da atenção para centros de saúde mental territoriais, de forma semelhante à lei anterior.

Em outra ordem, vemos as leis que colocam o hospital psiquiátrico como um dos organizadores da política de saúde mental, após uma

¹⁰Barraco, Angel. Mesa Redonda "Salud mental en Argentina y Brasil" IX Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos. Buenos Aires. Novembro 2010.

reformulação do seu estatuto (humanização da assistência, políticas tendentes a eliminação da cronificação, etc.) Na Província de San Juan, o hospital psiquiátrico continua como hospital específico; a regulamentação da Província de Santa Fe, fala de Hospital Interdisciplinar de Saúde Mental mas na prática o hospital mantém a condição de internação psiquiátrica tradicional. Na Cidade de Buenos Aires, os grandes hospitais -Borda e Moyano- são integrados à rede de serviços de base comunitária, mas não deixam de sustentar a lógica manicomial originária. Muitas iniciativas são realizadas dentro do espaço dos hospitais, mas a estrutura de base permanece a mesma.

Importante destacar que nas legislações apontadas estão propostos todos os serviços criados para a reformulação do campo: hospitais-dia, residências terapêuticas, centro comunitário, etc. A internação é considerada em todas as legislações como ultimo recurso assistencial, dependendo das características da rede qual será o lugar onde esse recurso se estabeleça, de forma que não necessariamente o hospital psiquiátrico é o espaço privilegiado para sua efetivação. Porém, não existem em outras províncias legislações semelhantes. O hospital psiquiátrico continua sendo na maioria delas o elo mais importante da atenção de pacientes em sofrimento psíquico, freqüentemente nomeados dentro da categoria dos “incapacitados”.

Mas é possível assinalar a forte convergência com as diretrizes internacionais nas legislações estudadas já que na maioria delas aparece a diretriz de incorporação da saúde mental como parte da estratégia de Atenção Primaria da Saúde (APS), recomendação específica da Conferencia de Caracas.

Em discussão do Projeto no Senado da Nação (Argentina, Senadores, Comision de Salud, 2009), o Dr .Isaac Levav, representante da OPS (Organização Pan-americana da Saúde) realiza uma significativa exposição onde analisa o que era ainda um Projeto de Lei, qualificando-o como o instrumento legal que Argentina precisaria para se colocar em

sintonia com os pactos internacionais nos quais participou como gestora e assinante dentro do Campo da saúde mental.

4.3. Brasil. Estado atual da legislação sobre saúde mental.

Algumas considerações sobre o marco geral do sistema de saúde brasileiro se fazem necessárias para compreender o estado atual da legislação em saúde mental.

Nos anos 50, o Brasil vive um acelerado processo de industrialização, que desloca seu eixo da área rural para ao espaço urbano, criando novas demandas na cobertura de saúde para a grande massa operaria gerada por esse processo. Cria-se em 1953 o Ministério da Saúde, e as IAPS (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que até então serviam prioritariamente para esse fim, são fortalecidas na função de atender a demanda de saúde. SACARDO (2009) indica que a partir desse momento se consolida o modelo médico-assistencial-privatista que vigorará até meados dos anos 80 no país. Suas características principais foram:

- Ampliação da cobertura previdenciária para todas as regiões do país.
- Preeminência da prática médica curativa, assistencial e privada em detrimento da saúde pública.
- Criação com intervenção do Estado de um complexo médico-industrial.
- Organização da prática médica para um modelo de lucratividade, priorizando a capitalização da medicina e a produção privada de serviços.

ALMEIDA apud SACARDO (2009) aponta que esse modelo se assenta na garantia do Estado como seu grande financiador, a través da previdência Social, do setor nacional- assistencial- privado como seu grande

prestador e do setor internacional como a seu grande produtor de insumos, tecnologia e medicamentos.

Apos um período de afrouxamento do regime político, sucedem-se varias reformas no sistema de saúde, que tiveram como resultado um forte crescimento do setor privado. Segundo MENDES (1994) o sistema medico - assistencial –privatista desde o ponto de vista estrutural se compõe de quatro subsistemas:

- Subsistema estatal: rede assistencial de instituições do Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde, que exercia a medicina simplificada para aqueles que não tinham outra cobertura.
- Subsistema subsidiado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir com os benefícios dessa instituição a setores não atingidos elas políticas de universalização excludente.
- Subsistema de atenção medica supletiva, que procurava atrair mão de obra qualificada das grandes empresas.
- Subsistema de alta tecnologia, organizado ao redor de hospitais privados de alta qualificação tecnológica assim como de hospitais públicos de excelência.

Em percurso que não analisaremos no nosso trabalho, esse esquema vai se complexando sem perder o rumo de profundo casamento entre o setor publico e sua dependência do setor privado e privatista de forte presença no país.

Em meados dos anos 80, toma grande impulso o movimento da Reforma Sanitária, que aglutina diversos setores de oposição em torno do eixo *“Saúde um direito de todos e um dever do Estado”*. O processo decola em 1986 com a VIII Conferencia Nacional de Saúde, onde se gesta o desenho institucional do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), em vigor em 1987.

Essa conferência é um marco histórico na saúde brasileira. Seus eixos: a saúde como direito da cidadania, reformulação do sistema de saúde e financiamento do setor. Seu relatório serviu como texto de referência para o capítulo constitucional de 1988 referido à saúde. A partir de 1988 se abre o extraordinário processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As considerações mais extensas em torno desse processo excedem em muito o escopo deste trabalho, mas é importante assinalar que serve de marco para a Reforma Sanitária, marco imprescindível para o caminho da Reforma Psiquiátrica.

Para começar a trilhar o caminho das legalidades, retomaremos alguns dos seus antecedentes. Existe um extenso registro de legislações sobre saúde mental no país, que remonta ao ano de 1820. Para conformar o panorama atual, nos referiremos às disposições que abrangem o período dos anos 1980 em diante.

Abriremos uma exceção para dois decretos:

Decreto No. 9802 de 17/05/1977 de São Paulo, que indica a criação da Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental, porque é o antecedente mais antigo de um ente oficial abrangente dentro do campo.

Decreto 12985 de 15/12/1978 de São Paulo, também, pelo qual se dispõe sobre a classificação da rede hospitalar geral e psiquiátrica *governamental e filantrópica*, estabelecendo normas para aplicação de recursos do Estado na referida rede. Este decreto nos parece indicar claramente a política de atendimento dentro do campo da saúde já mencionada, articulando o setor privado mediante o subsídio de leitos psiquiátricos como seu sustentáculo principal.

4.3.1. Nível federal

Um importante instrumento sancionado como **Lei 9867** do 10/11/1999 estabelece a criação de Cooperativas Sociais, visando à integração daqueles cidadãos que por diversas razões estão em desvantagem para se integrar ao mercado de trabalho. Dentro desse rol se incluem expressamente os pacientes mentais.

O Brasil sanciona uma lei Federal, **No. 10216**, aprovada em 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei, que tem sua origem no projeto apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, é um marco para o trabalho da reforma. Sua tramitação atravessa dez anos dentro do Parlamento, o que diz das dificuldades e pressões que enfrentou para ser aprovada.

Outro marco importante no nível federal é a Lei No. **10708** de 31/07/2003, que institui o auxílio - reabilitação psicossocial para pacientes mentais egressos de internações. Faz parte do Programa “De volta para casa” sustentada pelo Ministério da Saúde e constitui significativo avanço num campo extremamente restrito no que tange ao reconhecimento da dívida social com pacientes que ficam por definição fora do mercado de trabalho durante os períodos em que sua doença se manifesta e, sobretudo, carregam um estigma discriminatório para tal mercado.

4.3.1.2. Portarias do Ministério da Saúde

- Portaria **GM/MS 1077** de agosto de 1999: Referida ao fornecimento por parte do Ministério da Saúde de medicamentos psiquiátricos aos usuários do sistema de saúde mental, efetiva aporte à política de reforma psiquiátrica, na medida em que se pode deslocar o poder dos hospitais para tratamentos ambulatoriais.

- Portaria **GM/MS 106** de 11 de fevereiro de 2000: Criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Portaria **GM/MS 799** de julho de 2000: avaliação específica do atendimento em saúde mental dentro do SUS (Sistema Único de Saúde).
- Portaria **GM/MS 175** de fevereiro de 2001: Estabelece a equipe mínima para os Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Portaria **GM/MS 251** de janeiro de 2002(**PNASH**): Estabelece o sistema de avaliação de atendimento em hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, conforme a critérios numéricos-hospitais de pequeno e médio porte –e qualitativos –tipo de atenção estabelecida pela área técnica de saúde mental dentro do âmbito do Ministério. Esta portaria visa, assim, à reestruturação do sistema e progressiva redução do modelo de atendimento hospitalar.
- Portaria **GM/MS 336** de fevereiro de 2002: Amplia e acrescenta especificações para atendimento ambulatorial, definido critérios para criação de Caps. nas suas diferentes modalidades, assim como especificando operadores de financiamento próprio para os Caps.
- Portaria **GM/MS 626** de abril de 2002: Define que os recursos destinados à rede de Caps. provenham do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), sendo então recursos extra - teto, garantidos para a expansão da rede que a portaria estabelece.
- Portaria **GM/MS 816** de abril de 2002: Programa Nacional de Álcool e Drogas dentro do SUS.
- Portaria **GM/MS 2391** de dezembro de 2002: Define critérios para o acompanhamento sistemático, da parte do Ministério Público e instâncias gestoras do SUS das internações involuntárias, constituindo-se como um ponto fundamental para a regulamentação da lei 12160.

- Se bem essa listagem não é completa, toca nos pontos principais de sustentação da política de saúde mental brasileira.

4.3.2. Nível estadual

Em alguns estados é registrada escassa legislação sobre o tema. Porém pode-se encontrar legislação básica sobre a proteção, atenção e reabilitação do cidadão portador de sofrimento psíquico nos estados de:

- Amapá - Lei 1010 de 23/06/2006;
- Amazonas - Lei 3177 de 11/10/2007;
- Ceará - Lei 12151 de 29/7/1993;
- D. Federal - Lei 975 de 13/12/1995;
- Espírito Santo - Lei 5267 de 13/09/1996;
- Minas Gerais - Lei 12684 de 01/12/1997;
- Paraíba - Lei 7639 de 24/07/2004;
- Paraná - Lei 11189 de 09/11/1995;
- Pernambuco - Lei 11064 de 16/5/1994;
- Rio de Janeiro - Lei 3613 de 18/7/2001;
- Rio Grande do Sul - Lei 9716 de 07/08/1992;
- São Paulo - Lei 12060 de 26/09/2005.

Não é possível deslindar a existência de uma legislação das condições sociais, econômicas e culturais que a engendram. Entendemos que a disparidade entre os estados brasileiros se reflete também na existência de um aparelho legal mais ou menos afinado com as propostas progressistas, no referido à área que nos concerne. Podem se constatar Estados que oferecem número significativo de disposições legais, regulando programas e institucionalizando espaços de pesquisa e dispositivos

auxiliares no processo da Reforma, que não casualmente são os estados mais avançados no geral da legislação referida ao campo social.

Encontramos variada legislação em Minas Gerais, uma estrutura jurídica importante no Rio de Janeiro, que legisla sobre Pensões Públicas Comunitárias, criação da Comissão estadual da Reforma Psiquiátrica, sobre a Política Estadual de integração e inserção no mercado de trabalho de pessoas portadoras de transtornos mentais. No Rio Grande do Sul, a legislação abrange os mesmos quesitos, somando leis referidas a Programa de saúde mental para trabalhadores da Segurança Pública, para criação de Serviços Residenciais Terapêuticos. Esses Estados têm tomado posição de ponta não somente no referente à saúde mental, como em áreas afins de políticas sociais.

Entendemos que a legislação do estado de São Paulo assinala uma situação que lhe é própria, onde existem legalidades importantes, mas que não correspondem à dimensão política e econômica do estado, fundamentalmente na sua aplicação. Entendemos que essa situação paradoxal não é privativa do campo da saúde, mais isto será discutido em espaço apropriado dentro deste trabalho.

Assinalamos como um marco importante de ampliação do direito à atenção em saúde mental a portaria Interministerial 628, já mencionada, referida ao Plano de Saúde para o Sistema Penitenciário, onde entre as definições de atenção médica geral para os acolhidos a esse sistema, se arrolam disposições para tratamento em saúde mental.

As disposições legais que emanam do SUS determinam a realização de Conferências Nacionais Temáticas que implicam uma enorme mobilização dos participantes da área, prioritariamente os representantes dos conselhos dos três níveis de gestão e das diversas entidades implicadas. Para sua realização, é indispensável a realização previa das conferencias municipais e estaduais, que recolhem as questões locais e o eixos a serem discutidos para a Conferência Nacional.

Já em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se discutiu intensamente o Projeto de lei Paulo Delgado. Em dezembro de 1992, realizou-se em Brasília a II Conferência Nacional de Saúde Mental, contando com a participação de usuários, familiares, conselhos de saúde, prestadores de serviços, governos e entidades da sociedade civil. Um dos muitos pontos ressaltados naquela Conferência foi a participação dos usuários nos grupos, debates, plenárias e tribunas livres (Brasil, 1994)

Em 2001, ocorreram Conferências Municipais, bem como Conferências Estaduais de Saúde Mental, preparatórias para a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi realizada de 11 a 15 de dezembro em Brasília (MINISTERIO DA SAUDE, 2002).

No ano 2010 realizou-se a IV Conferência, após grande mobilização em Brasília dos usuários e familiares que reivindicaram sua consecução por parte do Governo Federal. Essa conferencia revestiu uma característica peculiar: foi a primeira a se reivindicar como Intersetorial, fruto de um intenso processo de reflexão em torno dos vinte anos de implantação da Reforma Psiquiátrica, que trouxe a necessidade de acentuar o caráter intrinsecamente intersetorial do processo da atenção em saúde mental.

O processo das Conferencias é extremamente importante para incluir e comprometer a participação dos setores que compõem o campo. Em cada uma delas participam cerca de 40.000 agentes de todo tipo, e delas surgem os grandes lineamentos que subsidiam a elaboração das políticas públicas dentro do campo, porém devemos evidenciar que seu caráter não é deliberativo, ou seja, que recomendam, mas não legislam.

4.4. Semelhanças e diferenças.

Achamos importantes semelhanças no processo de construção das legalidades. Em ambos os países, podemos assinalar a existência de experiências parciais que se desenvolvem a partir das disponibilidades

locais. Essas disponibilidades são de variadas ordens, mas cabe ressaltar a decisiva existência de uma vontade política que as suporta. Tanto no caso de Santos quanto no caso de Rio Negro, as lideranças políticas vigentes mostraram sensibilidade particular para os temas da saúde em geral e a saúde mental, apoiando a inclusão desses programas de reforma de atenção na agenda de governo.

Nas experiências que consideramos no nosso estudo de caso, tanto na cidade de Santos, como na Província de Rio Negro se desenvolveram verdadeiros laboratórios de criação de dispositivos e idéias, decorrentes da aplicação e ajustes de critérios concebidos em outras realidades para as realidades locais. Elas contribuíram para consolidar a legitimação do paradigma, condição necessária para a posterior cristalização em normas jurídicas.

Podemos constatar que a *singularização* da experiência é critério norteador das recomendações internacionais e também nas experiências locais. Nesse sentido, tomar a realidade local como parâmetro e guia das ações significa uma ruptura com a lógica massificadora do manicômio, que se rege num espaço afastado dessas realidades, exatamente porque sua lógica é marcada pela segregação.

Percorrendo as legislações da época é possível perceber que elas se inspiram e se regem pelos critérios expressados nas legislações emitidas pelos organismos internacionais e que muitas vezes antecipam-se a eles. Entendemos que o ponto de vista dos direitos humanos rege a maioria destas legislações, embasamento indispensável para considerar um ponto ideológico comum, uma construção que implica o surgimento de um paradigma inclusivo daqueles sujeitos que não se encaixam na definição até ali sustentada do sujeito de direitos.

Em relação às diferenças existentes, uma das mais importantes entre as situações legislativas dos dois países, está dada pela articulação da legislação brasileira, que efetivamente constrói um corpo normativo geral, e

a fragmentação do corpo legislativo argentino, que continua em dívida com uma perspectiva legal nacional que unifique as diversas legislações num padrão único de referencia. Não parece possível no caso brasileiro, desconhecer o papel do Sistema Único de Saúde e seus dispositivos legais na construção dessa homogeneização. O dispositivo anteriormente citado das Conferencias Nacionais é decisivo para tal, e dentro da política de saúde argentina não temos conhecimento de nada semelhante. Existem, sim, iniciativas importantes, como a criação da Mesa Federal de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos, com objetivo de articular ações e debates sobre as temáticas do campo da saúde mental, sendo um dispositivo intersetorial que desde o ano 2004 integra diversos atores sociais. Na Mesa Federal participam profissionais, técnicos, cidadãos e usuários, em representação de seus respectivos setores sociais e políticos, sendo assessorada por expertos que desenvolvem a questão das transformações institucionais e as políticas públicas de saúde mental desde a perspectiva dos direitos humanos. Participam também a Secretaria de Direitos Humanos da Nação-representada pela Direção de Direitos de Grupos Vulneráveis, o Ministério da Saúde da Nação, a OPS/OMS. Organismos de Direitos humanos e Saúde Mental das províncias, alguns diretores de grandes hospitais psiquiátricos e colônias psiquiátricas, ONGs especializadas e entidades de familiares e usuários.

Existe um movimento de replicação desse dispositivo em varias províncias argentino, o qual serve de sustentáculo para uma quantidade considerável de ações públicas, como pronunciamentos, declarações, jornadas científicas, reformulações de programas, currículos, assessorias para a criação de leis específicas e contatos internacionais.

Temos acompanhado na província de Córdoba o movimento gerado a través de participantes da Mesa na promoção e debate do projeto de lei antimanicomial que foi sancionada no ano 2010 como Lei Provincial de Saúde Mental. A lei já existente (Lei 8028) legisla somente em relação a

internações e saídas das instituições psiquiátricas, sendo, portanto, demasiadamente estreita para um projeto de reforma de atenção.

Porém, mesmo atendendo a essas diferenças, a compreensão que surge do estudo realizado é a de que o espaço de legislação de ambos os países é correspondente com as recomendações internacionais. A questão que consideraremos no próximo capítulo é se esta correspondência também se efetiva nas políticas e práticas cotidianas.

5. O ESTADO DAS PRATICAS

Vamos abordar neste momento do trabalho o traçado das práticas de saúde mental existentes em ambos os países.

Não pretendemos um levantamento totalizador, mas elaborar certa cartografia que nos informe sobre a estrutura atual dos sistemas, seus pontos de convergência e dessemelhança, assim como o grau de proximidade da política de saúde mental de cada país com as diretivas internacionais, mais precisamente, a Declaração de Caracas (OPS/OMS, 1990), da qual os países de America Latina são signatários plenos, e que se destina prioritariamente a essa região.

Nos momentos iniciais, tentaremos estabelecer os marcos de referência sócio econômicos e políticos dos sistemas, tratando de analisar comparativamente os jogos de forças sociais que operaram na sua construção, tanto na Argentina quanto no Brasil.

Em seguida, descreveremos os sistemas de saúde mental de cada país, apresentando um panorama abrangente dos recursos materiais e humanos que os conformam, dos projetos e as tendências institucionais que neles convivem, dos conflitos e desafios que enfrentam para a realização de seus objetivos.

Após a apresentação desses sistemas se realizará uma avaliação comparativa. Para tal, elaboramos algumas perguntas extraídas das diretrizes enunciadas no texto da Declaração, de forma a que servissem como referentes para essa comparação:

- Existe no sistema uma articulação orgânica entre atenção primaria e atenção em saúde mental? Se essa articulação existe, em que forma se realiza?
- Que tipo de referência é hoje o hospital psiquiátrico dentro do sistema?

- Os direitos dos pacientes estão contemplados na estrutura de atenção? Existem movimentos sociais organizados tendentes a apoiar esses direitos?
- A integração do paciente ao seu meio comunitário é um eixo prioritário da atenção?
- As legislações promulgadas seguem as recomendações indicadas?
- Existe a política de internação em hospitais gerais? Há instituições aptas para efetivar essa internação?
- Está contemplada nos sistemas uma política de formação de recursos humanos para os serviços comunitários, ou substitutivos do hospital psiquiátrico?

Para maior clareza, fazemos constar parte do texto original da Declaração de Caracas, a partir do qual as questões foram elaboradas:

(...) DECLARAN

Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben: salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados, propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;

Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;

Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente

a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.” (OPAS/1990)

5.1.Considerações sobre o marco de referencia.

5.1.1. O contexto macropolítico

Nos últimos 30 anos, tanto a Argentina quanto o Brasil viram-se na obrigação de se inserir na conjuntura mundial de acordo com as tendências neoliberais predominantes. Esses rearranjos implicaram uma desmontagem das estruturas que asseguravam as políticas sociais de cada país, reduzindo significativamente os recursos destinados ao chamado Estado de Bem-Estar Social. Achamos imprescindível considerar mais detidamente os problemas que os governos da época enfrentaram e deverão enfrentar num contexto econômico e político que, embora bastante diverso, está marcado pela localização comum dos dois países no capitalismo periférico.

Seguindo FAUSTO e DEVOTO (2006) nas considerações acerca da mudança no modelo econômico em vigência na America Latina, podem se considerar algumas periodizações, desde meados dos anos sessenta até inícios do século XXI.

O primeiro período é um prolongamento, adaptado, do modelo de substituição de importações que começou a ser implantado nos anos 1930. Da perspectiva do financiamento externo, essa época coincide com uma mudança na origem dos recursos, nos anos 70, que se localiza na disponibilidade de capitais privado- especialmente os “petrodólares”- oriundos dos ganhos dos países exportadores de petróleo. Os países de América Latina podem, pela primeira vez, dispor de créditos privados abundantes, já que até a época o crédito público era muito difícil de obter.

Isso constitui um dos fatores de expansão econômica, mas também de novas vulnerabilidades, por exemplo, um aumento da dívida externa.

Nos países do chamado Primeiro Mundo, os ideais econômicos do keynesianismo, baseados no pleno emprego e o Bem-Estar Social começam a ser questionados como insuficientes para dar conta dos problemas da produção, emprego e preços. Assim, começam a se impor as idéias monetaristas e de livre mercado. Ao mesmo tempo, o abandono do sistema de Breton Woods, que definia o dólar como padrão de moeda, assim como a crise do petróleo em 1973, resultou num desarranjo importante na economia mundial.

Na América Latina, esse segundo período está marcado pela recessão global dos anos 1980. Caracteriza-se pela crise fiscal do Estado e pela influência da ideologia liberal na região, em grau variável em cada país, o que leva à mudança no modelo econômico.

Além do trabalho de Fausto e Devoto, encontramos uma análise detalhada desse processo no trabalho de BOSCHETTI *et al.* (2010). Pode-se afirmar, de modo muito resumido que eles apontam o surgimento de uma nova fase de acumulação capitalista dirigida pela esfera financeira, que reduz o papel do setor produtivo na composição dos lucros e o desloca para a esfera financeira, agindo de forma especulativa. Na análise macroeconômica financeira de AGLIETTA, citada por BOSCHETTI, evidencia-se a partir de 1980 uma forte expansão financeira paralela à desaceleração do crescimento econômico nos países centrais. Nesse cenário há uma busca irrestrita de mobilidade global por parte do capital para a qual é imperativo que existam flexibilização e políticas liberalizantes no mundo do trabalho.

5.1.2. O papel do Estado na mudança de modelo econômico. Semelhanças e diferenças

Não cabe no escopo deste trabalho uma descrição acurada dos processos econômicos. Trata-se aqui de entender a posição do Estado no contexto dessa mudança de modelo econômico, que sinalizará o lugar das políticas sociais nessa nova configuração. Nossa análise se concentra na política de saúde em geral e do campo que nos ocupa, em particular.

Para isso, foram inicialmente comparadas duas presidências inseridas num quadro internacional idêntico, do ponto de vista das relações materiais e ideológicas: os mandatos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) e Carlos Menem (1989-99). Ambos assumem o poder num contexto global dominado pela convicção de que o caminho para o crescimento econômico, sobretudo nos países emergentes, passava pela estabilidade da moeda, a abertura ao comércio internacional, a busca do equilíbrio fiscal e a mudança de funções do Estado. Entendia-se que a intervenção estatal na área econômica e, em alguns casos, o assistencialismo na área social haviam levado a uma crise enorme. As instituições internacionais de crédito - FMI e BM – exigiam para cada país demandante o cumprimento daqueles princípios.

Tanto Cardoso quanto Menem enfrentam uma reformulação de antigos pontos de vista para adotar os princípios liberais na esfera econômica. Menem, político profissional de longa data, tinha crescido dentro do peronismo, como figura secundária, até sua chegada à presidência. Já no poder, adere fortemente à política neoliberal, argumentando que *“em fase dos novos tempos, Perón teria feito as mesmas escolhas que ele se via obrigado a fazer”* criticando *“aqueles que ainda permaneciam em 1945”* (em referência aos peronistas históricos, que permaneciam fieis às palavras de ordem do *justicialismo*, doutrina populista que sustentou o governo de Perón e que ampliou significativamente as políticas sociais).

Diferentemente de Menem, Fernando Henrique Cardoso fez sua passagem da academia à política com uma experiência menor, mas não isenta de sucesso. Sua revisão ideológica, segundo Fausto e Devoto, foi mais profunda e cautelosa que a do presidente argentino, mas eles guardavam uma característica comum: a percepção do novo momento econômico mundial, cuja resposta não passava pelas formulas populistas (às quais FHC nunca tinha aderido) nem decerto pelo Estado de Bem Estar social ou fórmulas protecionistas do nacionalismo, no caso argentino.

Aqui as diferenças entre os dois governos se aprofundam. Rigorosamente, Fausto e Devoto aplicam o rótulo de neoliberal somente ao governo de Menem, que segue a risca o receituário dos organismos financeiros internacionais, assim como se alinha decididamente na política exterior norte- americana, abandonando a antiga política do não alinhamento característica do peronismo que o governo radical de Alfonsín tinha continuado.

Cardoso, mantém a linha histórica de situação ao lado da potencia hegemônica mundial, mas sem traduzi-la num alinhamento automático. Sustenta certa autonomia em posicionamentos internacionais, como no caso de China e Cuba, assim como na elaboração do Plano Real, que contraria as diretrizes mundiais, ao se colocar contra a dolarização da economia, prescrita pelos economistas dos órgãos centrais. Além disso, na implantação de itens essenciais para a reforma do Estado e da economia o governo de Cardoso viu-se na obrigação, pelas disposições da Constituição de 1988, de obter reformas constitucionais, tarefa nada simples, que implicava extensas negociações com as Câmaras Legislativas.

Essa implementação, na Argentina, não estava sujeita a restrições constitucionais. Ela foi levada a cabo através de duas leis, rapidamente aprovadas quase na chegada de Menem ao poder: a Lei de Emergência Econômica e a Lei de Reforma do Estado. A grave conjuntura que atravessava o país, com um momento de hiperinflação e a saída antecipada do governo de Alfonsín, justificou o amplo apoio do Legislativo a essas

medidas, que embarcaram o país numa onda privatizante de amplo espectro, dirigida pelo Executivo, com amplos poderes para isso.

Em grandes traços é possível dizer que, tanto no sentido das privatizações -fundamentalmente das empresas públicas- quanto no de sua política externa, o Brasil manteve uma margem maior de autonomia que a Argentina.

De certo, houve vários fatores diferenciais entre os dois países para plasmar essa diversidade. Um deles, talvez dos mais importantes, é a maior consistência do tecido institucional brasileiro, gestado numa longa negociação entre os diferentes setores que detinham o poder de contrato na sociedade (geralmente aqueles atrelados ao espaço político) e os sucessivos governos militares. A transição para a democracia foi *“lenta, gradual e segura”* segundo palavras de um dos seus principais gestores, o General Ernesto Geisel, na presidência do país desde 1974. Embora não se possa falar de segurança numa iniciativa assombrada freqüentemente pelos setores “linha dura” do Exército e pelas próprias características autoritárias do governo, o processo de abertura seguiu um curso que garantiu um entendimento básico entre as forças políticas, com poucas exceções. Sujeita a muitas críticas, essa transição protegeu um arcabouço institucional restrito, que serviu de marco para o pacto da Constituição de 1988.

Diferentemente, a Argentina, entrava em 1974 nos inícios da repressão, protagonizada naquele momento pelos grupos para-militares atrelados aos setores da direita peronista. A tristemente célebre Aliança Anticomunista Argentina (AAA), sob os auspícios do Ministério de Bem-estar Social, começa a eliminação de adversários políticos dentro do próprio movimento, inaugurando um período de ruptura com as garantias institucionais. No mês de março de 1976, um governo de fato se instala no país, após um golpe de Estado. A Junta de comandantes militares, presidida pelo General Videla, inicia o chamado Processo de Reorganização Nacional, que inclui a eliminação sistemática da oposição ao regime assim como do controle de qualquer política progressista que fosse vista como fator de

“desagregação ideológica de esquerda”. Caem por terra inúmeras construções na área de políticas sociais, as universidades sofrem intervenção, etc.

De modo muito diverso da posição das forças armadas brasileiras, que de alguma maneira protegem seus quadros, mantendo um aparelho repressivo à margem da instituição militar, o plano repressivo na Argentina foi, como assinala ROMERO (2002) um plano de eliminação sistemática de setores da oposição e da guerrilha, no qual estiveram implicados diretamente os oficiais superiores das três armas. A intenção era a de dar o exemplo para os subordinados de uma ação institucional que requeria compromisso coletivo. Seguiu-se um período marcado pelo desaparecimento e assassinato de mais de trinta mil pessoas, suspensão das garantias individuais e democráticas, fechamento das instituições que de alguma maneira poderiam opor resistência ao regime. Nos anos 80, os sinais de insatisfação com um governo que impunha a passividade social começam a brotar em diversos setores. Inclusive na área econômica, o privilégio do setor financeiro e das grandes empresas provoca descontentamento nos setores médios e industriais, que apoiavam o regime no começo do processo. Aos poucos, sindicatos e partidos políticos tentam articular posições de oposição, e o agravamento da crise instalada leva a um setor militar, representado pelo presidente em exercício, Gral. Galtieri, à aventura da guerra das ilhas Malvinas.

A patética derrota nessa guerra em junho de 1982 foi fator decisivo na queda do regime militar. Junto com as revelações na esfera pública das extensivas violações aos direitos humanos cometidas, as forças armadas argentinas vêem-se desmoralizadas. Ao contrário do acontecido no Brasil (assim como no Chile e no Uruguai), os militares não conseguiram negociar sua desordenada saída, fato que marca profundamente a vida institucional e a transição para um regime democrático.

A hipótese que orienta estas considerações macrossociais é que o Brasil consegue, mesmo que de forma restrita, sustentar uma continuidade

institucional que alicerça e nela se alicerça- a Constituição de 1988, a chamada *Constituição Cidadã*, patamar para alguns movimentos de renovação das práticas sociais. Dentre eles, a Reforma Sanitária, que se plasma nas páginas constitucionais através da criação do Sistema Único de Saúde como forma de organização da complexa trama de instituições que compõem o campo da saúde público e privado no país. Com avanços e retrocessos, o SUS sustenta até hoje uma possibilidade de atenção universal única na América Latina, e serve de marco a outra reforma: a Reforma Psiquiátrica, da qual nos ocuparemos na análise relativa ao sistema brasileiro de saúde mental pública.

A sociedade argentina ingressa na vida democrática em condições bem diferentes. Logo após a desastrosa saída militar, as instituições, reprimidas e aterrorizadas, iniciam um longo e difícil processo de reconstituição, marcado por duríssimas perdas, por um laço social desgarrado e por crises econômicas e políticas em sucessão. Essa trama institucional enfraquecida favorece a proposta do governo de Menem de alinhar o país à política neoliberal sem maiores entraves, apoiado por forças que viam nesse alinhamento uma possibilidade de encaminhar o país dentro do contexto internacional.

Como assinalado por GRASSI *et al.* apud FIDALGO (2008), o paradigma neoliberal questiona os princípios do Estado Social, denunciando o déficit, a ineficiência e os problemas de governabilidade – que geralmente também se agravavam pela via desses questionamentos.

Impõe-se, assim, uma “privatização seletiva” em que o Estado abandona áreas e serviços que poderiam ser rentáveis para o capital privado. Na área da saúde se estimulou a liberdade de escolha dos usuários de serviços, ao mesmo tempo em que se favoreceu a competição entre provedores e seguradores, forem eles públicos ou privados.

Somam-se a isso as transformações do trabalho- precarização e deterioração das condições de emprego, com contingentes de trabalhadores

desempregados e subempregados. Devem-se entender essas questões, como se verá a seguir, como elementos que o sistema de saúde argentino precisou enfrentar, assim como se deve entender o posicionamento dos atores privados dentro do sistema, posição que se redefine conjuntamente com a própria política estatal.

5.2. O sistema de saúde na Argentina

O sistema de saúde argentino se constrói com três grandes subsistemas, que guardam entre si uma estreita relação: o público, o de Obras Sociais e o privado. O setor de Obras Sociais vem das antigas mutualidades - muitas no início organizadas por comunidades de imigrantes e sua existência, que data de começos do século XX, foi posteriormente patrocinada pelos fortes sindicatos trabalhistas e regulada pelo governo. Em 1944, seguindo a onda de industrialização e forte aumento do proletariado industrial o governo transforma as mutualidades em Obras Sociais **(OS)** com autonomia jurídica e financeira. Nos anos 70, Argentina tinha a maior cobertura em saúde do continente através do sistema de obras sociais, já que essa cobertura alcançava os dependentes dos trabalhadores. Apesar de carências muito evidentes, é uma realidade que as Obras Sociais deram consistência ao sistema de saúde argentino.

Em 1974, começa a integração entre OS e o sistema público para compor o Sistema Integrado de Saúde – algo semelhante ao Sistema Único de Saúde brasileiro - mas essa tentativa é abortada pelo advento do regime militar. Mais adiante serão levadas em conta outras considerações sobre esse subsistema que advêm das mudanças estruturais em curso na sociedade argentina.

O sistema de saúde argentino não somente é complexo- como é próprio de um sistema de saúde - mas também fragmentário e descentralizado. Como se pode constatar no capítulo destinado à consideração das leis existentes, cada província tem seu próprio ministério

de saúde, que controla a maior parte das decisões políticas na área. A entrevista com Dr. Abel Langer ilustra mais amplamente os efeitos dessa descentralização:

A Argentina tem um sistema **demasiadamente federativo** em relação às políticas públicas. Cada província, no caso da saúde, pode dispor livremente em relação ao sistema hospitalar. Também pode ser feito isso em nível municipal, nacional, e igualmente o subsistema privado.

Assim, as leis nacionais não são de cumprimento obrigatório, salvo nos territórios nacionais, que são Tierra Del Fuego e Buenos Aires, até que se declara Cidade Autônoma, quando passa a ter um regime próprio. As leis provinciais não repetem a lei nacional. Cada província faz o seu, de forma separada. Essa é uma forma de entender o federalismo que guarda os traços do domínio feudal, até hoje vigentes na maneira de governo. Por exemplo, na reforma institucional de 1994, os governadores exigiram a propriedade do subsolo para a província de forma que os recursos naturais (gás, minerais, etc.) não fossem parte do acervo da nação. Existe uma luta muito forte entre o poder provincial e o poder nacional, que resulta numa diluição das funções e do poder do Estado. Não se dá importância às leis nacionais. O poder provincial é, de fato, muito mais fácil de pressionar e diluir frente aos interesses privados. Existe uma ordem por parte do judiciário para colocar em ordem os grandes hospitais psiquiátricos (os hospitais monovalentes) e o governo da cidade não a cumpre, sem mais¹¹

É possível pensar, de acordo com essa caracterização, que a relação entre os três subsistemas adquire formas relativamente próprias segundo a política que cada província implementa fruto das relações de poder existentes dentro do campo.

¹¹ Entrevista com Dr. Abel Langer/12/07/2010. Buenos Aires.

No decênio de 1997 a 2007 podem-se observar grandes mudanças na demanda de serviços, de saúde, que refletem o momento político do país. Citando o próprio Plano de Saúde Mental da cidade de Buenos Aires:

Os perfis socioeconômicos básicos têm mudado substancialmente no último decênio para a região estatística da Grande Buenos Aires, que inclui a Cidade de Buenos Aires e os 24 partidos da periferia. A proporção de pessoas abaixo da linha de indigência (pessoas cuja cesta de alimentos não satisfaz as necessidades energéticas e protéicas mínimas) se calculava em 3,0% para outubro de 1991 (cerca de 466.811 pessoas); as pessoas colocadas abaixo da linha de pobreza (cujos ganhos não chegam a satisfazer um conjunto de necessidades alimentares e não alimentares consideradas essenciais) se calculava em 21,5% (unas 3.345.481 pessoas); enquanto a taxa de desocupação era de 5,3. Em outubro 2001, calcula-se que 12,2% dos habitantes da região se acham por baixo da linha de indigência (aproximadamente 2.023.668 pessoas); 35,4% por baixo da línea de pobreza (5.871.956 pessoas) e a taxa de desocupados é de 19,0. Isso significa que antes de estourar o último choque da situação crítica de nossa economia, contávamos com aproximadamente mais 2.526.475 pessoas na linha de pobreza, tomando como referência os valores de outubro 1991¹²

A situação que esses dados indicam certamente produz um impacto direto sobre o atendimento de saúde já que grande parte dos assistidos se volta para o subsistema público em busca de atenção. Em 1997, em nível nacional, dos três subsistemas de proteção da saúde quem concentrava a maior população era o das Obras Sociais, que cobria metade da população; o subsistema estadual recebia cerca de 40% e o privado cerca de 8%, e os 6% restantes contava com proteção mista.

Essa distribuição sofria variações quando analisada em relação à distribuição da renda *per capita*, ali se constata que 63% da população sem

¹² Cidade de Buenos Aires. Plano de Saúde Mental .2003/2006

renda ou no último degrau da distribuição de renda recorre exclusivamente às instituições públicas, enquanto 30% utiliza as obras sociais e 4% os serviços privados. Somando isso aos dados atuais de pobreza, indigência e desocupação e as perdas da cobertura dos novos desocupados, os trabalhadores assalariados sem relação de dependência e as pessoas que já não se acham protegidas pelo sistema de obras sociais (familiares que atingem a maioria de idade ou cujo titular de referência perdeu sua condição), indica que a maior parte dessas 2.526.475 pessoas anexadas nos últimos tempos (decênio 1997-2007) à categoria de “pobres” na região estatística da Grande Buenos Aires provavelmente procuram atendimento no sistema de saúde da Cidade de Buenos Aires.

Dentro desse numeroso grupo, sobressai a faixa de idade de 0 a 24 anos. Em 1997 estimava-se que, no país, metade dos menores de 4 anos era exclusivamente atendida em instituições estatais, assim como 42% das crianças, adolescentes e adultas jovens entre 5 e 24 anos. As Obras Sociais abrangiam como membros de família, 40% dos menores de 4 anos, 47% do grupo de 5 a 14 anos e 37% do grupo de 15 a 24 anos. Como resultado dos níveis de desocupação e trabalhos sem relação de dependência alcançados nos últimos tempos, existe forte aumento na quantidade de crianças, adolescentes e adultos jovens que contam somente com a saúde pública para sua proteção sanitária.

O panorama esboçado, confirmado por várias publicações e entrevistados (LANGER, 2010, BARRACO, 2009) não sofre melhor destino no interior do país.

5.2.1. Estado atual do sistema de saúde mental. Primeiras aproximações.

Referente ao nosso objeto específico, o sistema de saúde mental, O Dr. Ivan Ase, em sua entrevista¹³ onde trata da situação da província de

¹³ Entrevista Dr. Ivan Ase. Córdoba, Julho de 2009.

Córdoba, relata três períodos na história recente da Argentina. Segundo a sua caracterização, que foi confirmada por outros entrevistados— existem três períodos diferenciados na gestão de saúde mental em Argentina, que acompanham a gestão da saúde em geral e mais amplamente, a das políticas públicas.

No panorama geral do interior do país, Córdoba destacou-se historicamente como uma das províncias mais avançadas em relação à produção cultural e social. Sedia uma das mais antigas universidades públicas— a Universidade Nacional de Córdoba. Sua capital disputa com Rosário, capital da província de Santa Fé, o segundo lugar como núcleo urbano depois da cidade de Buenos Aires. O estado das políticas públicas em Córdoba é, portanto, um analisador significativo do estado das políticas públicas de forma geral.

Relativo aos períodos mencionados pelo Dr. Ase, o primeiro deles se localiza na retomada democrática de 1984— quando ocorre um auge na política antimanicomial. As idéias de Basaglia foram importantes guias para a despsiquiatrização das práticas de cuidado. À época, a Direção Nacional de Saúde Mental foi ocupada pelo Dr. Vicente Galli, gestor e participante da experiência exemplar do Hospital Lanús (MARAZINA, 2003). Houve importantes aberturas de recursos e programas. A Direção de SM da província esteve a cargo do Dr. Diego Rapella, psicanalista de reconhecida trajetória progressista. Chegou-se a destinar para a área entre 10 e 12% do orçamento de saúde. Foi nessa época que se criou a Residência em Saúde Mental, destinada à formação de trabalhadores: médicos, psicólogos, trabalhadores sociais e outros profissionais que atenderiam na rede de saúde mental.

O segundo período se localiza na década dos 90 com a desmontagem do Estado enquanto sustentador da política de bem-estar social. O Estado muda de figura: passa a se ocupar dos pobres, no lugar de se ocupar do conjunto da população.

A saúde mental passa a receber em torno de 4% a 5% do orçamento da saúde e a incipiente rede de saúde mental desaparece, porque se realiza uma transferência da atenção primária aos municípios da província, com recursos bastante limitados. A palavra de ordem é: “*Se não podem se encarregar financeiramente desses serviços, eles se fecham*”.

De fato, os municípios realizam cortes de serviços e um dos primeiros a sofrer recortes é saúde mental. Quase todo o sistema é fechado. No plano da saúde mental pública a Província de Córdoba fica com três hospitais: o Hospital Psiquiátrico de Oliva, que atende cerca de 1000 pacientes, o Hospital Santa Maria de Punilla, com 250 internados e o Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, com 70 a 80 internos, quase todos agudos. Além desses hospitais, sustenta o Instituto de Prevenção de Alcoolismo, a Casa do Jovem-que trabalha com jovens dependentes químicos- e o Centro de Reabilitação Sócio-Laboral. Essas instituições estão localizadas no mesmo espaço do Hospital Neuropsiquiátrico.

A partir de 2008 parece abrir-se um terceiro período para o país em geral e, por conseguinte, para Córdoba. A Direção de Saúde Mental da Província recoloca o discurso antimanicomial, propõe-se o “Ano da Saúde Mental em Córdoba” embora os trabalhadores de saúde mental vejam isso com ceticismo. Mais ainda, onde se propõe desmanicomialização eles lêem “demissões” e desconfiam, com base na história passada, da possibilidade de realização de um projeto possível. Isso se agrava porque existe enorme deficiência em recursos humanos. Desde os anos 90 não se chama a concursos públicos.

No caso de Córdoba, o ano de 2008 trouxe dois acontecimentos que denunciaram a grave situação existente, na saúde mental, o que mobilizou a opinião pública. O primeiro foi o informe da CELS (Centro de Estudios Sociales e Legais): *Vidas Arrasadas. La segregación en los asilos psiquiátricos argentinos*. Embora o informe não aborde especificamente o caso de Córdoba, realiza uma pesquisa importante em diferentes províncias onde se revela a precariedade e o deterioro do sistema e o desastre que

isso implica sob a óptica dos Direitos Humanos. A mobilização tem surtido alguns efeitos, fazendo com que as autoridades comecem a implementar algumas medidas.

Também em relação à realidade local de Córdoba, outro fato mobilizou alguns acordos. O Hospital Neuropsiquiátrico recebe pacientes do sistema judiciário, presos que sofrem transtornos psíquicos. Esses presos são acolhidos nas dependências de tratamento, custodiados por um policial, postado ao lado do leito do detento, que está, por sua vez, algemado. Aconteceram fatos muito graves, com a chamada “custódia”, impondo-se uma lógica prisional no local e cometendo-se abusos de todo tipo impedindo o tratamento dos pacientes. A situação faz crise em 2009, impulsionando acordos entre o Ministério de Justiça e o da Saúde para a criação de um Centro Psico-assistencial específico para esses pacientes.

No período atual, os 30 anos de recesso no campo vêm-se agravados pelo projeto de repsiquiatrização em andamento. Não é possível negar o enorme benefício dos avanços na área farmacológica dos últimos dez anos. Mas também é inegável que esses avanços estão sendo utilizado para repsiquiatrizar o campo da saúde mental. Nesse sentido, a antiga residência em Saúde Mental fechou suas portas a profissionais não médicos e não existe espaço público para sua formação. O argumento esgrimido é que existe uma priorização de atividades críticas dentro da saúde, onde a saúde mental não está incluída.

A consideração da entrevista do Dr. Ase quase em sua totalidade se deve a que sua análise abrange muitos dos fatores comuns do panorama do campo da saúde mental argentina atual, que encontram também similaridades no campo brasileiro. Ressalta-se entre eles, o forte movimento de medicalização tendente a hegemonizar as práticas existentes no campo.

O avanço da proposta de medicalização como forma de tratamento quase única dentro da área da saúde mental não é exclusiva da Argentina. Faz parte de um movimento internacional, que entendemos também se

apresentar com força no Brasil cujo resultado é uma nova hierarquização do discurso médico-psiquiátrico como forma “eficaz” de resposta à demanda de tratamento. Esse movimento caracteriza o sistema de saúde mental atual como um sistema ineficaz, insuficiente para dar conta das *verdadeiras necessidades* da população e preconiza soluções ambulatoriais baseadas na medicalização e internações mais brandas, procedimentos que estariam sob responsabilidade *princeps* da classe médica (Vainer, 2006)

El pasaje de la Psiquiatría a la Salud Mental parece haber invertido su sentido. Estamos casi a medio siglo de 1957, año en que se conjugaron en nuestro país tres hechos que marcaron dicho cambio: las creaciones del Instituto Nacional de Salud Mental y de las carreras de Psicología, Sociología, Antropología y Ciencias de la Educación en la Universidad de Buenos Aires y el comienzo del más importante Servicio de Psicopatología en un Hospital General, el Lanús.

Esto inauguró el campo de la Salud Mental que desplazó del centro a la psiquiatría y a los manicomios poniendo el nuevo eje en un conjunto de disciplinas para poder dar cuenta de la complejidad del padecimiento mental y multiplicando los dispositivos de atención dentro y fuera de los manicomios hasta la propia comunidad. Pero, a pesar de que ya va más de medio siglo de la constitución del campo de la Salud Mental en el mundo, hay constantes presiones y operaciones de parte de algunos psiquiatras de volver a intentar monopolizar un campo de la Salud Mental, que desde su constitución es interdisciplinario)¹⁴

No seu texto, Vainer não somente aborda a questão proposta, mas refere-se a um período anterior, que é específico da história da saúde mental na Argentina, onde se produzem experiências pioneiras no campo. Uma delas, a mais significativa é a do hospital Lanús, onde se constitui um serviço de psicopatologia dentro de um hospital geral, no ano 1956 sob a direção do Dr. Mauricio Goldenberg, com um modelo interdisciplinar, que é repetido em várias experiências contemporâneas ao mesmo. (MARAZINA, 2003). O Dr. Vicente Galli, que ocupou em 1984 a Direção Nacional de Saúde Mental, fazia parte desse serviço.

Prosseguindo a caracterização atual, faz-se referência ao estudo mencionado pelo Dr. Ase em sua entrevista, estudo realizado pelo CELS

¹⁴ Vainer, A. Artigo Revista Topia, junho de 2006.

(Centro de Estudos Legais e Sociais): *“Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos”* (CELS, 2008).

O CELS é uma organização não governamental fundada em 1979 dedicada à promoção e proteção dos direitos humanos e ao fortalecimento do sistema democrático e do Estado de Direito na Argentina. Junto com a MDRI (Mental Disability Rights International) realizou uma pesquisa que produziu o documento mencionado.

Vale a pena se deter nas considerações do informe preliminar:

“Mais de 80% das pessoas internadas em instituições psiquiátricas são fechadas por mais de um ano, e muitas o são pela vida toda. Dois terços dos leitos psiquiátricos pertencem ao sistema público. Embora em muitos lugares do mundo tivessem se fechado os grandes asilos psiquiátricos, 75% das pessoas no sistema de saúde mental público se acham detidas em instalações de 1000 leitos ou mais” (p.10)

A Argentina é um dos países com mais psiquiatras e psicólogos per capita do mundo. Amplos setores da população urbana argentina financiam individualmente a sua psicoterapia por longos períodos de tempo. No entanto, essa riqueza de recursos não se traduz em políticas gerais condizentes. As pessoas com distúrbios mentais que carecem dos fundos para pagar esses serviços, vem-se forçadas a receber atenção num sistema público de saúde mental que, freqüentemente, é inadequado, as segrega da sociedade e violenta seus direitos humanos fundamentais (p.12)

Levando em conta as entrevistas a funcionários e profissionais, assim como análise das políticas de saúde mental efetivamente implementadas, as organizações que assinam podem concluir que ainda não existe uma política geral que conduza à integração comunitária das pessoas com distúrbios mentais. Como exemplo, na cidade de Buenos Aires, as três maiores instituições psiquiátricas absorvem 80% do orçamento destinado à saúde mental (p.13).

Na Argentina os serviços alternativos praticamente não existem (embora nesse informe se apresentem algumas exceções a esta observação geral, desenvolvidas nas províncias de Rio Negro, São Luis e Buenos Aires) (p.13) A Organização Mundial da Saúde recomenda que se reserve 10% do orçamento da saúde para a saúde mental. No entanto, várias províncias argentinas reservam somente uma pequena fração dessa quantidade Na província de Buenos Aires, segundo dados de 2005 somente 2% do orçamento pertencia a saúde mental. Em 2007, esse orçamento aumentou para 4,2%. (p.37).

Este panorama corrobora-se na análise que fundamenta o Plano de Saúde Mental 2004-2006 da cidade de Buenos Aires, que, como já foi apontando concentra o maior contingente populacional e também o maior número de recursos nas políticas públicas de todo tipo. Assim, um diagnóstico de situação da cidade de Buenos Aires reflete um patamar consideravelmente melhor do que o resto do país.

Mesmo que a saúde mental tenha conseguido cada vez mais espaço nos últimos anos (inclusive tem a sanção da Lei 448/00), continua sendo relativo o seu reconhecimento a partir da organização médica clássica, o que se expressa em questões como espaço e lugar, com horas profissionais sempre em discussão, com a tendência a priorizar outras especialidades e escassa consideração dentro do organograma hospitalar e do sistema de saúde.(...)

Observa-se uma **marcada tendência burocrática na estrutura organizativa e administrativa das instituições com forte resistência à mudança**, e que paralisam qualquer intenção transformadora.

Associa-se a isso o déficit de pessoal administrativo (as vagas por aposentadorias, demissões, ou falecimentos não são cobertas), e parte do pessoal existente tem escassa formação para a tarefa, gerando-se diminuição da eficácia da função de "**sustentação e contenção**", que a instituição deve oferecer. Com escassos insumos, com exceção dos hospitais especializados, e sem aparelhos, essa área não é usualmente considerada em políticas sanitárias, mais ainda assim, tenta-se contemplar a questão de recursos humanos da mesma maneira que nas outras especialidades médicas, sem considerar que esse é o elemento chave do funcionamento do Sistema de Saúde Mental. Por outro lado, as instituições de saúde mental produzem diversas formas de exclusão de pacientes (listas de espera, alguma forma indireta de seleção de pacientes, etc.) CELS. *Supra*.

Os profissionais e técnicos, capacitados por um sistema de intervenção que não considera a problemática social, distorcem a atenção com uma ação limitada e ao mesmo tempo sobrevalorizada, descartando acriticamente outras alternativas de intervenção clínica¹⁵. (Tradução da autora)

De forma resumida, pode-se dizer que o diagnóstico que o Plano de Saúde Mental faz da situação do sistema público assinala uma inadequação, insuficiente na relação oferta/ demanda, apontando alguns aspectos críticos. São eles:

- difícil acessibilidade por inadequada organização dos serviços.

¹⁵ Plano de Saúde mental 2004-2006. Secretaria de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- sistemas de admissão pouco eficientes.
- dificuldade na continuidade de tratamentos e seguimento dos pacientes.
- escassos ou ausentes critérios comuns para atenção e seguimento.
- déficits de dispositivos assistenciais-preventivos (equipes de atenção à crise, oficinas, abordagens grupais, etc.)
- déficits de programas preventivos e de reabilitação, tanto no nível institucional quanto no sócio-comunitário.
- predomínio da abordagem assistencial individual. Tratamentos grupais, familiares e vinculares têm escasso desenvolvimento.
- programa de assistência domiciliar sem organização adequada e sem colocação dentro das políticas em andamento.
- escassa organização de equipes de saúde mental nos Centros de Atenção à Comunidade (CESAC) assim como na rede entre serviços (Plantões psiquiátricos e psicológicos, serviços de internação e CESACS).

Assinalando variados déficits na gestão do sistema, chega-se a um diagnóstico de gestão: fragmentação da rede de serviços de saúde mental; desatualização e/ou escasso ajuste à normatização de serviços e prestações; falta de integração e coerência na organização de serviços. Merecem especial menção a ausência de análise de eficácia de tratamentos e os graves déficits de articulação de ações intersetoriais com outras áreas tais como judiciário e desenvolvimento social.

Além disso, PIANELLA (2010) ressalta na sua caracterização do estado atual da saúde mental na Argentina:

As instituições assistenciais se regem por normas obsoletas e burocráticas, determinando assim o isolamento dos pacientes e das diferentes equipes de profissionais, assim como a desconexão entre os níveis de condução e de execução. Essa situação impossibilita

as ações adequadas e coerentes com os programas de saúde mental vigentes. A assistência ao paciente fica afetada, embora sendo saúde mental uma das áreas mais resguardada e atendida pelos profissionais da saúde.

Não se têm incrementado recursos orçamentários, nem se distribuem racionalmente os existentes. Consequências: cerca de **dois terços** dos profissionais (Médicos, psiquiatras, psicólogos e musicoterapeutas) trabalham *ad-honorem*, como *concorrentes* ou visitantes. (...) O modelo de saúde mental vigente está em função de uma concepção marginal da doença mental, centrada no isolamento do paciente e regime asilar. Existem no país em torno de 25.000 leitos psiquiátricos dedicados ao paciente .(pg. 75)

Pianella coincide com a avaliação já realizada acerca da restrição ocorrida a partir de 1976 das possibilidades de ações de caráter preventivo, da suspensão de atividades de nível comunitário assim como das atividades assistenciais de caráter comunitário. A autora assinala que em muitos estabelecimentos assistenciais proibiu-se trabalhar com psicanálise e houve a cessação do reconhecimento legal da inserção do psicólogo, reduzido a trabalhar *ad-honorem*, sem figurar no organograma.

Nesse contexto, ela diz, houve coexistência do modelo tradicional de atenção em saúde mental, baseado na restrição e o isolamento da doença mental e de outra oferta, marginal ao sistema de saúde, de equipes de trabalho interdisciplinares que sobreviviam devido à demanda da população, centralizadas em trabalhos individuais-assistenciais, ou no máximo, familiar-assistenciais. Esse período significou grande corte do trabalho grupal, institucional e comunitário.

Uma observação muito importante de Pianella refere-se à formação universitária, no sentido de que a estrutura da formação contribuiu para esse esquecimento do campo de trabalho, re-centrando a formação no modelo psiquiátrico hegemônico, e retirando saberes pertencentes às áreas “proibidas”.

Enquanto isso, as condições sócio-políticas daqueles anos afetaram a população, comunitariamente, com o isolamento institucional e estruturas autoritário-burocráticas, e individualmente, com um aumento da patologia.

Como exemplo disso, o **único** estudo epidemiológico realizado na Argentina entre 1976/1983, embora com erros de construção permita saber que 51,4% da população apresentavam algum tipo de patologia assim como 23,3% eram vítimas de algum tipo de patologia psíquica.

Pode se observar que em relação às neuroses prevaleceram síndromes não específicas tais como inibição, isolamento, bem como a exacerbação de sintomas neuróticos próprios de cada quadro. No caso das psicoses destacaram-se as esquizofrenias de tipo paranoide e depressivo.

Pianella coincide com a caracterização de um período diferenciado no começo da democracia, com a legalização dos profissionais que concorriam nos serviços de psicopatologia, a contratação de psicólogos nos estabelecimentos assistenciais (foram contratados aproximadamente um 5% dos concorrentes *ad-honorem*). Concorde com a caracterização do período 1983-87 como campo para experiências diferenciadas em várias regiões do país, onde surgiram experiências dentro da APS (Atenção Primária a Saúde) em saúde mental, sempre com o caráter de programas, nunca como planejamentos integrais. Uma estrutura psiquiátrica tradicional convive com miríade de experiências muito ricas, no plano marginal à estrutura. A autora insiste em que essa coexistência de dois discursos permanece atual, embora o avanço na consolidação de uma perspectiva comunitária e substitutiva ao manicômio tenha modificado a condição de marginalidade dessa perspectiva, colocando novas possibilidades de desenvolvimento das práticas. Tendemos a coincidir com sua análise.

5.2.2. Planejamento do sistema público de saúde mental.

Na Argentina, o planejamento em nível federal em saúde mental é realizado pela Unidade Coordenadora Executora de Saúde Mental e Comportamento Saudável do Ministério de Saúde da Nação. Pelos dados do informe do CELS, (P.36) o orçamento anual total de 2006 para esse

organismo foi de aproximadamente U\$230.000 e no ano de 2005, carecia de recursos suficientes para recolher e centralizar os dados sobre a saúde mental nas províncias, o que impossibilita qualquer planejamento e implementação de políticas. Estes dados, recolhidos pelo CELS em entrevista com o Dr. Antonio Di Nanno, coordenador do organismo em 2005, reafirmam a visão de um sistema que em nível federal tem influência muito limitada, e onde as decisões sobre a política pública de saúde tomam-se quase que exclusivamente em âmbito provincial.

No ano de 2008 a Unidade Coordenadora assina convênio com oito universidades nacionais para uma pesquisa epidemiológica sobre padecimento psíquico na infância pesquisa que demandou aproximadamente 65% do orçamento disponível. Também, no marco da proposta da Mesa federal de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos, a Unidade Coordenadora participa de uma série de colóquios regionais que definem como prioritário o impulso de uma política de saúde mental a partir do ponto de vista dos direitos.

5.2.3. Iniciativas promissoras de reforma do sistema de saúde mental.

Mesa Federal de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos.

No âmbito nacional criou-se em fevereiro de 2006 a Mesa Federal de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos, por iniciativa da Direção de Assistência Direta a Pessoas e Grupos Vulneráveis da Secretaria de Direitos Humanos da Nação, e da Unidade Coordenadora Executora de Saúde Mental e Comportamento Saudável do Ministério de Saúde da Nação.

Na Mesa participam, além de representantes dos organismos supracitados, diretores de hospitais e funcionários provinciais e locais da saúde mental e direitos humanos. Também participam associações de

familiares, usuários e voluntários, organizações não governamentais e a Oficina de Saúde Mental da OPS (Organização Panamericana da Saúde).

Os objetivos dessa organização são o de promover uma política pública de saúde mental que inclua a perspectiva de direitos humanos impulsionando transformações no caminho das boas praticas em saúde mental. Dentre esses objetivos se inclui a difusão sobre saúde mental e direitos humanos em nível nacional, assim como formulação de diagnósticos sobre a situação desses quesitos em todo o país.

Nesse sentido tem se desenvolvido colóquios regionais, com o objetivo de promover organizações e mesas locais. Na época desta exposição-ano 2010 - é possível referir a formação de uma Mesa Regional na cidade de Córdoba, que participa ativamente da elaboração do um projeto de Lei de Saúde Mental para a província, bem como seu seguimento no âmbito parlamentar e também promove eventos destinados a difusão de uma política de saúde mental. Se bem não tenhamos informação direta sobre outras iniciativas, sabemos que existem mesas semelhantes em varias províncias.

Na Cidade Autônoma de Buenos Aires

Na Cidade Autônoma de Buenos Aires -assim considerada desde 1994, por reforma constitucional- tem se promulgado várias disposições importantes no sentido de reforma do sistema de saúde mental. No capítulo de legislações consignamos as leis que consolidam um movimento impulsionado por numerosos trabalhadores do sistema, que, por anos a fio, vêm desenvolvendo importantes experiências dentro dos estabelecimentos públicos. A Constituição da Cidade- ano 1996-estabelece a base para a reforma do sistema, determinando que as políticas de saúde mental não devam ser instituídas com fins de controle social ou castigo para as pessoas, mas devem se dirigir para a desinstitucionalização progressiva e a criação de uma rede de serviços de proteção social. Criou-se também o *Programa*

de *Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS)*, com o objetivo de favorecer a autonomia e a reintegração na comunidade de pessoas desinternadas das instituições psiquiátricas, através da criação de casas de convivência. Embora não se tenha alcançado ainda um numero expressivo de alojamentos, no final de 2009, o programa tinha implementado duas casas femininas com espaço para oito moradoras cada uma e estava prevista a criação de uma nova casa para homens. De qualquer forma, a vigência do programa ainda continua.

Província de Buenos Aires

Na província de Buenos Aires, o Ministério da Saúde está implementando o PREA, que é um programa semelhante ao PREASIS, e que vigora desde 1999. Para tal, busca-se a reintegração através da promoção de redes sociais que deveriam funcionar como apoio ao processo de reinserção comunitária. O PREA estabelece um sistema de apoios, tanto financeiros- destinados a aluguel de moradia e despesas associadas - quanto à busca de trabalho. Antes dar a alta, o PREA trabalha com aquelas pessoas que estão no programa, ajudando a recuperar as capacidades necessárias para uma vida independente. Em outubro de 2006 se contavam em mais de 50 as pessoas residentes em casas de convivência.

Um centro de internação histórico da província de Buenos Aires, o Hospital Cabred realizou em 2008 as “Primeiras Jornadas Nacionais e Internacionais de Saúde Mental e Direitos Humanos, Experiências de Reformas para a Inclusão” Teve como antecedente o Pré- Colóquio em Saúde Mental realizado em maio de 2007, quando se debateram muitos dos mesmos temas ligados à reforma do sistema de saúde mental.

O Hospital Cabred faz parte atualmente de um programa terapêutico que incluiu tanto as Jornadas de 2007 e 2008 como acordos entre o Hospital e vários municípios: Moreno, Morón, La Matanza, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Luján, Pilar e San Isidro. Esse programa se propõe a facilitar a

inclusão social das pessoas por meio de diferentes tipos de apoios que incluem a articulação com as varas de família.

Temos observado, com de participação pessoal direta (Jornadas da Universidade de Luján, novembro de 2009) uma intensa atividade de profissionais de saúde mental em diversos programas sustentados por esses municípios supracitados citados, prioritariamente o município de Morón, onde existem articulações com a saúde mental nas áreas de menores, educação e patologias da infância e adolescência, em numero considerável.

Outro centro de internação histórico, a Colônia Montes de Oca, localizado no partido de Luján, a pouca distancia do Hospital Cabred, sustenta um plano de reformulação institucional (2004-2011) em que busca a integração com os dispositivos de atenção de diferentes municípios do entorno, assim como desenvolver programas de inclusão e retorno dos pacientes internados às suas comunidades de origem. Na Colônia Montes de Oca se desenvolve a RISAM (Residência Interdisciplinar em Saúde Mental) criada em 2004, como parte importante do projeto mencionado.

Província de Rio Negro

O modelo da província de Rio Negro, ao norte da Patagônia, é um exemplo positivo de atenção á comunidade para as pessoas com transtornos mentais. Foi reconhecido através de um prêmio do Banco Mundial para os seus serviços de saúde mental, na Feira de Desenvolvimento do Banco Mundial em 2005.

O processo de construção de uma rede de serviço em saúde mental contou com decisivo apoio na aprovação da Lei 2440 de “Promoção Sanitária e Social das pessoas que padecem de Sofrimento Mental”¹⁶, que estabelece a ilegalidade dos hospitais mentais públicos e define a estrutura a seguir para a reinserção social dos pacientes mentais.

¹⁶ Lei 2440. Disponível em [HTTP//www.legisrn.gov.ar/detallado](http://www.legisrn.gov.ar/detallado)

Realizamos uma descrição em detalhe do Programa de Rio Negro em apartado específico destinado a pensar essa experiência em contato com a experiência de Santos, (São Paulo).

Província de San Luis

Outro modelo auspicioso em termos de desinstitucionalização está presente na província de San Luis. Desde 1993, o hospital psiquiátrico de San Luis foi submetido a uma grande reforma sob a direção do Dr. Jorge L. Pellegrini. Houve uma transformação de uma instituição fechada com mais de cem leitos com pessoas internadas de longo prazo a uma clínica com dez leitos para pacientes agudos, com prazo de estadia entre três e sete dias. O Hospital atualmente funciona mais como uma clínica comunitária do que como um hospital de internação psiquiátrica. Além de atenção em saúde mental oferece serviços de saúde geral, vacinação, apoio a gravidez e oficinas de recuperação ao alcoolismo

Na entrevista que foi realizada pelos pesquisadores do CELS¹⁷ o diretor Dr. Pellegrini relata que no início da reforma o hospital estava em péssimas condições, com paredes cobertas de matéria fecal e urina, e que o pessoal do hospital via os pacientes como crianças, mantendo-os num regime de recompensa e castigo. Para impulsionar a reforma, o diretor instalou o seu escritório numa das celas de isolamento da instituição. A seguir, foram compradas roupas novas para os pacientes, eliminou-se o logo do hospital nas roupas e reformulou-se todo o tratamento oferecido. Para tal, constatou-se a sobremedicação que mantinha os pacientes impregnados, reavaliaram-se os diagnósticos e prescrições e foi introduzido o conceito de projeto terapêutico com diferentes propostas para cada paciente. Não foi possível para os pesquisadores acompanhar o destino dos pacientes institucionalizados anteriormente à reforma. O diretor asseverou que uma

¹⁷ CELS..Op.cit

maioria fora encaminhada para as famílias de origem. O farmacêutico da instituição afirmou que das 106 pessoas, mais de 80 estavam em lares substitutivos.

Em dezembro de 2006 a Câmara Legislativa de San Luis sancionou a Lei de Desinstitucionalização, lei que contém varias disposições progressistas com respeito a saúde mental e os direitos das pessoas afetadas por sofrimento mental. No texto é possível comprovar importante afinação com os princípios que referem as declarações que norteiam este trabalho. Assim, ela proíbe a institucionalização das pessoas com problemas mentais em todo território provincial e discute o conceito de incapacidade para tomar decisões, embora não especifique o tipo de prova necessária para o estabelecimento da incapacidade, nem quais os processos requeridos para essa determinação.

5.2.4. Movimentos sociais

Na sociedade argentina existe um movimento de organização de grupos interessados em defender ou promover os seus interesses de forma constante. Não acontece de forma diferente no caso das associações de usuários e familiares, que estão ativamente implicados no movimento de reforma do sistema de saúde mental. Esses grupos se articulam com associações de profissionais e também com os próprios profissionais que trabalham nos locais de internação, onde os usuários participam. Porém, não constatamos a existência de uma rede mais institucionalizada, como no caso do Brasil.

Nos dois grandes hospitais psiquiátricos da cidade de Buenos Aires acontecem inúmeras iniciativas antimanicomiais, que deixam importante marca nesse sentido. Dentro do Hospital Tiburcio Borda, que concentra o maior contingente de internados masculinos da região metropolitana, há várias associações de longa data. O hospital Borda, fundado no final do

século XIX, não apenas mantém sua característica de grande hospital psiquiátrico, mas concentra também um número significativo de iniciativas inovadoras. Nas palavras do Prof. LANGER (entrevista ,2010).

Com relação ao Hospital Borda podemos dizer que é uma instituição porosa, atravessada por uma multiplicidade de discursos médicos, psicológicos- psicoterapêuticos, jurídicos, de direitos humanos; em seu interior convivem diferentes lugares assim como atividades: desde o dispositivo de atenção médico-terapêutico à crise, lugares de convivência dados pela Frente de Artistas do Borda, o “Pão do Borda”, a radio “La Colifata”, o Centro Cultural e o arquivo do hospital (nele se encontram 22.000 histórias clínicas recuperadas e catalogadas pelo Arquivo Geral da Nação, que vão desde a fundação até as décadas dos '30-'40 do século passado), o Centro de Docência e Investigação, diferentes congregações confessionais, a unidade penitenciária (UP 22).

A rádio “La Colifata” (*A doida*), programa fundado em 1993 no hospital para dar voz aos usuários e ex-pacientes, tem produzido efeitos importantes na vida deles, assim como na visibilidade e empoderamento do movimento. Em maio de 2007, “La Colifata”, junto a uma escola de Televisão (TEA) e a Subsecretaria de Direitos Humanos de Buenos Aires organizaram o Primeiro Encontro Mundial de Colifatas-Rádios constituídas por usuários de Saúde Mental.

A *Frente de Artistas Del Borda* é outra iniciativa que existe desde 1984 dentro do Hospital. Suas atividades consistem em apresentações artísticas e debates em instituições educativas, artísticas e culturais em todo o país, em participações em congressos e jornadas científicas sobre a temática de saúde mental, direitos humanos e desmanicomialização, em diversos programas de televisão, rádios AM e FM. Mantém fluxo de publicações, revistas e livros sobre seu trabalho e a temática proposta. Em todas as suas atividades envolve pacientes do sistema de saúde mental, particularmente do hospital.

O Projeto *El Pan del Borda* iniciou em 2002 graças à iniciativa de um grupo de vizinhos. Num processo de reivindicações ao Estado por melhorias na saúde pública, encontraram este espaço abandonado e o recuperaram. O

projeto, no qual trabalham em conjunto pacientes e médicos do Hospital Borda, consiste na elaboração e venda de produtos de panificação. Embora o espaço colabore com a recuperação dos internos e o aprendizado de um ofício, não é reconhecido pelo hospital, o que gera sérios inconvenientes para sua manutenção. O Projeto pertence à outra instância da sociedade civil organizada, a *Coordenadora por La salud pública em lucha*, que se enfrenta com o poder público para impedir a crescente privatização da saúde.

Temos conhecimento de outro projeto de radio desenvolvido no Hospital Moyano -de internação feminina- a *FM Desate*, coordenada por um grupo de profissionais e internas que desde 2008 segue o modelo inaugurado por “*La Colifata*”.

Segundo informação pessoal da Psicóloga Silvia Maltz, coordenadora do programa de radio *FM Desate*, existem dentro do Hospital Moyano variados trabalhos que implicam iniciativas de geração de renda como culinária, marcenaria, e outros programas de terapia ocupacional e cooperativa. Muitas dessas iniciativas estão a cargo de profissionais não remunerados, em regime de *concorrência* ou *pasantia*, apoiados por familiares.

Também ligada a um grande centro de internação, o Hospital Cabred, a Associação Argentina de Ajuda à Pessoa que padece de Esquizofrenia e a sua Família (APEF), dirigida por familiares, mantém uma relação de assessoria com o hospital no que tange à formulação de suas políticas.

5.2.5. Organizações profissionais ativas

Além das organizações de usuários e familiares as organizações profissionais também constituem parte importante do movimento da reforma. Não se tem informação precisa sobre o número e qualidade destas organizações, mas serão listadas aqui algumas das mais importantes.

O FORO é uma organização formada por 20 instituições que trabalham no setor de saúde mental, e representam aproximadamente 9000 profissionais. Formado em 1997 por iniciativa do governo da cidade participou como assessora na formulação da Lei 448. Seus membros têm participado no Conselho Geral de Saúde Mental (COGESAM) estabelecido no artigo 5 dessa Lei. Segundo os seus integrantes, o FORO tem uma concepção “sociopolítica” da saúde mental, e está implicado na análise dos efeitos não médicos da doença mental. Suas propostas avançam no sentido da desinstitucionalização, da prevenção da doença e da promoção da saúde mental.

APSA (Associação de Psiquiatras Argentinos), conta com 2400 membros, incluindo psicólogos, antropólogos e advogados e apóia a reforma de saúde mental. Coordena um foro sobre política de SM que abrange o treinamento na administração de serviços de SM e a implementação de políticas. Sua ingerência tem sido importante na denuncia das violações de direitos humanos dos hospitais psiquiátricos, assim como no processo de desinstitucionalização do Hospital Escola de San Luis.

Outra organização que apóia a transformação é a Associação em Defesa dos Direitos em SM (ADESAM), integrada por psicólogos, psiquiatras e advogados dedicados à promoção e defesa do direitos das pessoas com doenças mentais.

Vários agrupamentos profissionais dos Hospitais gerais da cidade, por exemplo, o Hospital Ameghino, que mantém um importante centro de formação em saúde mental dentro do hospital, somam à luta pela reforma dos serviços. Recentemente, em 2008, surge o *Coletivo 448*, um grupo de

profissionais comprometidos com o processo de mudança dos serviços que pertencem a diferentes estabelecimentos, colegiados e associações de usuários articulados com o COGESAM. Esse agrupamento defende a efetiva aplicação da Lei 448 mantendo uma posição vigilante e crítica da política da administração municipal no que diz respeito à privatização e desarticulação da rede de SM da cidade.

No que tange ao interior do país, não temos informação significativa de grupos comprometidos com essa transformação. Entendemos que fora as províncias que sustentam os projetos já mencionados, existem escassos movimentos, mas não descartamos que de fato estejam acontecendo. O apoio às reformas é grande em diversos setores profissionais, e convive com a posição de setores que consideram esse movimento como uma perda de espaço profissional-fundamentalmente setores da classe médica- e por isso oferecem grande resistência às propostas de trabalho multidisciplinar.

5.3. Panorama de recursos materiais e humanos no sistema público de saúde mental

Foi possível obter dados que possibilitam construir um quadro mais detalhado em relação à Cidade de Buenos Aires e sua periferia (o chamado *Conurbano*), formada pelos municípios adjacentes. Na relação de recursos das províncias foi encontrada bastante desigualdade de informação colhida através dos respectivos ministérios e secretarias provinciais de saúde. Foi a nossa decisão respeitar essa desigualdade, entendendo que ela faz parte da própria análise do sistema.

5.3.1. Cidade de Buenos Aires

Equipamentos

A Cidade de Buenos Aires conta na Rede Pública com os equipamentos detalhados a seguir. Foram tomados como referência o *Plano*

de Saúde Mental da Cidade, anos 2004 a 2006 e sua atualização, Dados de Saúde Mental 2010-2011, de recente publicação. Essa atualização é mais minuciosa em relação aos conteúdos dos serviços oferecidos, de forma a funcionar como apoio para os encaminhamentos dentro da rede, tanto para os usuários quanto para os profissionais.

Para melhor compreensão, estão colocados em *itálico* os dados da atualização, de forma a poder constatar os acréscimos realizados no último quatriênio.

Equipamentos de saúde mental. Distribuição por regiões sanitárias (Ver anexo 2) Mapa das regiões sanitárias da cidade de Buenos Aires.

REGIÃO SANITÁRIA I

MODALIDADE DE ATENÇÃO: AMBULATORIAL, INTERNAÇÃO E URGÊNCIAS.

Hospital Infantil Elizalde: Consultórios Externos.

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, transtornos alimentares, violência, adições, DST/AIDS Sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde). Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos Argerich: Consultórios Externos

Área Programática: CESACs ns. 9 e 15

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, adultos e idosos, transtornos alimentares, violência, interconsultas, DST/AIDS Sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde) Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos R. Mejia: Consultórios Externos

Área Programática: CESAC No. 11

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, transtornos alimentares, violência, DST/AIDS, interconsulta Sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde) Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudo Penna Plantão Psicológico:

Consultórios Externos.

Área Programática: CESACs No.1;8;10; 16; 30 e 32.

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, violência, interconsulta Sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde) Existe atividade docente.

Hospital Psiquiátrico (Masculino) Jose Tiburcio Borda: Consultórios Externos; Hospital Dia; Internação Plantão Psiquiátrico e Psicológico

(Atende: adultos, idosos, DST/AIDS, violência, transtornos alimentares, oficinas de terapia ocupacional) Existe centro docente. Promoção de saúde.

Hospital Psiquiátrico (feminino) Bráulio Moyano: Consultórios Externos, Hospital Dia. Internação; Plantão Psiquiátrico e Psicológico.

(Atende: adultos, idosos, adolescentes, família, violência, interconsulta) Centro docente, promoção de saúde.

Hospital Tobar Garcia (Infantil): Consultórios Externos, Hospital Dia, Internação, Plantão Psiquiátrico e Psicológico.

(Atende: crianças, adolescentes, família, violência, interconsultas, oficinas de terapia ocupacional e outras) Existe centro docente e promoção de saúde.

Centro de Saúde Mental Ameghino: Consultórios Externos e Hospital Dia.

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, adultos e idosos, transtornos alimentares, violência, interconsultas, DST/AIDS e sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde) Existe atividade docente.

Hospital de Pediatria JP. Garrahan: Interconsulta.

Atende somente a demanda interna do hospital.

Oficinas Protegidas de Reabilitação em Saúde mental

Oferece tratamento e atividades terapêuticas a pacientes encaminhados pelo profissional tratante, quem continua a cargo da assistência

Hospitais Especializados

Hospital de infecciosas Muñiz: Consultórios Externos e Plantão Psiquiátrico

(Atende demanda do hospital)

Hospital Santa Lucia. Consultórios externos

(Atende paciente com afeições oftalmológicas e neurocirúrgicas).

Hospital Materno Infantil Sardá. Consultórios externos.

(Atende problemáticas relativas à gravidez, paternidade, neonatos, sexologia e fertilidade)

Hospital de Gastroenterologia Udaondo: Consultórios externos.

(Atende demanda do hospital e transtornos da alimentação).

Hospital de Reabilitação Maria Ferrer: Consultórios Externos.

(Atende somente demanda do hospital)

REGIÃO SANITÁRIA II

MODALIDADE DE ATENÇÃO: AMBULATORIAL, INTERNAÇÃO E URGÊNCIAS

Hospital Geral de Agudos Piñero: Plantão Psiquiátrico e Psicológico. Consultórios Externos. Hospital Dia. Internação.

Área Programática: CESACs. No. 6; 13; 14; 18, 19; 20; 24 e 31.

(Atende: crianças, adolescentes, adultos, família, interconsultas, violência, transtornos alimentares) Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos Santojanni: Consultórios Externos. Área Programática: CESACs No. 3; 4; 5; 7 e UNASAD 28

(Atende: crianças, adolescentes, adultos e idosos, DST/AIDS, violência, transtornos alimentares, interconsulta) Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos DR.T. Alvarez: Plantão Psiquiátrico e Psicológico.

Consultórios Externos, Hospital Dia, Internação

Área Programática: CESAC No. 24

(Atende: crianças, adolescentes, família e casal, adultos e idosos, transtornos alimentares, violência, interconsultas, DST/AIDS e sustenta oficinas de terapia ocupacional, um centro de saúde mental e promoção de saúde) Existe atividade docente.

REGIÃO SANITÁRIA III

MODALIDADE DE ATENÇÃO: AMBULATORIAL, INTERNAÇÃO E URGÊNCIAS

Hospital Geral de Agudos Durand: Consultórios Externos.

Área Programática: CESACS No. 22

Atende: crianças, adolescentes, adultos e idosos, transtornos alimentares, violência, interconsultas, DST/AIDS e sustenta oficinas de terapia ocupacional, e promoção de saúde. Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos V. Sarsfield: Consultórios Externos

Área Programática sem CESAC.

(Atende: crianças, adolescentes, adultos e idosos, transtornos alimentares, violência, interconsultas, DST/AIDS e sustenta oficinas de terapia ocupacional, e promoção de saúde). Existe atividade docente.

Hospital Geral de Agudos Zubizarreta: Consultórios Externos

Área programática sem CESAC.

(Atende: crianças, adolescentes, adultos e idosos, transtornos alimentares, DST/AIDS). Existe atividade docente.

Hospitais Especializados

Hospitais: Lagleize, de Queimados, Rocca e de Oncologia

Consultórios Externos

Atendem predominantemente a demanda específica do hospital.

Hospital Geral de Agudos Tornú Consultórios Externos

Área Programática: CESAC no. 33

Hospital Dia.

(Atende: crianças, adolescentes, adultos, adições) Tem promoção de saúde, atividade docente.

Hospital de Emergência Psiquiátrica Torquato de Alvear:

Plantão Psiquiátrico e Psicológico.

Hospital Dia.

Internação. Consultórios Externos.

(Atende adolescentes e adultos.) Tem atividade docente

REGIÃO SANITÁRIA IV**MODALIDADE DE ATENÇÃO AMBULATORIAL, INTERNACÃO E URGENCIA**

Hospital Geral de Agudos Fernandez: Plantão Psiquiátrico e psicológico

Consultórios externos

Área programática, com três CESACs: 21; 25 e 26

(Atende: crianças, adolescentes, adultos, idosos, transtornos alimentares, violência, adições, interconsultas) Tem atividade docente.

Hospital Geral de Agudos Rivadavia: Consultórios Externos. Hospital Dia.

(Atende: crianças, adolescentes, transtornos alimentares, violência, interconsulta, DST/AIDS. oficinas de terapia ocupacional,). Tem atividade docente. Promoção de saúde.

Hospital Infantil Ricardo Gutierrez: Plantão Psiquiátrico e Psicológico

Consultórios Externos

(Atende: crianças, adolescentes, transtornos alimentares, violência, interconsultas) Tem atividade docente.

Hospital Geral de Agudos Pirovano

Consultórios Externos

Área de Ação Programática: CESACs No. 2; e 24 e UNASAD 27.

Centro de Saúde Mental e Ação Comunitária nº 1, com

Consultórios Externos e Hospital-Dia.

(Atende crianças, adolescentes, adultos, idosos, DST/AIDS, família, transtornos alimentares, violência). Tem atividade docente e promoção de saúde.

Hospital De Reabilitação I.R.E.P. Consultórios Externos. *Saúde Mental atende somente pacientes com deficiências motoras.*

5.3.1.2. Recursos Humanos

Quadro 1- Total de recursos humanos, segundo profissão e área de trabalho. (2000)

Profissão	Total	Plantão	A. Programática	TOTAL
Psiquiatras	395	176	22	593
Psicólogos	621	59	209	889
Assistentes Sociais	74	7	7	88
Psicopedagogos	48	0	69	117
Terapeutas	61	0	4	65
Ocupacionais				
Musico terapeutas	11	0	1	12
Sociólogos	5	0	3	8
Fonoaudiólogos	9	0	1	10
TOTAL	1224	242	316	1782

Fonte: Planilhas de atualização de Recursos Humanos. Elaboração: Direção de Saúde Mental.

A Rede de Serviços de Saúde Mental está integrada por profissionais das seguintes disciplinas: psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, trabalhadores sociais, terapeutas ocupacionais, musico terapeutas, sociólogos, fonoaudiólogos e profissionais de psicomotricidade.

As áreas mencionadas representam aproximadamente 18% do total de profissionais que prestam serviço nos estabelecimentos dependentes da Secretaria de Saúde. Depois dos médicos, o maior número de profissionais corresponde aos psicólogos.

O Sistema de Saúde Mental conta com 1782 profissionais contratados, dos quais 889 são psicólogos (49,9%) e 593 médicos psiquiatras (33,2%), sendo que as outras profissões cobrem os 17% restantes. Não se acharam dados sobre o pessoal de enfermagem e administrativos.

Sobre o total de profissionais, quase 69% é pessoal concursado que trabalha nos Hospitais Psiquiátricos, Serviços de Saúde Mental dos Hospitais Gerais e Especializados e Centros de Saúde Mental. O pessoal que presta serviços nas Áreas Programáticas e Centros de Saúde e Ação Comunitária (CESAC) atinge 17,7% enquanto 13,6% dos profissionais se desempenham no setor de urgências e plantão dos hospitais. (Quadro 1)

A distribuição segundo o tipo de estabelecimento seria a seguinte: sobre o total de profissionais contratados (1224) o 29% presta serviços nos Hospitais Gerais de Agudos enquanto o 58% está nos Hospitais Psiquiátricos e o Centro de Saúde Mental Ameghino. O 13% restante distribui-se nos Hospitais Especializados e Gerais Infantis (Quadro 2)

Quadro 2 - Total de Recursos Humanos, segundo Profissão e Tipo de Estabelecimento.

Profissão	Hospital				Total
	Geral Agudos	Geral Criança	Especializados	Monovalentes	
Psiquiatras	95	18	9	273	395
Psicólogos	225	44	67	285	621
Assistentes Sociais	3	3	1	67	74
Psicopedagogo	21	7	5	15	48
Terapeutas Ocupacionais	8	1	0	52	61
Musico terapeutas	0	1	0	10	11
Sociólogos	0	0	1	4	5
Fonoaudiólogos	0	0	0	9	9
TOTAL	352	74	83	715	1224

Fonte: Planilhas de atualização de Recursos Humanos. Elaboração: Direção de Saúde Mental

5.3.2. O sistema de saúde mental pública no interior do país.

A pesquisa sobre dados da estrutura dos serviços de saúde mental nas províncias depara como já foi adiantado, com uma disparidade muito acentuada. Uma dificuldade desta pesquisa é a não disponibilidade de dados centralizados sobre o tema; portanto adotamos a busca nos arquivos disponíveis através de publicações da plataforma Scielo e dos Ministérios de Saúde Provinciais, além de contatos pessoais com alguns gestores. Entendemos que essa disparidade analisa um dos aspectos ressaltados na entrevista com o Dr.Langer, no sentido *de uma forma de federalismo que guarda ainda traços de domínio feudal*, segundo sua consideração. As políticas públicas são resultados da posição da província no contexto nacional, em termos de recursos tanto econômicos quanto culturais e

sociais, tendo pouco ou quase nenhum apoio do governo central para realizar políticas nacionais de saúde no território. Quando existem, esses apoios se efetivam mais em termos de clínica básica, imunizações, campanhas pontuais referidas a flagelos, epidemias, etc.

Província de Santa Fe¹⁸

Não foi possível constatar, no âmbito da Secretaria de Saúde da província, programas específicos na área nem notícias sobre conformação de rede pública de saúde mental.

Existem menções de ações de saúde mental relativas a área de menores infratores, assim como há Comissões de Justiça interdisciplinares, constituídas com intuito de emitir diagnósticos de internação para pessoas em processo judiciário.

No caso de Rosário, administrada nos últimos governos por um prefeito socialista, pode-se constatar uma decidida ação de reestruturação da área da saúde em geral, com fortalecimento de redes e instituições criadas para a formação em políticas públicas de saúde, central de distribuição de remédios e cooperação com várias instituições como OPAS, Fundação Oswaldo Cruz, etc.

Em relação à saúde mental, desde 1995 se efetivaram vários programas, trabalhados a partir de estratégias semelhantes a nossa ESF:

Prevención de violencia familiar, Ordenanza 6238/1996

Prevención de violencia contra la mujer, Ordenanza 6873/1999

Programas integrales para jóvenes, Ordenanza 6536/1998

Programa de prevención de obesidad, Ordenanza 6919/2000

Prevención de bulimia y anorexia, Ordenanza 6825/2000

¹⁸ Fonte: <http://www.minsal.santafe.gov.ar>

VIH/sida, Ordenanza 6192/1996

Salud Sexual, Ordenanza 6244/1996

Devemos deixar registrado que segundo Jimenez (2009), o caso de Rosário se coloca como diferenciado em relação à política provincial e nacional, mesmo porque na crise de 2001, os investimentos de saúde continuaram a ser sustentados pela prefeitura de forma a área não ser afetada.

Província de Mendoza¹⁹.

Pode se constatar a existência de um Plano Provincial sobre Adições.

Também, através de informação do site da Secretaria de Saúde, constata-se a existência de oito Centros de Saúde Mentais Infanto-juvenis distribuídos no território provincial. Não existe menção a Programas ou Redes de Saúde Mental no âmbito da Secretaria de Saúde.

Província de San Juan²⁰

Não se obtiveram dados sobre redes de saúde mental ou programas específicos.

Província Del Chaco²¹

No Hospital *J.Perrando* funciona, há mais de dez anos, a Residência Interdisciplinar em Saúde Mental, (RISAM) organizada nos moldes de formação interdisciplinar.

¹⁹ Fonte: <http://www.minsal.mendoza.gov.ar>

²⁰ Fonte: <http://www.minsal.sanjuan.gov.ar>

²¹ Fonte: <http://www.minsal/chaco.gov.ar>

Constatou-se igualmente a existência de uma *Casa de Médio Camino* (Residência Terapêutica) na capital da província, dependente da Direção de Saúde Mental, com orientação nos pressupostos de desinstitucionalização e integração do paciente à comunidade, com oficinas de teatro, serigrafia, cerâmica, música, entre outros.

Com subsídio de uma ONG italiana- CIPS- dentro do Projeto ISOLE (Integração Socioeconômica contra a Exclusão) trabalha-se para a reintegração de pacientes e ex-pacientes nas chamadas *empresas sociais de saúde*, tais como a Têxtil *Hilos y puntadas chaqueñas*. Existe trabalho conjunto com as ONGs *Casa Taller La Fabril* e *Mejor ando em Comunidad*. Esse trabalho se desenvolve há aproximadamente dez anos.

Pode se constatar a existência de organizações de usuários e familiares colaborando com esses projetos.

Província de La Rioja²²

Constatou-se Programa de Prevenção “Qualidade de Vida”, Atenção em Adições e Programa de Atenção Interdisciplinar Materno Infantil. Também há programa de Atenção a Adolescentes.

Existe atendimento em saúde mental em vários Centros de Saúde na Capital, cidade de La Rioja e em quatro centros de Atenção em Saúde Mental no interior da província. No Centro Primário de Saúde San Martin- cidade de La Rioja, existe um Programa de Atenção à Violência Familiar.

Todos esses programas se desenvolvem de acordo com a lógica tradicional de referencia/contra-referencia.

Província de Córdoba²³

²² Fonte: <http://www.msalud.larioja.gov.ar>

²³ Fonte: <http://www.msal.cordoba.gov.ar>

Constatou-se um Projeto de Rede de Saúde Mental em construção, cujos eixos estão afinados com as declarações internacionais. Confecção de material informativo e orientador para capacitação dos hospitais municipais e centros de saúde: o “Livro de Atenção Primária em Saúde Mental”. Essa capacitação é subsidiada em grande parte pelo Governo da Província, e está dirigida, sobretudo a psiquiatras e psicólogos atuantes na rede.

A Rede atenderia os três níveis de atenção, sendo o primeiro desenvolvido nos centros de saúde, o segundo, em hospitais municipais e o terceiro, reservado à internação em hospital psiquiátrico.

O plano de desenvolvimento da Rede consta de quatro etapas, ordenadas de acordo com o critério de priorização dos departamentos provinciais mais carentes até chegar aos espaços melhor servidos de recursos. Esse projeto parece ser o mais aproximado de uma concepção de política pública de saúde mental, exceção feita de Rio Negro, no âmbito do país. Destacamos porém, que sua implementação ainda está na fase de planejamento. Atualmente, a Província segue o modelo tradicional baseado em consultas realizadas em centros de saúde e serviços em hospitais gerais, além dos equipamentos específicos já indicados.

Província de San Luis²⁴

O Hospital Escola de Saúde Mental de San Luis se constitui como centro de diversos trabalhos que seguem a linha recomendada pelas organizações internacionais. Após um processo de desinstitucionalização, dirigido pelo Dr. Jorge Pellegrini, o Hospital Psiquiátrico de San Luis tornou-se Hospital Escola, e sustenta um programa de residência formativa em saúde mental que figura como Programa do Ministério da Saúde da Província. (LABEL, 2008)

²⁴ Fonte: <http://www.sanluis.salud.gov.ar>

Porém não foi possível constatar a formação de uma rede de acordo aos preceitos recomendados.

Província de Rio Negro²⁵

Outro exemplo de uma política pública em saúde mental pode se verificar na província de Rio Negro Atualmente, o Programa de Saúde Mental Comunitária conta com a seguinte estrutura:

- 27 Serviços Interdisciplinares em saúde mental comunitária em Hospitais Gerais (33 hospitais). Esses Serviços dependem da Direção de Atenção Médica do Hospital. As Chefias são escolhidas dentro das equipes com apoio da direção do Hospital.
- 7 estruturas intermediárias: 5 centros comunitários, 1 residência terapêutica, 1 casa para o trabalho de atenção e ressocialização com pessoas sob processo judiciário;
- 3 estruturas intermediárias em construção
- 8 empresas sociais, que fazem parte dos Serviços de Saúde Mental e das Associações de Familiares, que são em número de duas.

A condução é feita pela Equipe Provincial de Coordenação formada por: Coordenação Provincial de Saúde Mental, Departamento de Saúde Mental e 6 Coordenações Zonais.

Saúde Mental está presente em 116 dos 161 Centros de Saúde, e também em 56 dos 76 *paradores* (pequenos agrupamentos de casas na zona rural) sob a modalidade de patrulhas, visitas domiciliares e /ou atendimentos de urgência. o que implica uma cobertura de 74% do total da rede de estruturas do subsetor público.

²⁵ Fonte :[http:// saudemental rio negro.blogspot/2009/01](http://saudemental.rio.negro.blogspot/2009/01)

A despesa em saúde no PB da província de Rio Negro em 2005 foi de 2% segundo a Direção de Estatísticas e Censo da Província. A porcentagem da população que se serve do subsetor público, na medida em que não tem cobertura de obras sociais ou convênio médico, é de 49,9% algo superior à média nacional, que é de 48,1%.

Província de Misiones²⁶

Foi possível constatar a presença de técnicos de saúde mental em alguns dos programas do Ministério de Saúde da província, tais como Atenção ao Adolescente, Assistência em Gerontologia e Materno Infantil. Não constam programas nem redes de saúde mental específicos, embora se possa constatar pelo site do Ministério, uma concepção de saúde que leva em conta os preceitos da descentralização e de integralidade na atenção básica.

Província de Santa Cruz²⁷

Com orientação comunitária, Santa Cruz oferece desenhos de políticas públicas que tendem à construção de redes de economia solidária, participação comunitária. Mas na especificidade da área de saúde mental, não foi possível encontrar nenhuma menção à programas nem a redes próprias.

Província de Entre Rios²⁸

Foi possível constatar dois programas específicos atendidos por saúde mental de forma interdisciplinar: Programa para Jovens e Programa

²⁶ Fonte; [http //misiones, salud.gov.ar](http://misiones.salud.gov.ar)

²⁷ Fonte: <http://santa cruz.gov.ar>

²⁸ Fonte: <http://entrerios.gov.ar>

de Violência. Não foi possível acessar mais dados desses programas, nem de redes de saúde mental específicas.

Província de Jujuy²⁹

As pesquisas nessa província não constataram rede de saúde mental nem programas específicos. Podem-se notar algumas iniciativas em capacitação para enfermagem em temas de saúde mental, assim como trabalhos interdisciplinares em programas de idosos, e adolescentes.

²⁹ Fonte: <http://jujuy.gov.ar>

Província de Corrientes³⁰

Pode-se atestar a existência de equipes interdisciplinares de saúde mental em hospitais gerais, assim como trabalhos de inclusão dentro do Hospital de Saúde Mental *São Francisco de Assis*, na cidade capital. Não foi possível detectar um programa específico de saúde mental, e sim ações atreladas a programas em andamento, como construção de uma Rede de Proteção/Prevenção em DST/AIDS e Programas destinados à Infância e Adolescência, assim como um início de organização da assistência psiquiátrica para dar conta das emergências e o tratamento de adições.

Província de Salta³¹

Nessa província desenvolve-se há dez anos uma Residência em Psicologia Comunitária que articula o projeto de formação com a atenção em saúde mental dentro da estratégia de APS em todo o território da província. Essa Residência depende do Ministério de Saúde da província e significa um importante diferencial para a atenção em saúde mental, sustentando o trabalho dos seus residentes nos diferentes centros de saúde do primeiro nível de atenção. A estratégia de formação consiste na capacitação em serviço; disso decorre a inserção dos seus alunos nos centros de saúde, na mesma medida em que recebem formação teórica interdisciplinar.

Província de Formosa³²

Não se constatarem programas nem redes dedicadas à saúde mental. Pode se apontar algumas iniciativas nesses termos no PROFE, um programa federal de atenção a populações vulneráveis, assim como a presença de psicólogos dentro do quadro profissional do Programa de

³⁰ Fonte: [Http://corrientes.gov.ar/portal/node/4561](http://corrientes.gov.ar/portal/node/4561)

³¹ Fonte: www.psicopol.unsl.edu.ar/mar08_08

³² Fonte: www.formosa.gov.ar

Saúde Comunitária da província e um apoio à realização de redes comunitárias. Saúde mental está incluída nos programas do Ministério de Desenvolvimento Humano.

Província de Neuquen³³

A atividade de saúde mental na província não aparece registrada no rol de programas específicos nem redes. Escassa menção a participação da área em outros programas, como Saúde Reprodutiva, Idosos e no Guia de Experiências Comunitárias, com várias oficinas dedicadas a grupos específicos.

Província de Tucumán³⁴

Também não existem informações disponíveis sobre redes de saúde mental ou programa específico na área de saúde pública. Foi possível constatar a ocorrência de um curso ministrado em 2009 sobre Saúde Mental Comunitária e Gestão de Serviços, com seis meses de duração, a cargo do Ministério de Saúde Nacional.

Província de Catamarca³⁵

De acordo com notícia emitida pelo Ministério da Saúde da província, no mês de agosto de 2010 foi celebrada a Jornada de Saúde Mental de Catamarca e La Rioja que pretendeu avaliar o atendimento dentro da área. Os segmentos contemplados programaticamente: suicídio e droga-dependência. Existe atendimento psicológico e psiquiátrico em três hospitais psiquiátricos e na rede de postos de saúde. Informa-se que existe um

³³ Fonte: <http://www.neuquen.gov.ar>

³⁴ Fonte: <http://www.msp.tucuman.gov.ar>

³⁵ Fonte: <http://www.catamarca.gov.ar>

movimento para reformulação da atenção de acordo à nova lei de saúde mental nacional.

5.3.3. Particularidades observadas no sistema

A seguir, considerar-se-ão algumas singularidades desse sistema de saúde mental que acompanham sua constituição desde o seu início. São elas: a existência dos serviços de saúde mental nos hospitais gerais, e os programas de formação dentro do serviço.

Os serviços de saúde mental em hospitais gerais

Chama atenção o número de serviços de saúde mental existentes nos hospitais gerais e especializados em outras patologias. Praticamente não há um hospital de porte que não conte com algum serviço de saúde mental. Isso configura uma diferença importante em relação à rede de serviços de saúde mental brasileira, que se estrutura com base em equipamentos especializados fora dos hospitais gerais.

A existência de serviços psiquiátricos em hospitais gerais começou na Argentina nos anos 50, como parte de um movimento de transformação, desde o Estado, do sistema sanitário em geral e do psiquiátrico em particular (VISACOVSKY,2002).Em 1956 criou-se a Direção de Saúde Mental, em substituição às Direções de Estabelecimentos Neuropsiquiátricos e de Higiene Mental.

Existiam na época alguns antecedentes desse tipo de serviços, como o serviço de Neurologia e Psicopatologia do Hospital Bernardino Rivadavia, criado em 1938. Esse serviço foi tomado pelo Dr.Gonzalo Bosch,em 1943, como modelo para uma proposta de abertura de consultórios para tratamento de psicopatas não internados e atendimento de casos agudos em hospitais comuns. Também o Dr. Raul Carrillo, Ministro de

Saúde Pública do governo peronista no período 1949-52 sustentou uma proposta que ia além do pensado por Bosch, advogando pela eliminação dos hospícios.

Visacovsky observa que a necessidade de criação de serviços psiquiátricos em hospitais gerais estava clara em alguns representantes do meio psiquiátrico e sanitário argentino, embora não fosse suficiente para se traduzir numa política pública. Mesmo assim, na primeira metade da década de 1950 inaugura-se o serviço de Psicopatologia e Higiene Mental do Hospital Pinheiro e uma seção neuropsiquiátrica no Hospital Rawson, hospital universitário da Universidade de Buenos Aires.

Esses são os antecessores da experiência seminal do Serviço de Psicopatologia de Hospital Lanús, de 1956, já mencionada, que serviu de modelo para a consolidação dessa prática nos hospitais gerais. Sem dúvida alguma, atualmente a estrutura de saúde mental gira prioritariamente em torno dos estabelecimentos hospitalares. A maior parte da demanda que não transita pela psicose e pela neurose grave, escoadas nos hospitais psiquiátricos, centraliza-se nos serviços de hospitais gerais. Certamente esses serviços não guardam suas formas originais, de consultórios externos e internos, já que vão incorporando novas propostas da área. Assim, muitos deles incluem hospitais dia, centros de saúde mental, onde se trabalha com prevenção e formação de profissionais, constituindo-se alguns deles em prestigiosas referências formativas, como o do Hospital Ameghino. Pode-se ver, na estrutura descrita, que muitos CESACs (Centros de Saúde e Ação Comunitária) que constituem a chamada Área Programática, estão incluídos no entorno ou dentro da estrutura de um hospital.

Não é possível deixar de registrar nesse processo, a repercussão da mudança no conceito de *saúde*, proposta pela Organização Mundial da Saúde, em 1948. A conjunção entre desmanicomialização-iniciada, embora pouco implementada pelo movimento de Higiene Mental - e os fatores supracitados permite compreender a aparição e difusão desses serviços em hospitais gerais, como uma forma de responder a algumas das muitas

dificuldades do sistema manicomial. Esses serviços, que como assinalávamos, persistem até a atualidade, constituem um importante eixo dentro do sistema de saúde mental argentino. Assim, funcionam como organizadores de território, onde estão incluídos os CESACs, que oferecem atendimento em saúde mental dentro de suas funções.

As Áreas programáticas definem a inclusão dos serviços dentro dos programas de saúde mental propostos e impulsionados a partir do nível central da Direção de Saúde Mental da Cidade. Esses programas, de acordo com o Guia de Recursos citado, configuram se formando redes de referência e contra-referência com os recursos existentes. Vemos assim:

Rede de serviços em Adições.

Rede de Violência Familiar e Maus tratos infantis

Rede de HIV/AIDS e Saúde Mental.

Rede Infante Juvenil

Sub-rede de Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais severos.

Rede de Transtornos Alimentares.

Rede de Psicogerontologia.

Rede de Psicopedagogia.

Rede de Casal e Família.

Rede de Saúde Mental, Desastres e Desenvolvimento.

Rede de Hospitais Dia

Rede de Empreendimentos Sociais em Saúde Mental.

Rede de Musicoterapia.

Rede de Terapia Ocupacional.

Rede de Bibliotecas de Saúde Mental.

Essa organização obedece à modalidade proposta desde o Documento de Caracas, que defende a organização em redes como um dos pontos centrais para a atenção básica em saúde mental. Podemos constatar que num sistema que mantém os pontos de referência da antiga organização dos anos 50, - mais concretamente, mantém o eixo de organização hospitalocêntrico -, existe o esforço de incorporar novas modalidades de organização dos serviços de acordo com os paradigmas propostos pelas instituições internacionais.

Mas entendemos que, mesmo com essa reorganização, as instituições não estão adequadas aos paradigmas propostos, já que essas redes funcionam mais na tendência de encaminhamento de referência/contra-referência tradicional do que no enfoque de tratamento de acordo à lógica do território. Tampouco existem, dentro do observado, espaços de participação dos usuários e familiares inseridos de forma orgânica nos serviços. Os poucos exemplos devem-se mais à vontade de gestores que abrem espaço para essa inserção do que a uma lógica de serviços.

A questão da formação: a formação dentro dos serviços

Constatamos que quase todos os serviços de saúde mental – dentro dos hospitais gerais ou específicos - incluem a atividade docente em sua grade de atividades. Essa prática tem alguns desdobramentos dignos de nota.

Por um lado, é uma prática de grande valor, já que instala a **formação em serviço** como uma forma de contornar o problema da formação de quadros aptos para responder às demandas específicas da rede. A estrutura formativa da graduação responde de forma parcial e distorcida a essas demandas, e os dispositivos da formação em serviço ajudam os profissionais a realizar um aprendizado ajustado às necessidades do serviço em que se incluem.

Assim, observamos diferentes categorias de inclusão: *Pasantia* (semelhantes aos estágios no Brasil), *concurrência* (inclusão como profissional que responde ao serviço, sem vínculo com instituição docente), *residências*, etc.

A maioria desses serviços sustenta a oferta de formação clínica. Sua orientação geralmente é de corte psicanalítico, obedecendo a uma particularidade argentina, que é a grande penetração na cultura dos pressupostos e categorias terapêuticas, com predomínio dessa orientação. Sem aprofundar nessa temática, que foi tratada no mestrado (MARAZINA, 2004) podemos afirmar que a marca cultural da psicanálise na sociedade argentina não somente construiu uma demanda como impulsionou uma visão clínica sem comparação no resto de América Latina, Brasil incluído. A qualidade clínica da atenção oferecida na rede pública é muito superior à encontrada nos serviços brasileiros, graças a essa particularidade mencionada. Os centros de atenção configuram lugares de prestígio formativo e reforçam a tradição de formação nos serviços, que no Brasil se encontra em início e de forma precária.

Um analisador dessa situação é *"Psicoanálisis y El Hospital"*, publicação semestral de profissionais de instituições hospitalares. Desde 1992, um grupo de profissionais que desenvolvem sua prática psicanalítica na rede de hospitais da cidade de Buenos Aires, rede predominantemente pública, vem editando essa publicação, de caráter clínico, onde se desenvolvem diversas temáticas que tomam como centro o cotidiano hospitalar. Assim, ao longo dos mais de 40 números, vemos desfilar temas como "A admissão", "Dispositivos institucionais", "A urgência", "O fármaco", "Psicanálise e medicina", "A saúde mental", "Presença da instituição" e muitos outros, em que psicanalistas, tanto supervisores quanto membros dos serviços hospitalares refletem sobre sua prática institucional, articulando conceitos da psicanálise a outros saberes que permitam dar conta dela. Vemos aqui uma forte corrente que faz jus à tradição psicanalítica argentina,

na linha de uma psicanálise que não se fecha nos consultórios, mas reconhece o âmbito institucional como uma das suas filiações.

Ao dizer do editor (PUJÓ, 1993):

...não se trata simplesmente de corroborar um saber pré-estabelecido nem somente de achar uma via aceitável à comunicação da experiência. Constitui, mais radicalmente, a ocasião de pôr a prova esse saber, suas diversas formulações, a viabilidade de sua transmissão, cada vez num contexto particular (...). Oportunidade pela qual a solidão da clínica tem no hospital a possibilidade de recordar seu sentido mais apropriadamente freudiano: muito a aprender, ninguém para ensinar, reinventar a cada vez a psicanálise.

Por outro lado, é necessário apontar uma situação que afeta o sistema de formação no serviço de maneira paradoxal: a maior parte das categorias de inclusão nos serviços mencionadas são cargos *ad-honorem*, já que se considera que o investimento no processo formativo do profissional justifica um trabalho não remunerado. A extensão desse estado de coisas é enorme. **Praticamente mais de 60% da rede se sustenta em base a profissionais incluídos nessa condição.** (PIANELLA, 2010). Tomando como referência os dados citados no Quadro 1, infere-se que existem aproximadamente 1800 profissionais em condição de não assalariados na rede pública. O tempo em que um profissional pode permanecer nessa situação antes de sua efetivação - caso ela se produza - varia de meses até mais de dez anos. Essa duração, que não obedece a prazos de formação, evidentemente, deve-se ao longo intervalo de tempo desde os últimos concursos realizados, que segundo o Doutor. Ase datam dos anos 90. Esse dado é confirmado pelo Dr. Langer na sua entrevista. Portanto, não existe renovação no plantel profissional nem ampliação de contratações para serviços necessários.

Sobre essa situação encontramos uma referencia valiosa no trabalho de Bonano, L'Hoste e Bozzolo (BOZZOLO *et al*, 2008). No relato "Intervenção institucional em uma residência de saúde mental", eles assinalam:

“Sem duvida, esse (o trabalho gratuito em instituições públicas) era um instituído do imaginário fortemente ancorado na idéia da **solidariedade**, alimentado no laço social do Estado, o que supunha uma forte valorização dos espaços públicos onde se efetivava a assistência à comunidade e a formação dos profissionais nessa orientação. Essa idéia, essa significação imaginaria coletiva –no dizer de Castoriadis- conferia o sentido para essa articulação. É evidente que esses sentidos se colocavam em transcendência: o hospital como parte do magno projeto da saúde pública, essa saúde incluída num país-nação com um projeto de futuro gerido pelo seu Estado. A experiência demonstra que esses sentidos mostram fortes sinais de esgotamento: os supervisores e analistas que em seu momento apoiaram esse espaço com nossa experiência e funcionamento, hoje não podemos mais fazê-lo”(Pag. 46)

Essa colocação abre possibilidade de pensar mais amplamente. Entendemos que ela analisa também uma forma de pertença dos setores intelectuais argentinos ao projeto do país-nação, essa significação imaginaria coletiva que apresenta fortes sinais de esgotamento, como os próprios autores analisam. Ao nosso ver, isso não se corresponde com a posição dos setores intelectuais brasileiros, menos engajados, no seu conjunto, nos projetos sociais coletivos. O setor intelectual argentino provém fundamentalmente de setores de classe média, afastados da propriedade dos meios de produção e o gerenciamento da riqueza e muito mais sensíveis às ideologias de valorização da coisa pública. Em comparação, os setores intelectuais brasileiros se desenvolveram muito mais inseridos nos setores dominantes, comprometidos com uma construção de estado que preservasse privilégios e interesses dos proprietários da riqueza. O acesso à educação básica universal, na Argentina fez parte fundamental do projeto nacional, com uma abrangência que não encontra no Brasil uma formatação semelhante. FAUSTO e DEVOTO (2008) observam que nos finais do século XIX existiam no Brasil instituições educativas mais significativas que na Argentina, no que tange ao ensino superior, assim como uma Biblioteca Nacional, herança da Biblioteca Real portuguesa, que não encontra paralelo no vizinho país. Mas na área do ensino primário, as coisas podem ter sido diferentes. A Constituição imperial de 1824 garantia, no artigo 179, a instrução primária gratuita. No entanto, pouco se fez nesse sentido. PRADO (1999) apud FAUSTO e DEVOTO, comenta que é

surpreendente o escasso relevo da discussão parlamentar brasileira sobre o ensino primário, mesmo na década de 1850. Na Argentina, no entanto, em 1852 o ensino básico seria um tema relevante no projeto político da elite liberal. Tanto é assim, que seu grande propulsor, Domingo F. Sarmiento seria nomeado rapidamente Diretor de Escolas da Província de Buenos Aires, cargo que permite a efetivação do projeto de ampliação desse ensino

SARLO (2001) falando do “ser argentino” assinala que nos primeiros sessenta anos do século XX a base universal que garantia um mínimo de identificação nacional era formada por três qualidades: ser alfabetizado, ser cidadão e ter trabalho. Não se tratava de uma realização isenta de exclusões e conflitos, mas os episódios de injustiça e exclusão, as perdas identitárias da massa de imigrantes, a repressão das diferenças culturais, a violação de direitos e desigualdade de oportunidades foram menos decisivos na constituição de um processo de identidade que os processos de alfabetização, a extensão dos direitos sociais e econômicos e a generalização de direitos políticos.

Isso serve de base na Argentina para a construção de grandes setores médios de uma classe profissional menos elitizada e mais sintonizada com a valorização do espaço público.

Mas essa posição de compromisso solidário se encontra severamente questionada pela brutal diminuição do papel do Estado na sustentação de valor para a coisa pública e sua mudança para um Estado que pretende gerenciar pobres serviços para os que não têm como pagar. Porém, mantém uma vigência imaginária vacilante, alicerçada também na diminuição de postos de trabalho nas instituições e na necessidade de encontrar um espaço de reconhecimento e formação para os profissionais. O funcionamento institucional assume assim traços eminentemente perversos, dando origem a um mal-estar que desborda constantemente os espaços institucionais.

Essa situação não pode deixar de produzir efeitos graves na atenção na própria rede de saúde, além do grande risco que implica a precariedade da situação de profissionais em desempenho de tarefas de alta complexidade e que, em muitos casos, são utilizados como mão de obra pelos profissionais contratados, que deixam a seu cargo os aspectos mais complexos do trabalho. Esse estado de coisas foi constatado *in loco* em vários contatos com associações de residentes e *concorrentes*, inclusive através da participação numa jornada no Hospital Borda em junho de 2006, organizada precisamente pela *Comissão de Profissionais Não Remunerados* do Hospital, cuja temática era essa particular e problemática forma de inserção.

Queremos deixar registrado o testemunho de um prestigioso analista institucional, Osvaldo Bonano, que no seu artigo “Sofrimento psíquico nas instituições” (BOZZOLO *et al*, 2008) desenha um contundente retrato desse mal-estar:

Em varias das intervenções institucionais que atualmente realizo em hospitais públicos não me pagam, e o reconhecimento que posso esperar, com sorte, será um atestado assinado pelo Chefe de Serviço, jamais pela direção do hospital. Nas minhas pastas, tem montanhas de folhas escritas sobre a perversidade do “regime de assistência honorária”.Essas idéias não me abandonam: **eu não posso abandoná-las ou lhes dar um fechamento**(pag.55)
(Grifos da autora.)

5.4. Algumas observações conclusivas

No percurso realizado através das diferentes maneiras pelas quais cada província trata do campo pode se confirmar as observações realizadas pelos nossos entrevistados, no sentido de uma inexistência de uma política pública para saúde mental em nível nacional.

A problemática de saúde mental ocupa espaços muito dissimiles de acordo com a postura dos ministérios de saúde de cada província. As iniciativas de formação de redes, de uma política de território para abranger as demandas de saúde mental, são parciais e delimitadas. Geralmente, a

saúde mental ocupa certo espaço articulado à medicina comunitária – quando existe- ou aos programas de abordagem multiprofissional, tais com DST/AIDS. Materno-infantil, Adolescência, Prevenção à Violência.

Tal como já se observou, existe somente um Programa de abrangência de território provincial, com um claro sistema de referência à inclusão do paciente dentro da comunidade, que é o Programa de Rio Negro. Existem iniciativas em andamento, como a da Província de Córdoba, e outras louváveis iniciativas no campo da formação, como o Hospital Escola de San Luis, que nasce como resultado do processo de desmanicomialização do antigo Hospital Psiquiátrico da Província, ou a Residência em Psicologia Comunitária de Salta. Repetimos, porém, que são iniciativas que não cristalizam na criação de redes nacionais.

Ao considerar os discursos oficiais que acompanham as descrições de programas ou propostas dentro da saúde mental, pode se dizer que todos eles se utilizam de pressupostos sustentados e sugeridos pela Declaração de Caracas e outros compromissos internacionais. Nesse sentido, entendemos que esses pressupostos estão assentados no discurso e nas legislações mais completas dentro do panorama sistêmico argentino.

Entendemos também, porém, que as práticas de atenção perpetuam moldes tradicionais, de prestações ambulatoriais sem articulação interna numa proposta de atenção interdisciplinar e com um predomínio do modelo hospitalocêntrico tradicional. O hospital é, em alguns casos, o único recurso medianamente eficaz de que dispõe uma província para atender a demanda de saúde mental. Essa situação configura uma inércia importante em relação a projetos e realizações substitutivas dentro do próprio país. Os serviços existentes fora do hospital se organizam de acordo com o modelo tradicional de prestação de serviços médicos, regidos pela lógica de referência/contrarreferência. Em geral, salvo uma ou outra ação dirigida em contrário, essa lógica redunde em isolamento e fragmentação dos serviços, que tratam o paciente de forma a acolhê-lo se for possível no âmbito reduzido de oferta do serviço, a mantê-lo em longas filas de espera ou a encaminhá-lo

descompromissadamente com posterior evolução do caso (a largamente conhecida manobra de “passar a bola”).

Parece-nos necessário destacar, porém, que dentro da fragmentação existente, foi possível constatar variadas iniciativas contrárias a essa lógica – e temos registrado varias delas – em que os profissionais levam adiante uma ação militante de criação de dispositivos regidos pelos princípios que referenciam o nosso estudo. Ainda que, muitas vezes essa ação se produza em contra ou com dificuldades para integrar os seus resultados na esfera oficial, tem se caracterizado pela persistência e a produção de notáveis invenções clínicas.

5.5. O Sistema de Saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro passa a ter uma forma mais abrangente na década de 1950, acompanhando o crescimento industrial e urbano do país. Em 1953 cria-se o Ministério da Saúde e se fortalecem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que tinham entre suas funções a de oferecer alguma assistência médica às populações de trabalhadores. Até então, a atenção médica era restrita à prática privada, nos centros urbanos, e à assistência hospitalar, pelas Santas Casas de Misericórdia, geridas por instituições filantrópicas e/ou religiosas.

Nos anos 1950 então, vem a se consolidar um modelo médico-assistencial-privatista, em vigor até meados dos anos 1980. (ANDRADE, 2007). Esse modelo assenta-se em três pilares:

- o Estado, como financiador, através da Previdência Social;
- o setor privado assistencial curativo como prestador de serviços
- o setor internacional como grande fornecedor de insumos, medicamentos e tecnologias.

Produz-se uma institucionalização do setor privado de assistência, que pode ser percebido pela multiplicação de prestações e consultas assim como pelo notório desenvolvimento de instituições assistenciais privadas no campo.

Evidentemente, expandem-se novas demandas em saúde produzidas pelo modelo institucional oferecido. A ideologia dicotômica entre assistência pública e privada vai se construindo ao calor dessa expansão.

Para MENDES (1994) nesse sistema podem distinguir vários subsistemas:

- o subsistema estatal, composto pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais, onde se exercia a medicina mais simplificada, destinada as populações não integradas na economia.

- o subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, que cobria os beneficiários dessa instituição e as populações não abrangidas pelas políticas de universalização excludente.

- o subsistema de atenção médica supletiva, cujo alvo era populações qualificadas que provinham de grandes empresas.

- o subsistema de alta tecnologia, centrado nos hospitais universitários e da população de maior densidade tecnológica.

Entre o final dos anos 70 e década dos 80, aprofunda-se a crise econômica no país, trazendo a necessidade de reduzir gastos e revelando a fragilidade do modelo médico - assistencial- privatista, que desde seu início foi alvo de críticas, majoritariamente por parte da comunidade acadêmica e da sociedade civil. As críticas apontavam sobre tudo à premissa da dependência do sistema de ações de saúde dos recursos previdenciários. O debate ideológico centrou-se nas dicotomias criadas pelo modelo: assistência preventiva x curativa; ações primárias simples x maior complexidade; assistência individual x saúde pública, etc.

Ao longo da década de 1980 criam-se vários organismos que visavam a regular a problemática do campo da saúde. Em 1985, uma portaria cria os AIS (Ações Integradas de Saúde) que regula o setor sanitário em seu conjunto, incluindo os contratados e conveniados. Os AIS aparecem como uma *estratégia- ponte* para reordenar o sistema de saúde em direção a uma democratização que pode ser ampliada pela luta dos movimentos sociais e políticos. (ALMEIDA, 1995)

A proposta da Reforma Sanitária se constrói no contexto da crítica ao sistema da saúde que, inserida no movimento de resistência à ditadura militar, articula a oposição em torno das palavras de ordem “*Saúde como direito de todos e dever do Estado*”. No período de 1985 a 1987, setores políticos significativos acedem ao aparelho do Estado, desenhando o setor de ações de saúde, insistindo na descentralização e desconcentração das mesmas.

Inicia o processo da Reforma Sanitária, o qual alcança a sua plenitude na VIII Conferência de Saúde (1986) quando surge o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essa Conferência é até a atualidade, referencia para as reformas promovidas no setor. Os principais eixos de discussão foram: a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema e o financiamento do setor. Pela primeira vez, realizam-se pré-conferências estaduais e municipais, com participação de setores de usuários, onde se prepara a agenda de temáticas a serem tratadas. Temos extensa literatura em torno dos trabalhos da “Oitava” (AROUCA, 1998, FLEURY, 1988). Os autores coincidem em assinalar o importante consenso ali atingido sobre a necessidade de reformular não somente a estrutura administrativa e financeira do sistema, mas também, e principalmente, o conjunto de leis e disposições jurídicas que deveriam contemplar a ampliação do conceito de saúde segundo os postulados da reforma sanitária. A importância dessa conferência pode ser medida pelo fato de que seu relatório serviu de base para o capítulo de saúde da Constituição de 1988.

5.5.1. A Reforma Sanitária

A sanção constitucional das reformas no setor da saúde iniciou o longo processo de estruturação do SUS (Sistema Único de Saúde), rede hierarquizada de saúde pública por regiões. Os princípios que norteiam o SUS são os princípios constitucionais de integralidade, universalidade, descentralização, participação comunitária e acessibilidade de todos os cidadãos a qualquer ação de saúde do sistema.

Uma das principais mudanças residiu na descentralização da atenção, ficando com os municípios as atribuições de planejamento e execução das ações no nível local, bem como de administrar os estabelecimentos hospitalares tanto de nível primário quanto secundários. Os procedimentos de alta complexidade, de ações complementares, da cooperação técnica e financeira aos municípios seriam encargos assumidos pelas instancias federais e estaduais. Esse tem sido um processo lento e nada linear, na medida em que os municípios precisaram se adequar às pautas mínimas para receber ajuda e instalar sua rede. Isso nem sempre tem sido possível, dadas as enormes diferenças existentes no território nacional, tanto no sentido econômico quanto sócio-cultural, mas sem dúvida tem se produzido avanços.

A participação social foi plasmada na criação dos Conselhos de Saúde em todos os três níveis, com 50% de usuários e o outro 50% formado por representantes do governo, trabalhadores e instituições participantes. Também se legislaram as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, que devem se realizadas a cada quatro anos para trabalhar sobre os diferentes temas do setor, com os objetivos de delinear a agenda de saúde de acordo com as diretrizes prioritárias e constituir a agenda para o seguinte quadriênio. Na composição das Conferências também se segue o critério de escolha de representantes de cada setor da sociedade implicado na problemática da saúde, tendendo a reforçar a participação a mais ampla possível. (HEIMANN, 1992)

Sem dúvida alguma, o SUS foi e continua sendo um avanço na cobertura de saúde de grandes segmentos da população antes marginalizados dela, fundamentalmente porque o princípio de universalidade sustenta o acesso desses segmentos à atenção, sobretudo nos níveis mais primários. Sabemos, porém, que esse processo está sujeito a marchas e contramarchas das condições econômicas do país, assim como aos conflitos de grupos de interesses que são contrários à expansão do sistema. Nos níveis mais complexos, a cobertura reflete particularmente essa dificuldade, dado que as prestações são realizadas em sua maioria em instituições privadas, que ainda que se constituam como instituições sem fins lucrativos, dependem dos insumos e aparelhagem de empresas multinacionais, o que restringe enormemente a possibilidade de compra e barganha do SUS.

A década dos 90 traz no seu bojo uma crise econômica importante, que restringe de forma drástica o orçamento em saúde. Mas é necessário recordar que de acordo com o já anteriormente expresso, o país se orienta pela receita dos organismos internacionais de crédito para aplicar um ajuste que afeta as áreas sociais em seu conjunto. Essa situação, que atinge diretamente às fontes financiadoras do SUS leva a uma parcela da população de maior poder aquisitivo a migrar para as empresas de seguro de saúde, que se expandem acentuadamente. A população mais pobre fica como usuária privilegiada do sistema.

Ainda que exceda o limite de esse trabalho discutir mais profundamente as questões atinentes ao processo de construção do SUS, podemos dizer que ele se acha em constante desenvolvimento e contradição, afetado pelas decisões políticas tomadas por cada governo em relação à saúde. Esse tem sido o seu principal obstáculo, e não - como se costuma dizer - a inadequação do próprio sistema, que a nosso ver, é uma das políticas públicas mais importantes na área da saúde em nível mundial. Sobretudo, é uma grande fonte de distribuição de riqueza, constantemente impedida pelos lineamentos das políticas neoliberais. (MENDES e MARQUES, 2009)

5.6. O sistema de saúde mental

Seguindo a orientação geral que acabamos de desenvolver pode-se observar no Brasil, na década dos 50, a política de assistência psiquiátrica concentrada nos grandes hospitais psiquiátricos.

Brasil conta com esse tipo de instituição desde 1852, ano em que se inaugurou o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, considerado como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. No século XX ocorre uma grande expansão no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais em todo o Brasil. São Paulo, que desde a última década do século XIX investia pesadamente em saúde pública e saneamento, acompanhando as necessidades urbanas surgidas à luz de sua dinâmica econômica, entrega a assistência aos alienados ao psiquiatra Franco da Rocha, que constrói em 1898 o Hospício Colônia de Juqueri. Tanto o Hospício Pedro II quanto o Juqueri assumem as características típicas do modelo asilar, com sua lógica de isolamento e segregação do paciente do convívio social e familiar, magistralmente abordada por numerosos autores, entre os quais destacamos FOUCAULT(1978) e CASTEL (1991), assim como COSTA(1984) e BIRMAN (1978) para o caso brasileiro.

A necessidade de modificar esse modelo asilar começa a surgir na década de 1970, valendo-se dos mesmos espaços críticos de produção do pensamento sobre a saúde que abria o movimento mais amplo da Reforma Sanitária. Nasce e cresce, assim, a Reforma Psiquiátrica, que articula diversos atores sociais implicados na formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil: movimentos, militância, profissionais da área, entidades de profissionais e setores da academia. No final dos 70, surgem as primeiras denúncias sobre o trato desumano recebido pelos pacientes nos hospitais psiquiátricos e o movimento crítico se estende ao sistema asilar.

Em junho de 1987 se realiza a I Conferência Nacional de Saúde Mental, logo após a VIII Conferência. Ela transcorre num clima de confronto político importante, e o seu Relatório Final propõe a reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental, que implica a reformulação dos serviços, a definição de uma política afinada com a política de direitos humanos e também, portanto, a redefinição da legislação em vigor até a data.

A Conferência também destina recomendações à Constituinte (Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1988). Está dado o início de um longo processo através do qual o movimento pela Reforma Psiquiátrica persegue a transformação enunciada, procurando a organização dos trabalhadores da área, e estimulando o surgimento das associações de usuários e familiares. Várias experiências se concretizam. Em São Paulo, sob a égide das prefeituras ganhas pelo PT em 1989, dão-se duas experiências de instalação das primeiras redes de atenção psicossocial. Na cidade de Bauru, um grupo de profissionais gesta o que seria a experiência seminal de Santos, cujos NAPS servem de modelo para pensar os equipamentos-chave da atual política, os CAPS. (MARAZINA, 1989). Na Prefeitura de São Paulo, simultaneamente, instala-se a rede de Hospitais Dia e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS), atendendo as características da cidade. Por participação pessoal nas duas experiências, a autora testemunhou o enorme entusiasmo e empenho por parte dos profissionais, apoiados pelas autoridades municipais, na criação de novos dispositivos que pudessem começar a abrir o fechado conceito da política asilar.

Particularmente, consideramos os CECCOS um dispositivo radical na linha de abertura conceitual sobre a exclusão, já que se propunham à convivência com pacientes atendidos na rede, que partilhavam oficinas diversas junto aos moradores dos bairros onde os CECCOS se instalavam, sem nenhum tipo de diferenças.

Na cidade de Campinas instala-se também uma rede de serviços alternativos a partir da ação de um grupo de profissionais oriundos da

Universidade e do Hospital Candido Ferreira, muitos deles com longa trajetória na Medicina Sanitária e Comunitária, que vem desenvolvendo um trabalho de qualidade até a atualidade.

Certamente é possível afirmar que essas experiências não somente influenciaram os rumos da Reforma como também se constituíram em valiosos laboratórios para a implantação da rede em nível nacional.

Nesse contexto, em 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde indicou como prioritária a reversão da assistência centrada no leito psiquiátrico e propôs estratégias para transformá-la. Segundo a equipe técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, começou nessa época uma fiscalização mais eficaz no âmbito hospitalar, assim como novas normas de qualificação desses serviços, o que permite que sejam fechados muitos leitos inadequados e francamente deficitários em atenção e qualidade. Em paralelo, começou o processo de apoio à criação de redes de serviços substitutivos ao hospital- serviços de atenção diária de base municipal - passando segundo os autores, de três serviços em 1990 para 237 em 1999. (GRIGOLO e DELGADO 2010).

É possível perceber como a partir dessa data, na primeira década de 2000, o processo de reformulação se acompanha pela criação de um arcabouço legal, que, ao mesmo tempo o solidifica e dá continuidade à extensão da reforma. Assim, em fevereiro de 2000, a Portaria GM/SS 106 cria as Residências Terapêuticas; em novembro de 2000 a Portaria GM/MS 1200 inclui e cria os procedimentos assistenciais das residências no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) dando possibilidade aos municípios para implementarem iniciativas de desinstitucionalização de pacientes com longa permanência asilar (BRASIL, 2004).

O marco fundamental que constitui a Lei 10.216 foi finalmente promulgado em abril de 2001. Essa lei, chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, derivada do Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado, consagra o princípio do atendimento extra-hospitalar, de corte comunitário,

promotor de integração social e legisla que as internações, se necessárias precisam ser realizadas de forma a propiciar uma autonomia possível. A Lei estabelece como eixos da política de saúde mental os direitos do paciente e de seus familiares.

Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde convoca a III Conferência de Saúde Mental, que se realiza em dezembro desse ano. Essa Conferência constitui-se num foro importantíssimo para a definição da política de Saúde Mental no país. Os seus temas: financiamento das ações em Saúde Mental; fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico; implantação dos novos serviços extra-hospitalares; a formação de recursos humanos para as novas estruturas de atenção, entre outros.

Nessa Conferência era prioritário um consenso acerca da política, a qual já se encontrava definida, visto que em meses anteriores a Conferência, vários grupos de trabalho tinham elaborado propostas que foram aceitas pelo Ministério da Saúde e que tratavam da expansão e normatização dos serviços extra-hospitalares por meio dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e da regulamentação da avaliação dos Hospitais Psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Também se trabalhou para a hierarquização do porte dos hospitais para remuneração. (BARROS e BISCHAFF, 2008). De fato, hoje os CAPS são os dispositivos estratégicos de uma política assumida pelo governo federal. De acordo com o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, os CAPS constituem o núcleo estratégico da rede assistencial de Saúde Mental. (BRASIL, 2004).

Um pilar fundamental da atual Política de Saúde Mental é o programa “De Volta para Casa”. Fruto de varias iniciativas, o programa, desde o inicio dos anos 90, pretende reintegrar pessoas com doenças mentais e egressas de longas internações, e propicia o pagamento do *auxílio reabilitação psicossocial*. Regulamentado pela Lei 10.708, de julho de 2003, trata-se de uma política de inclusão e redistribuição de renda.

Neste momento a nossa análise recolhe os dados da publicação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, de junho de 2010, *Saúde Mental em Dados 7*. A partir desses dados poderemos estimar o grau de desenvolvimento que a Política de Saúde Mental alcança no país até a atualidade.

Além disso, como forma de interrogar as diferenças regionais, voltamo-nos a três instrumentos confeccionados em diferentes momentos (os Censos Psicossociais) que podem nos informar sobre a implementação das políticas de desinstitucionalização.

Entendemos que existem diferentes estágios de desenvolvimento da política de saúde mental, na medida em que o Brasil é uma democracia federativa e semelhante ao que acontece em Argentina, cada Estado aplica as diretrizes nacionais de acordo as suas características próprias. Mas também é importante ressaltar ser já possível a afirmação de que a abrangência de uma política nacional no Brasil é mais profunda que na Argentina. Não somente porque o arcabouço institucional é mais consistente - como traço sócio-histórico já apontado - mas porque geralmente uma política nacional conta com todo um direcionamento de recursos econômicos e humanos que favorece sua disseminação ao longo do território nacional.

Segundo apontamento realizado pelo Professor Paulo Carvalho Fortes em suas sugestões, é importante ressaltar, na linha da coerência institucional, ressaltar que a legislação brasileira prevê que, se as diretrizes de um sistema forem consideradas como normas gerais, elas DEVEM ser seguidas por todas as esferas estaduais.

(Para interrogar as diferenças apontadas, trabalharemos com dados de três Censos Psicossociais):

- Censo Psicossocial do Estado de São Paulo, publicado em 2008 pela Secretaria de Saúde do Estado. Está disponível em publicação da Secretaria de Saúde de São Paulo³⁶.

- Censo do Estado da Bahia, fruto de uma parceria da Secretaria de Saúde da Bahia, Ministério da Justiça e Universidade Federal da Bahia, além da Secretaria de Direitos Humanos e Ministério Público. Disponível on line³⁷.

- Censo Psicossocial da Cidade do Rio de Janeiro. Publicado pela Secretaria Municipal de Saúde. 1995.

5.6.1 Saúde Mental em Dados -7

Começaremos pelo processo mais amplo, tomando a referência dos *Dados de Saúde Mental 7* (BRASIL,2010). Vale dizer que essa publicação, que é uma Edição Especial, foi realizada especialmente para servir de consulta para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mês de setembro de 2010³⁸

Importante remarcar que essa IV Conferência assume um caráter intersetorial. Isso implica numa mudança fruto da experiência dos anos transcorridos, que enfatiza o caráter intersetorial como concepção cada vez mais presente na atenção em saúde mental. O período abrangido vai desde dezembro de 2001 (III Conferência) até junho de 2010.

Alguns avanços do período:

³⁶ SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo. 2008.

³⁷ [http://www.saude.sp.gov/profissional/Seminário Estadual de Saúde Mental 2008](http://www.saude.sp.gov/profissional/Seminário_Estadual_de_Saúde_Mental_2008). Acesso dezembro de 2010.

³⁸ Op.cit.

- aumento do acesso à atenção. Chegou-se a 63% de cobertura, com participação da atenção básica e com ações intersetoriais como inclusão pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos.

- fechamento de aproximadamente 16.000 leitos de baixa qualidade assistencial. O ano de 2009 fecha com 35.246 leitos.

- diminuição do porte dos hospitais psiquiátricos. Hoje, 44% dos leitos estão em hospitais de pequeno porte. Houve aumento de desinstitucionalização de pacientes internados por longos períodos.

- desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares são maiores que os gastos hospitalares. Em 2009, 67,7% do gasto federal dirigiu-se às ações comunitárias.

Tabela 1.Cobertura de Caps no território nacional

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 hab
Norte	15,359,603	39	22	2	3	11	77	0.38
Acre	691,132	0	1	0	0	1	2	0.29
Amapá	626,609	0	0	0	1	2	3	0.48
Amazonas	3,393,369	1	3	1	0	0	5	0.15
Pará	7,431,020	20	11	1	2	5	39	0.40
Rondônia	1,503,928	10	5	0	0	1	16	0.73
Roraima	421,499	1	0	0	0	1	2	0.36
Tocantins	1,292,051	7	2	0	0	1	10	0.50
Nordeste	53,591,197	334	120	13	34	70	526	0.77
Alagoas	3,156,108	36	6	0	1	2	45	0.86
Bahia	14,637,364	109	30	3	7	14	163	0.75
Ceará	8,547,809	43	27	3	6	17	96	0.89
Maranhão	6,367,138	36	13	1	3	6	59	0.65
Paraíba	3,769,977	36	9	2	7	8	62	1.19
Pernambuco	8,810,256	19	17	1	6	10	53	0.50
Piauí	3,145,325	23	5	0	1	4	33	0.68
Rio Grande do Norte	3,137,541	12	10	0	2	5	29	0.73
Sergipe	2,019,679	20	3	3	1	4	31	1.11
Centro-Oeste	13,895,375	43	24	1	5	15	88	0.48
Distrito Federal	2,606,885	1	2	0	1	2	6	0.21
Goiás	5,926,300	9	14	0	2	4	29	0.41
Mato Grosso	3,001,692	25	2	0	1	5	33	0.68
Mato Grosso do Sul	2,360,498	8	6	1	1	4	20	0.70
Sudeste	80,915,332	169	165	27	53	96	510	0.54
Espírito Santo	3,487,199	7	8	0	1	3	19	0.44
Minas Gerais	20,033,665	74	44	8	11	18	155	0.61
Rio de Janeiro	16,010,429	33	38	0	13	16	100	0.52
São Paulo	41,384,039	55	75	19	28	59	236	0.53
Sul	27,719,118	140	75	3	27	50	295	0.82
Paraná	10,686,247	34	26	2	7	20	89	0.68
Rio Grande do Sul	10,914,128	63	36	0	14	22	135	0.95
Santa Catarina	6,118,743	43	13	1	6	8	71	0.82
Brasil	191,480,630	725	406	46	122	242	1541	0.63

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

No total, existem 1541 CAPS no território nacional, divididos em 725 CAPS I, 406 CAPS II, 46 CAPS III e 242 CAPS AD.

O indicador **Caps/100.000 hab.** considera que o CAPS 1 da resposta para 50.000 habitantes; o CAPS III responde a 150.000 habitantes e os CAPS II, CAPSi e CAPS AD dão cobertura a 100.000 habitantes. Segundo esse indicador, a cobertura nacional estaria próxima a 63%. A referencia anterior em termos de cobertura é a do ano 2002, quando existiam 424 CAPS, com 21% de cobertura.

Em relação à cobertura por UF: houve uma evolução importante na região Nordeste. Ela evoluiu de uma cobertura crítica em 2002 (0,12) para um índice muito bom (0,77), especialmente de 2005 até hoje.

A Região Centro-Oeste parte também de uma cobertura crítica (0,14), e seu desempenho se mantém em níveis menores, chegando a regular (0,48).

No Sudeste, o desempenho é mais constante. Parte-se de cobertura regular em 2002 (0,26) chegando em 2010 a cobertura boa (0,54). Interessante perceber que ainda que os dados de início sejam auspiciosos, não acontece um percurso tão significativo, considerando os recursos existentes na região. Especial menção para o desenvolvimento do estado de Minas Gerais, que efetivamente na atualidade é um dos mais avançados na política de saúde mental dentro da União, especialmente no que se refere às ações intersetoriais.

A Região Norte expressa o maior atraso dentro da rede: sua cobertura não passa de 0,38. Entende-se, de acordo com o documento, que as características peculiares da região representam obstáculo importante e precisam de estratégias específicas. Fica a impressão de que não tem havido estudos em profundidade sobre essas características e necessidades.

Um dado relevante segundo nosso entender dentro dessa tabela é **a cobertura de CAPS III**. No total, dos 1541 CAPS, **somente 46** são do tipo III. Se tivermos claro que o equipamento substitutivo mais importante é o CAPS III, na medida em que inclui dispositivos de internação e funcionamento 24 horas- que são os recursos de contenção de crise mais eficazes na perspectiva psicossocial, evitando a internação psiquiátrica- devemos entender que esse número é um analisador do estado ambíguo da política de saúde mental. Como seria possível interpretar a falta de direcionamento para a criação de um número maior de CAPS III?

Adiantando-nos a possíveis objeções no sentido da maior complexidade requerida por um equipamento desse tipo, assinalamos que no Município de Campinas, segundo artigo de Guarido et al (2010), a rede substitutiva tem seis CAPS III, dois CAPS AD, dois CAPSi, oito Centros de Convivência, trezentas vagas em projetos de Geração de Renda e 38 SRT com 143 moradores. Há aí uma decidida aposta nos equipamentos que efetivamente geram inclusão social e tratamento. Portanto, entendemos que a escassa presença de CAPS III dentro do total de equipamentos a nível nacional nos fala de uma dificuldade, neste momento, de implementar uma política mais decidida de parte da Coordenação Nacional.

A situação relativa aos **SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos)** revela-se ainda precária. A evolução desde 2002, quando existiam 85 SRT no país até 2010, com 564 serviços, é lenta. Segundo o informe, existem vários fatores que dificultam a expansão. Entre eles, mecanismos insuficientes de financiamento dificuldades políticas na desinstitucionalização, uma baixa articulação entre o programa de SRT e a política habitacional do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar dos pacientes de longa permanência e a fragilidade dos programas de formação de equipes para serviços de moradia. Há demandas de SRT para população com transtorno mental em situação de rua, para não egressos de instituições e para egressos de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que não estão incluídos no Programa de forma orgânica, e para os quais, portanto, o gestor não conta com recursos de custeio.

Também o **Programa de Volta para Casa** ainda tem baixa cobertura. Apenas um terço do número estimado de pacientes com longa estadia hospitalar recebe o recurso. Existe grande dificuldade para desinstitucionalizar população mais cronicada, visto que fatores como idade, comorbidades demandam SRs adaptados a essa população, ou seja, mais caros.

Em relação aos **Centros de Convivência e Cultura**, em 2008 existia um total de 51 em todo o país. Esses equipamentos, que não têm o caráter de equipamentos de tratamento, mas de centros de atividades sociais e culturais, são dispositivos de inclusão construídos de forma intersetorial. Em São Paulo nasceram como os já citados Centros de Convivência e Cooperativa, pensados para desenvolver projetos de economia solidária entre pacientes e membros da comunidade. A importância desses equipamentos é decisiva para a inclusão, e entendemos que sua escassez também analisa debilidades do processo de expansão do Projeto. Analisando a distribuição vemos que além de São Paulo, onde foram parte importante do projeto de rede desenvolvido durante a Prefeitura de Luiza Erundina, no ano de 1989, os números maiores se concentram em Belo Horizonte e Campinas, ambos os municípios com uma política de implantação mais avançada.

Em junho de 2009, foi lançado PEAD (Plano de Ampliação do Tratamento em Álcool e Drogas). Seu objetivo: ampliar, diversificar as ações de prevenção, promoção de saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas. O Plano segue a política de diversificação de estratégias e equipamentos dentro do território. Nesse momento, a tendência de investimento se centra nos Consultórios de Rua, em ação intersetorial com os ministérios de Assistência Social, Justiça e Cultura, Esporte e na estratégia de Redução de Danos, para além da implantação de novos CAPSAD.

Desde junho de 2009 ampliou-se a rede de CAPS AD em 26 unidades, criaram-se 34 consultórios de rua, 10 Escolas de Redutores de Danos e 24 Projetos de Redução de Danos. Pelos dados, pode-se constatar que o Projeto ainda requer muito investimento, dado a magnitude do problema.

O PEAD também busca qualificar os Hospitais Gerais para atender as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e eventualmente precisam de atenção hospitalar. O Plano aumentou as diárias em psiquiatria nesses

hospitais, as quais, pela primeira vez são maiores que as dos Hospitais Psiquiátricos.

Parte indissociável do processo de desinstitucionalização são as **iniciativas de inclusão social pelo trabalho**. A Coordenação Nacional utiliza o Cadastro Nacional de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho para mapear as experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental, e tem somado aproximadamente 393 no ano de 2010. Essas iniciativas se realizam em parceria com os Ministérios de Saúde e do Trabalho e Emprego, através da Secretaria Nacional de Economia Solidaria, e tem aberto recursos técnicos e financeiros para sustentá-las. A maior parte delas se concentra na região Sudeste (214), seguida pelo Nordeste (89). O ultimo lugar, com pouquíssimas experiências é reservado à região Norte (20). Vemos que existe, correspondência entre o grau de desenvolvimento da rede e a expansão desse tipo de proposta de inclusão.

Entendemos haver dados muito significativos que se encontram no manejo dos leitos psiquiátricos que permitem pensar o grau de avanço de um Programa de desinstitucionalização em saúde mental. Nesse sentido veremos alguns indicadores da situação no país.

Em primeiro lugar, de acordo com o indicador leitos/1000 habitante, que possibilita avaliar comparativamente os Estados, tem a seguinte distribuição, que continua apontando o Rio de Janeiro como o estado de maior concentração de leitos na Federação:

Tabela 2 – Ranking de leitos hospitalares por habitante.

Ranking Leitos / 1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1º	RJ	15,872,362	38	6,722	0.42
2º	PE	8,734,194	14	2,727	0.31
3º	AL	3,127,557	5	880	0.28
4º	PR	10,590,169	15	2,803	0.26
5º	SP	41,011,635	53	10,801	0.26
6º	RN	3,106,430	5	747	0.24
7º	GO	5,844,996	10	1,222	0.21
8º	PB	3,742,606	5	691	0.18
9º	ES	3,453,648	3	565	0.16
10º	SE	1,999,374	2	320	0.16
11º	MG	19,850,072	20	2,702	0.14
12º	TO	1,280,509	1	160	0.12
13º	SC	6,052,587	4	738	0.12
14º	PI	3,119,697	2	360	0.12
15º	CE	8,450,527	7	955	0.11
16º	MA	6,305,539	3	662	0.10
17º	MS	2,336,058	2	200	0.09
18º	RS	10,855,214	6	810	0.07
19º	MT	2,957,732	2	202	0.07
20º	BA	14,502,575	7	888	0.06
21º	AC	680,073	1	35	0.05
22º	DF	2,557,158	1	125	0.05
23º	AM	3,341,096	1	55	0.02
24º	PA	7,321,493	1	56	0.01
Total		187,093,301	208	35,426	0.189
Total Brasil		189,612,814			0.187

Fontes: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./CNES-PRH/

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A estratégia de pensar a saúde mental junto com a **Atenção Básica** tem sido um dos pilares do Programa de Saúde Mental, em sintonia com os compromissos da Carta de Caracas. Nesse sentido, os **NASF (Núcleos de Atenção de Saúde da Família)** constituem os dispositivos estratégicos da política de atenção básica, e tem uma articulação com os CAPS prescrita no Programa de Saúde Mental para o atendimento em rede dos cidadãos com transtornos mentais. Essa articulação passa pela utilização do processo de *matriciamento*, ou seja, o assessoramento periódico por parte das equipes de CAPS às equipes de saúde da família sobre o processo de encaminhamento dos Projetos Terapêuticos necessários para a atenção dos pacientes referidos ao NASF. BRAGA CAMPOS (2007), que faz parte da equipe de Campinas que elaborou a experiência do apoio matricial, define esse processo como uma oferta de conhecimentos, saberes e propostas de ações e práticas conjuntas nas quais categorias diferentes se envolvem na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Dados de abril de 2010 informam que 1156 NASF estão hoje em funcionamento no país, ocupando 6.895 trabalhadores. Desse total, 2.123 são profissionais do campo da saúde mental, aproximadamente 30%. Isso parece indicar, segundo o informe, que os gestores municipais e estaduais continuam priorizando os profissionais de saúde mental nas contratações para esse tipo de equipamento.

Considerar-se-á o **processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos** entre os anos 2002 e 2009. Numericamente, podemos observar que em 2002 existiam aproximadamente 51.400 leitos. O número de leitos em 2009 fica em 35.400 através do PNASH/psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação Hospitalar) e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica). Foram fechados cerca de 16.000 leitos.

A mudança foi também atendendo à qualidade: pode-se observar que 44% dos leitos psiquiátricos estão situados em hospitais de pequeno porte, enquanto em 2002 apenas 24% dos leitos tinham essa característica, ficando a maior parte nos grandes hospitais. Essa mudança gerou a necessidade de atualizar as classes de remuneração dos hospitais psiquiátricos, que levam em conta o porte do hospital; os hospitais de menor porte são mais bem remunerados.

A expansão e qualificação de leitos de atenção integral à saúde mental nos hospitais gerais ainda é um grande desafio para a rede de saúde mental. Esses leitos, articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos serviços hospitalares de referência para álcool e drogas, devem oferecer acolhimento integral ao paciente em crise, em rede com os dispositivos de referência para esse usuário. Especialmente nas metrópoles, esses leitos são fundamentais para garantir acesso e resolução de crise de forma integrada. Como foi apontado antes, houve um reajuste dos procedimentos para atenção em saúde mental em Hospitais Gerais no final de 2009 que fez com que pela primeira vez os procedimentos de psiquiatria de HG passaram a ser mais bem remunerados que nos hospitais psiquiátricos.

Os dados sobre **recursos financeiros empenhados** são analisador decisivo para avaliar o teor da decisão política que rege o Programa.

A partir de 2006 vemos que os recursos federais nas ações extra-hospitalares ultrapassaram os investimentos em ações hospitalares. De 2002 a 2009, o gasto da União com o Programa cresceu cerca de 40%, se calculado o que se investiu a cada ano *per capita*.

Enquanto o investimento extra-hospitalar cresce em 269%, o investimento hospitalar decresce em 40%. Esses dados devem ser relativizados: na verdade esse enorme crescimento do extra-hospitalar reflete também a extrema carência desse tipo de inversão anterior a 2002. Do mesmo jeito, a redução de 40% em uma estrutura enorme como a sustentada pela política hospitalocêntrica na área, ainda indica bastante trabalho a fazer por essa diminuição.

Cruzando esses dados com outro, bastante significativo, que aponta para um grande aumento do custeio federal de medicações antipsicóticas atípicas, podemos nos perguntar se não estamos frente a um panorama ainda muito incipiente de mudança de mentalidade no campo do tratamento psiquiátrico, que continua insistindo na medicação como forma privilegiada de prescrição. **Para exemplificar, o custo atual de remédios é aproximado ao custo federal de toda a rede CAPS..** A partir de observações realizadas em campo e também de numerosos trabalhos que denunciam uma remedicalização do campo da saúde mental (VAINER, 2006) podemos inferir que a significativa atualização dos recursos farmacológicos tem sido fator hegemônico para esse aumento de prescrição medicamentosa, dado que o que estamos observando é uma prescrição de drogas atípicas, ou seja, de novos medicamentos diferentes daqueles tradicionalmente utilizados dentro do SUS para a psicose.

Tabela 3 - Distribuição de recursos financeiros. Hospitais e Redes de S.M.

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1012,35
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482,83
Total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1.200.37	1329.24	1495,18
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65.54	67.71
Orçamento Executado Ministério da Saúde **	28,293.33	30,226.28	36,538.02	40,794.20	46,185.56	49,489.37	54,120.30	62,919,10
% Gastos Programa de Saúde Mental/Orçamento MS	2.19	2.25	2.06	2.11	2.10	2.43	2.46	2.38
Gastos MS em Ações e Serviços Públicos de Saúde***	24,293.34	27,181.16	32,703.50	37,145.78	40,750.59	45,803.74	48,670.19	58,270,26
% Gastos Programa de Saúde Mental/ Gastos ASPS	2.55	2.50	2.30	2.31	2.38	2.62	2.73	2.57

*Em Milhões de Reais

** Empenhado

*** Ações relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (excluídas Amortização da Dívida, Pessoal -Inativo, Fundo de Erradicação da Pobreza).

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Se for verdade que isso evidencia uma melhora na qualidade da assistência medicamentosa, é necessário dispor de controles adequados para essas prescrições, porque podem estar apontando para uma manutenção dos velhos paradigmas psiquiátricos, agora “renovados” através da medicação mais moderna.

5.6.2 Os censos psicossociais

Os censos psicossociais são pesquisas organizadas por equipes técnicas das respectivas Secretarias de Saúde do Estado para traçar um panorama das internações mantidas em cada território, da população que sofre essas internações e dos períodos nos quais essas pessoas ficam internadas³⁹.⁴⁰

Para o nosso objetivo é importante registrar alguns dados desses censos, uma vez que refletem a realidade do parque hospitalar e o processo de desospitalização em andamento de forma mais particularizada.

Temos diferenças importantes entre os três instrumentos, que podem servir de analisadores do momento de cada estado. Por exemplo, o censo de São Paulo nasce de uma determinação inserida no processo de expansão efetivo da rede psicossocial. A própria decisão de realizar uma publicação, muito cuidada, pouco usual nos documentos oficiais, com extenso trabalho estatístico e de análise qualitativa, indica um investimento importante no processo de levantamento epidemiológico e de fornecimento de recursos para a reforma em curso.

Já, segundo consta na própria Apresentação do Censo do Estado da Bahia, este nasce de um acordo de várias instituições públicas, em função de movimentos de denúncia e da exigência de esclarecimento de várias mortes acontecidas no Hospital de Custódia e Tratamento (Manicômio Judiciário) e se estende além dessa instituição para uma pesquisa maior sobre o Estado.

O Censo realizado no Rio de Janeiro não abrange o Estado, mas a cidade, e traz dados de 1995. Foi elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro. Incluimo-lo aqui a título informativo, mas não pretendemos lhe conferir um status semelhante ao dos outros censos

³⁹ SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo. 2008.

⁴⁰ [http://www.saude.sp.gov/profissional/Seminário Estadual de Saúde Mental 2008](http://www.saude.sp.gov/profissional/Seminário_Estadual_de_Saúde_Mental_2008). Acesso dezembro de 2010.

estaduais, não apenas porque o seu universo é menor, mas também porque a qualidade da pesquisa realizada se apresenta como mais restrita e pobre.

O Censo Psicossocial dos moradores de Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo foi realizado em 2008 pelo Grupo Técnico de Ações Estratégicas da SES-SP, para elaboração de um diagnóstico situacional que permitisse a construção de propostas de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência nos hospitais psiquiátricos.

Interessam-nos entender alguns processos que são revelados através dos dados. No momento de sua realização havia 58 hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, localizados em 38 municípios de 15 DRS (Departamentos Regionais de Saúde). Dos hospitais existentes no Estado, um 43% possuíam mais dos 50% dos leitos ocupados por moradores.

Essa população é composta por 3.930 homens e 2.419 mulheres. Em relação à idade, existe uma concentração feminina na faixa dos 50/60 anos, enquanto os homens se concentram entre 40/50 anos. A maior parte dos pacientes - 62% - não é alfabetizada. O analfabetismo atingiu as camadas mais jovens de forma mais aguda que a média do Estado. Geralmente os longos tempos de internação - entre dez e quinze anos - começam no início do processo de escolarização, que lhes foi negado. Também nos adultos analfabetos o tempo de internação, em sua maioria era de mais de dez anos.

Pode se constatar que 4.400 desses moradores - 69% - encontrava-se em hospitais psiquiátricos sob gestão estadual. Desses, 28% moram nos hospitais públicos, 31% nos hospitais filantrópicos e 40% nos hospitais privados.

No conjunto da população, existiam 144 pessoas sem diagnóstico psiquiátrico, o que indica processos de institucionalização por outros motivos: pobreza e precarização social, necessidade de cuidados de outra natureza. Ainda que a categoria diagnóstica de Esquizofrenia encabeça a

serie diagnostica, é impressionante constatar que a segunda categoria é a de Retardo Mental, que não se caracteriza de forma alguma em causa eficiente para indicação de internação.

Nas conclusões do Censo surge uma questão importantíssima: a transinstitucionalização. Cerca de 40% dos moradores são procedentes desse processo, que em sua maior parte provem do fechamento de hospitais (2001) e descredenciamento de leitos realizado pelo Ministério da Saúde através do PNASH em 2007. Embora a Lei 10.216 já vigorasse desde 2001, portanto legislando sobre a internação de longa permanência, para muitos moradores, a transferência para hospitais credenciados por possuírem iniciativas de reabilitação psicossocial e reinserção social, representou oportunidade de obter alta hospitalar, encaminhando-se para as famílias que puderam ser localizadas ou para serviços residenciais terapêuticos. Entendemos que a baixa quantidade desses serviços não favorece essa transferência.

Os dados referentes à realização de tratamento em serviços comunitários são significativos: mais de 70% da população moradora não conhece esses serviços e dentre os que possuíam essa informação, apenas 8% deles registra ter sido atendido em serviços comunitários antes da internação atual. Isso nos dá um indicador dos graus de institucionalização, além da escassa incidência da informação sobre os serviços existentes para a população internada. Menciona-se a existência no Estado de SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos) no âmbito do SUS em número de 194, na data da pesquisa.

Esse dado combina com outra informação, referente aos recursos financeiros dos moradores. Aproximadamente 47% (3031) não têm nenhum tipo de renda. Mas há 2.576 que possuem benefícios da LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) e aposentadorias, o que permitiria mínima autonomia econômica.

Além disso, o Censo nos ajuda a perceber que os moradores, mesmo aqueles com algum vínculo familiar, (mais da metade) na medida em que as internações não respeitam seu território de referência, encontram grandes dificuldades para restabelecer ou alimentar os vínculos existentes que podem servir de alicerce para sua autonomia. Torna-se claro que os municípios sedes dos hospitais psiquiátricos ainda respondem maçicamente ao modelo hospitalocêntrico, alvo da reforma psiquiátrica brasileira em curso há 30 anos, não estimando como importante o processo de reintegração social legislado. Em muitos casos, a maioria, o desejo de morar fora do hospital e as condições para fazê-lo (autocuidado) estão presentes. Cabe ressaltar que as condições de internação são fortemente contrárias o a desenvolvimento dessas praticas autônomas.

O maior percentual de moradores 65% encontram-se internado por situação de precariedade social combinada com sofrimento mental. No entanto, existem 8% internado exclusivamente por precariedade social não existindo menção a transtorno mental ou doença clínica alguma.

No Censo da Bahia, encontramos uma situação ainda mais precária. O modelo hospitalocêntrico, ainda em 2004, aparece como alternativa principal de tratamento. Analisa um universo de oito hospitais dependentes dos recursos do Estado, que concentram o universo de pacientes “atendidos”. Os pacientes moradores obedecem ao perfil já traçado, com a diferença de haver escassos processos de desinstitucionalização em curso. 83% provêm do interior do Estado. Os pacientes sem visita de familiares ou amigos aumentam: de 8% em 1979 sobem para quase 75% em 2004. Podemos inferir que também o longo período de internação aumenta a desvinculação: muitos pacientes estão internados há mais de 5 anos, mesmo sob a vigência da Lei 10.216.

Um panorama semelhante nos oferece o Censo do Rio de Janeiro. Alguns dos pontos do diagnostico da situação encontrada: fala-se de pouca governabilidade do setor técnico, do poder político do setor contratado que inviabiliza as iniciativas, de um setor contratado que se isenta de conhecer a

realidade da área, da falta de comando único para as ações de saúde mental, fragmentação e fragilidade da rede. Mas, na apresentação, compara-se essa situação em 1995 com a de 2005, em relação ao número de leitos psiquiátricos existentes. Podemos observar que houve sete hospitais descredenciados, que concentravam mais de 1000 internos, assim como uma diminuição geral de leitos psiquiátricos, em todos os hospitais, públicos ou privados.

Um dado importante que encontramos no informe *Dados em Saúde Mental 7*, já citado, é que em termos de internações, o Rio de Janeiro continua apresentando a maior concentração de leitos psiquiátricos por habitante: **0.42**, em 2009. Se cruzarmos esse dado com o da expansão da rede substitutiva (que passou de uma cobertura de CAPS baixa (0.28) a boa (0.52) em sete anos, fica claro que a expansão dos serviços é condição necessária mas não suficiente para o processo de desinstitucionalização.

5.6.3 A IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial e suas conclusões

O Relatório da IV Conferência de Saúde Mental-Intersetorial⁴¹ traz dados de última hora, decisivos para nossa análise do estado atual das práticas.

Segundo o Relatório, para sua preparação foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, de que participaram cerca de 1200 municípios. Estima-se que foram envolvidas no processo aproximadamente 46.000 pessoas.

O tema da IV Conferência: *Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios* abriu uma convocatória ampla, não somente para aqueles diretamente implicados nas políticas

⁴¹ IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília.. 2010

públicas, mas também aqueles com propostas e questões sobre o tema da saúde mental.

Na caracterização do momento atual:

... Um crescimento da complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, que exige do campo a permanente atualização e diversificação de formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado (pg.7).

A III Conferência havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apontando a necessidade de aprofundar na construção do modelo assistencial em saúde mental que implicasse a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com participação efetiva de usuários e familiares.

O cenário da IV Conferência é outro. Embora tenham se reconhecido os avanços concretos na expansão de diversificação da rede de serviços de base comunitária, por outro lado, identificaram-se lacunas e desafios, e, dentre eles, como definição fundamental, uma tomada de posição a favor do *caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo*.

A discussão em torno da realização da Conferência foi árdua, sobretudo para sustentar sua necessidade frente ao Conselho de Saúde, que desestimula a realização de conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde sob o argumento que reforçariam a tendência à fragmentação do campo da saúde pública. O apoio de delegações de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades reunidos na Marcha de Usuários de Saúde Mental a Brasília, em outubro de 2009 foi decisivo para sua concretização.

O Relatório indica vários fatores que incidem na atual configuração do campo:

- a ampliação e a difusão territorial dos novos serviços, em um contexto de terceirização e de precarização de emprego;
- o amplo contingente de trabalhadores com recente inserção nas atividades profissionais e no ativismo político do campo;
- a diversificação do movimento antimanicomial, com tendências internas organizadas;
- a presença e participação maior e autônoma de usuários e familiares;
- a consideração do caráter intersetorial, que atrai diversos atores políticos e agências pertencentes a outros campos das políticas públicas;
- as novas características do trabalho e da tecnologia em saúde mental no SUS, que repercutem na organização e na representação política dos médicos no país, com novas exigências corporativistas. Particularmente, no caso da classe psiquiátrica observa-se nova ênfase no modelo biomédico e explicita campanha contra a reforma psiquiátrica.
- a carência de profissionais de saúde mental, devida o fato de que a expansão de serviços públicos de saúde mental não foi acompanhada por uma oferta e uma capacitação compatível de profissionais (especialmente psiquiatras) para o trabalho de saúde pública.
- o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com grandes repercussões políticas, pressões significativas e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar, apresentados como resposta única ao problema.

Consideramos esse rol como um bom diagnóstico situacional do campo atual da saúde mental pública no Brasil, agregando dois componentes, também relevantes, no transcurso da IV Conferência: a consideração do papel imprescindível do controle social, com o fortalecimento do papel de associações de familiares e usuários - tanto do SUS em geral quanto de saúde mental - e a guinada decisiva para a

consideração da natureza intersetorial do campo, que orientará às práticas que nele se desenvolvam a partir deste momento.

De acordo ao já expressado, podemos caracterizar o momento em que o Brasil se acha como um momento de avaliação e ajustes, após um período de montagem de sua política de saúde mental pública. Trata-se também, de um momento de sérias dificuldades que ameaçam o futuro dessa política, que ao nosso entender, **não se acha ainda consolidada**. Essas dificuldades provêm tanto dos setores opostos a ela, quanto das fragilidades inerentes ao processo descritas nos parágrafos anteriores.

5.6.4. Os impasses e os desafios inerentes à consolidação

Em relação ao que identificamos como dificuldades externas, em primeiro lugar apontamos que existe no do Relatório um item específico dedicado à organização de setores dentro da classe médica que propõem uma atenção com ênfase no modelo biomédico e que sustentam uma campanha explícita contra a reforma psiquiátrica.

Existem, por outro lado, setores médicos que tomaram a seu cargo tarefas de avaliação dos serviços oferecidos pela rede CAPS, no intuito de contribuir para sua consolidação. Obra em nosso poder o Relatório de Avaliação dos CAPS de Estado de São Paulo realizada em 2010 pelo CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo). Esse organismo realizou um estudo sobre 85 CAPS das diversas modalidades em todo o estado, cerca de 40% da rede existente.

Relatamos algumas das suas conclusões, com as quais coincidimos, e outras que precisariam ser discutidas:

- A questão da gerência do equipamento não tem mostrado influenciada pelo modelo médico mesmo nos casos em que a direção está em mãos de psiquiatras. Encontraram 13% das unidades nesse caso; do resto, 51% delas está gerenciada por psicólogos, 12% por

terapeutas ocupacionais e 9 e 8% por enfermeiros e assistentes sociais respectivamente.

- A falta de envolvimento da política pública no setor é evidente. São necessários maiores investimentos em infra-estrutura e recursos humanos, a partir de melhor e constante qualificação dos profissionais e **garantias de condições de trabalho que permitam executar o modelo e programas planejados.**
- Os CAPS pesquisados não estão em condições de funcionar como uma verdadeira rede que garanta a assistência para qualquer tipo de doença mental em qualquer nível de complexidade, no menor tempo entre demanda e cuidado. Apontam que a identidade dos CAPS *“resta difusa e mal delineada, não homogênea em seus traços distintivos, apresentando-se seja como ambulatório com mini equipe interdisciplinar, hospital-dia ou como centro de reabilitação psicossocial propriamente dito. Ou ainda com padrões identitários mistos”*. Discussão: Se bem concordamos com a falta de definição identitária, podemos refletir que os CAPS mais que conformar uma verdadeira rede entre si, devem conformá-la com os outros equipamentos do território, evitando o fechamento numa rede de especialidade, que o viés do informe parece indicar. Isso se reflete nas recomendações de incluir um médico clínico em todos os equipamentos, assim como recomendar a inscrição dos CAPS no CREMESP como unidade de assistência à saúde, que realiza procedimentos médicos.
- O informe aponta que os CAPS pesquisados não conseguiram organizar a demanda e articular efetivamente com os recursos da comunidade, o que pode comprometê-los no traço mais marcante da sua vocação e identidade, o da reintegração social do paciente à sua comunidade. Mas também aponta que nos locais onde não existia alguma cultura de saúde mental a implantação de um CAPS pode ter

oferecido um bom marco para uma discussão comunitária mais consistente.

- Grande parte dos prontuários avaliados não apresentou projeto terapêutico singular nem seguimento horizontal. Anotações precárias que podem refletir falhas no atendimento prestado e na qualidade da proposta terapêutica instaurada.
- Em geral o informe aponta que o modelo CAPS de substituição das unidades hospitalares específicas de psiquiatria não tem conseguido complementar os objetivos propostos na lei 336.

Esse informe, resultado de uma pesquisa bem estruturada, aponta a uma realidade que se demonstra insatisfatória e que nosso trabalho tenta refletir. Consideramos claro o recorte que um órgão corporativo pode fazer, mas não resta dúvida que as deficiências existam. Mas achamos necessário discriminar se a crítica aponta para um modelo deficiente ou para uma implementação precária do modelo, que como bem reflete o informe, se realiza em condições de evidente falta de sustentação pela gestão da própria política, nos seus três níveis de execução.

Para enriquecer essa discussão, tomemos parágrafos de uma carta enviada pelo Prof. Dr. Luciano Elia, ao Fórum Paulista de Saúde Mental, com data de 06 de fevereiro de 2011⁴².

Quanto à ampliação da rede de serviços, **o ponto preocupante, e sobre o qual penso que devemos abrir o mais urgentemente possível o debate mais amplo possível com todos os atores de nosso campo é o eixo parceirização - terceirização - privatização dos serviços e da gestão dos serviços.** Os gestores públicos parecem estar TODOS acometidos da idéia de que precisam gerir os recursos humanos com organizações sociais "parceiras" – imbuídos da idéia de que expressivos gastos públicos com pessoal significam a INVIABILIDADE de uma gestão economicamente eficiente.

⁴² On line: www.redesaudemental@ensp.fiocruz.br. Acesso em 10/02/2011.

Essa tese é falsa, mas o problema (no sentido do veneno) maior dela é que ela parece plausível até mesmo para seus críticos, e testemunho muitos deles fazerem sua crítica sem refutá-la, ou seja, admitindo que gastos públicos com pessoal são mesmo grandiosos, mas que é preciso assumi-los, em nome da qualidade, formação continuada, continuidade, compromisso dos profissionais com os

serviços, etc. Sim, é preciso gastar, e gastar muito com pessoal público (e nossa área é caracterizada por ter no RH seu maior recurso "tecnológico"), **mas ninguém se pergunta como circulam os gastos públicos de pessoal quando são intermediados pelas "OSs"**. Acaso elas aportam verba? Como conseguem a mágica de pagar "melhor" a *certos* profissionais, em *certos* serviços, sem gastarem mais verba pública, se a fonte de toda a verba em jogo é pública? Sei que há mecanismos condicionantes - demissão a qualquer hora, sem estabilidade (interpretada como o pivô falimentar da gestão, fantasma das "controladorias financeiras"), abuso dos contratos de trabalho com RPA e outros, mas isso não muda o essencial da questão.

Por que os gestores "modernos" não querem gastar "demais" com o funcionalismo público, e o declaram ineficiente e inerte, ao invés de qualificá-lo? A febre da privatização dos contratos vai de ponta a ponta, de cima até embaixo, da gestão pública (...)

(...) Mas o problema não pára na gestão do RH. As instâncias "terceiras" e "parceiras" (na verdade, sócias da coisa pública, e não suas servidoras) **começam a gerir o próprio projeto de trabalho, e, portanto a própria política, mas não aquela que é formulada nas conferências públicas e nos fóruns coletivos, mas aquela que o acordo do gestor com a OS decide. Ocorre então um desvio político clandestino, não debatido, não público, das políticas públicas, minadas pelas bordas pelo viés do tecnocratismo gestor**. No Rio (e sei que em São Paulo não é diferente, talvez seja até pior) estamos enfrentando esse cenário: gestores e OS, juntos, apresentam modelos, cartilhas, planilhas, protocolos de procedimentos, regras e preceitos totalmente estranhos à realidade, à complexidade e às diretrizes de uma política construída em anos e anos de árduo trabalho, conferências municipais, estaduais e nacionais, lutas com setores adversários, e tudo mais que todos conhecemos, e os impõem aos trabalhadores na forma do "pegar ou largar", tudo isso em nome de "evidências científicas", de uma "gestão mais ágil e eficiente", de uma "simplificação do cuidado" (sic), tudo no mais perfeito estilo MBA de um curso de administração de empresas.

E aí se entronca outro eixo preocupante: **a atenção básica e o PSF**, que são estratégias da maior importância e complexidade, e que precisam estar articuladas ao campo da saúde mental e da atenção psicossocial em um território comum em termos de lógica, ética, política, saber e clínica, **acabam sendo usadas como o grande canal de entrada dessa ideologia tecnocrata, como se fosse "natural" que as unidades da ESF devessem trabalhar nessa cartilha administrativa e burocrática, como se tivessem "nascido" nesse berço. Cria-se um falso conflito entre atenção básica e PSF e atenção psicossocial**, tomando a primeira como

ordenadora da rede, porta de entrada (a última "ordem" é proibir a rede CAPS de fazer acolhimento, prerrogativa exclusiva das unidades básicas), e a segunda como uma atenção especializada, secundária ou terciária, que será acionada e atingida quando as particularidades mais específicas dos casos o exigirem. Ora, se isso não é frontalmente contrário às mais fundamentais diretrizes da atual política de saúde mental, o que é então? **Reintroduzimos a lógica pseudo sanitista (mas apenas médico-sanitária) da saúde/doença, reabrimos as vias para a re-medicalização, patologização e hospitalização. Sim, porque os CAPS serão por esta via pequenas unidades especializadas na mais perfeita lógica hospitalar. No contexto atual, agora sim, teremos finalmente os "capsicômios" que os críticos da atenção psicossocial apontavam quando o cenário era outro. CAPS territorial, ordenador de rede, porta-de-entrada - entre outras, é claro - não vira capsicômio, mas CAPS especializado, para casos graves, para esquizofrênicos, esse vira, na hora.**

O eixo das drogas/crack não foge a esses perigos, mas por outras vias: judicialização da questão, desinvestimento de uma rede ampla e eficiente capaz de responder às situações mais críticas de uso de crack/drogas por uma clínica psicossocial e territorial intensiva, intersetorial e articulada a equipamentos das mais diversas ordens, enfim, acabaremos tendo nas comunidades terapêuticas - gerenciadas por associações privadas - o "tratamento" asilar dos usuários. **No campo da saúde mental, os mal denominados "transtornos" serão acolhidos exclusivamente por UBS gerenciadas por OSs, e encaminhados a serviços especializados nessas patologias (CAPS, também gerenciados por OS) e no campo (jurídico e não sanitário) das drogas teremos as mesmas UBS ou outros agentes além do PSF captando e acolhendo os casos e encaminhando para as CTs gerenciadas por OS.** (Os grifos são da autora)

A transcrição quase *in extensis* da carta do Prof. Elia, de provada trajetória na área, reflete com precisão alguns dos mais preocupantes entraves surgidos dos modelos de gestão implementados nos diferentes governos municipais e estaduais. Assinalamos a notória coincidência entre as dificuldades assinaladas pelo Prof. Elia e as conclusões do Relatório da IV Conferência.

A entrevista realizada ao Dr. Antonio Lancetti, co-gestor da experiência de Santos e supervisor da rede nacional de Saúde Mental, expressa pontos coincidentes com os do Prof. Elia no que tange à problemática do tratamento dos pacientes afetados pelo crack. O Doutor Lancetti coordena um programa no centro da cidade de São Paulo que assiste moradores de rua viciados em crack, através das equipes de Saúde

da Família, e observa que a proposta de internação em comunidades terapêuticas é uma tentativa de redução de uma problemática de alta complexidade à uma estratégia neo-asilar.

Retomamos o texto de Elia para destacar três pontos especificamente:

O primeiro. a parcerização – terceirização - privatização dos serviços e de sua gestão. É notório para quem acompanha o cotidiano dos serviços que existe, efetivamente, por parte das organizações parceiras, um desvio da política traçada nas conferências nacionais. Variados são os fatores que configuram esse desvio: por um lado, cada organização tem um modelo de gestão e seu conceito do que deve ser o atendimento, fruto de sua história e valores, que geralmente entra em tensão com os princípios da política pública. Também existem os limites próprios de uma gestão privada, que exigem da organização posicionamentos raras vezes compatíveis com a gestão da coisa pública.

Citaremos alguns exemplos, vindos de nossa experiência pessoal. O primeiro refere-se à situação de um equipamento, CAPS III da rede da cidade de São Paulo. Anteriormente, esse equipamento dependia da gestão da Prefeitura sob a forma de CAPS II e foi reformulado em **três meses** para CAPS III, devido à pressão do Ministério Público para o cumprimento das regras da Portaria 336 referentes à cobertura mínima de CAPS III na região. Nessa reformulação entrou uma organização parceira, bastante afinada com os pressupostos da política de saúde mental, que inclusive deixou a cargo da equipe do CAPS o processo de seleção e capacitação inicial da nova equipe a contratar. Num árduo processo, a equipe respondeu ao encargo, mantendo simultaneamente os atendimentos cotidianos. Esse encargo, que implicou grande desgaste para terapeutas e pacientes, finalmente chegou a bom destino. Há mais de dois anos que essa articulação vem sendo intensamente trabalhada, já que a nova conformação da equipe implica uma tarefa formativa cotidiana.

Atualmente, porém, a Prefeitura de São Paulo estuda a venda do terreno onde o CAPS está situado, junto com outros equipamentos da cidade, numa operação de especulação imobiliária. Seu argumento é o de que com o valor obtido pela venda seria possível estabelecer vários equipamentos em áreas menos valiosas. Ela garante que o CAPS III, assim como os outros equipamentos não seriam fechados, mas trasladados para áreas menos valorizadas.

A organização parceira, que foi suporte do difícil processo de formação da equipe e assentamento do trabalho, alega que sendo o CAPS transferido fora da área de operação de sua gestão, não poderia dali em diante continuar seu gerenciamento. É assim que o equipamento se vê frente à possível desmontagem de uma equipe que exigiu muito esforço para se compor, além da destruição do trabalho de muitos anos que vem fazendo na comunidade. Entendemos que esse é um claro exemplo de colisão entre uma gestão de ordem privada e das necessidades da rede comunitária exigida pela política vigente.

Outro exemplo meridiano dessa dificuldade consiste na impossibilidade de organizar o cotidiano dos serviços com profissionais contratados em regimes trabalhistas diferentes e que pertencem a um mesmo projeto. Os profissionais sob o regime laboral da Prefeitura não podem fazer plantões aos finais de semana, mas trabalham em um CAPS III, que exige a presença de alguns desses profissionais nos plantões, tanto por sua maior experiência quanto por razões clínicas. Como forma de contornar a dificuldade, os profissionais sob contrato com a organização parceira assumem os plantões. Isso produz, além de uma clara interferência no trabalho clínico, inúmeros conflitos na equipe, levando em conta as diferenças existentes de carga horária, salários, etc.

O último exemplo diz respeito à negociação dos contratos de gestão e suas possibilidades. Têm sido freqüentes as observações por parte dos gestores da área de saúde mental sobre a dificuldade de negociação com algumas das organizações sociais, na medida em que a sua origem

acadêmica valida uma posição de saber/poder que não admite discussão sobre os programas que idealizavam para sua gestão. Não é possível discutir mesmo que esses programas fossem claramente descontextualizados da política vigente. O desvio tecnocrático que o Prof. Elia aponta na sua missiva, surge com toda clareza no cotidiano da gestão, como também a ausência de discussão em torno dessa clandestinidade desviante.

O segundo ponto que destacamos das reflexões de Elia refere-se à relação entre atenção básica e a estratégia de Saúde da Família. No artigo mencionado, diz:

De acordo com as diretrizes de atenção psicossocial, o CAPS aparece como o principal equipamento substitutivo à política manicomial no território. Por tanto não se reduz a um tipo de serviço entre outros, mas constitui “a encarnação de diretrizes da política de saúde mental em determinado território” (...) Essa lógica, trata-se de fazê-la valer no território, e o CAPS é o lócus primordial dessa ação. Por isso, ele é dito ordenador da rede e porta de entrada, títulos de funções que devem ser entendidos menos com prerrogativas de um tipo de serviços sobre os demais, em um território, do que com a regência de uma determinada lógica que deve prevalecer na rede de atenção.

Nesse ponto, Elia reflete sobre a diferença entre uma lógica de gestão que colocaria o CAPS *sobre* os outros equipamentos, no sentido institucional ou hierárquico de poder, e outra lógica onde o CAPS ordenaria a rede através da instalação de sua lógica de atenção. Claro é que no sentido foucaultiano de poder, diz Elia, o CAPS exerce um poder, na medida em que o poder, segundo Foucault não é central, mas se exerce de forma capilar, em todas as direções. Assim, é um poder que vai e vem, desde os diferentes equipamentos em questão.

Mas para que o CAPS possa exercer uma função ordenadora, precisa que exista desde os níveis de gestão, um suporte efetivo, no sentido de afirmar essa função dentro de uma lógica de coordenação dos serviços do território. A questão é que muitas vezes, desde os níveis centrais de gestão aparece o receio de “perder o poder” para o CAPS, promovendo seu

esvaziamento ou seu enquadramento, sem compreender que a função ordenadora em nada rivaliza ou deveria rivalizar com o poder gestor.

Esta questão, fundamental no nosso entendimento, faz com que os equipamentos que podem e devem atender as demandas de atenção ao grande contingente de menor gravidade, como as depressões, crises menores queixas escolares de baixa complexidade, tudo o que faz parte da neurose, funcionem de forma isolada e desatrelada da lógica do território, recebendo por parte da gestão mensagens contraditórias. Por um lado, se fala da importância do CAPS como organizador, por outro lado continua se tratando os equipamentos complementares como unidades isoladas, sem qualquer compromisso com essa lógica territorial.

Entendemos ser absolutamente necessário o fortalecimento dos laços entre CAPS e ambulatorios, Centros de Convivência e os programas que dão escoamento às demandas mencionadas, de forma a não desenhar uma política de saúde mental exclusiva para as doenças graves, como de alguma maneira essa desarticulação vai propondo. Essa é no nosso entender, uma responsabilidade exclusiva da gestão central, porque sem seu suporte e estímulo, é praticamente impossível assentar a lógica do território.

O terceiro ponto que destacamos se refere ao problema da formação de recursos humanos para a rede, problema no qual estamos particularmente implicados desde nossa prática cotidiana de supervisão.

Pensar o problema da formação profissional dentro do campo da saúde mental implica retomar algumas questões, em parte já apontadas, que se referem à forma pela qual se constitui o movimento antimanicomial brasileiro e as marcas dessa constituição nas suas práticas.

Inicialmente, deve-se esclarecer que a concepção de *movimento* desenha um campo que abrange e inclui diversas linhas de pensamento sobre um fenômeno. No nosso caso, o Movimento Antimanicomial pode ser definido como o campo que acolheu as concepções voltadas para a

construção de um lugar de cidadania para a loucura. Trata-se, então, não somente de um campo terapêutico, regido pelo ideal do tratamento digno e eficaz para os “loucos”. Também não se trata de um campo político, a seco, onde se trava o debate de poderes sobre as concepções de inclusão/exclusão do louco na cidadania, na luta pelos direitos, de maneira formal. Trata-se, sobretudo, de **achar algum espaço para a loucura dentro do espaço social**, que implica sem dúvida uma mudança de paradigmas, tanto em relação à loucura quanto ao espaço social. É por isso que o conceito de desinstitucionalização, cunhado por ROTELLI (1990), revela sua precisão porque na verdade estamos frente a uma desmontagem das instituições que organizaram o campo do tratamento asilar para construir outras que tornem possíveis os objetivos buscados.

Essas metas se acham representadas no movimento em dois aspectos. Um deles é o *movimento antimanicomial organizado*, o movimento social que luta por esse projeto, através de uma ação militante, no sentido de sustentação de uma ação sóciopolítica, no seio da sociedade. Outro aspecto reside no tecido de dispositivos que chamamos de substitutivos ao hospital psiquiátrico, que foram pensados e propostos pelo movimento organizado e que, tomados pelo poder público em sua implantação e gestão, configuram a rede de saúde mental pública regida pelo princípio do cuidado em liberdade, fundamento do laço entre loucura e espaço social.

Já exploramos a relação do início do movimento com um momento particular da história brasileira, o momento da redemocratização do país. Assinalamos que tanto no Brasil quanto na Argentina (apartado referido ao Contexto Macropolítico) as iniciativas que tentam reconstruir as políticas de bem-estar social se atrelam aos processos de redemocratização dos dois países, no final dos regimes autoritários que os precederam. Do contexto cultural mais amplo, chegavam com força as idéias dos pensadores que abordavam temas até então marginais na produção filosófica e científica, como as instituições totais em Goffmann, a clínica e a loucura, em Canguilhem. Foucault, Castel, Tosquelles, o pensamento sobre as relações

de poder e sua transmissão em Castoriadis, Deleuze, o próprio Foucault, etc. Lacan, com o seu arsenal teórico propunha questionamentos à organização institucional da psicanálise, assim como os efeitos dessa organização na prática clínica. As experiências de Basaglia em Trieste, da Psiquiatria de Setor francesa e da antipsiquiatria inglesa forneceram operadores para repensar o campo psiquiátrico tanto na Argentina quanto no Brasil.

Todas essas iniciativas, mesmo com suas apreciáveis diferenças coincidem em alguns pontos que definem o campo. Seguimos a LOBOSQUE(2010) em sua caracterização desses pontos:

- uma crítica radical à soberania *isenta e desinteressada* da razão, tal como sustentada por uma coincidência- cumplicidade, melhor dizendo - entre a ciência, a filosofia e a moral vigentes.

- como consequência, o interesse e valorização por aquilo que considerado como “irracional” colocava-se à margem dos “objetos nobres” das disciplinas científicas e filosóficas.

Produz-se, portanto, uma subversão da concepção tradicional de sujeito, sustentada na razão e se ressalta a dimensão do inconsciente como instância produtora e produtiva do sujeito. Aqui se destaca o papel da psicanálise e sua formalização do inconsciente, que ajuda a estabelecer novos caminhos para o pensamento sobre a loucura e de fundamental importância nesse movimento de descentramento.

Esse marco teórico-político, exatamente por estar configurado de forma a revelar as sujeições da teoria às ideologias dominantes, produz no movimento antimanicomial brasileiro uma posição singular em relação às produções teóricas as quais se refere. Como diz Lobosque,

Não se procurou assegurar uma respeitabilidade dita científica que garantisse os supostos fundamentos teóricos das novas práticas: afinal partia-se justamente de um rompimento com a crença da neutralidade da ciência, mostrando a produção da verdade como uma operação do poder. Emergiam os “**saberes insurretos**” tais

com os chamava Foucault: saberes descontínuos e locais, até então desqualificados passam a atuar como uma produção teórica de grande eficácia, recusando qualquer filtro institucional feito em nome dos direitos de uma ciência verdadeira. (...) nem por isso deixou-se o pensamento teórico de lado, mas ele coexistia com outras formas de atividade intelectual, da política à arte, compondo um irresistível convite à invenção. (pag.260)

Esse processo, típico dos momentos instituintes de um paradigma, define uma forma de relação do movimento com as instituições de formação. Embora muitos dos profissionais que dele participaram e que tiveram significativas posições de liderança e interlocução pertencessem à academia e outras instituições formativas, -tais como as psicanalíticas- não existem uma relação orgânica entre elas e o movimento e suas produções.

Atualmente, entretanto, constatamos a necessidade de repensar tudo que diz respeito à transmissão das idéias e saberes desenvolvidos ao longo de mais de vinte anos de história, na medida em que essa transmissão vem sendo atravessada pelos próprios impasses do movimento. Antes de mais nada, detenhamo-nos nos deter nesses impasses.

Um dos mais significativos está na relação atual entre serviços e o movimento. A partir de nossa experiência de supervisão clínico - institucional dentro da rede, coincidimos com a afirmação de Lobosque que houve um distanciamento progressivo entre o movimento antimanicomial e o corpo dos serviços substitutivos. Uma relação que nos primórdios encontrava sua força na mútua referência hoje se tornou distante e frágil. Muitos fatores concorrem para esse estado de coisas, entre eles, e não menor, o próprio estado dos serviços substitutivos, que se encontram as voltas com várias ordens de dificuldades.

Algumas delas residem no nível da gestão: por exemplo, a falta de clareza dos gestores do município – que muitas vezes podemos chamar claramente de resistência à proposta - quanto à compreensão do modelo de gestão a implantar de tal forma de nos encontrarmos com serviços instalados à maneira de ambulatórios, ou em plena coexistência com o hospital psiquiátrico tradicional, como se não houvesse contradição

nenhuma entre os dois modelos de atendimento. Para os profissionais que atuam nesses serviços, uma vez que não existe uma condução clara do processo apta a sustentar a tensão entre paradigmas contraditórios, ocorre o inevitável: o deslocamento para um modelo tradicional de atendimento, onde o CAPS funcione como um ambulatório complementar a internação psiquiátrica.

Encontramos também problemas advindos do processo de perdas de qualificação do funcionalismo público no Brasil, que se acomoda, esperando passar o tempo até aposentar, resistindo qualquer processo de mudança que advenha da gestão. Razões históricas não faltam para isso, com um funcionalismo acostumado a viver as mudanças como imposições arbitrárias do governo da vez; muitas vezes, o deslocamento de funcionários de uma área para outra não respeita outras razões senão as burocráticas. A título de exemplo, temos acompanhado nas supervisões a angustia do pessoal de enfermagem qualificado para o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva hospitalar, deslocado para trabalhar em CAPS infantis, com o conseqüente impacto sofrido no contato com a loucura em subjetividades despreparadas para lidar com esse tipo de paciente. Vem aí como fator decisivo a posição do gestor, que deverá manejar essas dificuldades de forma a não agravar com uma exigência desmedida o processo de adaptação e implicação do funcionário.

Talvez uma das questões mais importantes nesse panorama venha da prática clínica necessária aos equipamentos substitutivos. Já é sobejamente conhecida a caracterização freudiana de uma organização pulsional constitutiva do sujeito que se tramita na tensão da polaridade *Eros/Tánatos*. Em qualquer manifestação humana, essa polaridade está presente, e do jogo que cada sujeito dela pode fazer se depreenderão os seus trânsitos vitais.

A doença mental é uma das tentativas do sujeito de tramitar uma enorme carga de pulsão mortífera que o encurrala, dados os escassos recursos que lhe foram fornecidos como efeitos de investimentos deficitários

ou meramente perversos, para fazer frente a sua pressão constante. Assim como vemos manifestações produtivas desses recursos, no delírio, por exemplo, onde o sujeito tenta enviar uma mensagem cujo código desconhece, mas que de alguma forma integra a *um outro* no seu espaço vital, também sustenta-se o íntimo contato com as produções da repetição, da impenetrabilidade de um sujeito encerrado no circuito da pulsão de morte, que tem um elevado grau de toxicidade segregado na transferência.

Quando deparamos com o extremo grau de crueldade dos tratamentos asilares, perguntamo-nos até que ponto esse sadismo não encontra uma de suas fontes na aguda sensação de impotência gerada pela inacessibilidade, pela apatia, pela posição de alguém que com sua inércia “desafiava” a ciência da época- mais ainda, o ego- de seu suposto curador. A violência da segregação nos indica uma desesperada tentativa de se diferenciar de aquilo que se colocava em frente ao médico como um espelho aterrorizante. Esses mecanismos, que tendem a objetizar o paciente de forma tosca e feroz, são substituídos, na clínica que pretendemos, por um corpo a corpo onde se evidenciam efeitos “tóxicos” da particular transferência da doença mental grave. Quais os recursos? Certamente, um entendimento das formas singulares que em cada caso apresenta a transferência, a maior parte das vezes muito árduas: uma demanda voraz, uma querela constante, uma apatia que nada parece tocar a perseguição que organiza um mundo atroz onde se precisa cavar aos poucos um espaço para a palavra significativa do outro.

Em artigo já distante no tempo (MARAZINA 1989) alertava sobre a necessidade de munir os trabalhadores que operavam nessa proposta clínica, de elementos que pudessem dar conta dos efeitos que atravessariam seu cotidiano uma vez que abertos para o universo da psicose e das neuroses graves. A formação clínica é o instrumento *princeps* para essa lida, assim como os recursos de interlocução com os que cada clínico precisa contar para o desenvolvimento da sua tarefa: supervisão

clínica, estudo continuado, a formação em serviço ao lado daqueles mais experientes, basicamente.

E essa formação, a quantas anda? Temos efetivamente nas instituições de formação na área da saúde - particularmente no que diz respeito às profissões atreladas à proposta de uma clínica antimanicomial - respostas adequadas às suas exigências?

Lamentavelmente, não é o panorama que podemos constatar. Excede em muito o escopo de este trabalho refletir sobre o empobrecimento geral da formação, que reflete um empobrecimento geral da cultura. Em duas décadas, o predomínio da imagem sobre a palavra, o excesso informativo que paralisa o pensamento, têm sido objeto de alentadas produções na área de ciências humanas. Guy Debord, com sua *Sociedade do Espetáculo*, Baumann com o conceito de *modernidade líquida*, Freire Costa, com os seus estudos sobre a imagem na modernidade⁴³, são alguns dos filósofos que nos convidam a pensar a intensa e rápida mudança sofrida pela cultura nas últimas décadas.

O enorme desenvolvimento dos meios de comunicação foi um dos carros chefe dessa mudança, assim como um dos seus maiores sintomas. Sintoma, na dupla vertente que constitui uma formação sintomática: assim como é inegável a democratização da informação e o acesso ao conhecimento, também tornou-se obrigatória uma comunicação formada por incessante fluxo de contato sem sentido, banalizando a fala, os conteúdos, num *ritornello* infindável de discurso vazio.

Vale a menção ao inimitável Chacrinha, que já antecipava essa mudança no seu incansável refrão "*Quem não se comunica se estrumbica*". Já não tão brincalhona, surge uma referência à experiência pessoal de ensino, quando a complexidade de um pensamento psicanalítico que, anos atrás, operava como desafio foi se tornando um obstáculo muito duro de transpor para muitos alunos. A frase que analisa: "*Não é gostoso de ler*". Os

⁴³ Freire Costa, J.O *Vestígio e a aura*. Garamond. Rio de Janeiro.2004.

sujeitos tornam-se receptores, e não mais os produtores de pensamento complexo. Sabemos que quando o pensamento se simplifica, em quase todos os campos correm-se riscos sérios: a adulteração das problemáticas, a repetição dogmática de fórmulas que se aplicam como receita, sem levarem conta o campo de aplicação, está frente a uma banalização do conhecimento, enfim.

Em relação ao campo clínico, constatamos um empobrecimento geral – salvo honrosas exceções - do trabalho interpretativo e compreensivo dentro das disciplinas que perfazem a estrutura da saúde mental. Lobosque pensa o caso desolador da própria ciência psiquiátrica. Ela aponta que além da psicopatologia tradicional, em que Jaspers e Henry Ey passaram a ser “pratos sofisticados” ou “antiguidades” pouco oferecidos aos jovens psiquiatras, dentro da formação aparece um Compendio de Psiquiatria como o de Kaplan que dedica vinte páginas às pesquisas sobre hipóteses etiológicas da esquizofrenia, para concluir que permanece desconhecida; no entanto, dedica quinze pobres linhas ao tema fundamental do delírio. Coincidimos plenamente com a autora na sua avaliação de que a questão principal não está no destaque dado à biologia, mas na redução do panorama de pesquisa ao eixo biológico da pesquisa para provar a premissa de uma suposta etiologia orgânica da doença mental com o conseqüente retrocesso da dimensão propriamente clínica da psiquiatria, da psicopatologia e da nosologia. A rica tradição clínica da fenomenologia, que sustentava o sentido da prática da anamnese vai se perdendo para uma posição de aplicação dos DSM de forma mecânica e superficial.

Embora tomemos o caso da psiquiatria, ele não é exceção dentro das ciências da saúde. A ênfase nos aspectos tecnológicos da medicina tem originado uma clínica de exames, em que a dimensão clínica da consulta passou ao segundo plano. Não existe na grade das faculdades da área um destaque para uma clínica do vínculo e da responsabilização do cuidado, num lamentável descompasso entre os avanços obtidos na Saúde Mental e a Saúde Pública no país e o ensino universitário, onde esses conteúdos

ocupam insignificante espaço, quando o ocupam. Isso não é casual nem ingênuo: faz parte da complexa relação entre o discurso da ciência e a sociedade que ao mesmo tempo o produz e se deixa produzir por ele. Para esse tema, que excede os nossos objetivos remetemos ao trabalho de IRIART, NERVI e TESTA (1994).

No que se refere especificamente à Saúde Mental, reconhecemos que existem alguns investimentos na formação, mas eles são precários e fragmentados, e não estão concentrados na graduação, espaço fundamental de multiplicação, e sim geralmente na pós-graduação. Curiosamente, muitos dos cursos que são oferecidos se encontram em faculdades privadas.

Em prol de uma precisão maior, entendemos necessário fazer algumas considerações. É inegável que desde o Ministério da Saúde essa questão está em pauta. Nos últimos anos- particularmente 2010 e 2011- houve mudanças relevantes como as Residências em Saúde Mental, a construção de processos formativos de forma co-gestionária entre serviço e instituição formadora (como os Pólos de Educação Permanente) e com Programas que estão impactando a própria graduação como é o caso do PET Saúde e do Pró-Saúde (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)⁴⁴ que articula serviço e universidade num processo crescente de mudança estrutural para uma formação voltada para o SUS.

A Prof.^a Maria Cristina Vicentin, no seu parecer, aponta uma necessidade -com a qual coincidimos- de estabelecer diferenças dentro do universo das instituições privadas de ensino universitário, algumas das quais, de corte comunitário, começaram a estabelecer parcerias com o Ministério da Saúde para oferecer formação coerente com as necessidades dos profissionais da rede. Essa formação se realiza através de cursos de extensão e inclusão de matérias específicas dentro dos currículos de

⁴⁴ portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1597. Online; Acesso: setembro de 2011.

graduação. Citamos o caso da PUC/SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

Mas se faz necessário apontar que se bem esse é um promissor começo de mudança, a experiência do cotidiano dos serviços indica que essa proposta precisa acompanhar o começo da instalação dos serviços substitutivos, tanto num tempo afinado com esse processo quanto numa extensão suficiente para constituir um plano de consistência suficiente para a sustentação do trabalho, situação que ainda não pode se constatar.

Pode-se dizer que os novos profissionais que trabalharão nos serviços substitutivos estão precariamente formados, sem qualificação necessária tanto em nível teórico quanto na capacidade clínica para se desincumbir da tarefa que os aguarda. É fácil desprender que são poucas as possibilidades de uma clínica que não sucumba á tentação da burocratização e da referência administrativa. Essa avaliação coincide com as apreciações do Dr. Moisés Rodrigues, na entrevista concedida, onde considera que os trabalhadores se servem na prática de modelos de pensamento com predomínio técnico, e de uma frágil percepção da perspectiva político - militante do projeto da reforma psiquiátrica. Sustenta também que o diálogo com a Academia dilui a perspectiva política, priorizando uma formação técnica isolada das perspectivas transformadoras da reforma. Citando:

“Como chegar à questão, que reside em manter um sujeito louco com o mínimo de sistema de saúde e o máximo de presença social, com esses esquemas referenciais que a maior parte dos trabalhadores sustenta? (...). Os técnicos têm uma formação rala nos princípios da reforma e geralmente quando entra alguém “que sabe”, sabe psicologizar antes de mais nada.”(Pg.2)

A partir da nossa experiência direta, podemos afirmar que essa enorme lacuna está sendo preenchida trabalhosamente na própria rede de serviços, por meio de um trabalho de acompanhamento dos trabalhadores mais experientes em relação aos novos - trabalho realizado a traves da

experiência do matriciamento em alguns casos, ou em discussão de equipe em outros, na maior parte das vezes sem um espaço de supervisão.

Instigante assinalar que de forma espontânea, a formação em serviço tem sido assinalada por diversos coordenadores regionais de saúde mental como o método espontâneo que vigora em seus serviços, sem uma formulação orgânica por parte dos responsáveis pela política⁴⁵.

Constatamos, porém, no último reporte da *Saúde Mental em dados*, nº8, de janeiro de 2011, números referentes às supervisões clínico institucionais contratadas pelo Programa do Ministério da Saúde através do Programa Qualifica-Caps.

Quadro 3 - Supervisões clínico-institucionais contratadas pelo Ministério da Saúde

Da leitura do gráfico surgem alguns pontos importantes:

⁴⁵ Entrevistas realizadas com gestores de equipamentos de saúde mental dos municípios de São Paulo. 2010. Inéditas. Ceadas pelo Prof. Alberto Advincula Reis.

Em primeiro lugar, que os projetos efetivamente realizados, no ano 2009, ano de maior incidência da prática de supervisão, não passaram de 164, para um universo de mais de 1500 CAPS no território nacional. Está se falando de 10% de equipamentos favorecidos, o que já analisa uma precariedade na proposta de qualificação do serviço.

Em segundo lugar, vemos o ano de 2010 com dois editais, o IV e o V, sendo o último edital referido especificamente aos CAPS AD, cobrindo um total de 104 Projetos.

Por outro lado, existe outra questão importante relativa à duração: os projetos patrocinados pelo Programa Qualifica CAPS abrangem três módulos, de quatro meses o primeiro e três meses os subseqüentes, perfazendo um ano de trabalho. Ora, na condição de indigência formativa que os profissionais se encontram, diuturnamente constatada na nossa prática, isso é uma gota no oceano!

Além do que, por tudo o já exposto, atinente as dificuldade intrínsecas da tarefa, a supervisão clínico-institucional, deve ser um instrumento constantemente à disposição dos profissionais, fazendo parte orgânica de sua prática. Passam-se muitos anos até que um profissional no exercício da sua tarefa clínica pode dispensar a supervisão, e mesmo assim, ela é um recurso ao qual se recorre freqüentemente num exercício responsável de esclarecimento dos delicados acontecimentos da clínica.

Certamente entendemos que esses dados revelam uma administração excessivamente parcimoniosa-quando não francamente insuficiente- em relação às prementes necessidades assinaladas por Rodrigues da Silva Jr. na sua entrevista e reafirmadas por vários autores.

Segundo a informe *Saúde mental em dados 8* constata-se um entrave importante do Projeto de Qualificação, principalmente nas regiões afastadas de centros formadores: a falta de profissionais qualificados para a função de supervisor. Surge assim o Projeto de Escolas de Supervisores Clínico - Institucionais, que passam a receber recursos do Ministério da

Saúde para a realização de ações de formação de novos profissionais e a qualificação dos já atuantes a partir de primeiro trimestre de 2011. A lista das Escolas de Supervisores aprovadas abrange os estados de Alagoas, Recife, Ceará, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Sergipe.

Antes de concluir entendemos necessário dar um passo a mais na questão articulada por Lobosque e também mencionada pelo Dr. Moises Rodrigues acerca do movimento antimanicomial, sua condição de militância sociopolítica e sua relação com os serviços. Coincidimos com HABERMAS (1988), em que a ação militante é condição necessária para a produção de conhecimento nas ciências sociais.

O paradigma das ciências sociais implica que o cientista -à diferença do que acontece nas ciências naturais- precise de um processo de inserção, prévio à pesquisa *senso estrito*, “dentro” do que constitui o seu objeto de trabalho, algo semelhante a um conhecimento pré-científico do objeto, que poderíamos nomear como conhecimento vulgar.

Segundo IRIART *et al* (1994), as “novas positivities” (isto é os novos saberes) resultantes da pesquisa nas ciências naturais e sociais modificam os saberes imperantes na vida cotidiana, através da modificação da ideologia.

No caso das ciências naturais, essa modificação da ideologia (ou surgimento de novos saberes instituintes) realiza-se por meio de uma incorporação tecnológica, que cria novos objetos previamente inexistentes, que vão se incorporando à vida cotidiana, tanto como consumo como também como produção de novas práticas profissionais e culturais. O “*saber fazer*” é a prática produtiva dessas novas positivities que mudam o campo social.

Nas ciências sociais, porém, para assimilar novas positivities geradas pela pesquisa, faz-se necessário o que definimos como a militância social e política dos cientistas sociais. Essa militância está dirigida

fundamentalmente à modificação da ideologia de diversos grupos da população, com objetivo de diminuir os conteúdos míticos da ideologia dominante para se incorporarem cada vez mais conteúdos resultantes da pesquisa histórico social.

A militância foi uma prática de enorme intensidade nos inícios da Reforma Psiquiátrica, na tentativa de incorporar ao campo dos cuidados em saúde mental os novos conteúdos surgidos na articulação do fenômeno da loucura com conceitos tais como cidadania, direitos humanos, instituição total, segregação, e outros, que modificaram as ideologias dominantes na área.

O percurso histórico demonstrou que essa militância tem sofrido os percalços próprios de um movimento que se debate entre a manutenção de seus princípios, por um lado e o peso dos interesses corporativos e pessoais por outro. Isso a torna pouco convidativa para os recém chegados, que não compartilham das motivações daqueles que participaram de sua fundação, em um clima histórico definido pelo engajamento.

O afastamento entre os serviços substitutivos e o movimento de luta antimanicomial produz por um lado, a burocratização dos serviços, e por outro, uma brecha na transmissão ideológica necessária para que o processo de mudança de paradigma siga seu curso.

Aqui encontramos outra questão a considerar. Nessa brecha de transmissão tem lugar para as tentativas de apropriação dos “saberes insurretos” gerados pelos serviços substitutivos, por parte de setores formalmente ligados a instituições de formação, universitárias ou não, que se autorizam a teorizar sobre questões que lhe são estranhas, já que não participaram nem da sua construção nem da ruptura epistêmica que os gerou. Tenho acompanhado alguns desses processos em forma presencial e posso dar testemunho dos intensos conflitos gerados pela desautorização dos trabalhos realizados nos serviços substitutivos, sob a alegação de falta de cientificidade e da necessidade de “normativizar” os procedimentos.

Entendemos que essa apropriação se faz inevitavelmente num movimento de formatar esses saberes em produções palatáveis para o instituído social, diluindo seu potencial transformador e “pasteurizando” a proposta de mudança.

Na micropolítica dos serviços, isso se traduz em efeitos devastadores para os trabalhadores. Eles ficam submetidos a discursos contraditórios, com o resultado de uma confusão referencial que os deixa vulneráveis e identificados aos seus pacientes. Assim, vemos psicóticos sendo tratados por profissionais psicotizados, vítimas de um universo fragmentário e caótico. Na prática da supervisão clínica- institucional, a autora constata diuturnamente essa grave implicação, que dá origem a grande sofrimento institucional.

As propostas que podem modificar esse estado de coisas são conhecidas. Tentaremos resumi-las:

- Desenvolver o processo de formação continuada e permanente, por meio de acompanhamento na prática cotidiana dos serviços. A formação afasta-se da “capacitação”, na medida em que abrange um nível de transformação do sujeito que vai além da incorporação de informações. Um clínico não se capacita, forma-se, insere-se na transmissão de uma prática artesanal, continuada. Não aplica receitas, considera as questões que seus pacientes apresentam pela utilização de instrumentos que revelam a sua própria singularidade, sua cozinha pessoal daquilo que aprendeu. A tríade teoria - supervisão - análise que recomenda a psicanálise para esse processo pode ser perfeitamente aplicada. Assim como são necessárias as supervisões clínicas, os profissionais precisam de espaços de teoria, com noções claras de psicopatologia, de nosologia psiquiátrica, de psicofarmacologia, conceitos da psicanálise, aprendizagem de como sistematizar o caso clínico, etc.

Em segundo lugar, a formação no pensamento dos autores que constituem o núcleo referencial da Reforma, tais como Foucault, Basaglia,

Goffman, Castel, Oury e outros. Fundamental o conhecimento da história da Reforma e de seu marco mais amplo, o SUS, das políticas em curso, os sistemas de gestão. Em suma, oferecer elementos que permitam acompanhar criticamente e pensar projetos de gestão dentro do campo. O nível de complexidade da gestão da saúde pública ultrapassa em muito qualquer gestão de interesses privados e requer formação específica, que não se encontra na formação universitária de graduação, como já apontamos.

Finalmente, fazer do projeto da Reforma um campo de pesquisa rigorosa e produção teórica singular, que nos afastem da repetição de formulas que podem já estar ultrapassadas. É preciso produzir, a partir do cotidiano dos serviços, os elementos teóricos e clínicos que eles nos demandam. Tudo isso é função de um espaço universitário e intelectual efetivamente comprometido com a proposta.

Esses são segundo nossa compreensão, os desafios que a produção instituinte no campo da clínica no projeto de saúde mental nos coloca. A gestão da coisa pública precisa ser demandada para acompanhar e criar condições para que seja possível essa consolidação da clínica esperada.

5.6.5. Semelhanças e diferenças entre os sistemas

Na medida das nossas possibilidades, temos mapeado o estado das práticas no Brasil e na Argentina, num desenho - como qualquer delineamento - que se compõe com as coordenadas que o observador constrói desde seu ponto de apreciação.

Tal ponto de vista está alicerçado nos pressupostos foucaultianos da genealogia (MACHADO, 2006, ROUDINESCO, 1995). Nesse sentido, entendemos que um sistema de saúde mental é um campo que resulta das práticas sociais de uma sociedade, portanto assujeitado às condições históricas de produção dessas práticas no espaço/tempo em que ele se

desenvolve. Nosso esforço tem sido o de desenhar esse espaço/tempo e as construções histórico - políticas que se sucederam gestando os resultados atuais no campo que nos interessa.

Parece-nos necessário, na linha da comparação, mencionar o modo pelo qual esses mapeamentos se realizaram. De fato, a organização dos dados sobre saúde mental do Brasil é comparativamente, muito mais integrada e orgânica. Servimos-nos não somente de documentos oficiais, mas também de dados colhidos em Censos realizados, em contribuições de organizações de usuários e familiares, que foi possível recolher devido ao grau de organização dessas organizações em torno dos dispositivos institucionais existentes (Conselhos de Saúde, Câmara Técnica de Saúde Mental, etc.) dispositivos esses que se acham contemplados na estrutura do SUS como formas de incrementar a participação e controle social.

No caso de Argentina, não encontramos uma instância oficial que pudesse oferecer dados integrais do panorama. Achamos essa instância, curiosamente, no informe produzido pela ONG CELS, que como instância não pertencente ao aparelho do Estado, serviu, segundo palavras de um dos entrevistados, como analisador do estado do sistema para as próprias autoridades (ASE, entrevista, 2009). Os dados obtidos seguiram o desenho atual do sistema, dando grande predomínio à cidade de Buenos Aires, que apresentou maior organização e recursos, e consultando cada província de forma individualizada, em busca de subsídios para nosso propósito.

Assim, confirmamos, na maneira de desenhar o percurso de nossa pesquisa, as hipóteses de maior consistência na estrutura institucional do sistema de saúde mental brasileiro e de uma diferença importante nos momentos de construção da política nacional de ambos os países.

Mas ainda é necessário aprofundar de forma organizada o estudo comparativo desses resultados. Para isso nos serviremos das questões elaboradas no início desse capítulo. Escolhemos, com vistas a certa

ordenação, utilizar as perguntas como guias do texto a desenvolver, em forma de pequenas seções, que podem ser consultadas de forma autônoma.

- **Existe uma articulação orgânica entre atenção primária e atenção em saúde mental no sistema? Se sim, como se realiza?**

Na Argentina, como foi expresso, deve-se considerar de forma independente o estado atual da atenção na cidade de Buenos Aires e no interior do país, já que ambas as realidades se configuram de forma bem diferente.

A cidade autônoma de Buenos Aires apresenta por meio dos CESAC (Centros de Saúde e Atenção Comunitária) uma possibilidade de atenção em saúde mental atrelada à rede de atenção básica. O atendimento realizado nos CESACs se organiza por via das Áreas Programáticas, que são programas impulsionados pela Direção de Saúde Mental da cidade. Sem dúvida que essa ligação constitui um início de deslocamento do eixo hospitalar, mas se encontra ainda em construção, com bastantes deficiências.

No interior do país, exceção ao caso de Rio Negro, que mantém efetiva política de saúde mental comunitária, não se encontra essa articulação muito definida, salvo iniciativas isoladas que não configuram uma política integrada.

Pode se mencionar o caso da cidade de Rosário, que tem realizado investimentos significativos na construção de redes comunitárias na área de saúde em geral, incluindo saúde mental. Na grande maioria dos casos, o resto do país segue o modelo tradicional de consultas psiquiátricas em postos de saúde.

Essa é uma grande diferença em relação ao Brasil, que tem uma política efetiva de construção de alternativas comunitárias para a atenção em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família. Há muito para construir no caminho de uma integração dos equipamentos da ESF, os

NASFs, com os equipamentos da rede de saúde mental, mas essa direção está indicada de forma clara como política do Ministério da Saúde.

De todas as maneiras, também observamos no Brasil a forte presença do modelo psiquiátrico tradicional na rede de atenção básica, que se mantém convivendo com as iniciativas mencionadas. Em muitos equipamentos da rede, tanto municipal como estadual, os postos de saúde mantêm, quando existem profissionais da área, um atendimento regido pelos cânones clássicos de medicação com consultas espaçadas, de revisão e controle medicamentoso sem indicações de outros tratamentos, com exceção de alguma consulta psicológica, caso esteja disponível um profissional da área. Geralmente, esses profissionais, quando se encontram, sofrem uma sobrecarga de trabalho, tanto pela demanda efetiva quanto pela própria formação, que os impossibilita de trabalhar com alternativas clínicas que não sejam as do atendimento tradicional.

- **Qual o tipo de referência que constitui o hospital psiquiátrico na atualidade?**

Entendemos que em ambos os países a cultura hospitalocêntrica continua sendo a referência principal para a população que demanda atendimento à saúde em geral. Na medida em que a formatação da demanda se realiza através da oferta hegemônica dentro das práticas de uma cultura, vemos que a população se “acostumou” a solicitar os procedimentos que lhe são oferecidos pelo complexo médico-hospitalar, que propõe o *paradigma individual restritivo*, segundo Saforcada *et al* (2010). Esse paradigma, que tem a doença como seu objeto de saber e se rege por ações clínicas restritas ao campo da cura, necessita de um espaço para efetivar suas práticas, esse espaço é o hospital.

No caso da saúde em geral, e apesar de estudos acurados que demonstram que mais de 70% das demandas em saúde podem se resolver na atenção primária, a população continua se dirigindo ao hospital para

escoar suas demandas. Também é preciso reconhecer que a rede de atenção primária não tem se mostrado à altura da demanda que recebe, já que os investimentos nela continuam sendo insuficientes e produzindo atenção de baixa qualidade. Isso reforça o sentimento da população de que é só nos hospitais que as coisas podem acontecer.

No caso da área de saúde mental pública, tanto na Argentina quanto no Brasil, existe uma forte cultura hospitalocêntrica quando se trata de perturbações graves. Na Argentina, dona de uma tradição terapêutica mais assentada, os centros de saúde oferecem desde há muito tempo atendimentos psicológicos e psiquiátricos dentro do modelo tradicional, mas nunca conseguiram disputar a hegemonia do hospital no tratamento da psicose ou da neurose grave. Isso se acentua pela forte presença do hospital psiquiátrico também no subsetor privado, que embora ofereça tratamentos mais sofisticados não deixa de recomendar a internação como terapêutica para as mais variadas perturbações.

No Brasil, apesar do avanço da política pública em relação à política da Argentina, a rede psicossocial ainda não se constitui como uma alternativa à cultura asilar. Apesar dos investimentos realizados para a constituição da rede, ela é escassa frente à demanda de tratamento, que acaba sendo escoado para as clínicas tradicionais, geralmente do setor privado quando existem possibilidades econômicas. Caso não existirem, a situação fica reduzida a precárias e espaçadas consultas de medicação, e nenhum tratamento eficaz.

Apontamos como diferença, que no Brasil existe uma política de redução de leitos hospitalares, não existente na Argentina. Mas se essa política não vem acompanhada de um crescimento proporcional da rede de dispositivos substitutivos, produz um efeito inverso ao que se procura, incrementando a demanda por internação frente à falta de alternativas concretas de tratamento.

- **Os direitos dos pacientes estão contemplados dentro da estrutura da atenção?**
- **A integração do paciente ao seu meio é um eixo prioritário na atenção?**
- **Existem movimentos sociais destinados a apoiar esses direitos?**

Escolhemos agrupar essas questões porque elas se articulam com a perspectiva dos direitos humanos, eixo constitutivo do paradigma de atenção psicossocial. Portanto, devemos situar essa pergunta no panorama de penetração desse paradigma nos sistemas de atenção, compreendendo esse processo na ordem de uma mudança profunda na cultura.

Entendemos que no Brasil existe uma maior consistência desse ideário, na medida em que está transformado em uma política pública, com inúmeros dispositivos orientados para a recuperação do paciente como cidadão e ao respeito pela sua diferença dentro do meio em que transcorre sua forma de vida. O esperado é que os dispositivos desenhados para tais efeitos, e que fazem parte da estratégia política da Reforma (Projetos Terapêuticos singulares, estratégias de solidificação da autonomia, tais como geração de renda, residências terapêuticas, estratégia de saúde da família, etc.) possam agir como dispositivos de construção de subjetividades autônomas e em posse de direitos fundamentais.

Entendemos também, que apesar de transcorridos mais de vinte anos do processo, ele ainda depara com entraves importantes, que temos tentado descrever ao longo deste trabalho, e que configuram um panorama de insuficiente penetração do ideário dentro dos sistemas de atenção em saúde mental. Vários pontos na consideração do sistema alicerçam nossa posição. Por exemplo, o número notadamente baixo de CAPS III, os verdadeiros dispositivos substitutivos ao atendimento asilar, assim como a escassa quantidade de residências terapêuticas, que significam a possibilidade efetiva de substituir a internação por mecanismos de

integração do paciente no meio, analisa segundo nosso ponto de vista um verdadeiro obstáculo para a consecução dos propósitos plasmados na legislação que sustenta a reforma.

Na Argentina, esse ideário se encontra numa fase anterior à fase de consolidação, tal como foi varias vezes assinalado ao longo deste trabalho. O sistema de saúde mental não reflete um predomínio nem ideológico nem de gestão e criação de dispositivos que possam assegurar a perspectiva de direitos para a população atendida.

Acreditamos que a preservação dos direitos dos pacientes depende muito mais da iniciativa militante de grupos e associações profissionais e de usuários afinados com o ideário da reforma, que da posição do Estado em garantir os direitos dos pacientes. Já foi consignada, no caso de Argentina a existência de varias organizações tanto profissionais quanto de familiares com forte ação afirmativa nessa direção. Entendemos que essa forte ação afirmativa se enquadra na consistência da luta pelos direitos humanos em geral, que no país tem grande relevância e que nas ultimas gestões de governo recebe um forte apoio institucional. Essas organizações se articulam em ações comuns de defesa e proteção dos direitos dos pacientes, mas não configuram uma rede orgânica.

No caso do Brasil, o grau de organização das redes de profissionais e familiares reflete o grau de organicidade de todo o sistema. Não é possível esquecer que o próprio SUS determina espaços institucionais para a participação dos usuários dentro do sistema de saúde: Conselhos de saúde, Câmara técnica, Conferências, etc. Essa determinação opera como um vetor instituinte de legitimidade na organização dos grupos de familiares e usuários. Também é importante assinalar que a medida que os usuários estão inseridos organicamente dentro do sistema do SUS, sua articulação com grupos profissionais se realiza de forma mais integrada.

Um exemplo dessa situação é a RENILA (Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial) constituída a partir da decisão coletiva

de representantes de 13 núcleos da luta antimanicomial de todo o Brasil, reunidos em dezembro de 2003, em Brasília. Tem como antecedente o Movimento de luta antimanicomial organizado desde 1993, do qual se retira em 2003 para formar esse novo desenho institucional.

Vejamos alguns dos seus postulados⁴⁶ (23).

“Com a adesão de novos signatários ao nosso Manifesto, a Rede realiza, em dezembro de 2004, com 19 núcleos de 12 Estados brasileiros, o seu I Encontro Nacional. A Rede Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), tem como elementos básicos e construtivos os núcleos da luta antimanicomial – organizações autônomas e militantes de portadores de transtorno mental, seus familiares, trabalhadores de Saúde Mental, etc., que empreendam efetivamente, a nível local ou estadual as ações e os enfrentamentos exigidos pela construção de uma sociedade sem manicômios. A participação dos portadores de transtorno mental, nos núcleos locais como em âmbito nacional, como porta-vozes de suas questões e protagonistas da luta por seus direitos, é característica essencial e definidora da RENILA. A RENILA é composta por

1. Associação Chico Inácio (AL)
2. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de João Monlevade (MG)
3. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (MG)
4. Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do Estado de Goiás (GO)
5. Associação Verde Esperança (MG)
6. Associação Loucos por Você (MG)
7. Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (CE)

⁴⁶ <http://www.osm.org.br>. Acesso: fevereiro de 2011

8. Fórum Gaúcho de Saúde Mental (RS)
9. Fórum Goiano de Saúde Mental (GO)
10. Fórum Mineiro de Saúde Mental (MG).
11. Instituto Damião Ximenes (CE)
12. Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental da Bahia (BA)
13. Movimento Pró-Saúde Mental do Distrito Federal (DF)
14. Núcleo Antimanicomial do Pará (PA)
15. Núcleo da Luta Antimanicomial da Paraíba (PB)
16. Núcleo de Estudos pela Superação do Manicômio (BA)
17. Núcleo Estadual de Saúde Mental (AL)
18. Núcleo Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial (RN)
19. Núcleo Libertando Subjetividades (PE)
20. Núcleo Por Uma Sociedade Sem Manicômios (SP)

A estrutura do movimento é reticular, de acordo aos princípios que defende, e implica um grau de integração significativamente maior que as organizações encontradas na Argentina, com encontros periódicos e ações conjuntas dos seus núcleos integrantes. Varias outras associações de usuários e familiares não estão incluídas na RENILA, mas tem atuação significativa. Das que temos conhecimento, atualmente se incluem na Câmara Técnica de Saúde Mental com os seus representantes: a Associação Maluco Beleza, de São Vicente (SP); a Associação Franco Rotelli de Santos (SP) - uma das mais antigas, criada juntamente ao Programa de Santos, em 1990 -; a Associação Atenção à Saúde Mental de Embu e região (SP); a Associação José Martins de Araujo Jr; a Associação Fazendo Diferente; a Associação Amigos, Familiares e Doentes Mentais de Sorocaba e região (AFDMSO); Associação de Volta para Casa; Fórum Popular de

Saúde Mental do Grande ABCDMRR; Associação de Atenção Humanitária a Saúde – ATHUS.

A participação profissional se realiza por diversas vias: por um lado, os Fóruns agrupam numerosos profissionais de diversas procedências, dos serviços de saúde mental, das instancias acadêmicas, etc. Por outro lado, através de organizações específicas, como a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), a ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), ou de organizações integradas na universidade, como o LASAMEC (Laboratório de Saúde Mental Coletiva) da Faculdade de Saúde Pública da USP, ou o LAPS (Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Essas organizações ganham significativa importância pela contribuição em pesquisas e estudos que subsidiam o campo psicossocial além do seu compromisso com a formação de agentes. O LAPS protagoniza essa tarefa de forma continuada e realiza uma importante articulação entre os campos da saúde mental e da cultura, tendo participado na Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e apoiando diversas manifestações da cultura realizadas por pacientes. O LASAMEC realiza encontros periódicos que abrangem a saúde mental e diversas áreas de conexão, como a educação, sistema prisional, gestão e outras.

Outra forma de contribuição ao campo se realiza através dos Conselhos Profissionais, que tem participado da construção e proteção do campo psicossocial, na defesa dos direitos dos pacientes. Dentro do sistema de Conselhos, podemos destacar o trabalho dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, assim como os de Assistência Social, Enfermagem, e outras profissões que participam no tramado interdisciplinar da política proposta. Mas devemos escutar também, dentro desse panorama, algumas importantes objeções levantadas por pessoas ligadas aos movimentos sociais. Em entrevista ao JORNAL PSI, publicação do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2009) o sociólogo Ruda Ricci, que integra o Fórum

Brasil de Orçamento e o Observatório Internacional da Democracia Participativa faz as seguintes observações:

Um entrave importante do processo de participação é o da articulação. Em uma mesma cidade podem existir até seis ou mais conselhos, que nem sempre se articulam entre si, dispersando a possibilidade de controle social sobre as políticas públicas locais. Outro é o da fragmentação temática que cria um espírito corporativo e fechado, em vez de interferir efetivamente na agenda nacional, pública. Um terceiro aspecto é que as conferências não se articulam com o processo decisório das políticas públicas: dependem da boa vontade do parlamento e do executivo. (...).

*Ultimamente percebo uma forte tendência das conferências adotarem uma agenda governamental e não da sociedade civil “(..). Os conselhos poderiam apontar para uma nova estrutura de gestão pública no Brasil, mais participativa, aumentando o poder da sociedade civil sobre os governos. mas, muitas vezes, tornam-se auxiliares. E não apenas em função do fenômeno da “**prefeiturização**”, isto é, do comando dos conselhos pelas Prefeituras, mas porque os conselheiros não possuem visão estratégica sobre seu papel. (...)*

“Sem o poder de responsabilizar à autoridade pública, os conselhos e conferências se tornam peça marginal ao poder político real no Brasil. E serão paulatinamente refutados pelo poder real”⁴⁷.

Fazemos nossas as considerações supracitadas. A questão do controle social das políticas públicas excede em muito o escopo deste trabalho, mas nos parece imprescindível incluí-la, já que nos leva a pensar até onde os mecanismos definidos pelo SUS para garantir esse controle, estão atravessados por uma tendência de burocratização e recaptura dos seus fluxos por parte da estrutura formal do Estado. Tendência essa que nos parece estar presente na sociedade como um todo, na medida em que a educação para a cidadania participativa dista muito ainda de ser um ideal social efetivo. A sociedade brasileira avança com dificuldade nessa direção, assujeitada às muitas contradições que implica a modificação de um modelo instituído de controle social por parte das elites dominantes, imperante por séculos afora. A passividade popular frente aos desmandos das instituições não é uma condição natural da sociedade brasileira, mas uma formação

⁴⁷ Jornal Psi.No.160.Conselho Regional de Psicologia São Paulo.2009.

social, apreendida ao longo de muitos anos de domínio autoritário. Entendemos que chacoalhar esse traço implica um longo processo de trabalho sobre a subjetividade imperante, simultâneo e intrínseco ao processo de recuperação da dignidade das pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

- **As legislações emitidas seguem as recomendações indicadas?**

No capítulo sobre legislações nos detivemos com maior acuidade sobre esse tema, mas, de maneira geral, podemos afirmar que as legislações emitidas se norteiam segundo as recomendações dos organismos internacionais.

No Brasil encontramos um repertório legislativo mais consistente, com vários dispositivos legais que foram se configurando no processo de construção da rede.

Argentina, com uma lei nacional de saúde mental recentemente aprovada, apresenta um arcabouço legal com menor detalhamento, mas bastante afinado com o seu homônimo brasileiro. As tendências presentes em ambas as legislações são bem semelhantes.

- **Existe a política de internação nos hospitais gerais? Há instituições aptas para processar esse tipo de internação?**

Do já pesquisado podemos entender que no Brasil essa política está em processo de construção, complementando o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de CAPS III, mas ainda não se configura como uma realidade abrangente no campo das políticas públicas.

Na Argentina, apesar de existir certa tradição alicerçada nas experiências dos anos 60, essa política não alcança atualmente grande extensão. A maior parte dos atendimentos em hospital geral se realiza em esquema ambulatorial.

Entende-se que em ambos os países se encontram entraves para a inclusão de pacientes psiquiátricos em internação em hospitais gerais,

geralmente pela resistência dos setores médicos, que alegam serem necessárias “condições especiais” de tratamento para essa inclusão.

Interessante assinalar que nos anos 1980, na cidade de Buenos Aires, foram extintos os Centros de Saúde Mental criados nos anos 60 pelo Dr. Mauricio Goldenberg para reintegrar o atendimento à hospitais gerais, mas esse processo não somente encontrou grande resistência nos setores médicos como também nos psicólogos, que viam “cerceadas suas condições de trabalho” (SAFORCADA *et al*, 2010). Segundo os autores, essa resistência expressa a sobrevivência do paradigma assistencial restritivo, que separa o universo mental do orgânico. Apesar desse paradigma ser predominantemente médico, hegemoniza também as outras práticas de saúde, que operam cisões análogas.

Isso nos leva a considerar que, enquanto as instituições de saúde estiverem dominadas por esse paradigma, gerador da separação e a diferença da natureza dos processos orgânicos e mentais não se encontrarão instituições aptas para acolher propostas que rompam essa cisão, entre as, quais arrolamos a presença e circulação de “pacientes mentais” nas enfermarias de “orgânicos”.

- **A existência - ou não - de uma política de formação de recursos humanos para os equipamentos comunitários ou substitutivos do hospital psiquiátrico.**

Em apartados anteriores foi tratado o problema da formação de forma extensa, mas nesse instante do trabalho entendemos que se trata de colocar em estudo uma comparação e seu resultado nos diz que os dois países sofrem de deficiências importantes, mais elas são de ordens diferentes.

Como já expressei, o Brasil busca os seus referenciais hegemônicos no processo italiano iniciado pelo Professor Franco Basaglia e seus colaboradores. Suas bases, extraídas da crítica ao modelo do manicômio, enfatizam a recuperação dos direitos humanos e civis dos pacientes, a

ruptura dos muros tanto reais quanto simbólicos que segregam as pessoas em sofrimento psíquico e a construção da cidadania como condição de estratégias de recuperação e cura. Entendemos assim, que a proposta basagliana não deixa de lado o trabalho da clínica da psicose, mas o subordina às ações políticas de desinstitucionalização.

As condições particulares do Brasil à época em que se colocam as tarefas da reforma psiquiátrica brasileira, no que tange à relação do movimento antimanicomial com as instituições de formação, fizeram com que a reforma se desenhe antes de mais nada, como um processo político e institucional, com severas críticas aos modelos imperantes de tratamento e aos saberes que os fundamentavam. Críticas que, segundo nossa opinião, não careciam de fundamentos.

Isso originou uma forma particular que, ao longo de mais de vinte anos de processo, continuou enfatizando a vertente psicossocial como um caminho de desconstrução das práticas sociais de segregação e deslegitimação do fenômeno da loucura, com pouca ênfase na construção de um aparelho conceitual que pudesse dar conta do tecido fino da clínica em sua singularidade.

Nesse sentido, entendemos que uma das tarefas colocada para a ampliação e potenciação do processo da reforma seria, justamente, um aprofundamento teórico - na linha da reapropriação crítica dos conceitos imperantes dentro do campo clínico, para torná-los operadores eficazes no tratamento específico de perturbações psíquicas graves.

No caso da Argentina, encontramos com uma marcada presença da clínica em todas as instituições dedicadas ao tratamento dos doentes mentais, fruto de uma intensa referência psicanalítica que atravessa a cultura dos grandes centros urbanos. A formação dos profissionais “psi” atravessou vários períodos diferenciados. Nos anos 60, já bem como existia a crítica às instituições asilares apoiada na articulação marxismo/psicanálise, marcos referenciais das experiências da época. Houve intensa produção por

parte dos intelectuais que reliam criticamente a psicanálise para colocá-la a serviço das classes populares, e “limpá-la” do seu ranço elitista. Relembremos o movimento Plataforma, que nos finais dos 60 se cinde da Associação Psicanalítica Argentina, dentro dessa perspectiva crítica.

Com o advento da ditadura militar no final dos anos 70, reprimem-se severamente esses movimentos, com a perseguição e o exílio de muitos intelectuais e profissionais comprometidos com as mudanças no campo político, mas também nas práticas sociais. (MARAZINA, 2003). A repressão no campo social faz-se sentir também no campo do pensamento, e a saúde mental não ficou alheia a esse processo.

Abre-se um novo momento, em que as idéias de Lacan entram com força no campo psicanalítico argentino; o predomínio do pensamento kleiniano, já abalado pelas críticas anteriores, cede lugar ao pensamento clínico de Lacan que parece oferecer uma possibilidade de renovação que não era possível levar adiante no campo das práticas sociais mais amplas. A articulação psicanálise/política cede espaço para a construção de uma política da psicanálise dentro das instituições, que se desenvolve intensamente através de cursos de formação, de reflexão sobre as práticas institucionais, fundamentalmente, na crítica a psiquiatria e suas proposições uniformizadoras e dessubjetivantes.

Esse movimento se joga exclusivamente no campo clínico, à diferença do período anterior, sem articulação com proposições que articulassem essa prática clínica com concepções político sociais mais abrangentes. Produz-se uma cisão entre história anterior e atual, de forma que muitas produções ideologicamente “perigosas” ficam esquecidas.

Embora, como vimos, no início do período democrático ressurgam concepções e propostas que procuram resgatar a dimensão política do campo da saúde mental, a marca de uma clínica descontextualizada sobrevive com força nas práticas atuais. Apesar de notáveis iniciativas provenientes de diferentes setores de articular a dimensão psicossocial no

trabalho institucional, consideramos que nenhum dos dois países conseguiu dar resposta efetiva ao problema da formação específica para os profissionais que atuam na rede pública existente. Tentamos assinalar quais são os entraves específicos de cada país, assim como pensar nas dificuldades comuns a ambos.

Apontamos como um seriíssimo problema em comum a resistência por parte das instituições de formação a introduzir dentro dos programas de graduação o paradigma que orienta as práticas preconizadas pela política proposta. Muitas são as razões para essa resistência, e já temos apontado algumas, mas consideramos como ponto central a posição do paradigma médico restritivo, que opera uma verdadeira barreira de obstrução a qualquer tentativa de questionamento de seus pressupostos. A formação médica está sustentada numa visão centrada na doença, e não na saúde. Pensar um modelo que opere o descentramento do eixo da doença para o eixo da saúde implica numa reorganização de práticas e saberes, mas sobre tudo, implica em *uma recomposição das instancias do poder* que circula através do modelo médico restritivo (SAFORCADA *et al*, 2101).

Não parece possível reduzir a análise dessas resistências a um nível puramente econômico, embora seja inegável sua importância. O modelo médico restritivo, no ato de assimilar processo de cura ao processo assistencial, sustenta um poderoso complexo hospitalar e farmacológico que movimenta enormes quantias de dinheiro e poder. Mas também, como qualquer prática social, produz modos de ver e pensar, de forma que os valores e práticas que ele institui são vividos como as *únicas verdades possíveis*. A naturalização das práticas sociais impede avançar no questionamento de sua adequação ao momento histórico que se vive. É importante entender que qualquer mudança que interfira nas mentalidades encontra extremas dificuldades para seu processo, mesmo nos sujeitos mais afetados pelas condições que o modelo vigente propõe.

Seria, portanto, reducionista e ingênuo pensar que a classe médica obstaculiza o trânsito de um modelo para outro que o questiona somente

porque não quer perder os benefícios daí advindos. Entre outras coisas, porque atualmente, o complexo-médico industrial que domina o campo da saúde e se apóia no paradigma médico restritivo impõe práticas extremamente deletérias para os próprios médicos. Mesmo assim, não por serem os sujeitos mais afetados pelas condições do modelo que estão em condições de resisti-lo. Como efeito da naturalização, que impõe um *modo-de-ser-acritico* muitas vezes os setores mais afetados são os que mais resistem à mudança. A proposta formativa avança no coração de um paradigma que resiste a possibilidade de incluir novos elementos que questionem as bases de sua estruturação. Dai que qualquer estratégia de mudança implique em levar em conta a dificuldade enunciada e a invenção de dispositivos capazes de atravessá-la.

6. ESTUDO DE CASO

As experiências de Rio Negro (Argentina) e Santos (São Paulo - Brasil)

Analisaremos agora dois casos específicos de programas que foram desenvolvidos dentro da área, como um ponto de vista imprescindível ao trabalho de análise dos sistemas de saúde mental escolhidos.

O estudo de caso é uma opção conhecida no campo da saúde: existe uma tendência nas ciências sociais à busca de generalizações operativas partindo do estudo de casos que podem se apresentar próximos dentro do campo escolhido (CONILL *et al.*, 1991).

Por outra parte, o estudo de caso tem uma longa tradição nas disciplinas que se ocupam do campo psíquico. Entende-se que através de uma reflexão sobre os casos singulares pode-se chegar à apreensão das generalidades do fenômeno a ser investigado. Na construção do cabedal teórico da psicanálise, Sigmund Freud se utiliza dos seus famosos cinco casos clínicos como apoio para suas reflexões sobre o paradigma

psicanalítico que rompe com a visão biologista das doenças mentais da época.

As experiências que consideramos no nosso estudo de caso são escolhidas em razão de constituírem-se como referência para outras iniciativas posteriores e aportarem a construção de normativas compatíveis com uma ideologia de desmanicomialização, em sentido amplo.

Nesse sentido, constituem pontos altos da construção do paradigma de atenção em saúde mental que se desenvolveu nas últimas décadas, tanto na Argentina quanto no Brasil. Tanto na cidade de Santos, como na Província de Rio Negro se desenvolvem verdadeiros laboratórios de criação de dispositivos e ideias decorrentes da aplicação e ajustes de critérios concebidos em outras realidades para as realidades locais.

Podemos constatar que a *singularização da experiência* é um eixo condutor das ações em ambos os programas. Esse critério abre outra episteme, a mesma que nos faz escolher o recurso de estudo de caso e que implica uma ruptura com a lógica de sentido único, da qual o manicômio é um efeito imediato. Nesse sentido, a lógica manicomial se coaduna com outra lógica, predominante dentro do modelo biomédico atual, sustentada por uma posição cientificista que aspira a reduzir a singularidade do paciente a um exemplo particular dos quadros psicopatológicos. As patologias apresentam-se assim como entidades autonomizadas das condições históricas, sociais, das *condições de existência dos pacientes* e seus modos singulares de resolver os problemas que os assolam.

Entendemos, então, que ambos os programas trabalham em uma perspectiva comum de resgate de singularidades, tanto no âmbito da subjetividade dos pacientes, quanto no âmbito social mais amplo, tentando respeitar as características das comunidades nas quais se inserem.

A experiência de implantação do sistema de saúde mental de Rio Negro tem início no ano 1985, e a experiência de Santos inicia-se no ano 1989. Ambas desenvolvem-se em períodos imediatamente posteriores à

implantação de regimes democráticos em ambos os países, após a saída das ditaduras que vigeram por longo tempo. Ambas, portanto, se enlaçam com uma abertura das liberdades democráticas, que no Brasil alcança significativa expressão na Constituição de 1988 e na Argentina, no processo de reconstituição do Estado de Direito na presidência de Raul Alfonsín, eleito democraticamente no ano 1984. O Brasil passa por uma reforma importante de seu sistema de saúde, impulsionada por um grupo de sanitaristas e profissionais de diversas áreas de militância na saúde, que se constitui como o núcleo do que viria a se chamar de Reforma Sanitária. Tal reforma fica plasmada constitucionalmente no Sistema Único de Saúde (SUS) e representa verdadeiro avanço no campo das políticas públicas de saúde dentro do continente.

Esta Reforma Sanitária, que estabelece *a saúde como direito de todos*, não tem correspondência no campo das políticas públicas na Argentina. Mas é possível registrar um movimento amplo de assunção de lideranças progressistas em várias províncias argentinas nos diversos setores das políticas sociais que serve de impulso para iniciativas pioneiras dentro do campo. Esse movimento, mesmo que de grande abrangência, não se realiza de forma igualitária para todo o território nacional, se fortalecendo nos lugares onde se afirmam lideranças de forte preocupação pelas políticas sociais.

De fato, na Província de Rio Negro assume em 1983 um governo com essas características, que apoia em 1985 a implantação de um Programa de Saúde Mental comunitário, que passa a ser gerenciado por um profissional que passará depois a pertencer aos quadros da Organização Pan-Americana da Saúde, o Dr. Hugo Cohen.

No caso do Programa de Santos, no ano 1989 a Prefeitura Santista é ganha pelo candidato do Partido dos Trabalhadores, que contava em seus quadros vários dos sanitaristas que participaram na Reforma Sanitária – como o Secretario da Saúde do município, Dr. Davi Capistrano Jr. que apoia decisivamente o Projeto.

Para melhor compreensão de ambos os processos, serão descritos por separado e se incluirão os comentários *a posteriori*, no apartado seguinte.

6.1. A Experiência de Rio Negro - Argentina

A partir do ano 1983 se inicia na província de Rio Negro uma experiência de transformação no campo da Saúde Mental, sob o signo da desmanicomialização. Esse trabalho foi levado adiante pelas equipes de Saúde Mental criadas a partir dessa data e legalizado em 1991 com a promulgação da Lei estadual 2440, Lei de Promoção Sanitária e Social das Pessoas que padecem Sofrimento Mental.

6.1.1. Caracterização do entorno

A Província (ou Estado, no caso brasileiro) de Rio Negro localiza-se na Região Patagônica da Argentina, ao sul da Província de La Pampa, tendo ao leste a Província de Buenos Aires. Com uma superfície de aproximadamente 200.000 km² e população estimada em 550.000 habitantes, sua capital é a cidade de Viedma, com aproximadamente 48.5000 habitantes. Rio Negro está dividida em 13 departamentos que se distribuem em cinco regiões geográficas: o Alto Vale, zona economicamente poderosa pela sua indústria frutícola; o Vale Médio, com gado e frutícola; o Vale Inferior ou Região Atlântica, onde se acham a capital e o porto; a Região da Cordilheira, onde fica Bariloche – conhecido centro turístico –; e a Meseta Central Patagônica. Fora do Alto Vale, que concentra 53% da população, as cidades se acham separadas por grandes distâncias. Dos habitantes, 72% habitam zonas urbanas e 28% zonas rurais.

A Província sofre em sua atividade produtiva uma forte influência da política econômica de ajuste nacional e das oscilações de preços internacionais de ramos: frutícola, pecuária, pesca, produção de lã. Houve uma grande atividade mineira e petrolífera que decaiu após a privatização da empresa estadual (YPF) e as jazidas de ferro de Sierra Grande.

Como características demográficas próprias, podemos apontar a população mapuche – povo originário da região – que está assimilada à cultura ocidental, em um contexto de grande carência. Privados dos seus meios de vida tradicionais migram da região sul da província para as periferias das grandes cidades onde sobrevivem de trabalhos ocasionais. A marginalidade com todas as suas misérias é o seu destino freqüente.

Outro fato demográfico próprio é um expressivo número de população chilena, que se ocupa de tarefas vinculadas ao turismo e a colheita de frutas, mas que sofre também um alto grau de instabilidade laboral.

6.1.2. Histórico da situação de Saúde Mental

Até o ano 1983, os pacientes mentais eram encaminhados a um único hospital – o Hospital Neuropsiquiátrico de Allen – que concentrava 90% de internações. Quase todos vinham de locais distantes, portanto sofriam um deslocamento do seu meio habitual por longos períodos. Pacientes que podiam pagar eram internados em clínicas privadas ou encaminhados a Buenos Aires ou Bahia Blanca para serem atendidos.

Existiam 64 profissionais de Saúde Mental na província inteira, sendo que 54 (em torno de 84%) no Neuropsiquiátrico de Allen. O resto se achava em hospitais gerais de seis cidades, trabalhando de forma isolada e alheios à realidade institucional e social, em esquema de consultório particular. Segundo o Dr. Schiappa Pietra, o seu ingresso à saúde mental se produz no Hospital Geral da cidade de Ing. Huergo, onde se organiza um anexo ao Neuropsiquiátrico de Allen, anexo que funciona como sede de pacientes crônicos. Em seu testemunho, SCHIAPPA PIETRA (2003) relata que nesses tempos pré-reforma, o trabalho carecia de planificação, não existia trabalho interdisciplinar e nenhuma possibilidade de questionar ou pensar o rígido sistema estabelecido.

A partir de 1983, com a chegada do primeiro governador do período democrático – Osvaldo Alvarez Guerreiro –, começa um processo de mudança do “manicômio”, tratando de humanizá-lo e melhorar a situação de abandono dos internados.

O ministro da Saúde, Carlos Cornaglia, redistribui os profissionais concentrados em Allen em vários pontos da província. Schiappa Pietra comenta que a realização de propostas de trabalho comunitário em atenção primária nos locais de trabalho irá alimentar uma forte corrente de pensamento em torno das formas de atenção em saúde mental. A proposta do ministério gera uma resistência nos setores psiquiátricos tradicionais, que no meio de uma forte crise começam a se retirar do hospital. Entretanto, vários dos profissionais decidem por ficar e alguns se redistribuem nas diferentes instituições, dando início a um processo de troca no setor.

Em maio de 1985 o Dr. Hugo Cohen – atual representante da OPAS na Argentina – assume o Programa de Saúde Mental de Rio Negro. Cria-se o cargo de coordenador zonal de Saúde Mental e a reforma no sistema de saúde mental se legaliza e fortalece. Começam a se construir alternativas comunitárias, institucionais e sanitárias para aprofundar o processo. Nessa direção, toma-se a decisão política de abrir leitos nos hospitais gerais para pessoas em sofrimento mental. A Saúde Mental se reconhece como *a quinta clínica básica* e também o direito do psicólogo de ocupar as chefias dos serviços de saúde mental, assim como para dar plantões da especialidade. Cria-se a primeira equipe de intervenção na crise, a cargo de uma assistente social e dois psicólogos e a coordenação de grupos de alcoolismo fica com um paciente alcoólico recuperado.

Esse processo culmina em 1988, ano em que se fecha o Neuropsiquiátrico. Atualmente o Hospital Allen foi remodelado e virou um Hospital Geral, onde funciona um Serviço de Saúde Mental, assim como tantos outros.

À medida que avançava a tarefa, a necessidade de um marco jurídico que formulasse uma política para toda a província ficava clara, assim como a necessidade de dar continuidade à tarefa, de forma a plasmar uma estrutura independente de quem ocupasse os cargos.

Na exposição de motivos para promulgar a Lei de Promoção Sanitária e Social (Lei 2440) se destacam alguns dados muito importantes:

- no período 1985-1988 foram atendidos 1400 pacientes graves, sem se registrar qualquer episódio de violação ou homicídio.
- As equipes de saúde de 20 dos 26 hospitais existentes na época foram capacitadas para contenção do paciente em crise e para sua reinserção comunitária. Um total de 25% das enfermeiras da província já receberam treinamento.
- Os pacientes são internados durante a crise em salas comuns ou setores específicos dos hospitais gerais, mesmo naqueles onde não existe ainda psiquiatra ou psicólogo. Foi possível resolver 95% das urgências graves sem internação ou isolamento prolongado. Os 5% restantes eram constituído na sua grande maioria por pessoas com situações sociais gravíssimas.
- A equipe de intervenção de Alto Vale atende no segundo semestre de 1987 45 urgências, das quais 5 delas requisitaram internação no Allen por um período médio de 30 dias. O restante se resolveu em internações domiciliares e em leitos em hospitais gerais por período médio de 48 horas.

Começa a se utilizar recursos originais da Previdência (PAMI e IPROSS) e diversas Caixas que atendem os portadores de necessidades especiais, assim como instituições – públicas – que gerenciam programas de alfabetização, bolsas de trabalho, habitação, para sustentar a reinserção na comunidade. O impulso à formação de cooperativas de trabalho é enorme e se integra a um esforço da comunidade para achar alternativas laborais para a população geral.

Foi demonstrado que, coincidindo com outras experiências mundiais, os custos de multiplicar pequenos Centros de Prevenção, Tratamento e Reabilitação dentro da estrutura do Hospital de Área são infinitamente menores que os custos das instituições tradicionais – chamadas “*monovalentes*” na Argentina.

A Lei 2440 foi aprovada em setembro de 1991 e regulamentada em 1982, quando entra em vigência. Resgataremos dentro do seu texto, dois artigos que nos parecem apontar claramente o eixo do processo que a origina:

Artigo 1: A recuperação da identidade, dignidade e respeito da pessoa humana com sofrimento mental, expressada em termos de sua reinserção comunitária, constituem o fim último dessa Lei e de todas as ações que dela depreendem.

Artigo 5: Se assegurará e procurará a continuidade dos vínculos, contatos e comunicações das pessoas cuja promoção esta lei procura com os seus familiares diretos e amigos.

6.1.3. Desenho de estratégias e operadores

Começamos por distinguir os diferentes níveis em que se desenvolveu o trabalho:

Nível estadual (provincial): A grande equipe, formada por todos aqueles que se dedicam a essa tarefa, contou com a coordenação do Chefe do Departamento de Saúde Mental. Há reuniões periódicas em cursos de atualização e aperfeiçoamento e também de Serviços. Esses encontros servem para troca de experiências, debates, busca de soluções comuns, criação de novas estratégias etc. Fundamentalmente, servem para construir um marco conceitual próprio desse processo, com a máxima coincidência possível entre os seus trabalhadores. A capacitação, que como

assinalávamos, se realiza a partir do Departamento de SM, consta de cursos, cartilhas e conversas programadas a partir das necessidades detectadas nos agentes e na população.

Nível local: As equipes de trabalho se configuram a partir do Serviço de Saúde Mental de um Hospital Geral, no qual vão se incorporando outros colaboradores. Ali surge a figura do *operador em Saúde Mental*, que não é necessariamente um profissional da área. Pode ser um docente, um familiar, uma pessoa recuperada. Na equipe, ele se capacita, elabora estratégias para acompanhar os casos que tem ao seu cuidado. Nesse nível, a tarefa da equipe consiste na elaboração das estratégias de tratamento, assim como a avaliação e acompanhamento dos mesmos.

Outro encargo da tarefa são os grupos de auto-ajuda, tais como os GIA (Grupos de Apoio ao Alcoolismo), que frequentemente são coordenados por um operador ex- alcoólico. Nesses grupos, segundo a forma operativa de cada região, costumam participar pessoas com diversas adições. O problema de alcoolismo é prevalente na região, motivo pelo qual esses grupos revestem-se de bastante importância.

Pode se observar que a composição das equipes de saúde mental é bastante heterogênea. São integrados profissionais da área, de outros campos da saúde, antropólogos, professores de diversos tipos, sociólogos, assim como operadores cujos saberes não têm um reconhecimento profissional, mas revelam eficácia na prática. A integração da comunidade a partir do trabalho desses operadores promove importante mudança na visão do problema de saúde mental na comunidade que o refere. Além disso, nos espaços aonde não chegavam os recursos específicos, se organizam as *Patrulhas em Saúde Mental*, a partir dos operadores, que têm como função organizar e capacitar recursos locais que pudessem atuar como referentes. São pequenas equipes com capacidade para conter um paciente em crise, e para oferecer pautas de compreensão, apoio e acompanhamento aos que o rodeiam.

A função do técnico sofre mudanças: ele passa a ser um facilitador das possibilidades como agente de saúde existente dentro da comunidade. No relato da experiência com essas patrulhas zonais, relatam-se muitos casos onde sua tarefa contribuiu ao estabelecimento de equipes de trabalho em locais nunca antes atendidos.

Evidentemente que o modelo que orienta as ações é o da saúde mental comunitária. Os eixos do modelo são:

- Descentralização
- Trabalho comunitário e interdisciplinar.
- Manutenção dos vínculos do paciente com o seu meio.
- Reinserção do paciente no meio.

Em relação ao primeiro tópico, a descentralização, os pensadores do modelo vigente em Rio Negro fazem questão de ressaltar que essa estratégia, que indica a resolução do processo terapêutico desde lugares e efetores muito diversos, não implica que o hospital perca sua hierarquia e pertinência.

SCHIAPPA PIETRA (1992) afirma a convicção de que o hospital, como o lugar específico que garante a saúde pública, não deve perder seu papel de *referente social* para o trabalho. Mas ser um referente em relação com a função de orientador comunitário, que não necessita para isso ser centralizador ou hegemônico. Ele diz:

“Uma comunidade não deve perder seus referentes mais importantes para satisfazer suas necessidades vitais. Na saúde, continua sendo o hospital. Nas abordagens de ações intersetoriais, nunca perdemos de vista o hospital como referente institucional-comunitário (...). Descentralizar não nos levou a deshierarchicalizar” (pg.25)

Nessa direção, a internação hospitalar é uma das alternativas possíveis, sempre que respeite duas condições:

- que seja o mais breve possível, para continuar o processo de recuperação no seu entorno;

- que não seja realizada em um local especial para doentes mentais, mas na sala geral, evitando a marginalização e os efeitos nefastos da estigmatização e cronificação.

Certamente que esta estratégia levantou fortes resistências, tanto dentro do pessoal hospitalar, quanto dos outros pacientes. Mas de acordo com os relatos das experiências realizadas, é fundamental a presença do pessoal capacitado para realizar uma contenção que não altere a dinâmica habitual da enfermaria, permitindo, além disso, uma interação entre os pacientes habituais e os seus companheiros que apresentam sofrimento mental. Observou-se melhores índices de recuperação destes quando esta interação era possível, assim como na presença e agir dos técnicos de saúde mental presentes no apoio ao processo incorporava-se uma dimensão de humanização, tanto nas relações entre pacientes, quanto com os conflitos institucionais habituais. Destarte, a pessoa internada em crise atuava como disparador de recursos preventivos de saúde no âmbito geral.

Mas no texto de Schiappa Pietra aparece um comentário que assinala um eixo de tensão que provavelmente manteve-se ao longo do trabalho, já que ele aponta que, na equipe que ele formava em Ingeniero Huergo, os profissionais não tinham convicção de não se precisar de um espaço específico para atenção da crise ou casos mais graves de saúde mental, vistos os enormes custos do trabalho em hospital geral frente às circunstancias já descritas.

6.1.4. Instituto Nuestra Casa

O mais próximo desse espaço específico foi um Centro Hospitalar de Saúde Comunitária, que foi criado em meados de 1991 na cidade de General Roca. Sua forma de trabalho cria dificuldades com os partidários de um modelo mais tradicional e com o serviço de SM do Hospital Roca, mas

recebe o apoio do prefeito e responsáveis de outros serviços de saúde. Recebe o nome final de Instituto *Nuestra Casa* (Nossa Casa). Apesar de inaugurar-se como Centro de Dia, rapidamente se amplia para atenção noturna, e vai acontecendo superlotação, devido, sobretudo ao encaminhamento de casos judiciais. Suas atribuições são amplíssimas, desde relacionamentos interpessoais, gestão laboral, projetos intersetoriais para melhoramentos de situações psicossociais na comunidade, alojamento provisório, sem excluir consultas terapêuticas. Nesse molde, são criados centros em diferentes localidades, chegando a quatro em total.

5.1.5. Algumas diferenças conceituais dentro do projeto

SCHIAPPA PIETRA (2009) utiliza dois conceitos para nomear os modelos terapêuticos: a modalidade terapêutica assistencial (MTA) e a modalidade curativa promocional (MCP). Essa sistematização corresponde à proposta por Cohen e Natella, embora difiram na forma de apresentá-las.

A modalidade terapêutica assistencial sustenta-se em uma estrutura assimétrica e implica por parte do paciente aceitar uma posição submetida; a modalidade curativa promocional sustenta uma horizontalidade no tratamento. O isolamento e o repouso, apropriados para algumas doenças orgânicas, foram transpostos mecanicamente para os tratamentos para transtornos psíquicos, para os quais geralmente não são adequados. Pelo contrário, deve-se alimentar o vínculo social e evitar o isolamento. Nesse sentido, a modalidade curativa promocional forma parte de uma estratégia ampla em função do objetivo da reinserção social, antes que de uma estratégia restrita, onde os recursos físico, químico ou verbal têm valor em si mesmo.

Todas as decisões terapêuticas na modalidade curativa promocional são tomadas de forma conjunta, em uma reflexão onde participam todos os integrantes da equipe, sem distinção alguma em relação à sua formação.

Segundo Schiappa Pietra, a avaliação do risco psicossocial do paciente sustenta-se em dois parâmetros: o nível de transtorno mental da pessoa e o nível de abandono, já que se entende que o abandono com seus aditamentos de exclusão e marginalidade sustentam o sofrimento mental. Assim, o trabalho é considerado um elemento essencial no processo, principalmente o trabalho remunerado, que outorga poder que *“em nossa cultura é quase equivalente a poder aquisitivo”* (SCHIAPPA PIETRA, 2009,)

Vemos que COHEN e NATELLA (2007) trabalham ideias semelhantes de forma mais geral. Eles colocam que a consequência necessária da ideia de descentralização é o deslocamento da responsabilidade sanitária: cada um de nós, desde o seu lugar, saber e compromisso, pode contribuir com a tarefa terapêutica.

Os autores ressaltam que não se trata de cair em uma postura anticientífica ou de construir uma competência que se enfrente com o modelo tradicional, valorizando os saberes alternativos em detrimento dos outros. Cada saber tem sua especificidade: assim como os próprios profissionais devem questionar práticas baseadas em visões recortadas da complexidade humana, a comunidade e suas instituições devem rever suas atitudes perante a pessoa em crise geralmente sustentadas em hábitos, preconceitos e saberes discriminatórios.

Sua posição no que se refere ao processo de cura:

“Não se cura a alguém em sofrimento mental somente com drogas ou sessões terapêuticas. Se os elementos que desencadeiam uma crise são múltiplos e variados, igualmente múltiplos e variados são os recursos que levam a sua resolução, de forma a devolver à essa pessoa sua verdadeira identidade, que não é um processo individual, mas social”. (pg.42)

Como elemento fundamental desse processo, a manutenção de vínculos traz a necessidade de realizar um trabalho grupal de diferentes alcances, no qual se trata de conscientizar à comunidade sobre a realidade que vive o afetado. Trata-se de responder aos questionamentos e dúvidas

dos vizinhos, amigos, familiares e descobrir a ajuda possível à pessoa em crise.

Eles apontam alguns elementos próprios do trabalho em comunidades relativamente pequenas – os povoados do interior da província. Neles, o controle social é bem maior que nas grandes cidades. Por exemplo, a pessoa considerada louca não é um estranho ou totalmente desconhecido. Esse fator, por um lado, atua no sentido de uma rápida identificação do diferente e uma não menos drástica expulsão, já que sua presença faz muito ruído. Mas também facilita que alguns elementos da comunidade sensibilizem-se para um compromisso com quem sofre. Também os vínculos estreitos de convivência impõem muitas vezes a familiarização dos conflitos, de forma a que em torno da crise vivida por um membro da comunidade articulem-se complexos sentimentos e posições que remontam a passados vividos por todos, não somente pela família. “*Capuletos e Montescos*” aparecem por detrás de um conflito que gera às vezes divisões no povoado inteiro, a favor ou contra da expulsão ou internação. Isso traz uma dimensão à crise imprescindível de tratar.

EVARISTO (apud COHEN e NATELLA, 2007) sintetiza os seguintes passos a seguir em um programa terapêutico:

1. Comprometer imediatamente os outros sujeitos na interpretação e gestão da crise;
2. Restabelecer no paciente e sua família a cultura da diversidade;
3. Oferecer exemplos decisivos na construção de uma relação de confiança;
4. Provocar uma carga afetiva nos familiares e na comunidade;
5. A equipe de saúde mental deve elaborar um projeto de mudança com etapas progressivas e concretas;
6. Assumir a responsabilidade da situação.

Assim como essa posição, que implica uma decisiva intervenção da equipe de apoio na comunidade, os autores vão desenhando variados meios para a consecução do objetivo de reinserção, colocando um forte acento na articulação com todos os recursos passíveis de serem usados no âmbito comunitário. Não deixam, entretanto, de alertar que este processo implica um tempo lento, que implica mudanças importantes na forma de considerar o fenômeno da loucura, mas também as formas de se implicar com ele. Processo difícil, crivado de obstáculos, mas que eles ressaltam ser possível em muitos dos casos atendidos.

6.2. A Experiência de Santos

Pode se datar o começo da transformação da assistência em saúde mental da cidade de Santos no mês de maio de 1989, com a concretização da vistoria da Prefeitura Municipal de Santos à Casa de Saúde Anchieta.

Esse hospital, na época conveniado com o INAMPS, foi inaugurado na década de 1950 para funcionar como centro de assistência psiquiátrica, sendo objeto de repetida denúncia por maus-tratos e total desrespeito aos pacientes atendidos. Os relatórios das vistorias sucessivas da regional de saúde constataavam existência de celas fortes, déficit de pessoal técnico, superlotação e sujeira, enfim, o tristemente conhecido panorama do espaço manicomial.

Face a esses relatórios, o Secretário de Saúde, Dr. Davi Capistrano Filho, propõe a discussão para a comunidade em uma entrevista coletiva à imprensa, estipulando uma data próxima – 28 de abril – para a sua resolução. A vistoria realizada no dia 3 de maio confirma as denúncias e agrega a fala dos internados como novo elemento probatório. Nessa ocasião, representantes de numerosos segmentos sociais encontravam-se presentes: vereadores da Câmara Municipal de Santos, Comissão Teotônio

Vilela, Plenária de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo, Ordem dos Advogados e outras entidades sindicais e profissionais.

O assombro é enorme: as cenas que se desenvolviam aos olhos dos visitantes não desmereciam as já conhecidas imagens dos campos de concentração. Mais do dobro de internados que os leitos disponíveis, condições degradantes de higiene e alimentação, uso dos pacientes para manutenção do hospital, agressão física, mau-trato, tudo se desenvolvia aos olhos de pessoas que, em muitos casos, jamais suspeitaram da existência desse universo.

A Prefeita, Telma de Souza, determina a intervenção do hospital por 120 dias – prorrogáveis – sob a coordenação de Roberto Tykanori Kinoshita, médico psiquiatra. Imediatamente começa a se implementar um cotidiano, cujas propostas principais norteiam-se pela eliminação da violência como prática institucional e pela reconstituição subjetiva dos pacientes, através de um amplo leque de medidas, que tendiam a *virar do avesso* – na expressão de NICACIO (1994) – o *manicômio*.

A equipe de intervenção alicerçava seu fazer nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica italiana, que gerou textos fundamentais para a compreensão da lógica manicomial e o complexo contexto onde ela se insere. O pensamento de Basaglia, Rotelli e outros ajuda na construção de uma plataforma teórico-técnica e política para o acionar imediato, assim como construir o projeto de saúde mental da cidade. Fazem parte dessa plataforma o resgate da singularidade, a construção da cidadania e a consideração da história do paciente como parte prioritária desses processos.

A partir desse momento, se abre uma batalha jurídica desenvolvida ao longo de vários anos, que em uma primeira etapa implica na retomada do hospital por parte dos proprietários durante alguns dias; tenta-se reinstalar a lógica anterior, mas após uma semana de debates reinicia-se a intervenção a partir da cassação da liminar interposta pelos proprietários.

A batalha também acontece na arena da transformação institucional, com alguns funcionários ameaçando greve por temor à falta de controle dos pacientes, ou pelo retorno de pessoal que foi afastado em virtude de graves falhas no cuidado dos internos. A crise foi contornada com ajuda de profissionais da secretaria, mas, sobretudo, com a colaboração dos pacientes, que assumiram junto à equipe as tarefas de manutenção do espaço.

O debate sobre as relações ao interno da instituição era muito intenso, assim como a construção de uma nova relação com a comunidade. O hospital se abria para o seu entorno, e procurava-se uma visibilidade inédita. Essa visibilidade culmina na festa dos 100 dias de intervenção, em praça pública onde ao lado de barracas com produtos de artesanato e culinária, os pacientes demonstram sua possibilidade de trocas sociais através de performances, dizeres, produções diferenciadas daquelas velhas “pobres coisas de loucos”, heranças das visões de ergoterapia, ao dizer de Nicacio.

Mas a batalha de desconstrução institucional continuava, em variados níveis e desdobramentos: no nível da *tutela institucional*, trabalhando a percepção do internado como um sujeito capaz de um poder contratual e não mais como um doente incapaz e perigoso. Como propõe NICACIO (1994), o enriquecimento do poder contratual dos sujeitos implicava que a relação terapêutica se inscrevesse em uma abertura que pudesse agir nas diferentes dimensões da vida do sujeito: moradia, família, trabalho, questões jurídicas da sua vida etc.

Fica claro também que esse poder contratual não é solução, mas um instrumento de gerenciamento da própria vida, com todos seus aspectos contraditórios, para o qual se impunha a necessidade de inventar novas instituições que servissem de suporte a este processo. Nesse sentido, a equipe continua se orientando pelas propostas da corrente de desinstitucionalização italiana, que enfatiza a criação de estruturas internas totalmente substitutivas da internação manicomial. Através de intenso

debate, se decide criar finalmente em setembro de 1989 o Núcleo de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste. Um dos critérios fundamentais que norteiam a iniciativa é o critério do território: “*Do manicômio ao território*” é uma ideia-força que resume muito do caminho percorrido.

Partindo do *Laboratório do Anchieta sob intervenção* se constroem cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAMTAM, o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal e o Lar Abrigado República “Manoel da Silva Neto”.

- **NAPS:** Regionalizados. Funcionamento 24 horas, todos os dias. Cinco NAPS respondem pela demanda de saúde mental de sua região de abrangência. A proporção estimada é de um equipamento para 90.000 habitantes, sendo que o projeto aponta para um número ideal de 60.000 habitantes por região. Mesmo que nos momentos iniciais os NAPS tivessem sido construídos nos locais disponíveis, a ideia é que ocupassem casas comuns dentro de ruas residenciais. Dos cinco equipamentos, dois já preencheram esses quesitos. Um dos recursos importantíssimos para o processo é a existência de seis leitos, chamados de *garantias de direito de asilo*, para aqueles pacientes que em diferentes momentos do seu processo pudessem necessitá-lo. As equipes eram compostas por aproximadamente 40 profissionais, desde “*psis*” até merendeiras e auxiliares administrativos.
- **Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal:** funciona no Pronto-Socorro Central da cidade, como retaguarda do sistema de atenção à crise/urgência, particularmente no período noturno.
- **Unidade de Reabilitação Psicossocial:** Centraliza os empreendimentos de trabalho, meios de reconstrução de capacidades contratuais já mencionadas. Atende vários projetos, entre eles, a construção de Cooperativas Sociais.

- **Centro de Convivência TAMTAM:** Iniciado no interior do Anchieta, adota a forma de *rádio livre*, na linha de produzir mensagens questionadoras sobre os valores tradicionais em relação à loucura, à normatização, à cultura da exclusão, à diversidade. Isso é veiculado através de diferentes projetos, como grupo de teatro, artesanato, e, sobretudo, a Rádio TAMTAM. Sua equipe é formada por um artista plástico e sete psicólogos.
- **Lar Abrigado (Republica Manoel da Silva Neto):** Moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados. Uma equipe de treze profissionais atende estes pacientes, muitos dos quais são tristes analisadores do processo manicomial a que foram submetidos.

Certamente que essa é uma descrição dos dispositivos principais que foram instituídos, mas se faz necessário um aprofundamento nas lógicas que os norteiam e produziram.

6.2.1. Desenho de Estratégias e Operadores

NICACIO, em seu trabalho sobre a experiência de Santos (1994), realça que (...) *a experiência santista não é uma desospitalização administrativa, não é reforma da Psiquiatria e se contrapõe a toda pratica de abandono, de segregação institucional, de ocultação “científica” das contradições sociais. É um processo com limites e contradições que não se coloca como modelo de soluções a priori porque dessa forma estaria na ordem do ideal e apreendê-la como tal seria sua própria negação (pg.46).*

Resulta claro que o eixo principal da tarefa é a inovação das relações entre as instituições e os sujeitos nelas inscritos e por elas produzidos. O sentido de instituição aqui adquire um entendimento diferente daqueles que utilizamos vulgarmente, um sentido que é dado pelo Institucionalismo. Assim, instituição é uma **lógica** que ordena e atravessa as

produções sociais, criando e reproduzindo territórios e relações de segregação, hierarquização, alianças e subjetividades. Essas instituições, que são historicamente produzidas, não são assim percebidas pelos atores sociais, já que o efeito de naturalização próprio ao instituído produz o entendimento de que essas representações sociais são naturais, que estiveram aí desde sempre e são, portanto, imutáveis.

Por tudo isso, a criação de dispositivos como os NAPS e outros que surgem na medida em que o processo avança se propõe a inscrever novos instituintes na prática concreta não somente dos pacientes, como dos agentes institucionais e dos cidadãos da comunidade na qual o trabalho se desenvolve.

O direito de cidadania do louco, a loucura como expressão complexa da existência humana, a tutela como direito do sujeito, para produzir autonomia são alguns dos elementos que constituem o eixo mencionado.

Sem dúvida que a complexidade dessa realidade proposta não pode ser processada através de lógicas totalizadoras e objetivadoras, mas precisa de **instituições em movimento**, cuja característica fundamental é a de jamais se propor como prontas e acabadas, assim como se pensa os sujeitos dos quais pretende cuidar. Nessa perspectiva, pretende-se que os NAPS sejam centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de referencia cultural.

À diferença dos ambulatorios, que centram seu olhar no sintoma, à moda da psiquiatria, Nicacio nos mostra que a prática terapêutica no NAPS se dirige centralmente ao sujeito, construindo ali diversas estratégias terapêuticas: hospitalidade continuada garantia de direito de asilo, convivência, atenção à crise, espaço de reabilitação psicossocial, de transformação cultural etc. O NAPS se pretende como núcleo de expansão de redes além de sua fronteira, indo em direção ao território. E, além de tudo, o NAPS não é um serviço de saúde mental “preventivista”, não procura renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria sem analisar o mandato de

exclusão da qual a instituição psiquiátrica se faz depositária. Não se trata aqui de assumir uma posição neutra na relação com a doença, mas de assumir esse mandato para transformá-lo, utilizando o seu poder para movimentar instituições, saberes, para a produção social dos sujeitos.

Talvez um dos dispositivos que levou mais longe os pressupostos do projeto de Santos seja o Centro de Convivência TAMTAM. Através das produções artísticas, do teatro espontâneo, dos *grafitti* e do jornal TAMTAM Urgente foi se efetivando um canal de integração entre o processo do Projeto e à comunidade. A Rádio TAMTAM, que nasce dentro do Anchieta, compra um espaço em uma das rádios da cidade *“Um programado tamanho de sua loucura”* no dizer do apresentador, um ex-internado. Sua programação é semelhante da comum nesse meio, mas traz a marca de quem o faz, vários ex-internados, os profissionais do TAMTAM, pessoas da cidade, jovens de escola secundária. Buscam-se problematizar questões como a da diversidade, deitar um olhar irreverente na realidade cotidiana e trabalhar com um padrão estético elevado, com uma produção cuidadosa. O sucesso da programação é grande, desdobra-se em apresentações e debates em vários estados, onde os loucos são convidados a falar sobre a experiência e, sobretudo, sobre a mensagem que eles conseguiram colocar no sentido da reflexão sobre valores pouco questionados e os efeitos desses valores nas práticas cotidianas. Chega-se a sustentar uma hora de espaço radial na programação oficial da Rádio Clube de Santos e os ex-internos são requisitados pelo Sindicato de Locutores para oficializar o seu status como tais. Esse processo também não se realiza sem desdobramentos, abrindo debates internos ao sindicato.

Como já foi mencionado, o processo santista teve desenvolvimento pleno enquanto a administração do município encontrava-se em poder do PT (Partido dos Trabalhadores) até 1997. Na segunda administração, o cargo de Prefeito foi ocupado pelo Dr. Davi Capistrano, que comandou a Secretaria de Saúde durante o primeiro período. As posteriores administrações respeitaram o desenho institucional alcançado, mas suas

políticas na área debilitaram o trabalho, acentuando o caráter ambulatorial dos NAPS e atrasando a expansão da rede.

De acordo com dados disponíveis de 2005 (CALIPO, 2008), a Rede de Saúde conta com o mesmo número de NAPS, atualmente incluídos na denominação CAPS III mais um CAPS-AD. Incluem-se na Rede:

- Centro de Reabilitação Psicossocial do Adolescente - Tó Ligado;
- Três centros de Valorização da Criança;
- Centro Municipal de Prevenção Primária do Uso de Substâncias Psico-ativas(CEMPRI)
- Lar-Abrigo (CELAB);
- Centro de Reabilitação Psicossocial (CERP);
- Núcleo de Gestão Assistencial;
- Ambulatório de Psicoterapia (Centro);

Estatisticamente os NAPS atenderam em 2005 um total de 4240 usuários. Dessas consultas, 92% foram de caráter ambulatorial. Somando os atendimentos de todos os serviços, foram realizados 9014 procedimentos. Esses números assinalam uma relação de atenção de 2155 por 100.00 habitantes, o que cumpre ligeiramente proporção desejável preconizada pela OPS. A questão que se coloca é se os atendimentos conseguiram sustentar o modelo originário ou se derivaram a um modelo de atenção ambulatorial tradicional, perdendo sua condição de promoção de inclusão social e modificação de paradigma médico-assistencial.

6.3. Análise Comparativa dos Processos.

Semelhanças e Diferenças

Começaremos por assinalar quais os fatores de semelhança entre os dois processos que podem ser entendidos dentro de um marco geral, cuja origem se encontra na crítica dos sistemas de atenção psiquiátrica na década de 1950. Esse movimento, que funda os valores do que logo mais constituiria o campo da Saúde Mental, permite entender como o modelo de internação asilar constitui o articulador do conjunto das práticas e saberes que regem todas as relações que nele se produzem. Assim, o manicômio não somente se coloca como um *sistema institucional* de segregação e custódia dos *doentes mentais*, senão também como *uma ideologia da institucionalização* da psiquiatria para aqueles considerados como doentes mentais.

Essa dupla caracterização orienta e tipifica os desafios que o campo da Saúde Mental enfrenta desde então:

- Por um lado, a extinção dos estabelecimentos suportes da lógica manicomial que baseiam sua prática na discriminação, segregação e custódia dos pacientes;
- Por outro, a construção de modalidades de atenção não asilares, que modificassem as relações entre profissionais (prioritariamente os médicos psiquiatras) e os pacientes, de forma a rearticular os saberes e poderes ali vigentes. Esta construção era prioritária para poder assegurar o fechamento dos manicômios e o ciclo de suas práticas.

6.3.1. Condições de Possibilidade: o contexto sócio-político

Tomamos como referência o texto de GALENDE (2009) para pensar a forma em que o desenvolvimento desses eixos implicou o imediato e inevitável desdobramento para campos mais amplos da sociedade, o Estado, a política e os aspectos jurídicos da privação da cidadania. Assim, os valores da Saúde Mental se inscreviam em um conjunto social mais amplo, aquele das reivindicações democráticas: direitos humanos, especialmente os referidos à vida e à saúde, cidadania, garantias individuais de liberdade. Nesse sentido, o setor da Saúde Mental se juntava às reivindicações dos setores mais postergados ou marginalizados da sociedade, coisa que Basaglia assinala claramente quando escolhe o nome de *Psiquiatria Democrática* para o movimento que encabeça essa transformação na Itália.

GALENDE (2009) nos relembra que a necessidade dessa implicação da sociedade e o estado para a reconversão do modelo manicomial fez com que as propostas da saúde mental fossem assumidas por partidos políticos, sindicatos operários e movimentos sociais progressistas. Assim, na Itália, o processo foi impulsionado pelo Partido Radical, contando logo mais com apoio do Partido Comunista; na França, alguns sindicatos se incorporam à política de Setor que a Frente Ampla propugna no período pós-guerra; na Inglaterra, o Partido Laborista assume as reformas para incorporá-las ao Seguro de Saúde e nos Estados Unidos, o Partido Democrata leva adiante as reformas de acordo com as palavras de ordem “guerra à pobreza” do governo Kennedy. Galende afirma que esse contexto de implicação da sociedade através de seus partidos políticos, organizações comunitárias e movimentos sociais é o *contexto necessário* para que as reformas dos dispositivos de atenção tenham alguma perspectiva de realização.

Entendemos assim que existe uma correlação entre a posição progressista das lideranças e o desenvolvimento maior ou menor de programas de saúde mental que tenham por eixos fundamentais uma

proposta de mudança no paradigma manicomial e uma visão de restituição da cidadania e a inclusão do paciente mental no espaço da comunidade.

Entendemos também que ambos os programas considerados usufruíram dessa condição a nível social amplo para poderem se desenvolver. Porém, aqui podemos assinalar diferenças importantes na forma em que o contexto sócio-político foi se conformando em cada país, no nível das políticas de saúde.

De acordo com Galende, o desenvolvimento das políticas de saúde mental na Argentina foi e continua sendo um processo episódico, parcial e em muitos casos, contraditório. O resultado desse processo é um sistema de atenção que abrange simultaneamente a quase totalidade dos traços do percurso histórico da atenção psiquiátrica: desde os mais modernos programas de atenção comunitária às mais sofisticadas psicoterapias, as teorias críticas mais complexas em relação ao dispositivo manicomial, processos de desinstitucionalização acabados – e ele cita precisamente o exemplo de Rio Negro – convivendo com os manicômios mais cruéis e miseráveis, não somente do interior do país, como também os hospitais neuropsiquiátricos públicos e privados da cidade de Buenos Aires. Nesse sentido, a organização federativa da nação faz com que a autonomia de cada província para reger as suas políticas demarque essa profunda diferença na ausência de uma política nacional com efetivo poder de organização da atenção em saúde em geral e muito mais agudamente, na saúde mental em particular.

No Brasil, pode-se caracterizar a experiência de Santos como um episódio que se desenvolve dentro do espírito da implantação do SUS, servindo como modelo para uma luta de vários anos que desemboca na promulgação de uma Lei Nacional de saúde mental, a Lei 10.216. A partir de ali se sucedem várias disposições legais que já assinalamos em capítulo anterior, como parte do apoio do Ministério da Saúde à construção e crescimento dos CAPS como dispositivo *princeps* do sistema de saúde mental no âmbito nacional. No entanto, vale ressaltar que mesmo com a

posse dessa significativa condição, o processo de desinstitucionalização em andamento ainda enfrenta significativa convivência com instituições asilares em pleno funcionamento, a maioria delas de caráter privado e de grande porte.

O recorte que esta pesquisa propõe não nos permite um mergulho mais profundo no contexto dos sistemas gerais de saúde de ambos os países, para o qual recomendamos o estudo comparativo realizado por SACARDO (2009) para os países de America Latina. Porém, podemos assinalar que uma característica comum a esses países é a existência de um sistema público que historicamente serviu e alimentou um sistema privado que em muitos sentidos, depende do público, tanto como prestador de serviços quanto como efector de determinadas prestações lucrativas, deixando o sistema público de retaguarda para ações de saúde não rentáveis, seja por razões mercadológicas ou por serem de uma complexidade que inviabiliza o lucro da prestação. Esse estado de coisas faz com que a aplicação de uma política de saúde mental tropece constantemente com estas condições desiguais que trabalham à moda de resistência.

Vemos que uma condição facilitadora na implantação do Programa de Rio Negro foi a de que dentro da Província não existiam estabelecimentos privados que pudessem abarcar a demanda existente de atendimento. O único hospital Neuropsiquiátrico era público e oferecia um atendimento exíguo e insuficiente.

No caso de Santos, onde o atendimento psiquiátrico estava a cargo de um hospital privado, ainda não existiam as disposições políticas para uma desmontagem dos leitos psiquiátricos que existem atualmente, mas existia uma política de financiamento dos hospitais psiquiátricos do sistema privado por parte do INAMPS como política hegemônica na área. Disso decorre que parte da batalha que o programa precisa enfrentar foi um longo contencioso jurídico em torno do fechamento efetivo do hospital.

Podemos apontar um organizador presente em ambos os programas: o conceito de território, desenvolvido de acordo as condições existentes. O conceito propõe uma leitura ajustada dessas condições para poder traçar estratégias diferenciadas e singulares e reveste importância fundamental no traçado de estratégias de atenção, tal como o assinalado por diversos documentos do Ministério da Saúde já consignados. Os aspectos diferenciais dessas estratégias serão discutidos à continuação.

6.3.2. Aspectos diferenciais nos processos de instalação em relação ao território

Existe uma diferença importante entre as duas experiências que está dada pelo âmbito de abrangência – dentro do conceito de território. De fato, o programa de Rio Negro tem um alcance provincial, ou seja, abrange a província inteira e precisa dar resposta a problemáticas que surgem a partir de esta proposta: o atendimento a pequenas comunidades, a cobertura a uma ampla área de território que em muitas oportunidades jamais recebeu, nem tinha registro de atenção à demandas de saúde mental, se organizando geralmente em soluções locais não medicalizantes. Isso origina soluções singulares de forte apoio comunitário, como as Patrulhas de Saúde Mental, os grupos de auto-ajuda coordenados por ex-pacientes. De fato, como passo prévio à instalação do programa existe um mapeamento das características do meio provincial, que constata várias diferenças entre suas regiões, diferenças sócio-econômicas e também em tipos de mazelas específicas, como o elevado grau de alcoolismo existente nas populações indígenas, próprio de circunstâncias histórico-sociais de marginalização e pobreza.

No caso de Santos, o alcance do Programa é de ordem municipal, mas com uma abrangência que ia além do município, já que o hospital psiquiátrico atendia demandas de toda a baixada santista, isto é, de municípios adjacentes além da demanda própria da cidade. Mas a resolução do atendimento era de caráter municipal e foi na cidade onde se organizou o

sistema de atendimento, em ressonância com o sistema de saúde que estava sendo estruturado segundo os princípios do SUS, onde a ênfase na operação se dá no âmbito municipal. O conceito de território norteia as ações desde o início do trabalho; NICACIO (1994) aponta que já na nova estruturação do Hospital Anchieta, anterior e simultânea ao processo de criação dos NAPS.

as enfermarias passaram a ser divididas em regiões correspondentes às da cidade e dos outros municípios; dessa forma possibilitou-se que as equipes pudessem conhecer o lugar de vida dos pacientes iniciando outra forma de olhar que se dirigia ao território (p. 98).

As estratégias de atenção adequadas às necessidades do território estão norteadas em ambos os programas por um princípio comum: a vinculação de condições de existência que lhes são próprias, como forma de atenção privilegiada. A restituição dos laços sociais em ambos os casos é parte fundamental de um tratamento que entende a perspectiva de reintegração como a ruptura da lógica de segregação do manicômio.

6.3.3. Os modelos escolhidos

Porém, a conformação das equipes em ambos os programas seguiram desenhos diferentes. O programa de Rio Negro organiza-se em um *nível central*, o da grande equipe, sede dos coordenadores do projeto, e dos dispositivos de formação e reciclagem dos agentes intervenientes no programa. Nessa equipe participam todos os agentes, e nela se realizam as discussões estratégicas, as decisões pertinentes ao modelo de atenção e à formação permanente.

No *nível local*, configuram-se as pequenas equipes, geralmente sediadas no setor de saúde mental do hospital geral, com operadores de saúde mental que se inserem no território. O dispositivo de *Patrulhas de saúde mental* tem precisamente essa função, mediante a formação de

grupos locais que atuem como contenção e mediadores das problemáticas do paciente. Forte ênfase no trabalho social, que implica a criação de condições de abrigo, moradia e ocupação como fatores indissociáveis do tratamento.

O programa de Santos escolhe o desenho de um circuito específico de tratamento. Criam-se dispositivos especializados, com escassa interfase com outros campos médicos, e os agentes de saúde mental fazem parte majoritariamente de profissões da saúde, isso sim, dentro de um leque amplo não existente anteriormente. Os auxiliares pertencem a diversas categorias profissionais, e existem programações de trabalho que implicam as áreas de cultura e comunicação de forma prioritária, assim como um esforço focalizado em criar programas específicos de geração de renda onde os pacientes fossem incluídos no circuito de emprego remunerado. Esses programas contavam com o suporte das políticas públicas sustentadas pela prefeitura, sem maiores incidências da sociedade local.

No programa de Rio Negro, diferentemente prevalece uma escolha por alojar as equipes de saúde mental no nível local dentro dos hospitais gerais, assim como no caso de internação realizá-la dentro desses mesmos equipamentos. Parece-nos refletir uma inscrição histórica dentro do campo da saúde mental argentina: a experiência do Hospital Lanús, (MARAZINA, 2004) sob a direção do Dr. Mauricio Goldenberg, que se desenvolveu inteiramente dentro de um Hospital Geral, enfatizando uma relação importante entre o setor de saúde mental e os outros serviços hospitalares, de forma a não excluir a problemática da saúde mental do campo geral das clínicas. Claramente, uma orientação do programa de Rio Negro é a inclusão da saúde mental como *uma das clínicas básicas*, e não sua separação. Isso traz também a consideração do estabelecimento hospitalar como uma referência que precisa ser mantida, na medida em que a cultura da população se refere a ele como lugar de demanda de cuidados.

Sem dúvida, estamos frente a um traço diferencial importante, porque o movimento do programa é o de não manter espaços específicos de

tratamento, mas incluir o que um dos autores (SCHIAPPA PIETRA, 2009) chama de *modalidade curativa promocional*, entre os vários recursos psicossociais de tratamento, não requerendo, portanto, de local e instituição específica.

Mas já mencionamos um elemento de tensão que pareceu percorrer as discussões, a tensão estabelecida entre diferentes opiniões sobre a necessidade de um lugar específico para o cuidado de pacientes graves. Essa tensão entre a clínica específica e o modelo psicossocial percorreu ambos os programas de forma singular em cada um deles.

No caso de Santos, existiu sob a forma de uma desconfiança relativa às formas de psicoterapia tradicionais, entendendo que podem fazer parte de um modelo de assujeitamento do paciente a normatividades estabelecidas que contrariem os propósitos curativos embutidos no processo de restabelecimento da condição cidadã e integração dos laços sociais que lhe foram extirpados. Sustentava-se então uma crítica de ordem ideológica, questionando os modelos psicoterápicos como parte de um aparelho ideologicamente orientado, acrítico em relação aos seus pressupostos e à implicação na reprodução de uma segregação entre sãos e doentes. A minha aceitação como supervisora do Programa foi condicionada à confiança ideológica, *a pesar de minha condição de psicanalista*.

E não faltava razão para essa desconfiança. A psicanálise na sociedade brasileira da época era caracterizada por uma prática elitista e fechada em instituições que não tinham presença nenhuma nos problemas do campo. Mais ainda, que obedeciam a uma política de vigilância em relação à “verdadeira psicanálise”, que COIMBRA (1984) descreve em detalhe em seu trabalho como uma operação de resguardo e interdição de fatores que pudessem afetar a pureza da disciplina, vendo com muita desconfiança qualquer aproximação a posições políticas mais ou menos expressas. A clínica e a política eram dois campos alheios e quase nada contingentes. Essa cisão não era própria da psicanálise, mas da maioria das orientações dentro da psicologia.

O campo “*psi*”, em geral, deixava para a psiquiatria o encargo dos loucos, e no máximo, se encarregava, no setor privado, dos casos mais graves dentro das classes abonadas, em instituições onde se praticava algum tipo de psicoterapia junto com a internação e um trato mais humano, dada a condição social, apesar de manter as características de segregação e discriminação.

Para o resto, ou seja, a maioria da população, o destino era o manicômio público, nosso velho conhecido, e as indignidades da prática manicomial em toda sua crueza.

Não existia no Brasil nesse momento, então, um acúmulo de experiências dentro do campo “*psi*” que permitisse contar com um corpo consistente de operadores clínicos vindos da psicanálise ou de outras teorias e que tivesse passado por uma revisão e adequação às necessidades da saúde mental brasileira. O corpo teórico a que Santos se refere é o da Psiquiatria Democrática italiana, que se inclui dentro da referência mais ampla da psiquiatria comunitária européia.

No caso de Rio Negro, o referencial mais claro é do da Psiquiatria Comunitária, em grande parte advinda da experiência norte americana, embora podem se detectar aportes da psiquiatria italiana. Chama a atenção que não apareçam referências à rica tradição argentina da psicologia social e dos autores que dentro da psicanálise sustentaram um pensamento destinado ao campo da saúde mental, mesmo que quem se encarrega do prólogo do trabalho de Cohen e Natella de 2007 é Valentin Baremlitt, um dos psicanalistas coordenadores da experiência do Hospital Lanús. Baremlitt se exilou na Espanha na época da diáspora e constituía uma forte referência dentro do campo.

Nossa hipótese está orientada pela circunstância histórica, já que em 1983, ainda na saída do regime ditatorial, os efeitos da repressão exercida, que determinou o exílio e a eliminação de muitos dos propulsores de essa linha de pensamento do panorama argentino estavam em plena

vigência. Entendemos que um dos efeitos mais importante foi a produção de uma zona de silêncio em amplos setores do pensamento progressista, que deu como resultado amplos desligamentos e cortes dentro das filiações teóricas “inconvenientes” ao regime. Nesse sentido, nos apoiamos na pesquisa feita por Visacovsky em seu doutorado sobre a experiência do Hospital Lanús (VISACOVSKY, 2004), pesquisa realizada sobre depoimentos e reflexões dos membros da equipe remanescente do hospital no período posterior à ditadura militar.

6.4. Algumas Conclusões Possíveis

Podemos concluir que essas duas experiências nos dizem que em ambos os países a construção de novos paradigmas dentro do campo da saúde mental acompanhou uma tendência mundial que fazia eclosão na época de forma expressiva. A demora nesse processo que já havia sido iniciado em outros países do mundo ocidental pode se pensar relacionada à manutenção de espaços políticos restritivos às iniciativas progressistas em todas as áreas, sabidamente as ditaduras que assolaram o continente latino americano. As características do processo de ampliação que estas experiências inauguraram se devem à maior ou menor amplitude do cenário político-social de cada país. De fato, entendemos que enquanto a província de Rio Negro continuou até a atualidade desenvolvendo o seu programa de saúde mental, o cenário geral de Argentina não favoreceu a sua replicação de forma ampla, mantendo, no dizer de Galende, uma política fragmentada, plena de iniciativas avançadas de corte restrito e de um desenvolvimento muito desigual dentro do campo, apesar do país ser signatário de todos os convênios promovidos pelos organismos internacionais em relação ao tema.

O programa de Santos, contrariamente, fez parte de uma rede de trabalhos que se desenvolveu ao longo dos estados mais favorecidos do país – prioritariamente os estados do sudeste – e que serviu de modelo para

a criação de uma política nacional sancionada por uma lei federal, a 10216, e uma miríade de leis e decretos que já analisamos destinadas à ampliação dessa política. De fato, a influência do modelo dos NAPS no desenho dos atuais CAPS é inegável, assim como de outros dispositivos, tais como os Centros de Convivência e Cooperativa do Programa de Saúde Mental de São Paulo, que estão atualmente incorporados na rede nacional, fazendo parte da articulação intersetorial com a Secretaria de Economia Solidária.

Na atualidade, podemos dizer que um traço comum aos dois países reside na significativa constrição que sofrem nas áreas atreladas ao conceito de Estado de Bem-Estar, constrição relacionada ao desenvolvimento de um modelo político específico.

Tanto a educação, como a saúde, a assistência social e as políticas sociais, em sentido amplo, sofrem sob o avanço da concepção neoliberal de Estado mínimo, uma constante restrição de recursos que dificulta e em muitos casos elimina as iniciativas destinadas a ampliar o bem estar da população.

No Brasil, a existência de uma legislação importante na área favorece a defesa dessa estrutura, mas não é garantia de operação e ampliação da rede, mesmo sob pressão de entidades como o Ministério Público, que tem exigido o cumprimento das disposições legais pertinentes. Na Argentina, o esforço de defesa da política social fica livrado à decidida ação de grupos profissionais afetados (como no caso do conflito pela direção do Centro de Saúde Mental do Hospital Ameghino, em Buenos Aires), assim como de organizações da sociedade civil que acionam a *Defensoria Del Pueblo* para fazer cumprir a legalidade vigente.

7. PROVISORIAS CONCLUSÕES

Chegando ao final de este trabalho se impõe uma conclusão. Como toda conclusão, só pode se pensar como provisória e sujeita às mudanças que o processo histórico define.

Nosso intuito, já expressado na Introdução, não foi uma simples descrição de dois sistemas de saúde mental e seus recursos, mas proceder a uma leitura crítica dos mesmos, assim como assinalar alguns dos impasses que estrangulam e dificultam a consecução dos objetivos explícitos nas Cartas, Declarações e Programas, tanto internacionais quanto no âmbito local de cada país. Nessa direção, podemos dizer que não pesquisamos somente o estado atual dos sistemas, mas pretendemos nos servir dessa pesquisa para refletir sobre as condições que em parte os originam e formatam.

Temáticas como as da formação, a terceirização dos serviços, o momento dos estados nacionais em relação às políticas de bem-estar social, as propostas de gestão que fragilizam o desenvolvimento das políticas existentes, os movimentos contraditórios de setores e interesses que compõem o campo da saúde mental foram assim consignados, apontando uma direção de aprofundamento no seu estudo e compreensão. Propusemos a uma caracterização ampla, que pode ser articulada com maior detalhamento em posteriores trabalhos, mas que consideramos válida como abertura geral do tema.

Entendemos que parte dos interrogantes que originaram esse trabalho pode ser respondida. Podemos dizer sobre a forma em que se desenvolve no Brasil a política pública de saúde mental, apontando não somente para os seus inegáveis ganhos, mas também para suas dificuldades e impasses. Pareceu-nos imprescindível descolar do discurso oficial –muitas vezes discurso de efeito por não dizer ufanista- para elucidar criticamente os seus recalques através da análise do acontecer das práticas. Tentamos fazer isso pensando nos impasses que vários anos de trabalho no

acompanhamento do cotidiano das instituições da reforma nos propiciaram viver e acompanhar. Chamamos em nossa ajuda vozes diversas, mas intimamente unidas aos processos do campo em cada país, assim como as produções de autores que nos deram subsídios para qualificar o nosso pensamento.

Também podemos dizer da maneira em que Argentina equaciona o que até agora não tem se configurado como política nacional, mas que sem duvida constitui se como meta ativa para muitos setores comprometidos com sua realização. Nossa pesquisa nos levou a constatar algumas iniciativas de longo tempo de experiência e trabalho, assim como a criação de redes locais e criativas formas de contornar o desabrigo dos pacientes, em vários lugares. Também foi possível acompanhar a luta pela extensão de uma legislação que pudesse suportar a extensão da política, que consegue aprovar finalmente uma lei nacional, em certos pontos mais cuidadosa que a brasileira – como aponta LANCETTI (entrevista 2011) no que tange à questão da internação.

Não trabalhamos com instrumentos de medição, mas tratamos de construir critérios de análise. Resgatamos a profundidade do conceito de caixa de ferramentas de Foucault, na medida em que tentamos respeitar o que se oferecia ao nosso olhar no seu caráter de analisadores do estado de coisas que tentávamos conhecer. Nesse sentido, a forma em que a pesquisa se realizou foi a que o próprio estado dos sistemas nos indicou. A apresentação dos dados brasileiros respeita uma sistematicidade que foi possível de encontrar nos documentos disponíveis para análise. A apresentação dos dados argentinos nos confrontou com uma dificuldade maior de abordagem, e também com uma decidida assimetria na sistematização desses dados, existente entre a cidade de Buenos Aires e o resto do país, que nos permite apontar uma estrutura historicamente desigual em muitos outros sentidos.

Sem dúvida que esse estudo tem outra dissimetria, produzida pelo fato da autora morar e desenvolver sua prática cotidiana no Brasil, fato que

outorga uma consistência diferente à pesquisa realizada em um e outro país. Mas nos longos períodos de contato e troca com os protagonistas argentinos, foi possível constatar que as problemáticas básicas que enfrentam aqueles que apostam a um cuidado digno para os pacientes em sofrimento mental são muito semelhantes.

As diferenças de estruturação nas redes públicas de cuidado de cada país devem-se, antes de tudo, ao nível de sustentação que elas recebem por parte do aparelho estatal, assim como ao grau de presença dos diferentes segmentos sociais na construção da política pública, não somente a que tange à saúde mental.

Mas podemos diferenciar de forma clara a particular sensibilidade das redes de saúde mental em relação aos desígnios da política de saúde. Na medida em que se trata de um trabalho de cunho processual, ou seja, de um trabalho cuja lógica implica em um vínculo sostenido, de longa duração e com ênfase na acumulação de acontecimentos terapêuticos, é muito mais difícil de inserir dentro de uma lógica que parece ser hegemônica no panorama atual da saúde pública. Tanto em um país quanto no outro, estabelece-se uma lógica de consultas precárias, com acento no sintomático imediato e de baixíssima resolutividade.

O desenho das AMAS (Atendimento Médico Ambulatorial) proposto por alguns municípios brasileiros está questionado como um dispositivo de baixa qualidade de atendimento, que mantém os pacientes aderidos a repetidas consultas sem resolução de problemas de saúde com alguma complexidade. (PUCCINI, 2008) No artigo citado, Puccini nos diz:

“O modelo de atendimento praticado nas AMAs tem consequência na prática profissional dos médicos, induz um sentido e um papel para a atenção básica que a reduz, menospreza o princípio da integralidade e continuidade de cuidado em favor de uma valorização das aparentes facilidades oferecidas por um serviço de queixa-conduta. Desenvolve-se, com um “pronto atendimento” um relacionamento entre serviço de saúde e população que se caracteriza, pelo que tem sido entendido por muitos como uma degradação da prática clínica do médico” (p.8).

Parece-nos evidente que o trabalho em saúde mental obedece a uma lógica muito diversa da acima proposta. Sabemos que nas unidades básicas de saúde se realizam atendimentos psiquiátricos de exclusivo cunho medicamentoso com frequência bimensal e escuta inexistente. Isso nos remete a esse desenho precário, que atende ao quadro sintomático, sem entrar em qualquer proposta de saneamento das causas profundas do sofrimento psíquico, capturando assim ao sujeito numa permanente dependência do serviço de saúde. Seria possível pensar, com muitas ressalvas, que uma unidade de saúde desenvolva um atendimento eficaz sem se conectar com outros equipamentos de saúde, se excluindo da lógica de rede. No caso do trabalho em saúde mental, isso não existe. A rede constitui premissa fundamental para a construção de equipamentos abertos, que evitem um fechamento que constitui o primeiro passo para a instalação da lógica totalizante que caracteriza o estabelecimento asilar. Se não temos a quem recorrer, *nos fazemos tudo pelo paciente*. Na melhor das intenções, as equipes de saúde mental vão se encarregando da demanda de dependência total própria das patologias graves, e reproduzem um manicômio “bonzinho”, risco constantemente presente no cuidado de pacientes graves. O trabalho de supervisão é instrumento fecundo para alertar contra esse risco, mas não é suficiente, se não estiver respaldado por uma rede de encaminhamento que atenda às diversas demandas surgidas no decorrer do cuidado.

Acreditamos que no caso do Brasil, a articulação dos CAPS com os NASFs pode constituir um importante movimento no sentido proposto. Muitos profissionais da Estratégia de Saúde da Família se identificam com o sentido processual do seu trabalho de acompanhamento de saúde dos habitantes do seu território, e concordam com a importância de articular-se com os equipamentos que nele operam, criticando fortemente a lógica de “pronto atendimento” das AMAs. Nesse sentido, existe coincidência com a proposta de intersetorialidade que a IV Conferência de Saúde Mental reforça

no seu Relatório. Entendemos que essa articulação deveria ser amplamente apoiada.

No caso de Argentina, que, como já indicamos no dispõe de uma política unificada, entendemos que é imprescindível uma ampla discussão sobre as lógicas fragmentárias que permeiam o traçado dos equipamentos, reforçando os CESACs como possíveis organizadores do território, à maneira dos NASFs, para o qual seria de grande importância um trabalho no sentido da sua autonomização do contexto dos grandes hospitais onde se encontram.

Como traço comum, entendemos que as nossas jovens democracias, fortemente atravessadas pelos instituídos do autoritarismo, sofrem os efeitos de gestões erráticas e oportunistas, atreladas a interesses setoriais, privados e particulares de aqueles que têm o poder de decisão, e que esquecem freqüentemente que esse poder é circunstancial e inserido no contexto maior da gestão pública. Isso faz do terreno das políticas públicas um espaço constantemente ameaçado, que obriga aos seus agentes a enormes esforços para sustentar não somente os avanços como também não deixar perder o já instituído. Em muitos dos trabalhos consultados assim como nas entrevistas realizadas se assinala de diversas maneiras esse esforço, que representa não somente um enorme dispêndio da energia necessária para melhores e maiores produções, mas um verdadeiro obstáculo para a estabilidade que qualquer projeto precisa para crescer e fortalecer-se.

Concordamos com Lancetti que no Brasil, a estabilidade que uma política nacional implica, - mesmo incipiente e com escassos recursos, permitiu avançar na reflexão e criação de tecnologias de vínculo de alta complexidade, fazendo toda a diferença em relação ao estado de coisas na Argentina. A pesar de dispor de grande contingente de recursos humanos, o avanço argentino é impedido pelo apóio moroso e vacilante - quando não, contrario- desde a gestão do estado.

Faz-se aqui importante um esclarecimento sobre o que entendemos por Estado. Não somente estamos nos referindo ao aparelho estatal, suas regras e lógicas. Em relação a esse nível de análise, não podemos deixar de constatar a existência de um aparelho burocratizado e anacrônico que obstrui - quando não inviabiliza - as iniciativas renovadoras em todos os campos da vida pública. Inúmeros exemplos podem ser constatados; como exemplo, a pesar da existência dos CAPS estar sancionada desde 2002, a codificação das ações terapêuticas ainda obedece a critérios do antigo INAMPS, obrigando aos agentes de saúde mental a verdadeiros exercícios de imaginação - quando não de franca transgressão - para fazer contar as ações terapêuticas realizadas dentro do rol de produtividade exigido pelo estado.

Mas o nosso entendimento do que é o estado passa por outra reflexão: o significativo estado como organizador das subjetividades institucionais e singulares. Acompanhamos a BOZZOLO (2008) nessa consideração:

Na modernidade, o Estado propunha e sustentava as regras do jogo; era o grande gerador de sentidos sociais. (...) Mas acontece que hoje o mercado não parece doar sentidos da mesma forma em que o estado soube fazer, nem promover articulações entre os sujeitos que o integram. (...) No Estado há lei e é para todos os cidadãos. Assim, esse é o ordenador simbólico por excelência. Essa forma de existência social permitia uma articulação consistente entre as representações da Lei simbólica-tal como a concebe a psicanálise, a lei jurídica-tal como a exerce o Estado e a lei social. Essa consistência organizava as práticas e as comunidades. (pg.76)

Entendemos que esse organizador, essa articulação entre lei simbólica, jurídica e social tem sofrido importantes abalos a partir da instalação de uma economia regida prioritariamente pela lógica de mercado. Para o mercado, a gente é *um por um*, significamos *cifras de consumo*, em tanto membros da série sartreana, serie anterior a qualquer agrupamento. LAPASSADE (1971) retoma esse conceito de Sarte para enfatizar como a série está organizada por sentidos externos a ela, dando como exemplo a fila de ônibus, onde as pessoas não estão agrupadas mas ordenadas de

acordo a um interesse exterior, alheias portanto a qualquer sentido vincular ao interior do grupo. Essa lógica se infiltra e formata a subjetividades atuais, conforma um laço social frágil, atravessado pelo individualismo e com pouca consistência solidária, base de toda política de bem estar social. Parece-nos extremamente significativo que uma das reivindicações sindicais mais presentes na atualidade seja a exigência de convênios de saúde **privados** para os trabalhadores, no lugar de reivindicações consistentes sobre a qualidade dos serviços públicos. Acreditamos que não é possível pensar na posição dos gestores da coisa pública fora do marco de esta subjetividade marcada pela lógica do mercado.

Os aportes de RODRIGUES Jr.(entrevista, 2011) nos ajudam a pensar não somente nessa posição de obstáculo que as gestões locais impõem á política de saúde mental e seu papel decisivo na implementação ou impedimento dos rumos da política de saúde mental no Brasil

Ele também assinala que a interlocução com as associações de familiares e usuários ainda não foi devidamente avaliado em seu potencial de sustento e guia para o pensamento das ações. Na medida em que o interlocutor privilegiado da questão passou a ser o saber acadêmico, essa interlocução se tinge dos desvios de um pensamento rara vez implicado no cotidiano do sofrimento e corre o risco de ficar capturado nos instituídos universitários. Esse risco foi apontado não somente por Lobosque como também por Elia, nas contribuições que referimos no capítulo do Estado das Práticas.

Longe de nossa intenção desmerecer do esforço de muitos intelectuais implicados ativamente na produção de pensamento em torno das práticas da reforma. A nossa prática insiste na tentativa de inserção dentro do âmbito acadêmico de contingente expressivo de agentes de saúde mental para que, desde sua implicação, possam dar uma contribuição significativa ao entendimento do acontecer cotidiano dos cuidados e seus impasses reais, assim como se enriquecer com uma elaboração mais apurada do que fazem. Aludindo a CASTORIADIS(1992) *“poder saber o que*

se pensa e pensar no que se faz” na sua famosa indicação sobre o método de elucidação crítica.

Essa avaliação se alicerça-e coincide-não somente nos autores já citados, mas nas próprias apreciações de Rodrigues Jr. que considera que os trabalhadores se servem na sua prática de modelos de pensamento com predomínio técnico, e uma frágil percepção da perspectiva político- militante do projeto da reforma psiquiátrica. Sustenta também que o diálogo com a Academia dilui a perspectiva política, priorizando uma formação técnica isolada das perspectivas transformadoras da reforma.

Entendemos que esse processo se realiza de maneira mais acabada no Brasil, na medida em que existe uma política instalada que traz questões próprias dessa instalação, mas também pensamos que na Argentina, a despeito de uma formação clínica mais aprimorada, nos encontramos com temáticas semelhantes em razão da falta de instituições formativas da clínica específica da saúde mental pública.

Como pensar, então numa formação que possa alicerçar práticas efetivas de substituição do paradigma manicomial? Acreditamos que Rodrigues Jr. encontra uma feliz síntese quando diz: *“manter um sujeito louco com o mínimo de sistema de saúde e o máximo de presença social”*. Isso implica em um grau de clareza sobre os limites da operação técnica “*psi*” e sem duvida, num conhecimento apurado das suas possibilidades, que advêm de um processo formativo em ambas as direções, como já foi apontado: o conhecimento da clínica e o entendimento fino da dimensão política fundacional do paradigma de cuidado em saúde mental.

A entrevista do Prof. Odair Furtado nos aporta elementos fundamentais para pensar nessa dimensão, trazendo uma questão fundamental para a consolidação do projeto de saúde mental e que não está segundo sua opinião, ainda bem equacionada. As perspectivas de autonomia e inclusão estão indissoluvelmente ligadas à geração de uma renda compatível por parte dos usuários do sistema.

Os programas de geração de renda, na sua maioria, oferecem espaços diferenciados para os usuários, muitas vezes estreitamente ligados às disposições municipais, sem articulação com o mundo do trabalho real. Entendemos isso como um início da construção necessária para sujeitos que estiveram afastados ou jamais puderam participar do mundo do trabalho, e que precisam de um espaço onde realizar um reconhecimento de habilidades ou um aprendizado que contemple as condições psíquicas em que sua história de sofrimento os coloca.

Mas sabemos também que esse espaço deve ser cuidadosamente pensado, para evitar a produção de uma tutela que esmague processos possíveis de autonomia. O professor Furtado, que trabalha especificamente na temática do trabalho, coloca como preocupação vigente hoje na coordenação nacional de saúde mental, a qualificação da produção dos pacientes, de forma a superar um modelo paternalista de produção de “coisas pobres feitas por pobres pacientes” que não encontra espaços reais de comercialização nem tem possibilidades de se constituir como fonte de renda real.

Constitui um verdadeiro desafio a construção de alternativas laborais válidas, e sua gestão através dos núcleos da rede de economia solidária que estaria sendo atrelada a um novo espaço de gestão, o Ministério de Pequenas e Médias Empresas, em estado de constituição. Sendo que a Rede se conforma estimulando a criação de cooperativas de trabalho, o Professor Furtado alerta para os riscos de adotar modelos únicos na consecução de essas alternativas, e a necessidade de sustentar diversas formas de qualificar os usuários. Ele sugere trabalhar um processo de *acompanhamento* na abordagem do campo laboral, da procura de emprego e dos processos psíquicos de autonomização que podem se produzir nessa abordagem.

Certamente que isso implica manter aberta também a compreensão da forma em que um sujeito em sofrimento psíquico pode ou não realizar esse processo e, sobretudo, o respeito pelos diversos tempos em que ele

pode realizá-lo. É de fundamental importância pensar em dispositivos intermediários de suporte, não necessariamente atrelados à rede de saúde mental de forma orgânica. Os CECCOS, que no caso que o Professor Furtado aponta, acolhem grande parte dessa demanda de acompanhamento dos usuários em processo de busca de alternativas de trabalho, não conseguem dar conta dela. Inclusive porque não contam dentro do seu desenho com técnicos qualificados para resolvê-la fora de propostas terapêuticas.

As considerações de Furtado vem ao encontro do já expressado por Rodrigues Jr, e nos levam a considerar a importância das articulações intersetoriais que desmancham a lógica da tutela para resolver se na inclusão efetiva em outras lógicas, nesse caso, as do trabalho.

Longo é o caminho que nos toca percorrer. Já seja na instalação de uma política que abranja o território nacional e unifique as fragmentações das práticas, como no caso de Argentina, já seja no aperfeiçoamento e avaliação constante de uma política existente, como no caso do Brasil.

Temos tentado sinalizar alguns encaminhamentos, propor algumas soluções e cuidados para percorrer esses percursos. Mas estamos convictos que se tem uma questão que incide decisivamente no empenho, é a *definição política de uma gestão de estado* que inclua entre seus pressupostos a importância prioritária das políticas sociais na construção do seu projeto de nação. Não podemos nos fechar às possibilidades instituintes que se desenvolvem no devir da sociedade, que propõe, no melhor dos casos, formas capazes de dar conta das demandas sociais que lhes são apresentadas; sem dúvida alguma, estaríamos trabalhando em sentido contrario ao nosso próprio arcabouço teórico e existencial.

Mas dispomos de elementos para pensar quais seriam, dentro dessa complexidade toda, as iniciativas que instituem novas formas de existência e quais estariam reproduzindo, com novas roupagens, as conhecidas lógicas de segregação, isolamento e anulação daqueles sujeitos que requerem de

um cuidado digno e responsável. É nessa tarefa de elucidação que empenhamos os nossos esforços, e esperamos que nosso trabalho tenha condições de agregar à grande construção coletiva que inúmeros atores dentro do campo da saúde mental vem realizando.

8. BIBLIOGRAFIA

Almeida C.M. As reformas sanitárias dos anos 80. Crise ou transição? (Tese de doutorado. Rio de Janeiro. ENSP Fiocruz, 1995.

Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

_____(coord.) Loucos pela diversidade;da diversidade da loucura à identidade da cultura.Relatório Final.Rio de Janeiro. LAPS, 2007.

_____, Bezerra JR., B (Orgs) Psiquiatria sem hospício: contribuições no estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

American Historical Review. Marc Bloch and Comparative History. Vol. 85, no. 4, 1980

Andrade,L.,Barreto I. O SUS passo a passo. História, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo. Hucitec,2007.

Argentina. *Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires-Secretaria de Salud. Ley de Salud Mental 448. Buenos Aires. 2000.*

_____. *Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaria de Salud. Plan de Salud Mental 2003 - 2005. Buenos Aires, 2005.*

_____. Congresso Nacional.. *Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental.2008*

_____. Congresso Nacional.Comissão de Saúde do Senado. Transcrição taquigráfica da reunião de 1º.de dezembro de 2009. <http://www.topia.com.ar> (Acesso 3/03/2011)

_____.Provincia de Chubut.Ley 5845 de Salud Mental. Diciembre de 2008.

_____.Provincia de Rio Negro. Ley 2440 de Desmanicomialización.1992.

Baremlitt, G. (Org). O inconsciente Institucional. Rio de Janeiro: Vozes, 1984.

_____.Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1996.

Barraco ,A. Manicômios,La nacionalización del conflicto. Revista TOPIA,Número 50.Buenos Aires,2007.

Barros, N.; Cecatti, J.; Turato E. (Orgs.). Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2005.

Barros, S. Bichaff, R. (Orgs) Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. Fundap. Secretaria de Estado da Saúde.São Paulo.2008.

Bertolote, J. Rev. Saúde Pública 29(2): 152-156 ND. São Paulo. Abril 1995

Bleger, J. La entrevista psicoogica, Buenos Aires. Paidós. 1960

Boschetti, I. *et al* (Orgs.) Capitalismo em crise. Políticas sociais e direitos. São Paulo. Cortés Editora. 2010

Bozzolo, R. *et al*. El oficio de intervenir. Buenos Aires, Biblos, 2008.

Braga Campos, F. e Nascimento, S. O apoio matricial. Reciclando a saúde na atenção básica. Cadernos do IPUB>Vol.XIII No. 24. Rio de Janeiro. 2007

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Conferencia Regional da Reforma de Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

-----. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990 - 2002. 3 a. ed. rev. e amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

-----Ministério da Saúde. Legislações Portarias e Decretos.

HTTP. www.saude.gov.br/bvs/legislacao/saude_mental. Acesso em 14/12/2009

-----. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde Mental. 2005. Caminhos para uma política de saúde mental infanto juvenil. ELIAS, L. "A rede de atenção em Saúde Mental. Articulações entre CAPS e ambulatórios."

-----, Ministério da Saúde, Saúde mental em dados-7, ano V, no. 7. Informativo eletrônico, Brasília, novembro de 2010 (acesso em 10/12/2010).

-----, Ministério da Saúde, Saúde mental em dados, -8, ano VI, no. 8. Informativo eletrônico. Brasília. Janeiro de 2011 (acesso em 22/02/2011).

Bauleo, A. "Marxismo y Psicoanalisis" in Cuestionamos, Plataforma y Documento. Ruptura com la APA. Buenos Aires. Búsqueda. 1987.

Caeiro, A: La ley de salud Mental. Revista *Topia* No. 30. Buenos Aires. Fevereiro de 2000. C

Campos, G.W.S..Saúde -Paidéia.São Paulo. Hucitec.2007

Castoriadis, C .La institucion imaginaria de la sociedad.Buenos Aires, Tusquets, 1989

_____El psicoanalisis, proyecto y elucidación. Buenos Aires, Nueva Visión, 1992.

Carpintero, E. Revista Topia. Edição online. <http://www.topia.com.ar>. Entrada: janeiro de 2011

CELS – *Centro de Estudios Legales y Sociales*; MDRI – *Mental Disability Rights International*. Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiatricos argentinos. Buenos Aires. Siglo XXI. 2008.

Ciudad Autonoma De Buenos Aires,. Ministerio de Salud. Plan de Salud Mental de la Ciudad, 2004 a 2006.

-----Ministerio de Salud. Datos de Salud Mental 2010-2011

Cohen, H. & Natella ,G.Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Rio Negro. Buenos Aires .Lugar Editorial. 2005

Coimbra, C. Guardiães da ordem. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

Conde, H. B. *et al.* Grupos e instituições em análise. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

Conill, E. *.et.al.* A Organização dos serviços de saúde. A comparação como contribuição. Caderno de Saúde Publica. Rio de Janeiro. 1991. 7(3)

Congreso Argentino de Práticas Institucionais com Crianças e Adolescentes, 2.; 1998, Buenos Aires. La Salud Mental y el Hospital Publico: practicas, politicas y culturas. Buenos Aires: Polemos, 1998.

Cortazzo, I; Moise, C. (Orgs.) Estado Salud y desocupación.Buenos Aires. Paidós, 2000.

Costa, J. F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Xenon, 1980.

CostaRosa, A. Saúde Mental Comunitária. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da USP. 1987.

Couto, M. C. V.; Martinez, R. G. (Orgs.) Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPSAM / UFRJ, 2007.

De Lellis, M. *et al.* Psicologia y Políticas Públicas de Salud. Buenos Aires: Paidos, 2006.

DeleuzeG. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1988.

-----, G. Mille Plateaux. Paris: Minuit, 1990.

Delgado, P. G. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

Devoto, F. La historia comparada entre El método y La práctica. Un itinerario. Buenos Aires, Prismas. Revistas de Historia Intelectual.vol.8, 2004.

Devoto F.,Fausto,B. Argentina/Brasil-1850-2000. Buenos Aires. Sudamericana. 2008

Donangelo, M. C.; Pereira, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Duschatzky, S e Corea, C.. Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires.Paidós.2008.

Fernandez, A. M. Las lógicas colectivas. imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Ed. Biblos, 2007.

Fidalgo, M. M. Adiós al derecho a la salud: el desarrollo de la medicina prepaga. Buenos Aires: Espaço editorial, 2008.

Figueiredo, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

Foucault, M. Historia de la locura. México: F. C. Economica, 1967.

----- Las palabras y las cosas. Mexico: Siglo Veintiuno, 1969.

----- Microfisica del poder. Barcelona: La Piqueta, 1980.

----- O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

----- Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 1978.

Frankel D.(Compilador) Plan estratégico .Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Domingo Cabred. 2006/2010. Ministério de Salud de La Provincia de Buenos Aires.

Galende, E. De um horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós, 1997.

----- Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008-

Galende, E. e Kraut ,A. El sufrimiento mental. El poder, La ley y os derechos. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2010;

Galletti, M. C. Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? Goiânia: Editora da UCG, 2004.

Garcia, R. Sistemas complejos: concepto, método y fundamentacion epistemológica de la investigacion disciplinaria. Barcelona: Gedisa, 2006.

Gerlero, S et alli. "Avaliação de políticas, planos e serviços de saúde mental na Argentina (2007). Diagnostico para o fortalecimento de estratégias em saúde mental".Estudo colaborativo multicêntrico. Faculdade de Psicologia de Rosário. Maio de 2009.

Grigolo, T, Delgado, P et alii. *Avaliar Caps* in *SAUDELOUCURA No. 9*. Hucitec São Paulo. , 2010.

Guarido E.L.et al. Aprendendo psicologia clinica na Rede.in *SAUDELOUCURA 9*. Hucitec. São Paulo, 2010.

G-uattari, F. Psicoanálisis y Transversalidad. São Paulo: Brasiliense, 1981.

-----et al. La Intervencion institucional. México: Fólíos, 1981.

- Habermas, J. La lógica de las ciencias sociales. Tecnos.Madrid,1988.
- Heimann, L. S.et al. São Paulo. O município e a saúde. São Paulo, Hucitec. 1992
- Iriart, T., C, Nervi, L., Testa, M., Olivier, B. Tecnoburocracia sanitária. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1994.
- Jimenez,C. A. Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000.Buenos Aires.Revista de Salud colectiva v.5 n.2 Lanús maio/ago.2009.
- Label,H. El Hospital Psiquiátrico de San Luis. www.redsistemica.com.ar/label.htm
- Lancetti, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: Saudeloucura. São Paulo: Hucitec, 1989. vol 4.
- Lapassade, G. El analizador y el analista. Barcelona: Gedisa, 1979.
- . Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- Socioanálisis y potencial humano. Barcelona: Gedisa, 1980.
- Lobosque, M."Nem a fuga da teoria ,nem o medo da invenção" in SAUDELOUCURA no.9.,Hucitec, São Paulo 2010
- Lodieu, M.T. Reforma Del Sistema de Salud Mental em Rio Negro. Doctorado en Salud Comunitária. Universidad de Lanús. Buenos Aires. 2004.
- Loureau, R. El Analisis Institucional. Buenos Aires: Amorrortu, 1982.
- . et al. Analisis Institucional y Socioanálisis. México: Nueva Imagen, 1977.
- Machado, R. Foucault, a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- Mannoni, M. A primera entrevista com o Psicanalista. Barcelona. Gedisa, 1967
- Marazina I. "Trabalhador da saúde mental. Encruzilhada da loucura" in *Saude loucura no.I.* SãoPaulo. Hucitec. 1989.
- Psicanálise implicada. Alguns aspectos da relação entre a psicanálise e saúde mental na Argentina e no Brasil. Dissertação de mestrado. PUC/SP. 2003
- Mendes, Á. Marques, R. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. 2009. (Apresentação de Trabalho/Seminário).
- Menicucci, G. T. Publico e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Moffat, A. Psicoterapia del oprimido. Buenos Aires: Ecro, 1975.

Nicacio, F. O processo de transformação da Saúde Mental em Santos. 1994. (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Nun, J. & Grimson, A. (Orgs) NACION Y DIVERSIDAD. Territórios, identidades y federalismo. Buenos Aires. Edhasa. 2008.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS): *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental*. Conferencia Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica em America Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Caracas, 1990

Pianella, A. M. La Salud mental em la Argentina. Buenos Aires. RV Ediciones. 2009.

Portocarrero, V. M. O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira. 1990. 213 p (Doutorado em Filosofia) - Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Psicoanálisis y el Hospital. Publicación Semestral de Practicantes en Instituciones Hospitalarias. Buenos Aires. Ediciones del Seminario.

No.4 - *El dinero en la cura. El Hospital y la formación de los analistas* Verano 1994.

-No.5- *Dispositivos institucionales*. Invierno de 1994.

-No.7- *La salud mental*. Invierno de 1995.

-No.9- *Psiquiatria y Psicoanalisis*. Invierno de 1996.

-No.14- *La "relacion "Psicoanálisis- Medicina. Una clínica de la intersección*. Verano de 1998.

Puccini, PT. *As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde*, 2006. Rio de Janeiro Cad. Saúde Pública, Dez 2008, vol.24, no. 12,

Pujó, M. Editorial. Psicoanalisis y El Hospital. Ano1. Vol.2. Verão de 1993. Buenos Aires, Ediciones del Seminario. 1993.

Quinet, A, (org). *Psicanálise e Psiquiatria. Controvérsias e Convergências*. Rio de Janeiro. Rios Ambiciosos. 2001

Ricci, R. Entrevista no JORNAL PSI. CRP Nro. 160. Abril/maio de 2009. São Paulo

Rio Negro. Ministério de Salud. *Informe Sobre Sistema de Salud Mental de Rio Negro*. Instrumento de Evaluación sobre Sistemas de Salud Mental. OMS, 2008.

Rotelli, F. (in) Nicacio, F (org.) *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo. 1990.

Romero L.A. Breve historia de la Argentina Contemporânea. Buenos Aires, FCE. 2002

Roudinesco, E. La psychanalyse en Argentine. Aula inaugural na Maison de Amerique Latine. Paris. Inédita 2002

_____. Genealogias. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1995

_____. Filósofos na tormenta. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

Russo, J. A. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil: duzentos anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

Saforcada, E. Psicología sanitaria: analisis critico de los sistemas de atencion a la salud. Buenos Aires: Paidos, 2006.

_____. et al. Psicología y salud Publica. Nuevos aportes sobre la perspectiva del factor humano. Paidos. Tramas Sociales. Buenos Aires, 2010.

Sarlo, B. "Ya nada será igual". Punto de vista no. 70, ano XXIV, Buenos Aires, agosto de 2001.

Schiappa Pietra, J. La Leyenda Continúa. Nuevos Trabajos en Salud Mental; Tres Escritos y Estampas de Salud Mental). Rio Negro. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales Universidad Nacional del Comahue. 2009

_____. Trabajos en Salud Mental. El Bolsón. Fondo Editorial Valle Nuevo, 1992

Spinelli H. (Org). Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.

Stolkiner, A. (Org.) Las dimensiones políticas de la investigación em Psicología. Buenos Aires. JVE Ediciones. 2008.

Tedeswchi Vieira ,MC et alli (org). Tecendo a rede. Trajetórias da Saúde mental em São Paulo. São Paulo. Cabral. 1999

Vainer, A. De que hablamos quando hablamos de salud mental. Revista TOPIA. Buenos Aires, 2006

_____. La Contrarreforma psiquiatrica. Revista TOPIA. Dossier Freud. Buenos Aires, agosto de 2007.

Vasconcellos, E.M. (Org) Abordagens Psicossociais. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2.

Vezzetti, H. 1987 "Situación actual del psicoanálisis" in Cuestionamos, Plataforma-Documento. Ruptura com la APA. Buenos Aires. Búsqueda. 1971.

----- . La locura en Argentina. Buenos Aires. Paidós 1985

Visacovsky, S. El Lanús. Historia y política. Buenos Aires. Alianza Editorial. 2002

ANEXOS**ANEXO 1****ROTEIRO MINIMO PARA ENTREVISTA**

A forma adotada para as entrevistas realizadas foi de entrevista semi-dirigida.

O pesquisador formulou duas perguntas para iniciar a entrevista que localizariam o entrevistado dentro da temática e o recorte que era buscado.

A continuação o entrevistado deu encaminhamento à entrevista de acordo à sua compreensão e conhecimento do campo, sendo indagado se houve necessidade de maior esclarecimento. De forma geral, não foi necessário maior direcionamento, preferindo que o entrevistado abordasse a temática desde sua experiência.

As perguntas iniciais foram:

Pergunta 1: Como enxerga o campo da saúde mental no seu meio, atualmente?

Pergunta 2: Você tem algumas sugestões, de acordo à sua experiência no campo, para modificar, melhorar as condições ou criar algumas delas?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Saúde Mental no Brasil e na Argentina. Um estudo comparativo.

Pesquisador Responsável: Isabel Victoria Marazina

Este projeto tem o objetivo de realizar um estudo comparativo entre os sistemas de saúde mental de Brasil e Argentina, visando apreciar a maior ou menor distancia desses sistemas dos objetivos propostos pelos acordos internacionais e a Reforma Psiquiátrica brasileira para esse campo específico.

Como parte do trabalho será realizada uma serie de entrevistas em profundidade com personalidades reconhecidas dentro da área de ambos os países , com a finalidade de ilustrar um aspecto vivencial do estudo realizado.

Durante a execução do projeto não haverá quaisquer risco nem constrangimento para os entrevistados. Eles poderão se dirigir ao entrevistador, caso exista necessidade de maiores esclarecimentos, suporte o dúvida.

Os telefones disponíveis são (011)3873-2359 e (011) 3871-5648 em São Paulo e (005511) 4821–1256, em Buenos Aires.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto

Nome do sujeito/ ou do responsável:_____

Assinatura:_____

Eu, *Isabel Victoria Marazina*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____, -Data:

ANEXO 3

MAPA DAS REGIOES SANITARIAS DA CIDADE DE BUENOS AIRES.

Fonte: Guia de recursos y derivación em Salud Mental 2010-2011. Ciudad de Buenos Aires.

<http://www.redbibliotecas@buenosaires.gob.ar> entrada em novembro de 2010.

ANEXO 4

ENTREVISTA ABEL LANGER.

12 DE JULHO DE 2010

DADOS CURRICULARES

Ex professor adjunto E titular da Faculdade de Psicologia da Universidade de Bs.As.
 Ex diretor do programa de investigação "Historia da Carrera /faculdade de psicologia da UBA"
 Ex diretor do Centro de Estudos do Trabalho da Faculdade de Filosofia e Letras da UBA.
 Ex professor titular da faculdade de psicologia da Universidade del Salvador
 Ex professor titular da faculdade de psicologia da Universidade John F. Kennedy
 Ex professor do Mestrado em psicanálises da Universidade John F. Kennedy
 Ex supervisor dos Hospitais Evita (Lanús) e Braulio Moyano (Bs.As.)
 Actualmente supervisor e docente do Hospital "José T. Borda" e docente de residentes da região sanitária VI da Província de Bs. As.

QUESTOES APRESENTADAS

- Qual é sua opinião sobre o sistema de saúde mental que existe em Argentina?
- Existe uma política pública de SM a nível nacional?
 - De acordo a sua longa trajetória dentro da história da saúde mental argentina poderia apontar algumas das causas do "estado atual" do campo?

RESPOSTA

Argentina tem um sistema demasiadamente federativo em relação às políticas públicas. Cada província, no caso da saúde, pode dispor livremente em relação ao sistema hospitalar. Também pode ser feito isso a nível municipal, nacional, e igualmente o subsistema privado.

Assim, as leis nacionais não são de cumprimento obrigatório, salvo nos territórios nacionais, que são Tierra Del Fuego e Buenos Aires, até que se declara Cidade Autônoma, onde passa a ter um regime próprio. As leis provinciais não repetem a lei nacional. Cada província faz o seu, de forma separada. Essa é uma forma de entender o federalismo que guarda os traços do domínio feudal, até hoje vigentes na maneira de governo. Por exemplo, na reforma institucional de 1994, os governadores exigiram a propriedade do subsolo para a província, de forma que os recursos naturais (gás, minerais, etc.) não fossem parte do acervo da nação.

Existe uma luta muito forte entre o poder provincial e o poder nacional, que resulta numa diluição das funções e do poder do Estado. Não se dá importância às leis nacionais. O poder provincial é de fato, muito mais fácil de pressionar e diluir frente aos interesses privados. Existe uma ordem por parte do judiciário para colocar em ordem os grandes

hospitais psiquiátricos (os hospitais monovalentes) e o governo da cidade não a cumpre, sem mais.

Mais ainda, vemos como há um discurso de modernização da clínica psiquiátrica que vem fortemente atrelado aos interesses dos laboratórios e a um tipo de organização dos serviços que vem da psiquiatria norte americana e suas propostas.

Nos anos 1993/94, fui chamado para organizar uma equipe destinada a pensar um Plano de Saúde Mental para a cidade de Buenos Aires. Essa equipe estava ligada ao Vereador Eduardo Jozami, do Frente Grande, agrupação de forças progressistas. Entrei em contato com diversas agrupações profissionais e com as instituições de formação psicanalíticas de diversas orientações. Sabemos que em Argentina o predomínio da psicanálise cobre quase que totalmente o campo profissional, por isso, e também devido a minha formação, entendi que sua participação era fundamental.

A Associação Psicanalítica Argentina declarou não estar interessada em qualquer abertura para o campo da saúde mental. Tive um contato com a Escola Freudiana de Buenos Aires, que nessa época tinha um ponto de trabalho forte dentro do Hospital Belgrano (hospital geral) onde me chamaram de louco e ignorante por sustentar uma ação no campo da saúde mental: A resposta textual foi: “a saúde mental não existe”, resposta que devemos localizar dentro da ideologia dominante nessa época, ideologia que respondia às instituições psicanalíticas e aos profissionais que formavam parte das mesmas. Quer dizer que o conceito saúde mental tem se transformado desde o discurso profissional e penso que essa transformação se deve, entre varias razoes, à demanda social dos mesmos sujeitos do sofrimento, que demandando a consulta através de veiculizar SEUS sintomas, SUA angustia e SEU sofrimento tem conseguido tirar do camisa de força aos profissionais e à ideologia com a que se protegiam do mal estar social.

O projeto não pode se escorar nos colegas psicanalistas: Saúde Mental para a psicanálise era palavrão, assim como era degradante estar ligado aos grandes hospitais psiquiátricos, como o hospital Borda. Toda uma tradição psicanalítica de trabalho e conceitualização de intervenção no social da qual eu fiz parte, foi desautorizada pela psicanálise lacaniana: falar de Saúde Mental na Argentina nessa época significava não ser psicanalista. Entendo que esse movimento foi como um recuo para poder fundar alguma coisa, mas isso, além de muita adesão também riginou muita rejeição, dividiu o campo psi. Houve uma mudança progressiva deste estado de coisas. Acho que com a crise econômica os psicanalistas ficaram sem pacientes no consultório privado e recorreram as organizações pré-pagas (o sistema de mutualidades próprio da Argentina, as chamadas obras sociais). Ali começam a se ocupar de coisas antes inimagináveis, por exemplo de atendimento á psicóticos.

Todo o mundo saiu correndo para ver como era o trabalho com psicóticos a partir das colocações de Miller nos anos 82, mas antes não se atendia psicóticos nem

homossexuais, já que eram tidos como “perversos”. Nos anos 70 não se atendia homossexuais em divã: me lembro um reunião com a direção da Escola Freudiana já nos anos 70 onde se discutia sobre essa experiência de atender pacientes homossexuais no divã.

Na minha prática de psicanalista já nos anos 70 trabalhei com pacientes psicóticos, com família, etc. Hoje, as mudanças sociais importantes que foram se processando implicaram em mudanças na subjetividade - as chamadas novas patologias, as adições e outras, que empurraram uma mudança na forma de trabalho dos psicanalistas em geral. Atualmente, temos na Legislatura de Buenos Aires o COGESAM-Conselho de Saúde Mental, que observa a efetivação da Lei 448 de Saúde Mental da Cidade de Bs. As antes isso era impensável.

Faz 8 anos atrás, me solicitaram, da Coordenação de Equipes de Gente em situação de rua, uma ajuda para colegas que trabalhavam no Parador Retiro, um ponto duríssimo de esse programa. Dois colegas, que trabalhavam aí completamente desamparados, vinham a conversar para ter um marco de referência num contexto de deterioro total das condições de trabalho de um estado caído que não oferecia referência alguma. Nesse sentido entendo que o lacanismo adotou um estilo de transmissão muito superegoica, que deixou as pessoas que realizavam trabalhos em áreas “não aprovadas” totalmente desprovidas de elementos e não somente isso, também assinaladas como “não psicanalíticos” ou perversos. Isso era gravíssimo.

Para pensar o estado da saúde mental na Argentina não é possível deixar de considerar a brutal crise de 2000. O grau de desintegração do Estado nesse momento foi imenso. Havia 14 moedas provinciais diferentes; cada província resolvia seu déficit emitindo papéis sem valor algum fora do seu território, era algo enlouquecedor; todas as funções do estado estavam suspensas.

Nas províncias petroleiras, menos Santa Cruz que sobre o governo de Kirchner colocou os 700 milhões de dólares produto da exploração de petróleo em aplicações fora do país, todas as outras fizeram desaparecer esses rendimentos. Ninguém sabe onde essa ingente quantidade foi parar. As pessoas ameaçavam os governantes, foi a época dos *caçerolazos*, do seqüestro das poupanças, era um vale tudo.

Nesse contexto, o que pode se sustentar foi precário e feito como dava. Apesar de uma relativa primavera após a ditadura o contexto da saúde pública sofreu uma deterioração proporcional à crise. Hoje estamos tentando lidar ainda com as conseqüências dessa débâcle.

ANEXO 5

ENTREVISTA COM ANTONIO LANCETTI. MAIO 2011

DADOS CURRICULARES:

Supervisor Institucional da equipe de trabalhadores de saúde mental da Casa de Saúde Anchieta sob Intervenção da Prefeitura de Santos - 1989/1993.

Secretário Municipal de Ação Comunitária da Prefeitura de Santos - 1993/1996.

Analista institucional do CAPS II e CAPS DQ (dependência química) da Prefeitura de Santo André. 1.999

Supervisor Institucional do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - 2001.

Coordenador de Saúde Mental do Projeto Qualis/Zerbini 1998/2002

Consultor do Ministério da Saúde (Saúde Mental). 2000/2004.

Preg.1: como percebe o momento da saúde mental no Brasil?

Pergunta 2: quais as sugestões que você daria para o crescimento da política pública de SM?

RESPOSTA

O momento é extraordinariamente positivo e pleno de desafios e perspectivas.

Seguindo o declarado pelo representante de saúde mental da OMS, Dr. Benedetto Saraceno, a Saúde mental brasileira serve de exemplo para outros países inclusive para alguns de grande porte como Índia ou China.

Temos uma lei em vigência, que foi discutida durante dez anos, que produziu uma mudança significativa no quadro asilar: já não se pode internar alguém para se apossar de sua herança ou de sua renda, o paciente tem direitos.

Essa lei de saúde mental serviu de exemplo para outros países como a recentemente promulgada Lei Nacional de Saúde Mental de Argentina, embora lá eles tenham conseguido avançar mais em alguns pontos: no que diz respeito à internação involuntária é preciso da assinatura de uma equipe multidisciplinar e de pelo menos de um médico e de um psicólogo. A medicação deve ser tratada também interdisciplinarmente.

Em outros aspectos a Argentina avançou muito menos, não construiu rede de saúde mental nem tem movimento de usuários como tem o Brasil, mas tem uma atitude de maior compromisso com os direitos humanos.

A resistência que alguns setores de psiquiatras oferecem as conquistas práticas e as evidências e sua insistência em afirmar que "a psiquiatria não precisa de reformas porque é uma rama da medicina" dão o sinal à Sancho de que andamos como disse Cervantes..

Nós temos experiência e eficácia comprovada. No dia 3 de maio se cumpriram 22 anos da intervenção à Casa de Saúde Anchieta que foi uma experiência primordial para a construção de uma política pública que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômios, com substituição de um sistema asilar por outro territorial.

Dáí em mais contamos com inúmeras experiências em todo o país. O último número de *Saúdeloucura*⁹ - *experiências da Reforma*, narra experiências extraordinárias como as de Minas Gerais ou de pequenos municípios. Foram fechados manicômios horrendos de grande porte em Capina Grande, Pernambuco etc.

Nós estamos construindo uma metodologia, com eficácia, para tratar de pessoas psicóticas e com alterações das mais diversas. Temos avançado no atendimento de pessoas graves que não demandam atendimento, evitando assim suicídios e diminuído a violência, a través da associação de equipes de saúde mental com agentes comunitários, médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família.

Isto é formidável para um país que enfrenta problemas sérios de violência.

Mas já estou passando para a segunda pergunta:

Parece-me que o grande desafio hoje é a criação de um sistema de atenção aos drogados. Nós aprendemos a tratar de esquizofrênicos, mas os chamados *nóias* são um grande desafio: quando alguém atende a essas pessoas, que não aderem a qualquer protocolo clínico conhecido, se candidata a fazer parte do conjunto droga: tráfico, circulação de dinheiro, consumo etc.

Em primeiro lugar o crack não é um problema exclusivo da saúde, mas a saúde mental tem a tarefa de tratar essas pessoas como cidadãos e buscar estratégias inteligentes que evitem soluções simplificadas, como as das comunidades terapêuticas, para um problema de alta complexidade como o que se aborda. Nesse sentido as experiências de alguns CAPS AD, de equipes de PSF, como está se desenvolvendo na região da *Cracolândia* em São Paulo estão se demonstrando promissoras.

ANEXO 6

ENTREVISTA. ANGEL BARRACO

Julho de 2009

DADOS CURRICULARES

Psicanalista

Membro del COGESAM -Consejo General de Salud Mental de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires.

Assessor Parlamentar do Bloco Socialista da Legislatura para assuntos de Saúde Mental.

.Pregunta: como se inserta el Cogesam en la Legislatura, en calidad de que?

Ingresa en 1990 en el entonces Consejo Deliberante. En 1996, la ciudad de Buenos Aires, como resultado de la Reforma Constitucional de 1994, gana autonomía política, pasando a ser Ciudad Autónoma del gobierno de la provincia de Buenos Aires. Esta autonomía tiene limitaciones importantes, que inciden en la política de Salud y también en el campo de la Salud Mental.

Como ejemplo, el Gobierno de la Ciudad no tiene sistema judicial ni Policía propias. Ambas pertenecen al ámbito de la Nación. También la ley que rige el sistema de internaciones, Ley 22914, es de ámbito nacional, sancionada solamente para la Capital Federal y Territorios Nacionales (como Tierra del Fuego). Esta Ley, debería cesar cuando la ciudad se autonomiza del gobierno nacional y provincial.

La ciudad sanciona en 2000 su ley de Salud Mental, la 448, que es la ley que debe regir, pero aun la regencia de la 22914 no ha sido extinta, produciendo serias limitaciones y colisiones en la regulación del sistema.

El sistema público de salud está muy limitado. No fue traspasada la regulación del sistema de salud a la esfera pública, tal como lo establece la Constitución de 1996 y la Ley Básica de Salud. Hoy, solamente el 4% del sistema de salud - 70 instituciones- pertenece a la Salud Pública. El resto está en manos del sistema privado.

El sistema de Obras Sociales, muy importante en Argentina durante años como soporte de salud colectiva, está pasando a los sistemas de pre-pagos casi en su totalidad (lo que en Brasil es el sistema de convenios de salud) y su regulación está planteada hace 13 años, y no se efectiviza. Las empresas de pre-pago no permiten que esa regulación se establezca.

Ese sistema de doble comando legal hace que la ciudad no tenga capacidad de control de servicios de salud, de instalación de clínicas, de regulación profesional, todo depende de la Nación (nivel federal).

En relación al campo específico, Salud Mental de la Nación no es una Secretaría sino una Unidad Ejecutora. El Director actual de esta Unidad es al mismo tiempo secretario

de la Federación de Hospitales, por tanto con plena incompatibilidad para ejercicio del cargo.

Actualmente existe en proceso de aprobación en la Cámara, una Ley Nacional (llamada Ley Gombricz) que se apoya en el texto de la ley 448. En ella se propone la interdisciplina, la democratización de las prácticas, el acceso a la gerencia de servicios de salud mental por parte de cualquier profesional calificado. Esto genera una reacción violenta de la clase médica, que pide que se declare la inconstitucionalidad de la ley 448, pedido que es rechazado en 2004 por el Supremo Tribunal. A pesar de ésto, y por ello mismo, el acceso a la gerencia de servicios es constantemente obstruido.

PREG A su juicio, existe un sistema de salud mental en la ciudad?

RESP: No existe.

PREG: Existe algún nivel de referencia y contrarreferencia?

RESP: No funciona. En el 2005, presionando desde el COGESAM conseguimos niveles de jerarquización para los efectores públicos, que les permitieron manejar presupuesto, más recursos.

Existen los efectores monovalentes, que son cuatro grandes hospitales psiquiátricos: el Htal. Borda, para hombres, el Hospital Moyano, para Mujeres, el Htal de Emergencias Psiquiátricas Alvear y el Htal. Tobar García, infante-juvenil.

También existen los CSM (Centros de Salud Mental) No. 1 y 3. En el CSM no. 1, de atención infantil funciona un Hospital de Día para Niños.

Existen 40 CESAC (Centros de Atención y Salud Comunitaria) que dependen de los Hospitales, como área programática, que deberían ser trasladados para formar la Red de Atención Básica.

Los Hospitales son feudos del poder médico. Sus directores no entran por concurso, son nombrados por la Federación de Hospitales. Existe una enorme resistencia que opera cuando se pretende abrir camas de internación en los hospitales generales. Hay solo dos grandes hospitales generales con veinte lechos cada uno: el Hospital Alvarez y el Hospital Piñeiro.

Es difícil avanzar en el debate de la desinstitutionalización. Este debate, que implica pensar los caminos a tomar: habría que vaciar el hospital? transformarlo? instalar los dispositivos prescriptos por la ley 448 e avanzar en el vaciamiento progresivo del hospital? es obstaculizado por la resistencia de las corporaciones. El manicomio genera mucho dinero, hay todo un sistema que depende de su existencia: jueces, abogados, protocolos de investigación impulsados por los laboratorios.

Seis años atrás, en el hospital Piñeiro se descubre que un laboratorio francés lleva adelante una investigación que fue prohibida en su país. En el Hospital Moyano, en

2006, cuando sale el director de una gestión de veinte años, se descubren protocolos de investigación que eran apadrinados por él de forma clandestina.

-Del presupuesto existente, el 90% es destinado a los cuatro hospitales monovalentes. Un lecho psiquiátrico le cuesta al Estado alrededor de 5.000 pesos, con pésimos resultados.

Salud Mental tiene el 50% de los trabajadores en cargos ad-honorem, es un caso sin parangón en otros países. Los Residentes tienen un pago reconocido, pero los Concurrentes, que cumplen horarios y están sujetos a reglas institucionales, no reciben nada por su trabajo. Esto está en franco cuestionamiento. Es importante subrayar que también ha existido históricamente una posición de los profesionales de aceptar esta fórmula perversa, a partir de sus intereses en ganar nombre, experiencia o prestigio mediante su pasaje por los hospitales, afirmando así la persistencia de esta situación.

En el ítem de la formación profesional, encontramos una inadecuación evidente. Ninguna escuela propicia formación para los desafíos de la clínica propuesta por la ley 448. La formación es corporativista, asistencialista, y aislada en cada campo profesional.

ANEXO 7

ENTREVISTA COM ODAIR FURTADO

Ex- membro da Diretoria do Conselho Federal de Psicologia.
Doutor em Psicologia Social pela PUC/São Paulo.
Professor Associado da PUC/SP. Orientador de Mestrado na área de Psicologia Social
Núcleo de Trabalho da Carreira de Psicologia. PUC/SP.

Pergunta 1. Como enxerga a situação atual do sistema de saúde mental no Brasil?

Pergunta 2. Quais são as suas sugestões para melhorar o sistema?

RESPOSTAS

Vou começar de trás para frente, falando da minha experiência atual. Estou a cargo da supervisão de estagio na Carrera de Psicologia na área de Trabalho. No quarto ano da carreira, existem vários Núcleos que organizam os estágios para os estudantes. O Núcleo de Trabalho atende dois CAPS: Mooca e Perdizes.

Também no Núcleo de Trabalho estamos trabalhando com a região de Embu das Artes, em projetos de geração de renda, com o CAPS II de Embu, que se encontra no centro da cidade e o CECCO, situado no parque.

Embu tem, fora do centro que é mais conhecido pela feria de artesanato, uma área oeste, onde existem vaías chácaras, de veraneio e do cinturão verde, e uma zona leste, que vem sendo invadida pela urbanização de Capão Redondo, que reveste características de maior degradação. Sua população é mais pobre e a principal cliente dos equipamentos públicos.

A gestão da prefeitura está a cargo do PT. A coordenadora de Saúde Mental está já há duas gestões, o que permitiu pensar uma articulação mais consistente entre SM e Geração de Renda.

Em geral, Embu tem um funcionalismo muito pouco preparado, o que dificulta os trabalhos mais inovadores. Atualmente os projetos de geração de renda tem se beneficiado com a inclusão de uma psicóloga, que veio de Guarulhos, com um projeto semelhante ao “Das Doidas” que tinha iniciado no CAPS Itapeva. Como o pessoal que sustentava esse projeto no Itapeva saiu de lá, se somaram ao CAPS de Embu e estão apoiando. Esse projeto está ligado ao ECOSOL mais ainda não funciona: renda, que é o que se pretende, ainda não tem. Isso vem ao encontro da preocupação do Tykanori, expressada recentemente: “Precisa pensar em geração de renda, chega de fazer coisas pobres, tem que qualificar a produção”.A Secretaria de Economia Solidaria vai funcionar a partir de um novo desenho incluída em um novo Ministério de Pequenas e medias Empresas,ainda em constituição.

Isso será muito importante para pensar uma questão central em relação à autonomia do usuário do sistema. Temos uma estrutura de construção dessa autonomia que acaba se moldando numa ordem tutelar, embora mais suave. Autonomia é a noção

mais difícil de compreender porque implica compreender como funciona a loucura, que tem condições diferentes das condições do cidadão comum. Por exemplo, pode ser que não deu para fazer uma cooperativa, mas é possível ajudar para que um sujeito se organize e arrume emprego. Já tivemos várias experiências nesse sentido. O que fazer com quem se demora um longo tempo para se organizar a ponto de poder arrumar um emprego, ou quem não vai poder, mesmo? O CECCO está cheio desses pacientes, ou de usuários de droga, que mais do que emprego precisam se ocupar, construir atividades que façam sentido, que tenham significação social, porque se não for assim, voltam à droga.

O CECCO tem produtos ruins, tem técnicos que não acreditam que possam se produzir coisas melhores e os usuários ficam também insatisfeitos com sua produção.

Isso nos leva a pensar a própria política, aqui estaria a questão de sua primeira pergunta. Qual seria o papel dos CAPS na rede?

No meu grupo na PUC, vamos pensando: Marília, uma das organizadoras do Café SACI, experiência autônoma de geração de renda, também está trabalhando no CAPS AD do Embu. Os alunos do grupo se ofereceram a militar no Café SACI, para apoiar a experiência. Sabemos que é necessário o cuidado, o pessoal está atento a isso; todos os que trabalham no Café SACI são ex- usuários. Temos o exemplo de um garçom que trabalhou no Café DIVERSIDADE, que fizemos no CRP, que na época escolheu trabalhar no lavado de louça porque não podia estar muito em contato com o público. Hoje, sete anos depois ele está no Saci, está irreconhecível, ganha um salário, mora sozinho.

A questão é que há uma aposta a sustentar, e ela deve ser mantida, não importa o tempo que leve para alcançar o objetivo. Isso vai contra os tempos da produtividade habituais no sistema capitalista, por isso é difícil.

As estratégias são diversas, mas sempre no intento de produzir um processo autogestionado, de recuperar constantemente a memória desse processo, muitas vezes os membros de um grupo de trabalho atribuem aos coordenadores ações que foram pensadas em conjunto e decididas conjuntamente.

Acho que nos serviços falta um elo, um meio termo entre a saída dos CAPS e o CECCO, um recurso que o sujeito possa lançar mão quando necessário, não dentro de um plano institucional orgânico, algo como uma ajuda eventual do seu processo. O CECCO não pode dar conta disso.

Temos que ter cuidado com a forma em que implementamos as concepções antimanicomiais, elas devem estar presentes e refletidas nas ações e projetos. Como exemplo, quando em São Bernardo se alocaram os usuários para uma Residência, eles não tinham roupa de uso diário. Foi feita uma coleta de roupa usada, mas não se entregou diretamente: se colocou a roupa em araras e os usuários foram escolher provar, decidir como em qualquer loja.

Qual o papel de um técnico na residência terapêutica? Como produzir e não reproduzir a subjetividade capturada do asilo? Essas são questões que afetam diretamente a autonomia.

Falando em trabalho e saúde mental um dos pontos centrais do adoecimento atual tem a ver com o ritmo do trabalho, que é ditado pela máquina. Com a máquina não tem conversa, com o controlador havia possibilidade de ter, com a máquina não. O sistema capitalista é uma máquina enlouquecedora, então como colocar no ritmo da máquina pessoas que precisam de medidas protetoras? Essas questões não estão equacionadas e sem isso qualquer iniciativa de economia solidária vai por água abaixo. A subjetividade atual não é solidária. Na fábrica atual as posições solidárias se desagregaram, como poder reatualizar um ambiente mínimo de inclusão: esses são desafios que nos aguardam no campo da geração de renda consistente para que os usuários do sistema possam construir posições autônomas.

ANEXO 8

ENTREVISTA

DR. IVAN ASE

Julho 2009.

Datos curriculares

El Dr.Ivan Ase es Medico Psiquiatra.

Magister en Administración Pública, cursó la Residencia de Salud Mental en el año 1985, trabajó en la Dirección de Salud Mental –en el área de Recursos Humanos- y es investigador del IIFAP (Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

Psiquiatra del Centro de Rehabilitación Socio-Laboral de la Provincia, desde 1999. Este centro existe desde 1988, originalmente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación bajo el carácter de Taller Protegido. Pasa posteriormente a la Provincia y se plantea un cambio de denominación más acorde con la línea de trabajo, que es el que tiene hasta hoy.

PREG:Consideraciones sobre el momento que atraviesa la gestión de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, según su experiencia.

En primer lugar, es necesario pensar históricamente. Existen tres periodos diferenciados en la gestión de salud mental, que acompañan la gestión de la salud en general y más ampliamente de las políticas públicas.

El primer periodo lo situaría en la vuelta del regimen democrático (1984) donde existe un auge de la política de desmanicomialización. Las ideas de Basaglia son importante aporte para la despsiquiatrización de las prácticas de cuidado. En esa época, la Dirección de Salud Mental de la Provincia estuvo a Cargo del Dr. Diego Rapella, psicoanalista de amplia trayectoria y el Dr. Vicente Galli, que fue parte del equipo de la experiencia del Hospital Lanús, en los 60, ocupaba la Dirección Nacional de Salud Mental.

Hubo abertura de muchos recursos y de programas importantes. La salud mental llegó a ocupar entre 10 y 12% del presupuesto destinado a la salud en la provincia. Es de esa época la creación de la Residencia en Salud Mental, destinada a formar trabajadores para la red en creación, donde eran admitidos no solo médicos, como psicólogos, asistentes sociales y otros profesionales.

El segundo periodo: la década de los 90 y el desmontaje del Estado encunto sustento de una política de bienestar social. Pasa a ser un Estado que se ocupa de los pobres y no de toda la población. Se produce un ajuste presupuestario por el cual la salud mental recibe del 4 al 5% del presupuesto en salud. En el año 95 se producen despidos masivos. Desaparece la red de salud mental, porque se realiza una transferencia de la atención primaria a los municipios de la provincia, con recursos bastante limitados La consigna es “o se hacen

cargo de estos servicios o se cierran". Los municipios "achican" servicios y uno de los primeros a desaparecer es lo referente a la salud mental. Cayó casi todo. La Provincia se queda con el Hospital Psiquiatrico de Oliva-que actualmente atiende cerca de 1000 pacientes- el Hospital de Santa Maria de Punilla -250 internados-y el Hospital Neuropsiquiátrico de Cordoba-cerca de 70 pacientes, mayormente agudos. Sustenta además el Instituto de Prevención de Alcoholismo, la Casa del Joven, que trabaja con jóvenes en dependencia quimica y el Centro de Rehabilitación Socio-laboral.

La escasez de recursos humanos es enorme. Ultimamente comenzó una descompresión: se contratan profesionales pero sin concursos. Desde los años 90 que no hay concursos.

Actualmente, podriamos decir que es el tercer período. La Direccion de Salud Mental de la Provincia reflota el discurso antimanicomial, se propone el "Año de la Salud Mental en Cordoba" pero los trabajadores de salud mental ven esto con escepticismo. Es más existe una resistencia, porque allí donde se propone desmanicomialización, los trabajadores leen "ajuste" y desconfian, en base a la historia pasada, que pueda llevarse a cabo algo decente.

El año de 2008 trajo dos acontecimientos detonadores de cambios.El primero, fue el informe de la O.N.G. CELS (Centro de Estudios Sociales y Legales) "*Vidas Arrasadas. La segregación en los asilos psiquiatricos argentinos*".

Si bien este informe no toma el caso de Córdoba específicamente, trae un estudio importante de varios casos en diferentes provincias donde muestra la precariedad y el deterioro del sistema y desde la optica de los Derechos Humanos, un desastre Movilizó mucho a la opinión pública y las autoridades se ponen en movimiento, lentamente.

En relación a nuestra realidad local, otro hecho moviliza algunos acuerdos: El Hospital Neuropsiquiatrico recibe, por orden judicial, pacientes judicializados, o sea, presos que sufren trastornos psíquicos. Estos presos son alojados en las dependencias de tratamiento custodiados cada uno por un policial, que se situa al lado de la cama del detenido, que está por su vez, esposado al lecho. Se producen hechos de suma gravedad, con la llamada custodia tomando cuenta del pabellón, imponiendo una lógica prisional y cometiendo abusos de todo tipo e impidiendo el tratamiento de los pacientes. La situación hace crisis el año pasado, impussando un acuerdo entre el Misterio de Justicia y el de la Salud para la creación de un Centro Psicoasistencial específico para estos pacientes.

Todo ésto denuncia la grave situación de la atención en salud mental de la provincia.

En la actualidad, los 30 años de receso en el campo se ven agravados por el proyecto de repsiquiatrización en andamiento. Indudablemente el avance en el area farmacologica de los ultimos 10 años ha sido un enorme beneficio. Pero está siendo utilizado para repsiquiatrizar el campo de la salud mental. La antigua residencia en Salud

Mental cerró sus puertas para profesionales no médicos y no existe ningún espacio público para su formación. Se aduce que existe una priorización de actividades críticas en salud, y que la salud mental no está incluida como área prioritaria.

En el área privada, la formación que predomina es la psicoanalítica, que no responde a las demandas específicas del campo. Antes de eso, favorece la formación de profesionales que aspiran a la práctica de consultorio privado, sin elementos para enfrentar los problemas y desafíos de salud pública.

Por otro lado, en este momento, el gobierno provincial lanza un proyecto edilicio, el Centro Cívico de la Provincia que concentraría instituciones provinciales de diferentes tipos en un espacio único. Este centro estaría en el Barrio General Paz, espacio donde se localiza el Hospital Neuropsiquiátrico. Es parte de una gran operación inmobiliaria de especulación con tierras del Estado que el desarrollo urbano ha valorizado, y la presencia de un hospital psiquiátrico es un obstáculo importante para esta operación. En realidad, el Centro Cívico no estaría en las tierras del hospital, sino que éstas se venden para que con esos recursos se financie en parte la construcción del Centro Cívico. Las instituciones de salud mental se trasladarían a otros terrenos de la provincia pero de menor valor inmobiliario. Esto coloca el problema de la accesibilidad, que es factor fundamental para la posibilidad de tratamiento.

ANEXO 9

ENTREVISTA COM MOISES RODRIGUES DA SILVA JR.

5 de abril de 2011.

DADOS CURRICULARES

Medico Psiquiatra. Psicanalista.

Ex-Diretor do Hospital Dia “A Casa”, São Paulo. Para pacientes em grave sofrimento mental.

Diretor da ONG Projetos Terapêuticos

Supervisor Clínico-Institucional de equipamentos da Rede de Saúde Mental de São Paulo

PERGUNTAS

1 Pode me dar sua visão sobre o momento atual da saúde mental no nosso território (São Paulo)?

2. Tem alguma proposta para esse momento?

RESPOSTA

No panorama atual, a gestão de governo é impeditiva. Não existe definição de linhas políticas claras, nem para o município nem para o estado. Existe sim, uma espécie de “seqüestro” que redunde na não implantação das políticas federais, particularmente de uma das mais importantes características do SUS, que é a possibilidade de uma política geral encontrar uma expressão local. Todo o desenho do SUS está feito para que isso aconteça, e é isso que se tenta impedir.

Vemos isso no que acontece com a Conferência Municipal de Saúde, com os Conselhos, que estão confusos, atrapalhados, pouco sustentados: ali vemos toda a oposição ao exercício do controle social. No que está legislado, encontramos o desenho dos conselhos nos próprios serviços, isso é muito importante porque se funcionar, a rede de controle social se torna real, mesmo. Essa oposição se faz desde a gestão, claramente. Os interlocutores que os governos municipais e estaduais escolheram não foram os órgãos de controle social, esses são afastados do diálogo, é uma política de resistência ao controle social. O interlocutor que foi chamado foi a Academia, e isso trouxe e traz consequências serias para os serviços. Além disso, vemos como os sindicatos da saúde vão sendo obstaculizados e esvaziados, sendo que tradicionalmente os sindicatos de saúde são dos mais combativos.

Além disso, e como parte dessa política existe o problema das OSs. No meu entender, esperava um desenvolvimento técnico viável, mais não somente isso não existe, como virou uma terra de ninguém, a gestão é péssima, deficitária, virou terra de ninguém, com falta de transparência, corrupção.

O numero de CAPS é pequeno, o que resulta numa sobrecarga de trabalho enorme para os trabalhadores. Estou dando supervisão no CAPS Lapa e fui chamado para Sapopemba, que é uma região de 300.000 habitantes e tem somente um CAPS.

Para dar conta de uma demanda desse porte o CAPS se hipertrofia, vai resultando impossível de gerir. Isso falando dos casos graves. E os outros? Que sucede na rede básica, com uma formação tão deficitária?

Mesmo quando falamos dos CAPS, no melhor dos casos, o trabalho diria que é sofrível... Até que ponto esses trabalhadores podem efetivar os princípios da reforma? Fala-se em humanização, mas como um princípio frágil, afastado da prática real dos serviços. Ainda se fala em ALTA dentro dos Caps. Como chegar à questão, que reside em manter um sujeito louco com o mínimo de sistema de saúde e o máximo de presença social, com esses esquemas referenciais que a maior parte dos trabalhadores sustentam?

Se nos consideramos que uma questão fundamental da loucura é o transtorno que ela vai construindo em torno, achar um espaço para isso no social é todo um trabalho. Relata o caso de Martins, um paciente ao qual foi oferecido e construído junto um espaço de vida num bairro, através de um processo de cuidadosa abertura desse espaço, que passou por reconhecimento do bairro, conexão com algumas possibilidades locais, e vários outros recursos que constituem a construção psicossocial.

Os técnicos têm uma formação rala nos princípios da reforma e geralmente quando entra alguém “que sabe”, sabe psicologizar antes de mais nada. Nisso o dialogo com a Academia ajuda a priorizar saberes técnicos que diluem a perspectiva política militante, que tem esse projeto da reforma. A capacitação nessa perspectiva do reconhecimento de direitos que não são atendidos é de uma força e de uma exigência política muito intensa. Isso, a perspectiva política da mudança, a gestão resiste.

P:Gostaria de referir alguma experiência própria,de colocar alguma proposta ?

R:Sim. Tenho me aproximado do campo da Justiça. Fui convidado para fazer parte do Conselho da Ouvidoria da Defensoria Pública. Tenho uma interlocução com eles faz dois anos, a partir da proposta dos Projetos, a de “por o louco na vida”, que coloca os defensores públicos em contato com fenômenos que eles não sabem como trabalhar: delírios, manejos impulsivos, etc. O trabalho é como achar o plano de sustentação legal, o plano do sujeito de direitos para esses sujeitos em crise e “fora da ordem”. Como fazer valer o que está legislado. Tem sido um trabalho instigante e com boa colaboração por parte dos defensores públicos. Traz muitas questões: por exemplo, a da capacitação das equipes dentro do próprio SUS nos princípios de integralidade, territorialidade, acessibilidade que o constituem, assim como outra questão que é a de qual é o amparo desses coletivos desamparados para um trabalho das características que a lei 10.216 propõe?

Não estou propondo soluções ideais, mas uma defesa do melhor tratamento POSSIVEL, que implica em considerar as condições em que os trabalhadores se encontram para realizá-lo.