UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA BEATRIZ DE MIRANDA MATIAS

OS MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS EM SAÚDE
MENTAL EM SÃO PAULO DE 1979 – 1992:
A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A
REFORMA PSIQUIÁTRICA

SÃO PAULO
2006

MARIA BEATRIZ DE MIRANDA MATIAS

OS MOVIMENTOS SOCIAIS ORGANIZADOS EM SAÚDE
MENTAL EM SÃO PAULO DE 1979 – 1992:
A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A
REFORMA PSIQUIÁTRICA

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Aranha e Silva

SÃO PAULO
2006

Dedicatória

Aos

*Meus pais, irmãos, cunhada e sobrinhos,
Agora tenho certeza de que sou a filha preferida.*

Agradecimentos

Durante a construção árdua deste trabalho muitos foram os que passaram às vezes por perto, às vezes participaram, às vezes escutaram, às vezes opinaram, às vezes apenas estiveram e permaneceram ao lado.

Dentre todos esses parceiros agradeço com carinho, respeito e até saudades especialmente à:

Caroline, Carolita, amiga, irmã, companheira da luta diária da vida e eterno protetor solar;

Ana Luisa, orientadora dos passos da pesquisa e de todos os outros passos da minha vida;

Sônia Barros, pelo apoio e carinho durante o processo;

Ana Pitta, Sandra Fischetti, Sueli Rolnick, Darcy Portofese, Fernanda Nicácio os sujeitos deste trabalho, que enquanto sujeitos produziram a história, a política e os movimentos sociais obrigada pela contribuição e por todos os ensinamentos;

Karin, Gina, Gláucia, Lara, irmãs, amigas que me fazem rir e descansar;

Sônia a minha segunda mãe;

Equipe e Moradores dos Lares Abridados do Hospital Psiquiátrico Pinel, pela certeza de que nossa luta nunca é em vão.

Matias, MBM. Os Movimentos Sociais Organizados em Saúde Mental em São Paulo de 1979 – 1992: a construção da Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Resumo

O período de 1979 a 1992 foi marcado pela efervescência política, social e cultural e do crescimento das lutas sociais pela redemocratização brasileira que acarretaram na organização de diversos movimentos sociais. Os movimentos sociais organizados no campo da saúde mental que se formaram na busca pela democratização e reorientação da assistência em saúde mental tiveram grande protagonismo na produção de políticas públicas de saúde mental. Neste estudo procuramos documentar e publicar a origem e a organização dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo e sua influência na produção de políticas do Estado de São Paulo e na Reforma Psiquiátrica Brasileira, identificando quais foram os principais movimentos sociais organizados em saúde mental no Estado de São Paulo, no período de 1979-1992; desvelando as concepções teórico-conceituais que orientaram esses movimentos sociais e sua participação na produção das diretrizes da política de saúde mental e na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Palavras-chave: Saúde mental; Políticas de saúde mental; Movimentos sociais em saúde mental; Reforma Psiquiátrica.

Matias, MBM. The social movements organized in mental health in São Paulo between 1979 to 1992: the construction of politic in mental health and the Psychiatric Reform. [dissertation] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Abstract

In Brazil, the historical period between 1979 to 1992 was marked by a political, social and cultural effervescence as well as the increase in struggles for redemocratization which led to the organizing of many diverse social movements. As a consequence of the search for both democratization and reorientation of mental health assistance, the social movements organized in this field played a crucial role in the emerging of new public politics in mental health. The aim of this study was to prove and determine the origin and organization of the social movements in Mental Health in the State of São Paulo. In addition to that, to establish their influence over the new politics in the State of São Paulo and in the Brazilian Psychiatric Reform, identifying the main social movements organized in mental health in the mentioned state from 1979 to 1992, unveiling the theoretical concepts which guided those social movements and their participation in the new pathways of Mental Health politics and the Brazilian Psychiatric Reform.

Key-words: Mental health; Mental health politics; Social Movements in mental health; Psychiatric Reform.

Sumário

1. Introdução	
A. Os Movimentos Sociais Organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo: 1979-1992.....	09
B. Cenário das políticas de saúde mental - nacional e do Estado de São Paulo – no período de 1967 a 2005.....	11
2. Objetivos.....	25
3. Proposta Metodológica	
A. História Oral.....	27
B. Procedimento de Coleta, Tratamento e Análise dos Dados Empíricos.....	31
C. Fonte dos Dados Empíricos.....	33
D. Sujeitos do Estudo.....	34
4. Apresentação e Discussão dos Dados	
4.1. Dimensão Macropolítica do Movimento Social Organizado em Saúde Mental.....	36
4.2. Ruptura Paradigmática da Organização dos Serviços e Usuários de Saúde Mental.....	52
4.3. Poética da Micropolítica do Cotidiano.....	65
4.4. Construção de Redes: Afetivas e Teóricas.....	80
4.5. Transformação da Relação com a Loucura: Uma Experiência Possível.....	90
5. Considerações Finais: Possibilidades Construídas.....	108
5. Referências Bibliográficas.....	112
Anexos.....	115

1. INTRODUÇÃO

A. Os Movimentos Sociais Organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo: 1979-1992

O interesse pelo estudo dos movimentos sociais organizados no campo da saúde mental no Estado de São Paulo deve-se à ausência de documentação sobre o tema e à sua relevância na produção de políticas e práticas transformadoras no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. O recorte apresentado a seguir apresenta os movimentos sociais organizados no campo da saúde mental considerados de maior relevância para o estudo e para a formação de políticas no Estado de São Paulo. Posteriormente é apresentado panorama geral do atendimento prestado a pessoas com transtornos mentais, considerando o início da formação de políticas de saúde mental e o paralelo existe com a organização dos movimentos sociais.

O final da década de 1970 foi marco inicial das críticas às instituições psiquiátricas brasileiras. Nesse período vários setores se aglutinaram em São Paulo, principalmente os profissionais da área da saúde que trabalhavam nas instituições asilares, para a realização de debates com a presença dos principais líderes e organizadores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, como Franco Basaglia, Félix Guatarri, Robert Castel, Erving Goffman, entre outros (1).

O Instituto Sedes Sapientiae promoveu palestras, debates sobre as instituições asilares e conferências do psiquiatra italiano Franco Basaglia no ano de 1979, causando grande mobilização e impacto.

Em São Paulo, no ano de 1979, realizou-se o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, também no Instituto Sedes Sapientiae que, junto com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, desempenhou papel fundamental na luta pela mudança do modelo assistencial em saúde e em saúde mental.

O Instituto Sedes Sapientiae foi fundado oficialmente em 1977, com a proposta de criar um espaço de encontro entre pensamento, atuação e trabalho junto à sociedade, comprometido, principalmente com a defesa dos direitos humanos e da liberdade de expressão (2). Em 1978 o Núcleo de Saúde Mental e também o Movimento de Defesa dos Direitos Humanos dos Doentes Mentais se reuniam e discutiam estes temas no mesmo instituto.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976 tinha como eixo a luta pela redemocratização da saúde e da sociedade, aglutinando profissionais e estudantes (3) e teve suma importância para a reorientação da assistência em saúde mental, e na criação do

Sistema Único de Saúde, o SUS, uma vez que elaborou um projeto que continha suas diretrizes gerais ⁽¹⁾.

O percurso dos movimentos sociais na luta pelo redirecionamento do modelo assistencial em saúde teve seu momento mais significativo em 1987, com a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru ⁽¹⁾. Nesse congresso participaram cerca de 50 entidades e grupos organizados, quando foi lançado o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, que deu início ao Movimento da Luta Antimanicomial, marco fundamental para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

As diferentes organizações e movimentos sociais ao longo do período de 1979 a 1992, desenvolveram o conjunto de possibilidades, projetos e intervenções práticas que modificaram a assistência psiquiátrica e construíram a política nacional de saúde mental, nos anos seguintes ⁽¹⁾.

B. Cenário das políticas de saúde mental - nacional e do Estado de São Paulo – no período de 1967 a 2005

No ano de 1967, uma reforma administrativa na Secretaria da Saúde extinguiu a Diretoria de Assistência aos Psicopatas e a criou a Coordenadoria de Saúde Mental (1968) que em 1970 formulou a I Declaração de Princípios da Saúde Mental, que continha concepções da Psiquiatria Social, cujos princípios foram incorporados às propostas do Grupo de Trabalho convocado pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, em 1971, para que fossem elaboradas medidas corretas no campo da Saúde Mental ⁽⁴⁾.

No ano de 1972, na gestão de Walter Lezer de Melo como Secretário da Saúde, Luiz da Rocha Cerqueira assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, que inspirado pela psiquiatria comunitária (Psiquiatria de Setor Francesa), propôs para o Estado a organização de seis setores que seriam co-geridos por faculdades de medicina. Esse programa consistia em:

- “1. Estabelecimento de convênios com as universidades e órgãos de ensino e pesquisa;
2. Promoção de recursos humanos;
3. Elaboração de normas para a supervisão regional;
4. Padronização das unidades psiquiátricas;
5. Implantação de sistema de informática;
6. Apoio à formação de agentes terapêuticos;
7. Regionalização administrativa;
8. Instalação de unidades extra-hospitalares;
9. Redução dos macro-hospitais;
10. Diagnóstico e planejamento do setor” ⁽¹⁾.

A política comunitária da Coordenadoria de Saúde Mental tinha como objetivos impor-se contra a indústria da internação e contrapor a idéia de comunidade terapêutica à mentalidade asilar ⁽⁴⁾.

Porém, essa política de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo durou apenas um ano, e ao final de 1973, Luiz Cerqueira foi destituído do cargo de Coordenador

e assim, foram feitas restrições orçamentárias aos convênios com as Universidades e alteradas as disposições anteriores.

A partir de 1975, passou-se a exigir ênfase na assistência psiquiátrica ambulatorial, para a qual destinava-se 80% (oitenta por cento) dos recursos financeiros; foram limitadas as atividades de ensino e restringidas burocraticamente as pesquisas ⁽⁴⁾.

Em 1976, o Programa da Coordenadoria de Saúde Mental restringiu as atividades no campo da psiquiatria. A participação da Coordenadoria nos três diferentes níveis de prevenção era de orientação técnica e a de abrigar em seus hospitais para crônicos os portadores de distúrbios que impedissem a sua integração à comunidade ⁽⁴⁾.

Além disso, foram previstas a construção progressiva de hospitais com 300 leitos e a contratação de 2000 (dois mil) leitos, que somariam 8000 (oito mil) leitos no Estado de São Paulo. Este programa se integraria a um Sistema Estadual de Saúde Mental, que seria implantado gradual e progressivamente e que visava à ação comunitária. Este Programa apesar de estar permeado de termos comunitários e preventivistas, estava centrado na hospitalização e no isolamento como meio de reabilitação ⁽⁴⁾.

Ainda em 1976, a reforma da gestão Walter Lezer de Melo - baseada no Decreto 9802, que transformou o Serviço de Higiene Mental em Divisão de Ambulatórios -, caracterizou-se pela elaboração da minuta que estabeleceu a integração entre a Coordenadoria de Saúde da Comunidade e a Coordenadoria de Saúde Mental, tendo como objetivo geral a integração das ações de saúde mental.

A Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental tinha as seguintes finalidades:

- Criação de rede de ambulatórios;
- Promoção de saúde mental em instituições públicas e privadas;
- Elaboração de laudos psiquiátricos;
- Realização de atividades relacionadas às toxicomanias.

Aos Ambulatórios, que seriam compostos por equipes multiprofissionais, cabia:

- A assistência ambulatorial à doença mental;
- Promoção comunitária de programas de saúde mental;
- Prevenção de toxicomanias ⁽⁴⁾.

Na luta pela redemocratização da saúde e da sociedade, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo foi criado em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) aglutinando profissionais e estudantes ⁽³⁾ com a

proposta de elaborar um sistema de saúde descentralizado, territorializado e hierarquizado sob a ótica da saúde como direito do cidadão. O CEBES por meio da formação do Núcleo de Saúde Mental se constituiu o primeiro movimento social organizado em saúde mental que buscou a reorientação da assistência prestada à doença mental.

Dentro do contexto social, político e cultural brasileiro, do final da década de 1970, em pleno regime da ditadura militar, foi fundado o Instituto Sedes Sapientiae, com a proposta de criar um espaço de encontro entre pensamento, atuação e trabalho junto à sociedade, comprometido, principalmente com a defesa dos direitos humanos e da liberdade de expressão (2).

O Instituto Sedes Sapientiae foi aglutinador e propiciador da formação de vários movimentos sociais em defesa dos direitos humanos como o Núcleo de Saúde Mental e o Movimento de Defesa dos Direitos Humanos dos Doentes Mentais, que sediados nesse Instituto, promoveram discussões, debates, palestras sobre a assistência prestada a doença mental, experiências de Reformas Psiquiátricas de outros países e a necessidade de mudança de modelo.

O cenário político contemplava o crescimento das lutas sociais pela redemocratização e construção da democracia brasileira a mobilização dos setores técnicos para construção de políticas públicas de saúde e de saúde mental, que proporcionou a formação de muitos movimentos sociais.

Os trabalhadores de saúde mental reuniam-se e promoviam debates sobre a questão da saúde mental e o trabalho nesse campo formando o embrião do movimento dos trabalhadores em saúde mental.

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo promoveu o Curso de Saúde Mental em Saúde Pública, por meio de um convênio entre a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e a Divisão Nacional de Saúde Mental, para a capacitação de profissionais da área de saúde para o trabalho na rede extra-hospitalar (5), uma vez que a ênfase no aprimoramento da assistência psiquiátrica com a melhoria dos atendimentos ambulatoriais visava diminuir as internações e reinternações psiquiátricas constituía o Programa da Coordenadoria de Saúde Mental.

Congregando com os movimentos sociais que se formavam, as idéias de reformas psiquiátricas internacionais ganharam espaço através da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, que em São Paulo aglutinou trabalhadores para a formação do movimento da Rede de Alternativas a Psiquiatria. Dessa forma, as experiências européias que produziram formas

diferentes de assistência em saúde mental geraram muitas reflexões, discussões e debates entre os trabalhadores brasileiros.

No Instituto Sedes Sapientiae foram realizadas palestras com a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia, sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana e a experiência de Trieste de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e uma forma diferente de pensar a loucura.

Muitos trabalhadores, principalmente terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, foram para Trieste conhecer e aprender o que era desinstitucionalização e essa forma de pensar a loucura e quando retornaram passaram a promover discussões sobre essas experiências.

O movimento de trabalhadores de saúde mental fortificou-se a partir da entrada de trabalhadores em hospitais psiquiátricos, como o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana e Hospital Psiquiátrico Pinel. A articulação dos conjuntos de grupos de trabalhadores constituiu a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo.

As Reformas Psiquiátricas que aconteciam na Europa e Estados Unidos ganhavam intensidade, assim como discussões sobre a desinstitucionalização da experiência italiana, que fortificou-se com as vindas do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Brasil, em 1979 e 1980 ⁽²⁾.

No campo da psiquiatria, o período de 1978 a 1980 marcou a fortificação das críticas às instituições psiquiátricas brasileiras, com o que Amarante (1995) ⁽⁶⁾ denominou o “início do movimento da Reforma Psiquiátrica”, período quando também se organizou o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que teve participação fundamental na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O início da década de 1980 marcou o restabelecimento das eleições diretas para os governos estaduais após período de anos de exceção política imposta pelo regime da ditadura militar. No Estado de São Paulo, no ano de 1981, mais precisamente oito meses antes das eleições para governador, formou-se um Grupo de Saúde Mental, que se reunia com o objetivo de elaborar uma proposta de política de saúde mental.

Posteriormente, alguns membros desse Grupo passaram a fazer parte da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Divisão de Ambulatórios e Divisão de Programas, como assessores.

Estes elaboraram um plano de governo e colocaram a questão da saúde mental nos seguintes termos:

1. “Aumentar os recursos financeiros destinados à saúde mental;
2. Racionalizar a aplicação dos recursos humanos e financeiros com ênfase na atuação primária, integrando ações de saúde mental a nível dos Centros de Saúde, visando a uma efetiva racionalização, integração e hierarquização das ações de saúde;
3. Reorganizar o atendimento ambulatorial, ampliando-o, para dar conta de programas mais modernos com relação aos cuidados oferecidos;
4. Melhorar o setor terciário (hospitalar) com a recuperação dos próprios já existentes e iniciar ações visando a implantação de unidades psiquiátricas dentro do hospital geral;
5. Desenvolver uma política de recursos humanos para implantar o programa de saúde mental, a nível primário, secundário e terciário” ⁽¹⁾.

Com intenção de orientar a assistência extra-hospitalar, a Coordenadoria de Saúde Mental publicou, em 1983, a “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Ambulatórios de Saúde Mental (ASM)”, conhecida como “a cartilha”, que visava orientar as ações de saúde mental no nível básico (Unidade Básica de Saúde) e de especialidades de atenção (Ambulatórios de Saúde Mental).

No caso das UBS, as ações de saúde mental deveriam se articular a Programas de Assistência ao Adulto, aos Programas de Assistência à Criança e estar mais próximo da comunidade e, para tanto, estas contariam com “equipes mínimas de saúde mental”.

Os Ambulatórios de Saúde Mental deveriam organizar-se em três programas: Programas de Intensidade Máxima, Programas de Intensidade Mínima e Programas de Menor Intensidade ⁽⁵⁾.

No governo de Franco Montoro (1983-1987), foi a primeira vez que:

“a Coordenadoria de Saúde Mental adotou como política a não ampliação de leitos psiquiátricos e a criação de serviços que oferecessem um programa de tratamento que contivesse, no nível ambulatorial, os agravos mentais, tanto no sentido de prescindir das internações quanto com a finalidade de dar continuidade ao tratamento de egressos” ⁽⁵⁾.

Nesse período houve a ampliação da rede de ambulatórios, que até 1982 somavam 15 (quinze), passando para o número de 27 (vinte e sete). Houve ainda a contratação de quase 100 (cem) “equipes mínimas” tanto para as UBS quanto para os ASM.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1983, possuía uma proposta de ter módulos por região, para que cada estrutura pudesse apresentar capacidade compatível com seu nível de complexidade.

Foi constituído o Projeto Zona Norte – projeto piloto que fazia parte de um Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA) – com princípios de integração entre os vários níveis de atenção, racionalização dos recursos e regionalização do atendimento. Este Projeto visava:

1. “Constituir, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, um programa integrado e regionalizado de saúde mental, consoante com uma concepção mais totalizadora do fenômeno mórbido;
2. Prevenir internações psiquiátricas desnecessárias;
3. Criar procedimentos terapêuticos não cronificadores;
4. Abrir espaço, na rede pública de atendimento, para ser utilizado na formação de pessoal especializado em saúde mental dentro dessa nova ideologia” ⁽⁷⁾.

O Projeto foi implementado em 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde, 06 (seis) Ambulatórios de Saúde Mental, na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Pronto Socorro do Complexo Hospitalar do Mandaqui e o Hospital Psiquiátrico Pinel, todos localizados na Zona Norte do município de São Paulo ⁽⁷⁾.

O Programa que foi desenvolvido de maneira intensa, entre 1984 e 1985, começou a entrar em declínio, pois a ampliação dos serviços só poderia se efetivar com o investimento na mudança de mentalidade dos agentes. Porém, depois de três anos da implantação do projeto não houve mais investimento na formação dos profissionais nesta mentalidade nova ⁽⁵⁾.

Com base nas experiências e nas críticas aos limites do Projeto Zona Norte, em 1986, Pitta, Goldberg, somados a uma equipe, desenvolveram um novo modelo para tratar pessoas com transtornos mentais severos na rede pública e assim criaram o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. Esta experiência visava cuidar, assistir, gerar um modelo assistencial conhecido como clínica ampliada ou clínica das psicoses e constituir um Programa Docente-Assistencial ⁽⁵⁾.

O Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, conhecido como ‘Itapeva’ foi criado por trabalhadores envolvidos com os movimentos organizados em saúde mental e inaugurado em março de 1987 com a proposta de ser um modelo intermediário ao hospitalocêntrico, de caráter experimental, pois não traduzia uma política de saúde no sentido empreendido por Rezende, isto é, aquilo que tem uma duração no tempo e uma extensão territorial. Constituiu-se

em uma estrutura de atenção à saúde mental alternativa ao modelo de tratamento que tinha como centro o hospital psiquiátrico ⁽⁸⁾, caracterizado como:

“um espaço de intervenção e de formação profissional; um lugar de referência de tratamento e sociabilidade para o usuário e familiar de usuário; onde trabalhadores, estudantes, profissionais de área afim podem desenvolver projetos que tenham identidade com os objetivos institucionais...” ⁽⁸⁾.

Congregando discussões, reflexões e transformações, o II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987 na cidade de Bauru, teve como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e gerou a criação do Movimento Por Uma Sociedade Sem Manicômios, que ficou mais conhecido como o Movimento da Luta Antimanicomial, em que o necessário para a construção da política de saúde mental era a transformação da forma de se relacionar com a loucura.

Foi também no ano de 1987 que se realizou a I Conferência Nacional de Saúde Mental, desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Sua pauta de discussões foi:

1. “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
2. Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
3. Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Dos debates feitos sobre esses temas, foram feitas propostas de reformulações da legislação, reformulação da assistência em saúde mental, políticas de recursos humanos para o setor” ⁽⁹⁾.

Naquele momento iniciava-se a transformação do modelo clássico asilar em um modelo comunitário. Um modelo diferencia-se do outro por meio do locus da assistência – e, pela primeira vez nas políticas públicas de saúde mental, o hospital psiquiátrico passou a ser indicado como o último recurso assistencial ⁽⁶⁾.

Ainda no ano de 1987, a Coordenadoria de Saúde Mental propunha duas diretrizes políticas: a transformação dos hospitais próprios em serviços com inserção na comunidade e a descentralização e organização dos colegiados inter-secretarias para elaboração de propostas para assistência em Saúde Mental ⁽⁵⁾.

Faz-se necessário destacar o processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Anchieta em Santos, em 1989, e a criação de toda a rede de serviços extra-hospitalares e

substitutivos àquele dispositivo – os Núcleos de Atenção Psicossocial, inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana.

O CAPS e os NAPS tornaram-se o principal modelo assistencial adotado pela Reforma Psiquiátrica e a experiência de Santos tornou-se paradigma do processo de desinstitucionalização de pacientes internos em hospitais psiquiátricos. Ambos tornaram-se referência da forma como deve ser o cuidado em saúde mental, representando as práticas psicossociais ⁽⁵⁾.

O cenário nacional, à época, era da fortificação da redemocratização, dois movimentos na saúde ganhavam força: Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, um intrincado ao outro. O movimento da Reforma Sanitária propunha mudanças estruturais no sistema de saúde brasileiro, que até então operava com o conceito saúde-doença na dimensão biológica e individual, contemplando aspectos puramente curativos e não preventivistas, com sua execução política fortemente ligada a convênios com instituições privadas e compra de leitos e serviços ⁽¹⁾.

Os recursos financeiros eram provenientes do Sistema Previdenciário (o Ministério da Saúde era ligado ao Ministério da Previdência Social) dessa forma os usuários dos serviços de saúde eram unicamente os contribuintes da Previdência Social, ou seja, trabalhadores regularmente incluídos no mundo do trabalho, excluindo os demais, inclusive dependentes ⁽¹⁾.

Assim, a Reforma Sanitária propunha a universalização da assistência; a construção de um modelo integrado de medicina preventiva e cuidados individuais e a gestão descentralizada dos serviços de saúde com a participação popular ⁽²⁾. Os princípios da Reforma Sanitária foram integrados à Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde, que agregava duas leis, a Lei nº 8080 e a Lei nº 8142, estruturando uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, pautada nas diretrizes:

1. “descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade” ⁽¹⁰⁾.

Assim sendo, o SUS é um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, que entende a saúde como direito de cidadania. Conforme as diretrizes do SUS, cada esfera de governo tem funções e atribuições distintas, devendo atuar em dois âmbitos: político e técnico. O

âmbito político consiste na gestão da saúde voltada para o interesse público; o âmbito técnico por sua vez consiste no conjunto de saberes e práticas necessárias para a implementação de políticas na área da saúde ⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, o Ministério da Saúde tem como atribuições o desenvolvimento das atividades estratégicas no âmbito nacional, de planejamento, controle, avaliação e promoção da descentralização, além da regulação do setor privado. Às Secretarias Estaduais de Saúde compete o planejamento, organização e programação da rede hierarquizada do SUS. Finalmente, fica sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde, e, por ser o nível mais próximo ao cidadão, é de sua responsabilidade a orientação dos usuários sobre o acesso e uso dos serviços ⁽¹⁰⁾.

No Estado de São Paulo, no período de 1991-1995, as ações da Secretaria da Saúde ainda influenciavam os rumos da Reforma Psiquiátrica paulista. Cambraia (2004) aponta como política de saúde mental: as supervisões dos hospitais, a regionalização dos leitos, criação de lares abrigados e envolvimento dos municípios no processo.

Em 1991, em função de uma diretriz ministerial, iniciou-se no Estado de São Paulo a supervisão dos hospitais psiquiátricos para reclassificar tais instituições e qualificar a assistência por elas prestada. Segundo o Relatório de Atividades do Grupo de Atenção a Saúde Mental da SES-SP as diretrizes da Política de Saúde Mental da Secretaria dos anos de 1991 – 1994, eram as seguintes:

1. “Promover a transformação dos hospitais psiquiátricos públicos próprios em serviços abertos e espaços psicossociais de uso comunitário;
2. Estimular a ampliação, qualificação e organização da rede de atenção básica, segundo os princípios de intersetorialidade e territorialidade, em sistemas locais de saúde;
3. Promover uma política de qualificação de recursos humanos propiciadora de uma cultura desinstitucionalizadora e condizente com as novas práticas assistenciais;
4. Promover a descentralização do gerenciamento de políticas de saúde mental para os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) e municípios (como por exemplo, municipalizar as centrais de vagas, os equipamentos da rede de saúde mental, a gestão dos contratos e convênios de hospitais psiquiátricos, etc)” ⁽⁵⁾.

Como resultado dessa ação foram reduzidos 26,3% (vinte e seis virgula três por cento) dos leitos, cerca de 9.000 (nove mil), além do fechamento espontâneo de alguns hospitais psiquiátricos que aconteceram por razões de ordem financeira.

As diretrizes da política de saúde mental da SES-SP dos anos de 1995 a 2000, não constam em documentos oficiais, porém pode-se destacar a redução de leitos, ampliação de serviços extra-hospitalares e o controle e regulação do sistema através das centrais de regulação ⁽⁵⁾.

Com relação à reforma dos 09 (nove) hospitais psiquiátricos próprios, 05 (cinco) passaram por transformações em sua estrutura organizacional e transformaram-se em Centros de Atenção Integral à Saúde – CAIS, como o Centro de Reabilitação de Casa Branca, em Casa Branca; CAIS Santa Rita, em Santa Rita do Passa Quatro; CAIS Santa Tereza, em Ribeirão Preto; CAIS Clemente Ferreira, em Lins e CAIS Cantídio de Moura Campos, em Botucatu ⁽⁵⁾.

No cenário nacional, podem-se destacar como marcos para a reorientação do modelo assistencial: a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990; a Portaria SNAS nº 189/1991; a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992); a Portaria SNAS nº 224/1992; a Portaria GM nº 106/2000; a aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001; III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001).

A Declaração de Caracas, aprovada em 14 de novembro de 1990, pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Regionais de Saúde, propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica, por meio de modelos alternativos, centrados na comunidade; a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; elaboração de legislações que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e a organização de serviços comunitários de saúde mental; a destinação de recursos para a capacitação de recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria ⁽¹¹⁾.

Esta Declaração teve grande influência não só no que concerne a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas também nos muitos países da América Latina, que a subescreveram.

A realização da II Conferência Nacional da Saúde Mental (II CNSM), em dezembro de 1992 foi um “marco histórico no processo de transformação da saúde mental”. Esta conferência teve a participação de diferentes atores sociais, que debateram sobre os seguintes temas: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e à cidadania ⁽¹²⁾.

O relatório final da II CNSM traz as seguintes noções:

“Atenção Integral – o entendimento da saúde/doença como processo fundamenta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde;

Cidadania – A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação em saúde mental” ⁽¹³⁾.

As recomendações desta Conferência estão direcionadas, entre outros aspectos, para municipalização, financiamento, gerenciamento, revisão da legislação e ainda recomenda às universidades, formadoras de trabalhadores da saúde, que introduzam o tema da saúde mental sob a ótica da saúde coletiva ⁽¹²⁾.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) realizou-se em dezembro de 2001 e teve como eixo temático a Reorientação do Modelo Assistencial e como temas principais:

I – Recursos Humanos

II – Financiamento

III – Controle Social

IV – Direitos, Acessibilidade e Cidadania ⁽¹⁴⁾.

A III CNSM levantou uma série de questões que já estavam sendo esquecidas, trouxe normativas e apontou diretrizes que já estavam sendo reivindicadas ⁽¹⁾.

As orientações da III CNSM resultam em uma série de diretrizes e portarias que abordam dois lados da Reforma Psiquiátrica Brasileira; ou seja, os serviços comunitários e o processo de descredenciamento de leitos hospitalares.

Por outro lado, uma vez regulamentado o Sistema Único de Saúde, em 1990, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou grande impulso.

A Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental, oferecendo aos gestores a possibilidade de implantar ações e serviços mais contemporâneos, substituindo o modelo hospitalocêntrico, aprovando os procedimentos como Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial, oficinas terapêuticas e atendimentos grupais ⁽¹¹⁾.

A Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Regulamentando principalmente o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, proibindo práticas habituais ⁽¹¹⁾.

A Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que normatizou os Serviços Residenciais Terapêuticos, tornou possível a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais com longa data de internação psiquiátrica e sem vínculos familiares ⁽¹¹⁾.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre o direito das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial para a atenção na comunidade e prevendo a construção e ampliação de serviços territoriais, prevendo a superação progressiva do hospital psiquiátrico ⁽¹¹⁾.

No que se refere aos serviços comunitários cabe destacar a Portaria SNAS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que acrescentou novos parâmetros à Portaria nº 224/92, abrangendo novos serviços substitutivos de atenção diária e criando um mecanismo de financiamento, extra-teto municipais, para CAPS ⁽¹¹⁾.

O credenciamento de leitos hospitalares é fortalecido pela Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que instituiu um processo de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada em psiquiatria, hospitais gerais com leitos psiquiátricos ou enfermarias, de forma anual e sistemática. Com essa Portaria é possível a redução progressiva dos leitos e a melhoria da qualidade da assistência psiquiátrica ⁽¹¹⁾.

A rede de serviços de saúde mental passou a ser designada rede de cuidados de saúde mental; o apoio matricial passou a figurar no lugar da concepção de Programas e de princípios de referência e contra-referência. O CAPS tornou-se eixo estruturante e articulador da rede, regulando a assistência do território, garantindo o acesso e a integralidade da oferta e capacitando as equipes de atenção básica e os serviços de saúde.

Em síntese, a partir do processo de municipalização, preconizado pelo SUS, em meados da década de 1990, a ação política da SES-SP, no campo da saúde mental concentrou-se nas reformas dos hospitais psiquiátricos próprios e na execução das portarias ministeriais ⁽³⁾. Houve assim retração nas ações que, ligadas à Reforma Psiquiátrica Brasileira, foram pioneiras e inspiradoras do modelo atual de saúde mental.

Cabe ressaltar aqui o complicado processo de municipalização da cidade de São Paulo, que foi interrompido durante oito anos por causa da política de saúde não condizente com aquela proposta pelo Sistema Único de Saúde e que em linhas gerais, gerou um processo de 'privatização' da saúde neste município.

Relembrando que a maior parte das políticas, programas e projetos de saúde mental da SES, no período em questão, foram implementados no município de São Paulo¹.

Dentre os processos de municipalização, diferentes municípios como Campinas, Santos, Santo André, avançaram em suas políticas de saúde mental, criando e implementando políticas e ações técnicas voltadas para a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos com internações de longa data e formação de rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, compostas por CAPS e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), Serviços Residenciais Terapêuticos e a articulação entre os diversos serviços de saúde.

O cenário atual da Reforma Psiquiátrica em São Paulo e no Brasil indica que o processo de municipalização, os avanços legislativos e os mecanismos de controle social das instituições psiquiátricas produziram avanços consideráveis nas práticas e na organização dos serviços de saúde mental, a despeito das contradições operacionais ou teóricas que vêm ocupando a arena dos debates no campo da saúde mental.

Este estudo considera relevante a escolha dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo, como objeto de pesquisa. E busca responder às questões: qual foi a origem dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo? Como foi o processo de organização dos movimentos sociais em Saúde Mental no Estado de São Paulo? Como esses movimentos sociais influenciaram na produção de políticas de saúde mental no Estado de São Paulo? Como esses movimentos sociais organizados em saúde mental no Estado de São Paulo influenciaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira?

¹ Na gestão Erundina (1989-1992), antes da implantação do Programa de Assistência à Saúde foram assumidas pela SMS 40 (quarenta) Unidades Básicas de Saúde; um Pronto-Socorro e um Ambulatório de Especialidades e criados 06 (seis) hospitais, 05 (cinco) Prontos-Socorros, 03 (três) Ambulatórios de Especialidades, 06 (seis) Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, 11 (onze) Hospitais-Dia de Saúde Mental, 11 (onze) Centros de Convivência e Cooperativa, 15 (quinze) Unidades Básicas de Saúde, 02 (dois) Centros de Referência Infantil e um Centro de Orientação e Acolhimento para DST/AIDS. Dessa forma, a SMS tornou-se uma instituição forte na atenção à saúde, uma vez que anteriormente estava voltada apenas para serviços de urgência e emergência (1). Tal processo foi interrompido com a implantação do PAS pela gestão Maluf e reforçado pela gestão Pitta, durante oito anos. O PAS, de caráter privatizante e inconstitucional, tinha como objetivos reduzir os custos e otimizar os recursos públicos com a transferência da gestão das unidades de saúde para cooperativas formadas por servidores municipais. Em meados de 1996, o PAS e a Secretaria Municipal de Saúde foram excluídos do Sistema Único de Saúde não recebendo mais União financiamento para as ações de saúde.

2. Objetivos

Este estudo tem por finalidade documentar e publicar a origem e a formação dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo e sua influência na produção de políticas do Estado de São Paulo e na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para tanto tem como objetivos:

1. Identificar os movimentos sociais organizados no campo da Saúde Mental no Estado de São Paulo no período de 1979 a 1992;
2. Captar as concepções teórico-conceituais que orientavam esses movimentos sociais na produção das diretrizes das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo;
3. Elencar os produtos teórico-práticos resultantes da ação dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo.

3. PROPOSTA METODOLÓGICA

A. História Oral

De acordo com os objetivos de documentar e publicar a origem e formação dos movimentos sociais organizados no campo da saúde mental no Estado de São Paulo e a influência destes na produção de políticas estaduais e na Reforma Psiquiátrica Brasileira, o caminho metodológico escolhido e utilizado foi a História Oral.

A História Oral possibilita o estudo de acontecimentos históricos, instituições, movimentos, conjunturas entre outros, por meio de depoimentos de pessoas que destes participaram ou os testemunharam, além de produzir fontes de consulta para outros estudos.

À História Oral cabem diversas definições e entendimentos, de acordo com a orientação do estudo. Segundo Alberti ⁽¹⁵⁾ a História Oral pode ser definida como

“método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo” ⁽¹⁵⁾.

Cabe ressaltar que não é qualquer tipo de entrevista que se caracteriza como História Oral, essa só é assim considerada quando houver um projeto que reconheça sua intenção, determine os procedimentos e a devolução pública dos resultados.

A história oral como forma de aproximação do objeto de estudo sempre foi utilizada. Segundo Alberti ⁽¹⁵⁾, Heródoto e Tucídides para a construção de narrativas históricas de acontecimentos passados usavam relatos e depoimentos. Porém, não havia o recurso tecnológico – o gravador – para a transformação destes em documentos de consulta.

No século XIX, com o pensamento positivista que valorizava apenas o documento escrito, os depoimentos eram considerados sem valor de prova por estarem imbuídos de subjetividade e sujeitos à falha da memória ⁽¹⁵⁾.

No ano de 1948, Allan Nevis, historiador norte-americano da Universidade de Colúmbia, Nova York, fez gravações de memórias de pessoas importantes da vida americana e organizou

um arquivo, oficializando, assim, o termo História Oral, como uma nova postura na realização e formulação de entrevistas ⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, a História Oral passou a ser utilizada e entendida como método de pesquisa quando passou a ter critérios que a diferenciava das outras formas de entrevista.

Segundo Meihy ⁽¹⁶⁾, a moderna História Oral congregou os avanços tecnológicos com a necessidade de captar experiências como as vividas por familiares e combatentes da Segunda Guerra Mundial.

Nos anos 1960, com o recurso do gravador portátil e com o aumento da utilização de métodos qualitativos, as entrevistas passaram a ser consideradas documentos que poderiam ser utilizados como fonte para diversos pesquisadores.

A História Oral no Brasil demorou a ser implementada e utilizada como método de pesquisa. Para Meihy ⁽¹⁶⁾ esse desenvolvimento tardio aconteceu pela ausência de tradição no desenvolvimento de projetos, de instituições não-acadêmicas, para o registro de histórias locais e de tradição populares e também pela não existência de laços universitários com a cultura popular.

Meihy ⁽¹⁶⁾ destaca ainda que apesar do período da ditadura militar brasileira ter coibido projetos e registros de experiências, depoimentos e opiniões, este favoreceu o aparecimento da história oral como uma das alternativas para a afirmação da democracia.

Em 1975, no Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, foi implantado o primeiro Programa de História Oral do país. Posteriormente, em 1994, foi criada a Associação Brasileira de História Oral (ABHO) ⁽¹⁵⁾.

Desde o início da utilização da história oral como método de pesquisa sua cientificidade vem sendo discutida, considerando que o documento elaborado a partir dos relatos orais são tendenciosos, variáveis e imprecisos; que há interferência no texto, uma vez que existe a transferência do oral para o escrito ⁽¹⁶⁾.

Porém, cabe considerar que a história oral deve buscar a variação das versões, situando o centro de seu interesse na construção da narrativa e no subjetivo, uma vez que o objetivo central dessa coleta de depoimentos não se esgota na busca da verdade, mas sim na busca da experiência ⁽¹⁶⁾.

As especificidades da História Oral como método de ampliação do conhecimento e fonte de consulta para pesquisas

A primeira especificidade é a produção intencional de documentos históricos, dessa forma, por meio da história oral é produzido um documento, através de várias etapas, que se tornará fonte para outros documentos.

Outra especificidade é a participação direta do pesquisador na produção do documento de história oral que permite uma constante avaliação desse documento mesmo durante sua constituição.

Alberti ⁽¹⁵⁾ considera que a principal característica do documento oral é a possibilidade de recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu.

Cabe ressaltar que a pesquisa em história oral deve ser sobre temas recentes, que a memória dos entrevistados alcance.

A entrevista em história oral permite recuperar aquilo que não encontramos em documentos de outra natureza e que podem ser confrontados com outros documentos escritos ou orais.

Tipos de entrevistas em História Oral

Existem dois tipos de entrevista em história oral, as entrevistas temáticas e as entrevistas de história de vida.

a) entrevistas temáticas são aquelas sobre a participação do entrevistado no tema escolhido. Nesse tipo de entrevista o ponto central está em um tema específico e previamente escolhido pelo pesquisador. As entrevistas temáticas articulam diálogos com outros documentos, equiparando o documento oral ao uso de fontes escritas. O produto das entrevistas temáticas é como um documento que apresenta maiores esclarecimentos sobre o tema pesquisado, do qual o pesquisador precisa ter maiores informações antes da realização da entrevista. O questionário desse tipo de entrevista é peça fundamental, sendo que o tema deve estar explícito nas perguntas, podendo ser diretos e indutivos ou indiretos e dedutivos.

b) entrevistas de história de vida são aquelas que têm como centro de interesse o próprio indivíduo na história e sua trajetória de vida; constituem a narrativa do conjunto de experiências de vida de uma pessoa. O entrevistado, dessa forma, é o sujeito primordial, dissertando livremente sobre sua experiência pessoal e a história é encadeada de acordo com

sua vontade e condições. A preocupação maior nas entrevistas de história de vida está na trajetória do entrevistado. Assim o questionário deve conter perguntas amplas, colocadas em grandes blocos, de forma indicativa dos grandes acontecimentos, contemplando aspectos gerais do comportamento social do sujeito.

Meihy ⁽¹⁶⁾ identifica três formas de transformar o documento oral em documento escrito e ressalta a importância de que o sentido seja mantido, o que pode implicar em intervenções e desvios capazes de sustentar alguns critérios.

a) transcrição absoluta ou literal. A transcrição absoluta consiste na passagem completa da entrevista gravada para a escrita, incluindo os detalhes sonoros. A transcrição literal consiste na passagem de todas as palavras da entrevista para o texto escrito.

b) transcrição consiste na entrevista já em sua fase de apresentação pública, com todas as correções gramaticais e ortográficas.

c) textualização, por sua vez, consiste na transcrição trabalhada, que integra as perguntas.

A escolha dos entrevistados é guiada pelos objetivos da pesquisa, não sendo orientada por critérios quantitativos, mas sim pela posição do entrevistado no grupo e pelo significado de suas experiências. Cabe ressaltar que eles estejam vivos, disponíveis e em condições para falar sobre o tema. O número de pessoas a serem entrevistadas não é fixo, sendo que cada entrevistado pode indicar outro sujeito, cabendo ao pesquisador estabelecer ou não uma quantidade de entrevistados.

B. Procedimento de Coleta, Tratamento e Análise dos Dados Empíricos

B.1. Procedimento de Coleta

A coleta dos dados empíricos foi realizada por meio de entrevista de história oral temática com os sujeitos, pessoas representativas dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo, de notória representatividade (Anexo 1).

As entrevistas temáticas são aquelas sobre a participação do entrevistado no tema escolhido. Nesse tipo de entrevista o ponto central está em um tema específico e previamente escolhido pelo pesquisador. As entrevistas temáticas articulam diálogos com outros documentos, equiparando o documento oral ao uso de fontes escritas. O produto das entrevistas temáticas é como um documento que apresenta maiores esclarecimentos sobre o tema pesquisado, do qual o pesquisador precisa ter maiores informações antes da realização da entrevista. O questionário desse tipo de entrevista é peça fundamental, sendo que o tema deve estar explícito nas perguntas, podendo ser diretos e indutivos ou indiretos e dedutivos.

As entrevistas foram gravadas após a leitura e aprovação do entrevistado, do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

A primeira entrevista foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial 'Prof. Luiz da Rocha Cerqueira', na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo por escolha do sujeito entrevistado, a Professora Doutora Ana Maria Fernandes Pitta, eleita por sua notória representatividade e envolvimento nos movimentos organizados em saúde mental do Estado de São Paulo, sua identificação com a Reforma Psiquiátrica em São Paulo e no Brasil e seu engajamento com os movimentos da Reforma Sanitária.

A entrevista realizada com o primeiro sujeito foi temática e de história de vida e serviu como disparador para o processo de coleta dos dados e para a escolha dos próximos sujeitos a serem entrevistados, uma vez que foram indicados por ela os nomes de outros atores que também participaram desse processo.

Foram indicados, na primeira entrevista cerca de quinze nomes de outros atores que participaram de movimentos sociais, dentre esses foram eleitos quatro. Os critérios utilizados para a escolha foram de representatividade dos movimentos sociais eleitos para o estudo, possibilidade de entrevista, localidade, espaço de tempo para a realização das entrevistas, condições de saúde do entrevistado.

Foi necessário cerca de um mês de contatos telefônicos e via Internet, para que fossem realizadas as entrevistas subseqüentes, uma vez que esses atores estão envolvidos em seus trabalhos e projetos.

Após o contato e agendamento prévio, as outras entrevistas foram realizadas nos locais e horários escolhidos pelos sujeitos, todas na cidade de São Paulo.

B. 2. Tratamento do Material Empírico

As entrevistas passaram por um processo de transcrição literal, como explicado anteriormente, em que todas as palavras da entrevista foram passadas para o texto escrito. Posteriormente, passaram por um processo de textualização.

Todo material transcrito e textualizado foi remetido aos entrevistados, para que fossem feitas apreciação e correções formais, quando necessário. Não foram feitas correções de conteúdo, coerentemente com o método, sendo que para tal seria necessária a realização de nova entrevista. No caso da não resposta do entrevistado, foi considerada a autorização da publicação da entrevista.

O material produzido pela transcrição e textualização das entrevistas é apresentado 'in totum', no Capítulo 4, de acordo com o proposto pela escolha metodológica da história oral, que considera o produto das entrevistas um documento que deve ser apresentado ao público garantindo que o estudo possa servir como documento para pesquisas posteriores.

B. 3. Análise dos Dados

A partir da textualização das entrevistas foram redigidas crônicas resultantes da leitura do material, que direcionam o leitor para o eixo central de cada entrevista. Os resultados das análises indicam que cada um dos sujeitos contribuiu para a formação e/ou participação dos diferentes movimentos sociais organizados em saúde mental. Dessa forma as crônicas estão nomeadas:

- 1) Dimensão Macropolítica do Movimento Social Organizado em Saúde Mental
- 2) Ruptura Paradigmática da Organização dos Serviços e dos Usuários de Saúde Mental
- 3) Poética da Micropolítica do Cotidiano
- 4) Construção de Redes: Afetivas e Teóricas
- 5) Transformação da Relação com a Loucura: Uma Experiência Possível

C. Fonte dos Dados Empíricos

As fontes dos dados empíricos são:

1. Pessoas representativas dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo, de notória representatividade;
 2. Documentos oficiais produzidos no período destacado;
 3. Documentos dos movimentos sociais que foram oferecidos pelos atores eleitos.
- Alguns dos temas puderam ser agregados a fontes documentais previamente analisadas.

D. Sujeitos do Estudo

Como mencionado anteriormente, o primeiro sujeito entrevistado nesta pesquisa, foi a Professora Doutora Ana Maria Fernandes Pitta, que indicou outros sujeitos de notório reconhecimento no campo da Saúde Mental.

Dentre os sujeitos indicados por ela foram escolhidos quatro, todos que contribuíram e participaram de movimentos sociais organizados em saúde mental no Estado de São Paulo no período de 1979 a 1992, são eles: Sandra Maria Fischetti Barião, Suely Rolnick, Darcy Antônio Portolese e Maria Fernanda de Silvio Nicácio.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1. DIMENSÃO MACROPOLÍTICA DO MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO EM SAÚDE MENTAL

O Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, voltado para a busca de alternativas ao sistema de saúde pública, embasado por concepções de saúde coletiva e no enquadre da Reforma Sanitária, abarca e possibilita a criação do primeiro movimento social de relevância no campo da Saúde Mental, com o Núcleo de Saúde Mental. Era o ano de 1976.

Congregando com os movimentos sociais pela luta de direitos humanos e de redemocratização do país, que à época passava pelo período da ditadura militar e aglutinando tanto pessoas da sociedade civil quanto trabalhadores da saúde, em especial da saúde mental, formam-se dois outros movimentos sociais o Núcleo de Saúde Mental do Sedes Sapientiae e o Movimento de Defesa dos Direitos Humanos dos Doentes Mentais.

Em 1979, a tríade principal formada por esses três movimentos sociais precursores e disparadores de outros movimentos sociais do campo da saúde mental buscou não apenas a redemocratização do país, mas a importante luta pela democratização do cuidado em saúde mental.

A efervescência propiciada pelo contexto social e político, incrementada pela formação dos movimentos sociais, no Brasil, congregou as experiências internacionais de transformação do cuidado em saúde mental da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria. Em 1981, formou-se no Estado de São Paulo, um braço desse movimento, depois da vinda a São Paulo de atores com reconhecimento internacional neste campo, como Basaglia, Guatarri, Castel e da experiência de trabalhadores brasileiros na reunião do Movimento da Rede Internacional de Alternativas, em Guernavaca, no México.

O Movimento da Rede de Alternativas reuniu-se no Instituto Sedes Sapientiae e no anfiteatro da Divisão de Ambulatórios, atualmente o Centro de Atenção Psicossocial 'Porf. Luiz Cerqueira', proporcionando debates e discussões entre os trabalhadores de saúde mental a luz das experiências internacionais, além de emitir boletins e realizar um grande congresso na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, no ano de 1983

Ainda no início da década de 1980, mais precisamente no ano de 1981, oito meses antes das eleições diretas para governadores formou-se o Grupo de Saúde Mental com o objetivo de elaborar uma proposta para a saúde mental no Estado de São Paulo. Alguns membros desse Grupo passaram a fazer parte da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na Divisão de Ambulatórios e Divisão de Programas, como assessores, após a eleição de Franco Montoro.

As concepções da política de Saúde Mental baseavam-se na crítica ao modelo hospitalocêntrico e na defesa de uma rede de serviços comunitários, operada por equipes de saúde mental em Centros de Saúde e Ambulatórios Poliespecializados, ou seja, um projeto de política pública que estendesse o cuidado a todas as pessoas numa estrutura democrática e territorializada de serviços.

No ano de 1983, o documento oficial da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo ⁽¹⁷⁾, cujo título é Diagnóstico da Situação Encontrada (1983), arrola os problemas de ordem institucional e dos serviços hospitalares e ambulatoriais.

Com relação aos problemas de ordem institucional avaliou-se que estes eram decorrentes da estrutura geral do sistema de saúde, sendo que o sub-sistema de assistência à saúde mental encontrava-se desarticulado no Estado de São Paulo. O Ministério da Saúde não possuía serviços próprios no Estado e não financiava ou fomentava outros sistemas. A assistência ambulatorial e hospitalar prestada pelo INAMPS concentrava-se, em sua maioria, nos convênios com clínicas privadas credenciadas e leitos hospitalares conveniados em hospitais privados. Os municípios não ofereciam serviços adequados de assistência psiquiátrica, não contavam com número suficiente de profissionais e ofereciam apenas atendimentos centrados no profissional médico.

Os problemas dos serviços hospitalares relacionavam-se com a grande concentração de leitos em hospitais privados conveniados, que em sua maioria localizavam-se no interior do estado. Os hospitais próprios não possuíam condições de estrutura física ou sequer número suficiente de profissionais para o trabalho e o atendimento resumia-se ao contato esporádico do paciente com o médico, a administração de medicamentos e cuidados gerais de enfermagem.

Os problemas dos serviços ambulatoriais estavam no número insuficiente de ambulatórios para o Estado. Havia um total de 18 (dezoito) – 11 (onze) na Grande São Paulo e 07 (sete) no interior, aqui se destacava o atendimento inadequado, centrado nos aspectos médicos e medicamentosos, ausência de trabalho multidisciplinar. Não havia uma programação para os Ambulatórios, que funcionavam de acordo com as concepções de seus diretores.

O Estado de São Paulo contava com apenas um serviço de emergência psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana. O INAMPS também possuía apenas um Pronto Socorro Psiquiátrico no Estado.

O plano de governo voltado para a saúde mental visava, entre outras coisas, o aumento dos recursos financeiros destinados para saúde mental, a aplicação de recursos humanos e financeiros na atuação primária e a reorganização do atendimento ambulatorial.

Desta forma, foram montadas equipes multiprofissionais compostas por cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, uma enfermeira, um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional, além de pessoal auxiliar. Essas foram as Equipes de Saúde Mental, instaladas em 91 (noventa e um) Centros de Saúde e nos 21 (vinte e um) Ambulatórios de Saúde Mental, com a perspectiva não apenas de regularizar guias de hospitalização e prescrição de psicofármacos, mas sim de realmente buscar cuidados territoriais, cuidados comunitários, em torno da área de referência desses Centros de Saúde.

A publicação da “Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Ambulatórios de Saúde Mental (ASM)”, conhecida como “a cartilha” a Coordenadoria de Saúde Mental visou orientar e definir qual seria a boa prática de cuidados, pelas diferentes profissões, nesses novos espaços.

A “cartilha” definia que as ações de saúde mental em UBS deveriam se articular a Programas de Assistência ao Adulto aos Programas de Assistência à Criança e estar mais próximo da comunidade, e para tanto, estas contariam com “equipes mínimas de saúde mental”. Já os Ambulatórios de Saúde Mental deveriam organizar-se em três programas: Programas de Intensidade Máxima, Programas de Intensidade Mínima e Programas de Menor Intensidade.

Nesse período houve a ampliação da rede de ambulatórios, que até 1982 somavam 15 (quinze), passando para o número de 27 (vinte e sete). Houve ainda a contratação de quase cem “equipes mínimas” tanto para as UBS quanto para os ASM. Dentro dessa concepção e integrado à rede pública de saúde se iniciou o Projeto de Saúde Mental da Zona Norte, a partir da necessidade de ampliação do Projeto de Integração Docente Assistencial (PIDA) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa.

O Projeto de Saúde Mental da Zona Norte integrava a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, o INAMPS e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa. Tinha entre outras propostas a constituição de um programa integrado e regionalizado de Saúde Mental com uma concepção mais abrangente do fenômeno mórbido nos níveis primário, secundário e terciário de atenção; a prevenção das internações psiquiátricas desnecessárias e a formação de pessoal especializado em Saúde Mental, dentro da nova ideologia, no espaço da rede pública de atendimento.

Para a efetiva ampliação dos serviços era necessário grande investimento na formação de agentes na nova mentalidade, o que ocorreu apenas durante dois anos e dessa forma o Projeto iniciou um processo de declínio em 1985.

Em 1986, os movimentos sociais organizados e agentes da administração pública entram em contato com um modelo de atenção em saúde mental comunitário, com estruturas

que não requeriam muitos gastos em Manágua, na Nicarágua. Essas estruturas comunitárias muito eficazes no manejo dos transtornos mentais na comunidade eram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que no caso de Manágua recebiam apoio e infra-estrutura da Cooperação Internacional Italiana e em especial de Benedetto Saraceno.

Em 1987 foi montado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e com a proposta de um Programa Docente Assistencial (PIDA).

O Centro de Atenção Psicossocial “Prof. Dr. Luiz da Rocha Cerqueira” inaugurou o modelo da clínica ampliada, novo modelo para tratar pessoas com transtornos mentais severos. O CAPS nasceu como uma estrutura intermediária ao modelo hegemônico hospitalocêntrico, ou seja um dispositivo que pudesse prescindir da internação e que pudesse acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos. O serviço foi estruturado para atender as necessidades de saúde dos usuários (indivíduos e familiares), invertendo a lógica da oferta de respostas pré-estabelecidas, programáticas.

Dessa forma, todo o projeto terapêutico foi constituído a partir dessa lógica, respeitando o ritmo e possibilidades dos envolvidos. Das necessidades inaugurais de um acolhimento cuidado, respeitoso e competente do ponto de vista teórico-prático, emergiram as necessidades dos usuários relacionados ao campo do trabalho, da moradia, dos direitos individuais e sociais, afetivos.

Esta concepção de cuidado e de organização de serviço possibilitou a ampliação do objeto de intervenção, próprio do campo psicossocial: não mais a doença como um fenômeno dissociado da experiência de quem o porta, mas a vida do sujeito que carrega em si esta experiência.

Ainda em 1987, a Coordenadoria de Saúde Mental define como diretrizes políticas a transformação dos hospitais próprios em serviços com inserção na comunidade e a descentralização e organização de colegiados inter-secretarias para elaboração de propostas para assistência em Saúde Mental.

O programa para a Saúde Mental, neste período, solicitava uma forma de organização dos serviços que aumentasse a capacidade resolutiva do sistema e a ratificação do documento “Diretrizes de Saúde Mental para o Novo Modelo Organizacional da Secretaria do Estado da Saúde” do ano de 1986. Tal documento definia como indissociável uma programação regionalizada e integrada, no espaço próprio de Saúde Pública, entre os diversos níveis de atendimento e os demais recursos da comunidade.

Dessa forma, a Saúde Mental deveria ser concebida como parte essencial da assistência integral à Saúde, com três instâncias de atuação: assistência primária, com

programação específica e/ou integrada as demais programações do Centro de Saúde; assistência secundária (ambulatório especializado), com programação específica de Saúde Mental, servindo como referência para as Unidades Básicas de Saúde; assistência terciária, que se dividia em Emergência, porta de entrada para o sistema e Hospital Especializado, retaguarda final para todo o sistema.

O documento as Diretrizes de Saúde Mental para o Novo Modelo Organizacional da Secretaria do Estado da Saúde ⁽¹⁸⁾, indica os principais pontos programáticos para a política de saúde mental daquele período: a mudança e reversão do modelo hospitalocêntrico com ênfase na assistência extra-hospitalar; desenvolvimento de um programa único e integrado; articulação das atividades de Saúde Mental com os demais programas de prestação de serviços e com o sistema de referência e contra-referência; transformação dos Ambulatórios Especializados em serviços de caráter intensivo e prolongado; desenvolvimento de supervisões, no local de ocorrência de problemas, como instrumento facilitador do trabalho.

Ainda na dimensão macropolítica do movimento social organizado em saúde mental, o Hospital Anchieta, em Santos e a criação da rede de serviços extra-hospitalares e substitutivos ao hospital psiquiátrico – os Núcleos de Atenção Psicossocial, inspirados na Psiquiatria Democrática Italiana, nos diferentes distritos sanitários do município corrobora o momento em que uma política pública transcende o poder público, mostrando ser um modelo consistente, que apesar de sofrer perdas e mutilações, permanece como o modelo de assistência em saúde mental. Tornando-se o exemplo da desinstitucionalização de pacientes internos em hospitais psiquiátricos.

“Quando não tínhamos portarias, leis, dinheiro e poder nós éramos mais criativos e ousados” ²

“Eu sou médica psiquiatra com formação em psicanálise, com mestrado e doutorado na Área de Medicina Preventiva e na Área de Concentração em Saúde Mental do Departamento de Medicina Preventiva. Pós-doutorado em Avaliação de Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria Transcultural. Pós- doutorado na Universidade de McGill, a Universidade de Montreal, e Instituto Mario Negri em Milão, todos na área de avaliação de serviços de saúde mental. Estudos etno-epidemiológicos que possam estar monitorando processos de mudança na área de saúde mental aqui no Brasil. Tomando como campo de referência Santos muitas vezes, mas a cidade de São Paulo também.

Tempo de trabalho na saúde mental? Ah, bastante ... Me formei em 74, comecei em 72, trinta e quatro, trinta e cinco anos.

Olha, eu acho que eu participei de quase todos os movimentos sociais, em especial aqueles que envolveram profissionais e também usuários.

O primeiro deles, é até um pouquinho anterior, que o Basaglia passa aqui conosco em 76, 77.

Então, nós montamos lá na Medicina Preventiva, o CEBES – o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, que tinha um compromisso muito grande com a Reforma Sanitária Brasileira. Esse talvez tenha sido o primeiro movimento que eu participei mais ativamente. Simultaneamente tinha, com relação à Medicina, um movimento chamado Renovação Médica, que também buscava a democratização do trabalho profissional médico. Eu sei que teve um casamento, teve o nascimento próximo ao próprio movimento da Reforma.

Mas inegavelmente, em termos de movimentos sociais, mudanças de políticas, a Reforma Sanitária é o enquadre maior que vários de nós participamos. Claro que eu tinha, antes disso, uma militância partidária clandestina, onde muito dessas pessoas, David Capistrano, Gastão Wagner, estavam também envolvidos.

Mas eu poderia estar mencionando isso, no início, no final dos anos 70, Reforma Psiquiátrica. O Núcleo de Saúde Mental do CEBES que foi criado logo depois, naquela ocasião, Muraci Simões, Tom Zé, Mauro Hegnberg do Sedes, foram pessoas que estiveram juntos, o Messias Leigoure Padrão, foram pessoas que estiveram juntas naquelas primeiras reuniões para organização do Núcleo de Saúde Mental do CEBES.

Mas logo a seguir, 1979, que é quando você fala, não é ? Eu, o José Augusto Guilhaon de Albuquerque e a Suely Rolnick e o Darcy Portolese, criamos no Sedes

² Entrevista realizada com a Profª Drª Ana M. F. Pitta em 11/04/06 às 15:00 horas, no Centro de Atenção Psicossocial Prof.º Luis Cerqueira, em São Paulo.

Sapientiae um movimento de defesa dos doentes mentais, dos direitos humanos dos doentes mentais, o chamado Núcleo Sedes. Aliás, não. Deixe-me fazer a distinção. Primeiro teve o Núcleo Sedes, que éramos eu, José Augusto Guilhon de Albuquerque e a Suely Rolnick. E teve, também, mais ou menos a essa mesma época, talvez um pouquinho antes, 78, um movimento de defesa dos direitos humanos dos doentes mentais. E aí, é Darcy Portolese e Gabriel Figueiredo, essa tríade. Claro que sempre isso envolvia outras pessoas, mas nós éramos os elementos articuladores.

Então, desse início, final dos anos 70, 79, você tem um movimento de defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, o Núcleo do CEBES e o Núcleo do Sedes Sapientiae.

Simultaneamente, em Camboriú, essa história o Paulo Amarante tem melhor descrita, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que ficou mais ou menos como um pano de fundo para uma série de movimentos que vinham acontecendo.

Mas seguramente, aqui em São Paulo, essa tríade – o Núcleo de Saúde Mental do CEBES, o Movimento de Defesa dos Direitos Humanos... que tinha reunião... eu fiz confusão porque também ele se reunia no Instituto Sedes Sapientiae... e o Núcleo de Saúde Mental do Sedes Sapientiae, foram três movimentos sociais que aproveitavam um pouco aquele momento de anistia, a generosidade da Madre Cristina, de acolher naquele espaço a organização de vários grupos e núcleos, que buscasse uma redemocratização do país e simultaneamente uma democratização do cuidado a saúde mental, isso aconteceu.

Em 81, por conta até desses movimentos, nós... 81 não, até um pouquinho antes, tomamos contato com o movimento, que foi o movimento, que foi importante a época, que é o Movimento da Rede de Alternativas a Psiquiatria, final dos anos 80... e em 81 fomos a Guernavaca, no México. E aí no México, estávamos eu, Darcy, Antônio Simone, Gabriel Figueiredo, Edith Seligman Silva, que é minha colega da Preventiva... E trouxemos pra cá a Rede de Alternativas a Psiquiatria, que funcionou, inicialmente, no Departamento de Medicina Preventiva, chegamos a emitir vários boletins lá, que era onde eu e a Edith trabalhávamos... E depois, passou a ter uma sede flutuante que oscilou entre o Instituto Sedes Sapientiae, para as reuniões maiores... E chegou a ter reuniões aqui no anfiteatro do Ambulatório Centro, enfim, era um.... Até que culminou aqui, com um grande congresso que realizamos em Minas Gerais, Belo Horizonte, em 1983... Luís Cerqueira esteve presente...

De lá para cá, aí foram vários os movimentos, assim, mais difusos, como a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental. Nesses movimentos, como eu já estive, a partir de 82, envolvida com a administração pública, não é? Eu assumi, justo em 1983, a direção

da Divisão de Ambulatórios, que funcionava aqui nesse prédio (referente ao espaço físico do CAPS), eu passei a ter uma militância, sempre, mas de uma forma periférica. Até porque naquela ocasião, nós éramos muito antropofágicos, e aí o fato de eu estar exercendo uma função política me excluía, ou me desqualificava para ser uma representante do movimento social. E eu aceitei, ou eu própria achava isso também, de sorte que fiquei mais na retaguarda, embora freqüentei todo o tempo reuniões...

Até que em 86, se não me engano, é quando acontece aquele encontro de Bauru, onde também fui, lembro perfeitamente, de carro, Paulo Amarante, fomos juntos; João Ferreira da Silva, lá estava o Pedro Gabriel Delgado, e algumas pessoas como: Fernanda Nicácio; o próprio Roberto Tykanori era o Coordenador de Saúde Mental de Bauru a época, David Capistrano da Costa, que inegavelmente como sanitarista ele teve muito implicado com os desdobramentos, desenvolvimentos na área de Saúde Mental, em todos os lugares por onde ele passou, como Diretor, como Secretário de Saúde, como Prefeito... E eu acho que foram esses os movimentos que nós... para os quais nós atravessamos...

Sem falar, também, de algumas situações desencadeadas pelo Projeto Público. Porque o CONASP que, inicialmente, não tocou em Saúde Mental ou Psiquiatria, teve, a partir, da contestação de alguns integrantes, eu inclusive, e até por uma proposição da Associação Médica Brasileira, por uma absoluta casualidade, né.... o Secretário Geral da Associação Médica Brasileira era o meu companheiro então, Herval Pinha Ribeiro... Eu fui indicada pra ser a representante da Associação Médica Brasileira na discussão do CONASP psiquiátrico. Lá também esteve presente o Paulo Amarante, acho que o Cândido Espinheira, eu já não lembro mais tanto... Mas eu sei que eu era uma representante oficial da Associação Médica Brasileira e pudemos fazer... introduzir bastante questões... Quer dizer, a crítica ao modelo hospitalocêntrico; a defesa de uma rede de cuidados comunitários, naquela ocasião mais centrada em equipes de saúde mental em Centros de Saúde e Ambulatórios Poliespecializados... já havia a idéia de estruturas intermediárias tipo CAPS, talvez não com essa denominação, em 82; porque a denominação CAPS é posterior a uma ida minha Nicarágua em 86... Onde pude ver que estruturas comunitárias poderiam ser bastante resolutivas, eficazes, eficientes no manejo dos transtornos mentais na comunidade... E no caso específico de Manágua, que tinha um hospital único, ou como único recurso um hospital psiquiátrico grande, eles puderam reduzir expressivamente o número de leitos do grande hospital de Manágua, eles tinham 600 e 'pícos' leitos e chegaram a 110 num período muito curto... Colocando em diferentes distritos da cidade, Centros de Atenção Psicossocial, naquela ocasião, numa economia de guerra, eram estruturas muito pobres, muito... mas tinha já uma participação intensa da Cooperação Internacional Italiana... os psiquiatras eram

italianos... e foi lá que eu conheci o Benedito Saraceno, trabalhamos juntos. O Benedito inclusive muito aplicado na elaboração de um Manual de Saúde Mental, que foi traduzido aqui no país e ainda tem grande utilidade para nós. Já como representante do Instituto Mário Negri, como Chefe do Departamento de Epidemiologia Social... Epidemiologia e Psiquiatria Social do Instituto Mário Negri, fazendo essa... esse trabalho muito próximo, muito efetivo, com a Nicarágua, naquela ocasião. Ele também já desenvolvia com outros países da América Latina, mas lá particularmente ele tinha uma dedicação bastante importante.

Enfim, eu sou uma comunista, uma velha comunista. Então, eu sempre acreditei em projetos de política pública que estendesse o cuidado a todas as pessoas, que fossem estruturas democráticas, territorializadas, e por isso, desde sempre, eu fui antimanicomial.

O hospital psiquiátrico, o manicômio, sempre foi algo que me assustou muito no início da minha escolha, quando... mesmo quando estudante de medicina, cheguei a trabalhar em hospitais psiquiátricos e tinha uma péssima....

Então, é isso, quer dizer um modelo... e naquela ocasião a gente, final de década de 70, estava no final da ditadura militar, né... com o início do processo de democratização... Então, tudo o que desejávamos era sair daqueles modelos, que é o modelo manicomial, que não é que ele começou com a ditadura militar, mas ele teve um grande incremento em 1966, com a unificação dos IAPS e portanto, dinheiro concentrado em mãos de um Ministro de Saúde, Leonel Miranda, que tinha... detinha a posse de um número grande de leitos psiquiátricos, afinal de contas Paracambi era dele e o hospital, também lá da Doutor Eiras... ele tinha mais de três mil leitos psiquiátricos... e era dono, enfim, de todo o círculo de interesses naquela ocasião.

Então, se construiu uma possante rede de hospitais psiquiátricos com o dinheiro público e garantia de credenciamento quase que exclusivo pra essa modalidade de cuidado – internação.

Então, o projeto de política de saúde era realmente a Reforma Sanitária, fundamentalmente conduzida por líderes igualmente comunistas detinham...

A Saúde Mental deveria acompanhar o que se preconizava naquela ocasião, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que preconizava, fundamentalmente, a criação do SUS – o Sistema Único de Saúde – descentralizado, hierarquizado, regionalizado. Com toda rede de cuidados disponibilizados para as pessoas onde elas estivessem, ou por habitação ou por trabalho, etc. Então, o que nós pretendíamos naquela ocasião e como também tem isso... isso é um aspecto importante, eu sempre estive na academia desde estudante... Eu era... fiz iniciação científica, fiz monitoria, mas sempre tive um pé na psiquiatria e um pé na medicina preventiva, na saúde coletiva. Por quê? Porque justo a

psiquiatria sempre teve compromissos sólidos com os hospitais psiquiátricos, com o modelo manicomial e isso sempre foi algo que nunca me contentou. Então, eu sempre busquei aliados, desde estudante, com o pessoal da saúde coletiva. Quando cheguei aqui em São Paulo, cheguei a tentar ir trabalhar na psiquiatria, mas não vi clima pra isso; no entanto, fui muito bem acolhida no Departamento de Medicina Preventiva, onde eu fiz, né, me escrevi para o mestrado e paralelamente fui contratada como médica assistente do Programa de Saúde Mental, que foi um dos embriões para o desenvolvimento de modelos comunitários de atenção a saúde mental.

Quando em 1972, Luiz Cerqueira passa por São Paulo sendo Coordenador de Saúde Mental... Em 1973 aliás, porque em 72 ele tinha passado como Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Então, agora ele passa a ser Coordenador de Saúde Mental daqui de São Paulo, ele cria 17 programas de... em universidades para formar profissionais de novo tipo. Desses, vários sucumbiram às tentações hospitalares, foi o caso do Sorocaba – Faculdade de Medicina, que nunca avançou muito... Mas vários, inclusive o Departamento de Medicina Preventiva, que a USP, o Departamento de Psiquiatria não quis assumir, porque considerava, que o modelo hospitalar era o modelo e fez até a comunicação ao Luiz Cerqueira, que se fosse pra investir no hospital eles topavam, mas se não queriam saber...

Então, o Guilherme Rodrigues da Silva – recém falecido – mas que foi uma pessoa cuja trajetória de vida dele foi apoiar a criação dessas iniciativas comunitárias, pensar epidemiologia e saúde mental como coisas muito articuladas, que teve a dupla função de me formar profissional de saúde coletiva e, simultaneamente, acolher saúde mental como campo de reflexão e até uma Área de Concentração da Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva.

E aí, não sou eu a primeira, foi o Iraci Simões Ramos, Edith Seligman, tiveram lá... aí tivemos um forte núcleo de saúde mental nesse programa, chegou uma época a ter 26 técnicos universitários contratados... E durante bastante tempo, nós ocupamos uma cena no campo do debate de idéias, no campo de está trazendo para aqui Robert Castell, Franco Basaglia, Felix Gatarri, enfim pessoas que importavam no cenário internacional, em termos da configuração desses modelos. Também por lá passaram se formando pessoas importantes quer no campo de política de saúde como Êzio Cordeiro, foi pós-graduando nosso, o Sérgio Arouca era um frequentador assíduo, Gastão Wagner fez o mestrado lá... o Davi Capistrano foi aluno crônico da pós-graduação, não sei se ele terminou algum desses, mas sempre esteve conosco; coordenou o Programa de Saúde de Parelheiros; depois Jairo Goldberg fez mestrado e doutorado no Departamento; Pedro Gabriel Delgado fez o doutorado... Enfim, tivemos muitos: Sandra Chioro Reis; Williams Valentim, ele chegou a começar não terminou. Mas enfim, o Departamento de

*Medicina Preventiva, particularmente durante a ditadura militar, mas depois seguiu aglutinando um número importante de pessoas para a configuração de quadros... Nesse momento eu acho que o Departamento de Enfermagem Psiquiátrica lá da USP, está assumindo essa função, aglutinando pessoas, formando com especialização *latus sensu*, *estricto sensu*; porque lamentavelmente o enfrentamento do estigma é talvez o grande desafio nosso, e a gente precisa para isso qualificar pessoas e autorizar pessoas – é o seu caso – a serem formadoras de opinião no campo de um cuidado mental que incorpore os benefícios que se têm alcançado para todos os cuidados em saúde... com a saúde física, a saúde mental fica sempre a reboque como se a vida mental, a vida psíquica e o corpo não fossem uma integralidade, uma unidade; não fossem coisas que deveriam ser pensadas articuladamente.*

Qual a sua concepção do modelo de atenção em Saúde Mental para a rede pública? Por quê? Então isso, basicamente o meu... em síntese saúde mental não deve estar dissociada da saúde física. Se você tem uma rede de cuidados pra dor de barriga, você tem de ter uma rede de cuidados parecida para dor mental, para sofrimento psíquico, para delírios e alucinações.

Como você vê ou viu esse período?

Um período bastante fecundo no plano das idéias, de pouca ação prática, porque não tínhamos poder. Agora eu acho que a democratização coloca-nos realmente, não é? Nós, eu própria, Domingos Sávio, é um marco vamos ser generosos aí desde o início, quer dizer... o Paulo Marínja a sua época mesmo no regime militar ele já tinha uma posição mais aberta com relação ao cuidado mental, mas o Marcos Ferraz também passou... Mas inegavelmente Domingos Sávio, com a Portaria 229, 224, aproveitou tudo que havia de inovador aquela época, é porque era interessante; quando não tínhamos portarias, leis, dinheiro e poder, nós éramos mais criativos e ousados. Então, CAPS nasce onde não havia nenhum terreno já esboçado; claro que não há nenhuma novidade nisso, eu te falei, eu homenageei a Nicarágua revolucionária na maior pobreza, porque tinha uma coisa parecida... você vê isso na França, vê na Itália com Centros Comunitários de Saúde Mental, mesmo o Estados Unidos já na década de 60, final da década de 60, com os Centros de Saúde Mental Comunitários... Então, é um caminho mais ou menos inexorável, há que se abandonar essas estruturas que aprisionam, segregam e mutilam para escolher estruturas abertas. A vida e a comunidade conseguem cuidar das pessoas e tratar das pessoas não privando-as de liberdade, portanto expostas permanentemente a todos os riscos que a vida oferece. É assim que a gente deve se tratar, não tirando... retirando as pessoas do meio comunitário, para que, como se fossem bichinhos de laboratório, tratá-los num espaço fechado, segregado e depois ter expectativa que devolvendo essas pessoas tratadas a comunidade elas vão

ficar todas boas, harmônicas, a família estará hiper bem acostumada a presença dela; é um modelo absolutamente artificial, que teve até algum sentido lá em 1793, na Revolução Francesa, porque queriam o que? Os princípios eram liberdade, igualdade e fraternidade. Então, igualdade: pega todo mundo que é meio maluco e bota junto; liberdade: solta, porque eles estavam presos com grilhões nos pés, num lugar que onde todos possam, enfim, pirar juntos, a Enfermaria de San Petrière. E tratam-nos com piedade, com generosidade, não mais como se eles fossem bandidos, como eles estavam tratados antes. Então, seguia os princípios da Revolução Francesa, mas agora, passados duzentos e 'pocos' anos, a gente já sabe que nós não somos iguais e seríamos absolutamente horrorosos se fôssemos iguais, então temos que tratar diferentemente as pessoas, que são, nós somos desiguais. A grande lição da democracia, que a gente tem que procurar respeitar diferenças, tratar as pessoas nas suas singularidades. Então, aquele antigo modelo manicomial não dá conta, porque ele traz em si todas as respostas, o problema do modelo manicomial é isso: ele serve pra morar, ele serve pra trabalhar, ele serve pra comer, ele serve pra amar, ele serve pra tudo.

Então, foi um período profícuo, em termos de desenvolvimento de modelos experimentais, todos esses: o modelo do Butantã, o Centro de Saúde Escola foi um modelo experimental – Programa de Saúde Mental; o modelo do CAPS foi um modelo experimental; os NAPS foi o primeiro momento em que uma política pública de fato... porque daí se muda o prefeito... a primeira... foi o primeiro, não sei... Mas se elege o prefeito, o Secretário de Saúde é o próprio Davi Capistrano, perfeitamente implicado... Então, se toma uma posição de Estado de se privilegiar um modelo onde iria se fechar o manicômio. Era uma sociedade... 'Por uma sociedade sem manicômios', aquele que foi acordado lá atrás no Encontro de Bauru, que cria o Movimento da Luta Antimanicomial, tem chance de se aplicar na prática e em Santos. E a gente torceu e encaminhou isso... E foi muito interessante poder perceber todo o movimento de desinstitucionalização dentro do Hospital Anchieta e construção dos CAPS comunitários nos diferentes distritos sanitários de Santos.

Então, foi interessante. Aquilo começa em 88, 89 e vai até 96, quando perdemos a eleição e... a vida vem em ondas como o mar... Mas, repare, é um modelo tão consistente, que apesar de perder a eleição, perder o poder político, mas o modelo permanece; com mutilações, com perdas, mas em essência sendo comunitário e não hospital, permaneceu fechado. E o hospital que é a retaguarda da região é um hospital pequeno, público, com poucos leitos...

Olha, temos que reconhecer que São Paulo é realmente a locomotiva do país. A primeira inflexão, de fato, na política manicomial de cuidados se dá, aqui em São Paulo, em 82, como política pública, no governo Montoro, quando se defende a atenção

primária em saúde mental nos Centros de Saúde. E aí, você instala 91 Equipes de Saúde Mental – psiquiatra, psicólogo e assistente social; em 91 Centros de Saúde, com a perspectiva não apenas regularizar guias de hospitalização e prescrição de psicofármacos, mas sim de realmente buscar cuidados territoriais, cuidado comunitários, em torno da área de referência desses Centros de Saúde. Já, naquela ocasião, preocupado com alguma coisa que hoje em dia se fala de atenção básica em saúde mental.

Logo a seguir, já havia uma Divisão de Ambulatório, que foi pra onde a gente se dirigiu; e já existiam alguns ambulatórios, mas alguns desses eram arremedo de serviços comunitários; tinha uns dois... um psiquiatra e dez agentes administrativos e chamava-se isso de Ambulatório de Saúde Mental.

Então, o que é que nós fizemos? Nós atribuímos uma equipe multiprofissional a esses serviços - com cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, uma enfermeira de nível universitário que não existia, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional; enfim, os profissionais técnicos que pudessem compor essa equipe no nível universitário e também pessoal auxiliar.

Para isso chegamos até a escrever o que, hoje, ficou vulgarizado como uma 'cartilha' de saúde mental; onde convidamos vários profissionais de experiência na rede: na Escola de Enfermagem, Marina Peduzzi, Sônia Barros, que naquela ocasião, tinha uma densa experiência em serviços hospitalares, trabalhou em Osasco também; para que fosse definido qual seria a boa prática de cuidados pelas diferentes profissões nesses novos espaços.

Eu considero o Ambulatório de Saúde Mental, de 1982, como um embrião dos atuais CAPS. Porque lá você já preconizava cuidados de média... pequena, média e de grande intensidade. O que nos dias de hoje, reproduz os cuidados intensivos, semi-intensivos e não-intensivos.

Claro que havia uma cobertura assistencial muito discreta, ainda muito pequena, 22 ambulatórios para o Estado de São Paulo era uma gota no oceano... Noventa e uma Equipes de Saúde Mental, também uma gota no oceano, mas era o primeiro momento em que, realmente, o Governo de um Estado dizia: olha é pra fazer desse modo.

A fora isso, eu acho que as pessoas que aqui se formaram, eu tinha falado do Departamento de Medicina Preventiva, muita gente se formou aqui... Tivemos a Escola de Ribeirão Preto, de Enfermagem de Ribeirão Preto, também formando gente; depois o pessoal da USP, particularmente quando entra essa nova leva: a Sônia, a Rita Bertolozzi, Marina Peduzzi, agora Ana Luisa.... Quer dizer, temos um grupo de pessoas, a Márcia, enfim. Também na Faculdade de Saúde Pública: o compromisso de Dalmo Dalari, Suely Dalari, com o movimento de direitos humanos em saúde mental, enfim,

vamos formando. A PUC, a USP, a psicologia da USP com alguns representantes, enfim, vai-se crescendo em termos de um certo consenso de que a Reforma Psiquiátrica é um caminho inexorável, que há que se tentar buscar tecnologias de cuidado comunitário para substituir o modelo manicomial. Embora, isso, obviamente, contra-hegemônico em termos de poder instituído.

Eu considero que o estigma é o grande desafio a ser enfrentado. E o estigma atravessa governos, atravessa Secretarias, atravessa universidades. Quando eu to falando de uma trajetória bem sucedida de um movimento... da Reforma Psiquiátrica, o movimento que institui o modelo territorial do cuidado como modelo oficial, eu estou falando, obviamente, muito mais de uma política de desejo e de parte dessas estruturas do que uma política da totalidade das estruturas de Estado.

Mas de qualquer maneira, essa contra hegemonia foi administrada, ao meu juízo, com bastante proficiência. De fato, temos uma Lei, a 10.216, que coloca essa e não outra como política oficial. Temos portarias que se sucedem a Portaria 224, de 92, e todas a nível Federal, a nível Estadual e a nível Municipal, que, realmente, estabelecem bases para essa trajetória.

Então, o que eu tentando sistematizar essa última pergunta sua, eu acho que São Paulo inaugura tanto a nível de Estado quanto a nível de diferentes Municípios, uma possibilidade de fazer a gestão, e isso foi seguido por outros lugares. Claro, temos Minas Gerais, mas Minas Gerais se notabilizou pela crítica às estruturas manicomiais, e algum tempo depois, claro, cria-se os CERSAM, mas é algo que já vem no final da década de oitenta, na década de noventa; enquanto que aqui em São Paulo, a gente começa em 83, acentua em Santos em 88/89, aliás temos até que fazer justiça a Campinas, o Sebastião, esqueci o nome de Sebastião.

Eu identifico vários atores dos diferentes movimentos sociais como Paulo Amarante e Messias Leigore Padão do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental; o Darcy Portolese e o Gabriel Figueiredo do Movimento de Defesa dos Direitos Humanos dos Doentes Mentais do Sedes Sapientiae; a Suely Rolnick da Rede de Alternativas a Psiquiatria; o Mauro Hegnberg e o Tom Zé do CEBES; o Tykanori e a Fernanda Nicácio do Movimento da Luta Antimanicomial; a Sandra Fischetti e o Geraldo Peixoto da Associação Franco Basaglia; a Sônia Barros, Jairo Goldberg, Odete Pinheiro, Pedro Ribeiro, Jonas Melman, Ana Luísa. São todos atores que participaram em diferentes momentos dos movimentos e deram suas contribuições para a transformação e construção das políticas.

Então, ressitando, nós somos, por vocação, etnocêntricos, às vezes eu me aborreço quando vejo alguém do Rio de Janeiro falando da política de saúde mental como se todas as coisas tivessem começado e se desenvolvido lá. Claro que no país

inteiro e em diferentes momentos, a gente teve manifestações, primeiro, de indignação pela forma com que doentes mentais eram tratados aqui no país... Você vê Ulisses Pernambucano, lá em Pernambuco; você vê a Nise da Silveira já na década de 30 ganhando prisões mas ao mesmo tempo reconhecimento pelo trabalho de dignificação ou mesmo de reconhecimento da pintura de esquizofrênicos como forma de expressão, manifestação de desejos e de pulsões inconscientes. Nós temos no movimento, numa época mais recente, o Rio Grande do Sul, na década de 80, desenvolvendo uma série de estratégias de capacitação; ou mesmo um pouquinho anterior, mesmo centrado num modelo médico, uma certa tentativa de desinstitucionalização do Hospital São Pedro, baseado na regionalização das enfermarias e dos lugares onde estavam se implantando serviços de saúde mental. Temos isso a nível de Brasil, mas sempre com nuances ou de projetos experimentais ou de projetos isolados, jamais eu acho que tivemos uma política pública, embora desde final da década de 70, ninguém em sã consciência estaria defendendo modelos manicomiais, exceto os donos de hospitais que tinham esse discurso economicamente, inclusive, bem defendido; eles diziam que era a forma mais barata de tratar de esquizofrênicos, que cuidado comunitário custava muito porque envolvia um número grande de profissionais, de fármacos e etc.

Mas São Paulo, inegavelmente, tem tido, para o bem ou para o mal, uma liderança expressiva nas Políticas Públicas de Saúde; e na saúde mental não foi diferente. A partir de 66, de 66 a 70, ou seja, essa década que vai de 66 a 76, São Paulo construiu o maior parque hospitalar do país. São Paulo em 82 tinha 48000 leitos psiquiátricos, o país inteiro incluindo o Rio de Janeiro que já tinha um grande número de leitos, tinha 92000 leitos... aliás, São Paulo tinha 52000 leitos psiquiátricos e o país inteiro tinha 98000 leitos, São Paulo tinha mais que a metade de todos os leitos do país..."

4.2. RUPTURA PARADIGMÁTICA DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Ao final da década de 1970 foi realizado o primeiro Curso de Saúde Mental em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a partir do convênio entre a Divisão Nacional de Saúde Mental e a Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O curso capacitou equipes multiprofissionais para trabalhar na rede extra-hospitalar, principalmente em Centros de Saúde, no sentido de mudar o modelo assistencial hospitalocêntrico visando o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos em serviços, que não os hospitais psiquiátricos.

Por meio de concurso esses profissionais iniciaram trabalho na rede pública da Secretaria de Estado da Saúde, principalmente em Centros de Saúde; congregando e participando dos movimentos sociais organizados em saúde mental já existentes e que se formavam como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo.

Concomitantemente havia a organização de grupos de trabalho para a construção de uma proposta de política de saúde mental para o primeiro governo do estado de eleições diretas, que eram compostos tanto pelos profissionais que foram capacitados no Curso de Saúde Mental em Saúde Pública como por outros trabalhadores de saúde mental que com a assunção do Governador Franco Montoro, em 1983, assumiram cargos de coordenação técnica e gerencial na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A política de saúde mental, por eles elaborada, propunha o atendimento de pacientes graves, egressos de internação psiquiátrica na rede de Ambulatórios de Saúde Mental e de Centros de Saúde. A implementação dessa política ampliou a rede desses serviços e fortificou a capacitação de profissionais para esse trabalho, havendo, ainda a criação do Programa de Intensidade Máxima (PIM) para os ambulatórios.

O próprio programa e o trabalho nos ambulatórios e centros de saúde encontrou seus limites e limitações e apresentou pouca resolutividade para que se concretizasse a proposta de evitar as internações psiquiátricas e de atender os pacientes graves na rede extra-hospitalar.

Os limites geraram a necessidade de se pensar outro serviço, um serviço diferente na organização, no pensamento clínico, de maior complexidade que os ambulatórios, de atenção diária para pessoas com transtornos mentais severos, especialmente aqueles que estivessem em surto, no sentido de evitar a internação psiquiátrica.

Ana Pitta, Jairo Goldberg, Sandra Fischetti e outros profissionais escreveram o projeto desse novo serviço assistencial, que possuía de objetivos no sentido de oferecer assistência de qualidade com atenção diária, além da proposta de ser docente-assistencial para a capacitação

de pessoas para o trabalho nesse novo serviço, congregando suas experiências e concepções pessoais com as experiências de outros países.

A partir da extinção da Divisão de Ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a desocupação de uma casa, surgiu a possibilidade de efetivação desse novo serviço, que foi inaugurado em 12 de março de 1987, como CAPS 'Prof. Luis da Rocha Cerqueira'.

Apesar de haver o projeto escrito, o trabalho do CAPS organizou-se a partir das demandas dos pacientes e principalmente a partir das concepções dos profissionais sobre uma oferta terapêutica de qualidade voltada para essas demandas.

Assim foi sendo criada também uma nova forma de se relacionar com o paciente (usuário), o foco do tratamento mudou-se da doença para o cuidado da pessoa, havendo projetos de tratamento singulares para cada usuário a partir de suas demandas; os profissionais iniciaram a mudança de papel alterando o lugar do saber e do poder para a relação com as possibilidades de intervenção.

A partir dessa mudança de foco, surgiram impasses nos tratamentos dos usuários que produziram outro campo de pensamento no sentido de oferecer ações e intervenções para a melhora na qualidade de vida das pessoas, ampliando o tratamento para aspectos mais práticos da vida dos usuários, ou seja, ações voltadas para as condições de moradia e trabalho, aspectos que um serviço de saúde não consegue abranger.

Congregando esse campo de pensamento com as demandas dos usuários foi criada a Associação Franco Basaglia, em 1989, formada por usuários, familiares e profissionais do CAPS, que participou ativamente da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial representando como entidade, todas as pessoas que se tratavam e trabalhavam no CAPS.

O CAPS e a Associação Franco Basaglia serviram como modelo para a criação de outros serviços e associações semelhantes, ampliando os movimentos organizados em saúde mental no sentido do desenvolvimento de novas práticas, na luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, na batalha para diminuir o número de leitos de hospitais psiquiátricos no país e na organização de uma rede de serviços extra-hospitalares que oferecesse tratamento de qualidade e prescindisse da internação psiquiátrica.

“Criar uma rede grande que tivesse capacidade de oferecer tratamento de verdade e de qualidade para todas as pessoas que assim necessitassem; principalmente para as pessoas com transtornos mentais severos.”³

“Meu nome é Sandra Maria Fischetti Barião, sexo feminino, a minha formação é de graduação em Psicologia na PUCSP, concluída em 1977, e especialização em Saúde Mental em Saúde Pública, concluída em 1979, na Faculdade de Saúde Pública da USP. Tenho também formação como Psicoterapeuta Junguiana. Atualmente, eu continuo Psicóloga do CAPS Luís Cerqueira e sou Diretora-tesoureira da Associação Franco Basaglia.

Eu entrei na rede pública depois de ter feito o curso de Saúde Pública, que foi o primeiro curso de Saúde Mental em Saúde Pública, dado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, a partir de um convênio com a Divisão Nacional de Saúde Mental, que abriu um concurso de capacitação de equipes multiprofissionais, para iniciarem um trabalho na rede extra-hospitalar, em Centros de Saúde. Esse projeto se originou de um projeto piloto desenvolvido pela Professora Edith Seligman, no ano de 1976, que implantou ações de Saúde Mental em três Centros de Saúde, em São Paulo. E depois, em 1980, se transformou num projeto a ser desenvolvido na rede pública.

Então, a nossa capacitação já foi toda voltada para uma crítica ao modelo hospitalocêntrico. A idéia era tentar atender as pessoas na rede extra-hospitalar, principalmente as pessoas com quadros graves. O programa do curso foi muito interessante. Fomos capacitados nessa perspectiva de mudar o modelo assistencial que existia naquela ocasião.

Depois desse curso foi feito um concurso, a duras penas conseguido junto ao governo estadual. Os profissionais que fizeram o curso se movimentaram para pressionar o governador que era Paulo Maluf, na ocasião, para abrir um concurso público para desenvolver o programa de Saúde Mental na rede de Centros de Saúde. E nós que fizemos o curso, tivemos uma pontuação no concurso. Aprovados no concurso, quatorze equipes de saúde mental, compostas por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais assumiram o trabalho em fevereiro de 1980.

Eu trabalhei, inicialmente, no Centro de Saúde de Santo André, depois no Centro de Saúde do Ipiranga, até 1984.

Essas equipes constituíram um grupo de trabalhadores de Saúde Mental, que batalhou, então, para constituir um programa de Saúde Mental em Centros de Saúde. O Secretário da Saúde era o Dr. Adib Jatene, e ele deu, junto com o Movimento dos

³ Entrevista 2: Sandra Maria Fischetti Barião – 22/05/2006 – 10:20h - CAPS 'Prof. Luís da Rocha Cerqueira'

Sanitaristas, uma força muito grande para a implementação da saúde mental na rede de Centros de Saúde.

Até então, na rede extra-hospitalar em São Paulo, existiam só sete Ambulatórios de Saúde Mental na Capital que tinham uma organização do trabalho de forma muito diferente daquela que a gente pretendia; os profissionais trabalhavam de forma mais isolada e existia uma atenção dirigida para programas específicos, da criança, de neuróticos, consultas psiquiátricas para medicações.

Esses profissionais das equipes acabaram se agregando a outras discussões mais amplas de trabalhadores de saúde mental que passaram a ocorrer na década de 80, em todo o país e especialmente aqui em São Paulo, no sentido de modificar a assistência em saúde mental.

Foram realizadas uma série de reuniões, algumas reunindo um número maior de profissionais da área e outras menos. Muito fortemente em 82, o Grupo de Saúde Mental dos Trabalhadores da Rede de Centros de Saúde e Ambulatórios, e profissionais ligados às Universidades, começaram a discutir uma proposta de atenção em saúde mental para o novo governo estadual que assumiria em 1983, que foi o Governo Franco Montoro.

Em 1983, já no governo Franco Montoro, esse fórum de trabalhadores, com pessoas que também haviam participado anteriormente da Rede de Alternativa de Psiquiatria, aqui em São Paulo, como a Ana Pitta e outras pessoas, foi mantido.

Nos anos seguintes, vários destes profissionais acabaram assumindo funções de coordenação técnica ou gerencial. Eu por exemplo, vim trabalhar na Divisão de Ambulatórios, com a idéia de ajudar a capacitar e acompanhar equipes novas em Centros de Saúde, porque a proposta do Governo Franco Montoro já tinha muito haver com o que o Movimento dos Trabalhadores vinha defendendo para a rede pública. Então, a idéia era de ampliar o número de Ambulatórios na cidade e ampliar o número de Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde. Até 1986, os Ambulatórios foram ampliados para 22 e as equipes em Centros de Saúde, para 64 na cidade de São Paulo.

Em 1986, no Fórum de Saúde Mental teve início uma discussão que defendia a idéia de criar uma Plenária mais independente, que pudesse criticar a política de Saúde Mental, porque algumas pessoas que estavam participando do Movimento estavam ocupando cargos no Governo.

Assim, foi criada a Plenária de Saúde Mental, que 1987, no Congresso em Bauru, que tinha como lema 'Por Uma Sociedade Sem Manicômios', tem início o Movimento da Luta Antimanicomial.

Nesse período, 1983 a 1986, nós, profissionais que trabalhávamos na Divisão de Ambulatórios, estávamos envolvidos diretamente com a rede, para capacitá-la para o atendimento de pacientes graves, trabalhando prioritariamente com egressos de

internação na rede de Ambulatórios e em certa medida também nos Centros de Saúde. Com esta finalidade, foi criado nos Ambulatórios o PIM, Programa de Intensidade Máxima. Depois de um tempo de funcionamento dos PIMs, fomos percebendo que ele representava muito pouco em termos de resolutividade, no sentido de manter as pessoas fora de internação. Naquela época, a proposta era de evitar as internações psiquiátricas, procurando atender as pessoas na rede extra-hospitalar, o que do ponto de vista estatístico trouxe pouca modificação. Nós começamos a pensar que deveríamos criar um novo serviço, que oferecesse uma oportunidade de tratar mais intensivamente as pessoas com quadros graves. Mas, objetivamente, não existiam recursos para se criar esse serviço até em então.

Em 1986, houve uma reformulação da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde e a casa que abrigava a Divisão de Ambulatórios iria ficar desocupada, porque a Divisão foi extinta. A Dra. Ana Pitta e sua equipe fez a proposta para o Dr. Marcos Ferraz, que era coordenador de Saúde Mental em São Paulo, e para o então Secretário da Saúde, Dr. João Yunes, pedindo a cessão do casarão e a oficialização da proposta de criação do novo serviço, no modelo de Hospital-dia. Houve uma discussão muito grande, porque outros grupos da Secretaria queriam a casa, muito bem localizada a uma quadra da Avenida Paulista, mas o Dr. João Yunes decidiu destiná-la para um serviço assistencial e não um serviço administrativo. Estudamos várias experiências de outros países (na época, nós o chamávamos de serviço alternativo, a palavra era essa, ou então, serviço intermediário entre o hospital e o ambulatório), e juntamos nossas experiências e conhecimentos pessoais, para compor um projeto, apresentado em 1986. Tratava-se de um serviço com uma complexidade maior que o ambulatório, para oferecer atenção diária para os pacientes com transtornos mentais severos, especialmente aqueles em surto, evitando a internação psiquiátrica e oferecendo tratamento de qualidade, por meio de um conjunto diversificado de intervenções. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira foi inaugurado em 12 de março de 1987. O nome Centro de Atenção Psicossocial, veio de uma experiência da Nicarágua, e também uma homenagem ao Prof. Luis Cerqueira.

Durante um ano, nós utilizamos a sigla CAP, até que um usuário do serviço falou "não, muito feio isso, vamos falar CAPS... CAPS tal..." e assim ficou, nós adotamos...

Nesse momento, a discussão dos trabalhadores em São Paulo era efervescente. A Plenária de Saúde Mental funcionava com muito vigor e se discutiam, então, novas propostas para a rede.

O CAPS funcionou inicialmente, meio período e só depois de um ano a gente conseguiu que ele funcionasse período integral. Nós, profissionais do CAPS, estávamos envolvidos com as discussões da Plenária.

Em 1989, motivados por uma série de impasses que existiam nos tratamentos dos usuários, julgamos que seria interessante e necessário ampliar o tratamento para aspectos mais práticos da vida dos usuários, um apoio mais efetivo, que o serviço de saúde só não dá conta. Por exemplo, muitos queriam trabalhar, mas não conseguiam se encaixar no trabalho comum; as famílias estavam preocupadas com os destinos das pessoas depois que os pais morressem; e assim, a gente começou um movimento com os usuários do serviço e acabamos fundando uma Associação beneficente, em 1989, que é a Associação Franco Basaglia. Os objetivos da Associação são amplos, ela congrega usuários, familiares e profissionais da área e outros interessados. A Associação acabou se tornando uma entidade, que participou da Plenária de Saúde Mental, representando, então, todas as pessoas que se tratavam ou trabalhavam no CAPS.

Nesse momento os usuários, começam, em todo o país, a participar mais ativamente do Movimento da Luta Antimanicomial e outras associações foram sendo criadas no país, assim como outros serviços semelhantes ao CAPS, como o NAPS, em Santos, por exemplo, que já nasce com funcionamento 24 horas. E as pessoas que estavam envolvidas com os NAPS fundaram a Associação Franco Rottelli, que tinha propósitos semelhantes aos da Associação Franco Basaglia. O movimento foi se ampliando, tanto no sentido do desenvolvimento das novas práticas quanto da luta pelos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, do repúdio à violência e ao desrespeito que acontecia dentro dos hospitais psiquiátricos. E também, pela batalha para diminuir o número de leitos hospitalares no país, para uma organização da rede extra-hospitalar que oferecesse tratamento integral das pessoas, prescindindo da internação.

Em 92, o governo em São Paulo, da Luiza Erundina, inaugura quinze HDs na cidade, com uma proposta de organização da atenção um pouco diferente daquela de Santos, na qual os HDs cuidariam do tratamento no período da crise e para depois encaminhá-lo para outros serviços da rede, para dar continuidade ao tratamento.

Bem, quando eu entrei na rede pública, o curso de Saúde Mental em Saúde Pública que eu fiz, defendia uma organização de rede pública e de política que estava mais relacionada ao Preventivismo ou a Psiquiatria Comunitária. Promover a Saúde Mental, organizar a atenção na prevenção primária, secundária e terciária, enfim, evitar que as pessoas tivessem um agravamento das suas condições de saúde mental para elas não terem que ser internadas.

Ao longo do tempo, e o nascimento do CAPS já é uma expressão disso, esse modelo foi se alterando... começou-se a perceber, que era necessário um investimento muito mais efetivo, no sentido de trabalhar para a modificação das condições de assistência. Hoje, se fala que o CAPS é um serviço substitutivo, e defendemos o serviço

CAPS no país inteiro, fazendo parte de redes territoriais e que elas possam tratar integralmente as pessoas. Naquele momento inicial, não se tinha essa pretensão.

Eu sempre defendi uma assistência de boa qualidade para as pessoas. E por ter acompanhado muitas pessoas, pelas realidades dos grandes hospitais e manicômios que existiam, eu sempre, desde jovem, tive a certeza de que não se faz tratamento de qualidade na condição hospitalar.

Então, a minha defesa sempre foi no sentido de se criar uma rede grande que tivesse capacidade de oferecer tratamento de verdade e de qualidade para todas as pessoas que assim necessitassem; principalmente para as pessoas com transtornos mentais severos.

A gente pode considerar essa pergunta de vários pontos de vista, não é? Do meu ponto de vista profissional, uma grande oportunidade de trabalho, sendo que para as relações entre os trabalhadores, foi um período muito rico, os anos 80 até meados dos anos 90. Muitas discussões, as pessoas muito envolvidas na mudança política e assistencial; foi um período, de muita criatividade, muita troca entre as pessoas, de você se sentir pertencendo a um grupo. Uma coisa que hoje não existe mais. Passaram-se muitos anos, e a rede pública foi ficando desarticulada, sem grandes fóruns de discussão dos trabalhadores; os fóruns ficaram mais dirigidos a política de extinção dos hospitais, uma coisa mais política e menos de discussão de práticas.

Esse período foi, para mim, muito rico. Uma época, em que eu cresci muito profissionalmente, consegui colocar em ação muitas das coisas que eu acreditava, assim como outras pessoas, e acho que a gente vê o efeito disso na medida em que todos esses movimentos e propostas novas, hoje, são política oficial do Ministério da Saúde.

Bem, produziu tudo de bom que pôde acontecer depois disso. Eu acho que a força e o empenho dos trabalhadores de saúde mental e depois, dos usuários também se engajando nesse movimento, é que foi responsável de verdade pelas conquistas que a gente pôde ter nos últimos anos.

Hoje é uma nova etapa, nós temos outras questões com relação aos CAPS, mas me parece que foi determinante, se não tivesse esse movimento todo, não sei o que teria acontecido; talvez nada ou muito pouco.

Eu falei até agora, muito das pessoas que estavam trabalhando na rede pública, mas evidentemente outros movimentos de trabalhadores de saúde mental não do campo da rede pública, mas de instituições formadoras como, por exemplo, o Sedes, se reuniam e faziam discussões políticas também e apoiavam a defesa de uma mudança de modelo e de transformação da assistência em saúde mental.

Enquanto familiar, o Geraldo é uma pessoa que acompanhou bastante o Movimento da Luta Antimanicomial, e ele poderia estar contando um pouco na perspectiva dele como é que foi isso, dele enquanto familiar.

Outras pessoas... têm muitas pessoas é até difícil dar conta de citar nomes, tem o Jairo, que participou ativamente de tudo isso, a Marisa Cambraia é uma pessoa da rede, a Cida Aidar do Sedes, que estava mais envolvida com a questão da capacitação de recursos humanos... Aqui em São Paulo?

A idéia de criar um serviço que antes não existia, foi aparecendo informalmente nas discussões das pessoas que trabalhavam na Divisão de Ambulatórios. A gente foi falando assim 'bom, isso não vai dar conta... quem sabe, nós deveríamos criar um serviço novo, de uma complexidade muito maior de que um ambulatório...' E discutimos isso, como uma espécie de projeto imaginário que resolvesse um pouco das questões que a gente tinha no dia-a-dia.

Como eu já falei, a oportunidade surgiu e não deve ter sido por acaso, ela surgiu, e aí, nós imediatamente, nessa ocasião, mais fortemente eu, a Ana Pitta, o Jairo e algumas outras pessoas identificaram a liberação do casarão – como a oportunidade de criar um serviço novo. E assim, a gente conseguiu, depois de uma grande discussão na Secretaria da Saúde ter essa casa, o grupo foi autorizado, e a casa foi inaugurada como Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira, para homenagear o Professor Cerqueira.

Nós recebemos a casa vazia, tínhamos o projeto inicial escrito que colocava lá dez objetivos, no sentido de oferecer uma assistência de qualidade com atenção diária, e também, a proposta de que esse serviço fosse docente-assistencial, na medida em que seria um serviço novo, ele já nasceria com o objetivo de contribuir para capacitação de pessoas para o trabalho que ele iria desenvolver.

Inicialmente, fizemos algumas minutas de convênio com a Prefeitura, com a Escola Paulista de Medicina, com o Departamento de Medicina Preventiva da USP, mas nesse início nada foi adiante do ponto de vista formal.

O trabalho do CAPS foi se organizando... na verdade foi assim, nós fizemos o projeto, me parece até bastante complexo, visto de hoje para trás, mas a gente esqueceu do projeto, esqueceu enquanto papel; e começou a nos deparar com as questões que os pacientes traziam. Então, eu posso dizer que o serviço, foi se organizando a partir das demandas que vinham dos pacientes e também das nossas visões pessoais do que seria uma oferta terapêutica de boa qualidade para atender essas demandas.

Então, aos poucos a gente foi conseguindo alguns móveis para a casa, uns poucos equipamentos, o café-da-manhã, depois, o almoço, fomos conseguindo compor a equipe

com pessoas que vieram de outros lugares e que não eram bem vistas ou se indispuseram em outros lugares. E isso é bem interessante, porque ninguém sabia muito bem o que era o CAPS na Secretaria e quando havia conflito com os profissionais que batalhavam por melhores condições de trabalho e de atenção aos pacientes, aos profissionais era sugerido que eles viessem para o CAPS.

Fomos criando um lugar de gente com muita energia e vontade de fazer alguma coisa diferente, não deve ter sido por acaso também. Ao final de dois anos, nós tínhamos aqui uma equipe muito, muito bacana: a Ana Luísa, o Jonas, o Arnaldo, o Jairo, o Videira, o Silvio, pessoas muito envolvidas com essa política, que hoje é oficial.

E nessa tarefa diária de lidar com as questões, a partir dos impasses que os tratamentos dos usuários traziam é que a gente foi desenvolvendo um outro campo de pensamento no sentido de que deveríamos oferecer ações, intervenções, dirigidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Ações voltadas para as condições de moradia das pessoas, para oportunidades da pessoa ter uma participação no campo do trabalho, e a conjugação das nossas idéias com a demanda dos usuários é que deu origem a Associação Franco Basaglia.

O primeiro projeto foi o Projeto Trabalho, a Associação se encarregava de captar recursos financeiros e doações para conseguir constituir os setores do Projeto Trabalho e os profissionais do CAPS, não só aqueles que estavam envolvidos com a diretoria da Associação, mas também os outros, ajudavam no desenvolvimento desses projetos.

Nesse período, o CAPS também desenvolvia um campo de estágio. Várias faculdades tinham uma parceria para desenvolver um estágio aqui no CAPS, me lembro Terapia Ocupacional de São Carlos, a Psicologia da PUC foi um pouco depois, em 94, se não me engano. Conseguimos criar o curso de Aprimoramento em 89 no CAPS, com profissionais de áreas diferentes, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, para cursarem o programa aqui. Muitos estágios foram realizados, eu não tenho a menor idéia do número de pessoas que passaram pelo CAPS nesses anos todos, a gente só foi poder registrar melhor esse acompanhamento, a gente só se preocupou em estar contando o número de estagiários depois que fizemos o convênio com Universidade de São Paulo para o Programa Docente-Assistencial em Saúde Mental – PIDA, com a Escola de Enfermagem da USP, a Medicina Preventiva e o curso de Terapia Ocupacional. A partir daí, com a presença da Universidade, começou-se a valorizar determinados aspectos no sentido da formalização dos estágios.

O que tem de interessante? Para mim, é muito interessante, porque a minha história pessoal, se desenvolveu nesse mesmo processo histórico da saúde mental. Em vários momentos, eu participei de “inícios” muito importantes como as primeiras equipes de Centros de Saúde, a constituição do CAPS, da AFB, então, do ponto de vista pessoal

isso foi um processo extremamente rico. E muito rico no sentido da criatividade; às vezes eu brinco quando eu vou falar para as pessoas que aquele momento foi muito legal, porque nós não tínhamos que nos apegar a nenhum modelo, podíamos pensar e fazer aquilo que a gente achava que era o melhor, então, isso foi ótimo.

Eu defendo que as pessoas não devem mesmo copiar modelos, porque as pessoas que estão no trabalho têm que desenvolver os projetos que elas próprias criaram. Temos que defender diretrizes, princípios que norteiem as práticas. As pessoas que trabalham e as que se tratam têm que participar da constituição dos projetos, que têm que fazer sentido para quem está participando dele.

E foi isso que aconteceu com a equipe do CAPS; conseguíamos colocar em prática o que a gente acreditava e que ia nascendo da relação com o usuário.

O CAPS e outros serviços semelhantes ao longo dos anos foi sendo reconhecido. Em 92, houve a publicação da Portaria 224, criando o procedimento CAPS no SUS e isso já foi muito importante no sentido da efetivação desse modelo. O reconhecimento do Ministério da Saúde de todos esses serviços espalhados pelo Brasil como uma nova forma de prestar assistência no SUS.

No entanto, o CAPS 'Luis Cerqueira', tem uma coisa peculiar até os dias de hoje, 2006: a Secretaria ainda não criou uma estrutura para este CAPS. Em 92, foi atribuída uma estrutura de UBS e até hoje, não tem uma estrutura própria de CAPS. Depois de já ter sido publicada a Portaria de CAPS em 2002, a Secretaria da Saúde de certa forma não se deu conta de que serviço era este que estava na sua rede e que importância ele teve.

Então, caminhando para meados dos anos 90, o CAPS foi ficando numa situação precária no sentido do acompanhamento institucional, da administração direta. E nós do serviço, tínhamos uma preocupação muito séria de que ele não se extinguísse.

Como existia um campo muito grande para estagiários e para pessoas que desenvolveram teses a partir do trabalho do CAPS, nós achamos que era o momento de formalizar o objetivo docente-assistencial que estava prescrito em 1986. Então, começamos a trabalhar para isto; trabalhamos durante dois anos, para implantar o PIDA em Saúde Mental, o convênio com a Universidade de São Paulo, como já falei anteriormente.

E a partir daí, o CAPS ganha uma nova condição institucional e uma ampliação de seu espaço físico: como parte do convênio o Ambulatório de Saúde Mental Centro, que funcionava ao lado do CAPS, teve que ser absorvido pelo serviço, ampliando a equipe, o espaço físico e a proposta do serviço. Houve também, a partir daí, um incremento muito grande do Núcleo de Ensino e Pesquisa, com a presença da Universidade, que organizou a área de capacitação de recursos humanos, criou um curso de

especialização para formar gerentes da rede pública, formalizou estágios com a Universidade de São Paulo, mantendo os estágios da PUC e estágios mais pontuais de outras faculdades. Um número muito grande de alunos da Universidade de São Paulo passa a frequentar anualmente o CAPS. Em um ano, acho que em 1998, 142 estagiários passaram pelo CAPS; foi um número muito grande.

Com o convênio PIDA, a Secretaria da Saúde passa a subsidiar, a destinar dinheiro para desenvolver campos, projetos específicos, por exemplo, como foi o da Moradia Assistida que o CAPS e a Associação nunca tinham conseguido viabilizar por não terem recursos financeiros. Então, se cria a casa da Rua Silvia, um Projeto que durou efetivamente cinco anos; que estava muito atrelado a clínica do CAPS e que foi muito importante enquanto experiência, até para a criação das Residências Terapêuticas. Embora na Portaria das Residências Terapêuticas só exista a Residência Terapêutica I, para moradores de hospitais, existe uma previsão de criação da Residência Terapêutica II, que é semelhante ao Projeto da Moradia Assistida, que foi desenvolvido aqui no período PIDA.

Nesse período, por conta do grande incremento nos projetos (Moradia, Projeto Trabalho, que ampliou o seu campo para dez setores, a ampliação grande do Núcleo de Ensino e Pesquisa e a criação do Escritório de Direito e Cidadania), o PIDA-CAPS ganhou o Prêmio David Capistrano de Experiências Exitosas, na Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001.

Bom, eu tive a oportunidade de acompanhar e participar de toda a construção do CAPS e do processo da Reforma Psiquiátrica no país. Em 1986, quando pensamos em criar o CAPS, não imaginávamos em nenhum momento que esse projeto iria ter o papel no cenário nacional, de pioneiro, quase vinte anos depois, se transformando em Portaria e em diretriz nacional para a Saúde Mental.

Neste momento, o que eu acho muito importante é a questão da capacitação de recursos humanos. Porque para o CAPS ser CAPS, os profissionais que nele trabalham tem que ter o perfil adequado para o serviço; é um serviço que requer do profissional um grau de exposição grande, uma disponibilidade para mudar o seu lugar tradicional na relação com o usuário, o lugar do saber, do poder, para tentar se relacionar de uma outra forma com o usuário para que o tratamento consiga de fato se efetivar. Então, quando a gente muda o foco do tratamento da doença para o cuidado da pessoa, pensando em projetos de tratamento singulares para cada usuário, o profissional precisa abrir mão de uma série de conceitos e de pré-conceitos com relação às suas possibilidades de intervenção.

Capacitar as pessoas para este trabalho, é uma tarefa bastante complexa. Hoje, estamos assistindo, por exemplo, muitos CAPS que funcionam como Ambulatórios e isso

é muito grave. Há profissionais com muitas dificuldades. Mesmo aqui, no CAPS 'Luis Cerqueira', algumas discussões que nunca existiram no início do serviço, hoje se colocam; por exemplo, focalizando as discussões no como tratar melhor tal "doença"... eles não percebem, mas isso modifica dramaticamente o princípio que norteia o trabalho de um CAPS.

Então, eu acho que a gente deveria pensar muito, principalmente as pessoas com mais experiência, no como contribuir para a criação de novas formas de capacitar as pessoas hoje; os novos profissionais nos serviços não participaram da história, não chegam com os ideais que motivaram a criação desses novos serviços. E aí tem um grande desafio: como mobilizar as pessoas hoje para trabalhar efetivamente para as transformações que ainda estão por acontecer?

Eu penso que as Universidades têm um papel importantíssimo, nesse aspecto, que é de conseguir capacitar pessoas para esse trabalho. Muitas faculdades continuam capacitando pessoas para o trabalho privado, em consultório e quando as pessoas chegam na rede pública que tem agora este novo modelo, querem reproduzir no CAPS, aquilo para o qual foram formadas. Então, o papel das Universidades é fundamental para garantir a efetividade dessa política."

4.3. POÉTICA DA MICROPOLÍTICA DO COTIDIANO

O contexto sócio-político-cultural do Brasil do regime militar produziu a aglutinação, congregação e organização das pessoas em movimentos sociais que nas suas formas variadas e lutas específicas buscavam a redemocratização do país e a concretização da cidadania.

Nesse contexto, não havia representação do Estado, totalitário e ditador, para a solução de questões distintas, que no campo da saúde mental concentravam-se na crítica ao modelo da assistência prestada a pessoas com transtornos mentais, o sujeito social e a sociedade criaram movimentos sociais no sentido de questionar e apresentar soluções para essas questões, prescindido assim do Estado.

Permeando os movimentos sociais organizados em saúde mental e caracterizando uma certa dinâmica estava o movimento que congregava a dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica da realidade, considerando que as transformações sociais acontecem apenas quando essas passam pelo processo de subjetivação do sujeito social.

Dentro dessa dinâmica pode-se considerar que a dimensão macropolítica traduz acontecimentos da dimensão micropolítica, que por sua vez traduz os acontecimentos da dimensão macropolítica, sendo a dinâmica das duas dimensões relevantes na luta pela mudança.

O movimento das dimensões da realidade considera a saúde mental como a possibilidade de existir uma construção social comum e a participação dos sujeitos sociais nessa construção, ou seja, a saúde mental está fortemente ligada com a capacidade de criação, sendo a saúde mental e a capacidade criativa dois elementos indissociáveis.

O movimento da Rede de Alternativas à Psiquiatria, no final da década de 1970, possibilitou a experimentação da congregação das duas dimensões da realidade, porém considerando-se a situação social e política brasileira, os atores sociais identificaram-se mais com a dimensão micropolítica, caracterizando-os de forma mais militante, na luta pela mudança de legislação, havendo a fortificação da dimensão macropolítica.

As construções e lutas identificadas pela dimensão macropolítica alcançaram resultados como a construção de políticas que mudaram o eixo central da assistência do hospital psiquiátrico para serviços na comunidade, alterando assim a qualidade do atendimento prestado. A luta macropolítica dessa forma, alcançou mudanças na legislação e possibilitou a criação coletiva de soluções para a situação vivida.

Os movimentos sociais organizados em saúde mental criaram leis e portarias vinculadas ao conteúdo singular de cada instituição possibilitando que a mudança e a luta fossem bem sucedidas.

Cabe considerar que os movimentos sociais acontecem de uma certa maneira, criam certos efeitos, congelam-se em certas formas e depois que estão congelados nessas formas, o movimento continua criando outras formas, existindo uma constante necessidade de criação de outros campos institucionais, de outras maneiras de traduzir o movimento social.

“Uma sociedade não se transforma sem que essa transformação não seja realizada nesse processo de subjetivação, na própria política que rege o desejo”⁴

“Bom, eu sou a Suely Rolnick, do sexo feminino, minha formação, ela é múltipla, híbrida, porque eu fazia Ciências Sociais no Brasil, depois me exilei na França e acabei Sociologia lá e fiz ao mesmo tempo Filosofia. Depois eu comecei a trabalhar em Saúde Mental na Clínica de La Borde com o Guatarri e daí, eu fiz Psicologia também. Eu fiz Mestrado lá e depois continuei aqui e dou aula na Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC, desde minha volta ao Brasil, que foi em 79 justamente, que é quando começa a sua pesquisa. Então, eu sou Professora Titular da PUC... bom, estou na PUC desde 79, desde 80.

Então, a minha história com os movimentos de Saúde Mental, ela começa na Europa, no meu exílio, porque eu conheci logo no início da minha estadia em Paris, eu passei a freqüentar os cursos do Deleuze e acabei conhecendo o Deleuze, o Guatarri e me aproximei muito do Guatarri, nos tornamos muito amigos... E passei a colaborar com a Clínica de La Borde, e ao mesmo tempo, naquele momento, que é a primeira metade dos anos 70 se desencadeou um movimento muito importante, depois de maio de 68. Um movimento muito importante em todos os campos e portanto, também, no campo de Saúde Mental... Isso aconteceu na Europa toda, existiu uma crítica bem radical aos procedimentos da psiquiatria e mesmo às teorias de saúde mental em curso. E isso variava muito de país pra país, você tinha, por exemplo, na Inglaterra, Holanda, que tinha uma certa concepção de saúde mental e como trabalhar isso; você tinha na Itália um outro movimento, um outro líder que era o Basaglia, mas não só, que era uma outra concepção; na França a liderança disso era a Clínica de La Borde e o Félix Guatarri, que tinha uma outra concepção; Bélgica, Espanha e por aí vai.

No início dos anos 70, esses movimentos todos se uniram e criaram a Rede Internacional de Alternativas a Psiquiatria, eu participei da formação desse movimento desde a fundação e participei dos vários encontros que haviam. Era um movimento muito interessante primeiro porque ele congregava visões muito distintas do que é saúde mental, não é? Então, para pegar um exemplo entre a Itália e França tinha uma diferença muito grande, porque a Itália era mais preocupada, mais ligada com... isso tradicionalmente na Itália é assim, ela é mais ligada na dimensão macropolítica da realidade, então, para os italianos o que interessava era mudar a lei referente a internação psiquiátrica e intervir mesmo militantemente na situação social de forma a incorporar os esquizofrênicos, os psicóticos e desinstitucionalizados, o que implicava em todo um trabalho de conscientização política da população; então, um movimento que foi importantíssimo, muito bem sucedido, porque eles conseguiram implantar uma mudança de lei e

⁴ Entrevista 3: Suely Rolnick – 22/05/2006 – 12:45h – Rua Cristiano Vianna, 984

é inclusive esse modelo que mais vingou aqui no Brasil. O modelo francês também por toda a tradição cultural francesa que é diferente da italiana, na França a visão macropolítica da realidade ela está muito presente, todos os franceses têm uma consciência de cidadania muito poderosa, bom a Revolução... a Revolução Burguesa, ela se deu na França, com a Revolução Francesa, então, existe mesmo uma alma republicana na França e uma consciência de cidadania, mas ao mesmo tempo a França, também, sempre teve muito ligada... e foi muito importante, na França, o movimento cultural e a poesia, a visão poética da realidade...

Bom, na França além disso, tem uma... a psicanálise estava muito presente na França, aí nesse momento eu tava há bastante tempo, é o momento do Lacanismo... E além do mais, o maio de 68 francês foi muito diferente do movimento da autonomia italiana. Porque o maio de 68 francês, justamente, ele juntou macropolítica com micropolítica, o que eu estou chamando de micropolítica? É uma dimensão da realidade, não das formas da realidade como elas são constituídas, onde você tem os conflitos de classe, raça, gênero e etc, mas a dimensão da realidade do processo de constituição da realidade, de transformação da realidade; esse processo passa pela subjetividade e pelo inconsciente. Então, passa pelas políticas de desejo, que vão desde políticas mais conservadoras com todas as estruturas defensivas da subjetividade, até políticas mais transformadoras de uma subjetividade mais capaz de se abrir para o que está se passando no entorno, se deixar afetar pelo que está se passando no seu entorno e criar soluções para aquilo que o tempo está pedindo; e isso é uma dimensão muito distinta da dimensão macropolítica e é uma dimensão fundamental para a transformação de uma sociedade, porque uma sociedade não se transforma sem que essa transformação não seja realizada nesse processo de subjetivação, na própria política que rege o desejo.

Então, o maio de 68 francês foi um movimento político que teve a peculiaridade, super importante, de juntar essas duas dimensões da luta pela mudança; enquanto que o Movimento da Autonomia Italiana, que foi fabuloso e muito importante, ele é um movimento que, em sua maioria, porque também é um movimento que tem muitos grupos, a maioria dos grupos eram ligados mais a macropolítica uma tradição militante tradicional, com a exceção de um grupo de Bolonha que esse também era ligado nas questões da subjetividade e na micropolítica.

Então, na França, esse movimento de transformação da psiquiatria ele vem de longe, porque ele vem durante a II Guerra Mundial, onde os hospitais psiquiátricos da França foi um lugar de refúgio para pessoas que estavam na resistência; e um deles é o Tosquelles Toskaiev, que era um espanhol e se refugiou na França; então, ele teve uma importância muito grande na transformação do hospital Saint Alban, no modo de como se conceber o tratamento nesse hospital, ele introduz uma visão de que não só se tem que trabalhar com essa dimensão da subjetividade, mas trabalhar não no sentido de abrir consultório de psicanalistas ou psiquiatras dentro de um hospital psiquiátrico, mas a própria vida do hospital psiquiátrico é que tem que ser trabalhada na direção dessa liberação e aí, para essas pessoas a saúde mental está muito

vinculada com a possibilidade de uma construção social comum e de participação dessa construção e portanto de criação, de encontrar canais de criação, de inserção nesse sentido. Então, o tratamento passa muito por aí, saúde mental e criação são duas coisas indissociáveis, saúde mental e capacidade poética no cotidiano. Então, é disso que vem a Psicoterapia Institucional, que é essa concepção; que é uma psicoterapia que pensa o tratamento na instituição, naquilo que está se vivendo ali, e não de uma maneira separada, então tem instituição que funciona como a maioria funciona e você tem uns consultóriozinhos ali dentro onde você atende individualmente as pessoas, embora uma coisa não impeça a outra, mas são duas coisas distintas e essa dimensão institucional é muito importante, porque é isso que trata: a consciência dessa dimensão é que trata.

Então, La Borde nasceu de pessoas que vinham dessa concepção; o Jean Oury e o Félix Guatari, que nasceu nos anos 50 no pós-guerra. Então La Borde é que marca toda essa revolução da psiquiatria na França com essa visão. Então, é muito diferente dos italianos pra quem o inconsciente é uma bobagem e a questão da subjetividade é outra bobagem, e o que interessa mesmo é a luta de classe...

Então, o que era muito interessante no Movimento da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria é que ela congregava essas várias, esses vários movimentos que eram muito distintos entre si e ela não implicou jamais em uma hegemonia de um movimento sobre o resto, nunca teve um comitê central, sempre funcionou em rede, é por isso que chama rede, sempre funcionou em rede, tinha apenas um Secretariado pra organizar os encontros e a correspondência desses vários grupos e movimentos, mas esse Secretariado nunca era fixo, ele também variava, o país onde iria ser o próximo encontro é que assumia o Secretariado... Então, foi um movimento muito interessante, na própria organização dele ele já era uma certa concepção do que é viver em sociedade e qual é a relação entre isso e a saúde mental de uma sociedade.

E então, eu participei intensamente desse movimento, quando eu fui fazer psicologia, eu já fui fazer psicologia porque eu já tinha colaborado em La Borde e me interessou muitíssimo essa visão da realidade, porque eu vinha das Ciências Sociais e nas Ciências Sociais a visão sociológica sempre foi muito insuficiente exatamente porque ela não abarca essa dimensão da subjetividade e do desejo. Então, eu encontrei nesse campo uma outra sociologia, que não é nem mais bem uma sociologia e uma outra psicologia, que também não é mais bem uma psicologia, porque é exatamente uma possibilidade de juntar essas duas dimensões; não só na maneira de compreender a realidade, mas também na maneira de intervir, de agir... Então, eu encontrei, eu me identifiquei muito com essa maneira de abordar e de trabalhar...

Então, é por isso que eu fiz psicologia e a faculdade de psicologia que eu fiz, é uma faculdade que chama, da Sourbonne, que é Paris Sete, que foi fundada exatamente depois de maio de 68, marcada por esse tipo de movimento e então, nós tínhamos uma formação

psicanalítica muito boa, mas sobretudo nós tínhamos uma formação em análise e psicoterapia institucional, tinha uma idéia fundadora nessa escola, de que se a psicanálise serve para alguma coisa, ela serve para liberar essa possibilidade no campo social. Então, eu dizia, a faculdade não se chamava psicologia, chamava Ciências Humanas Clínicas, porque concebia esse ramo da ciência como um ramo da Ciência Humana; e que existe uma Ciência Humana que tem efeitos clínicos sobre a realidade, então, é isso que me interessava.

Então, quando eu voltei ao Brasil, em 79 justamente, eu voltei totalmente impregnada disso tudo e exatamente me envolvi com a situação da saúde mental aqui; imediatamente eu fui contratada para trabalhar na Pós-graduação de Psicologia Social e Psicologia Clínica da PUC e juntei, convoquei uma série de pessoas que estavam interessadas nisso, pra se criar um movimento do tipo rede aqui, que foi o que a gente fez no Sedes, acho que em 79 ou 80 – eu cheguei no início de 79 – deve ter sido no próprio 79/80; em que a gente, então, começou a congregiar pessoas pra poder produzir esse tipo de movimento.

Então, eu intervinha ao mesmo tempo nisso, criando esse foco ali, esse núcleo no Sedes e ao mesmo tempo intervindo na Universidade, porque eu no trabalho que eu desenvolvi na PUC desde o início, eu abri um campo onde essas questões eram veiculadas, trabalhadas. Isso teve, isso encontrou aqui no Brasil, uma ressonância fortíssima, como se tudo estivesse pronto para isso, mesmo porque a gente encontrou um solo na própria tradição cultural e da subjetividade no Brasil, em que existe nessa subjetividade brasileira uma abertura para esse outro campo, que é muito forte, que está na tradição cultural brasileira e que é mais forte do que no mundo intelectual do país. Ela é mais forte na arte, então, assim, juntou a fome com a vontade de comer e isso trazia instrumentos conceituais que tratavam perfeitamente bem com uma demanda que existe aqui e que não tinha encontrado referências teóricas que pudessem ajudar, não só referências teóricas, modos de agir na realidade. Então, isso proliferou muito rápido, muita gente se formou nesse pedaço da Pós-graduação que eu criei; alguns anos depois, inclusive a gente criou o Núcleo de Estudos da Subjetividade Contemporânea, que era exatamente isso e isso acabou formando muita gente; essa gente que se formou eram professores universitários, que por sua vez abriram campos desse tipo em muitas das universidades brasileiras, em muitos cursos de Psicologia; e fundaram, outros tantos, Pós-graduações que eram voltados pra esse tipo de investigação e de intervenção da realidade; que hoje em dia, são muitos, proliferou muito rápido. E isso criou uma situação no Brasil muito peculiar, porque era o único país do mundo - a gente tem outros países na América Latina em que tem isso também, mas não como tem aqui no Brasil – isso criou um campo muito forte investigação e de maneira de abordar clinicamente as coisas, no Brasil, que não tem igual em nenhuma outra parte do mundo.

E um pouco tempo depois... Bom, nessa época, o Guatarri estava vivo e desde que eu voltei para o Brasil ele veio aqui muitas vezes, ele veio sete vezes nos últimos quatorze anos da

vida dele, e ficava um bom tempo. Então, ele participou muito dessa formação que eu inaugurei ali e também participou da discussão desse Núcleo de Movimentos em Saúde Mental, que a gente estava constituindo no Sedes. Nesse período também, nós publicamos um livro juntos, que é o "Micropolítica Cartografia do Desejo", e esse livro trabalhava nessas duas dimensões, porque é um livro que eu escrevi baseada numa viagem de um mês que nós fizemos, em 82, pelo Brasil a fora; encontrando.... Porque 82 é um momento muito importante do movimento de redemocratização do país e ao mesmo tempo é o ano do nascimento do Partido dos Trabalhadores e do Lula como um líder que estava saindo do sindicalismo e virando um líder político mais amplo, foi a primeira vez que ele se candidatava a um cargo, ele se candidatou pro Governo de São Paulo e não ganhou a eleição. Então, esse périplo que nós fizemos pelo Brasil, nós gravamos tudo, nós encontramos durante um mês dia e noite toda espécie de grupo, desde núcleos de saúde mental que estavam se formando nessa linha e grupos de psicanálise interessados nessas questões, até todos os movimentos sociais da época, que eram o Movimento Feminista, o Movimento Negro, que estavam começando na época, o Movimento Gay, na arte também, no campo da arte e por aí vai. E esse material deu três mil páginas gravadas e aí, eu trabalhei essas três mil páginas e fiz esse livro. E esse livro também virou um instrumento de intervenção importante, ele trazia ali ao vivo como é que se junta a questão política com a questão do desejo... e por que as questões de saúde mental elas são políticas e por que a gente tem a responsabilidade, enquanto trabalhadores de saúde mental, de ter consciência disso e saber o que a gente faz... ter consciência da posição que a gente está tomando no campo, desde o teu trabalho de consultório até teu trabalho de ensino e até tuas intervenções que você faz mais amplamente nas instituições e tal, nas instituições públicas principalmente.

E aí, esse grupo do Sedes, ele teve, eu acho, que o valor de introduzir ali um germe e de convocar, mas muito rapidamente esse movimento que começou a nascer ali; não é bem começou a nascer, porque ele estava ali no ar, ele meio que congregou alguma coisa que estava ali, teve esse mérito, mas não caiu do céu, é claro... E daí, as pessoas começaram a conhecer as várias propostas da Europa e houve uma identificação maior com a tradição italiana, do Basaglia, porque isso vinha a responder uma situação social do Brasil que é catastrófica... porque o Brasil, ele ocupa o segundo lugar mundial de abismo entre as classes sociais, que foi transformado pela primeira vez no governo Lula... Só que isso não sai nos jornais, é a primeira vez que diminui o abismo entre pobre e rico no Brasil, é o segundo maior abismo do planeta; mais do que os países africanos e o resto da América Latina... Isso é muito grave, tem uma situação perversa gravíssima de classes....

E como, em geral, as pessoas que se dispõem a lutar politicamente, são pessoas mais identificadas com a macropolítica, a figura do militante, em geral, ele é alguém voltado pra macropolítica e falta a ele uma sensibilidade micropolítica... essa é uma das lutas que eu levei a

minha vida inteira, pra poder juntar essas duas coisas... Então, calou mais fundo a proposta macropolítica militante do Basaglia, que foi muito importante, porque permitiu uma luta antimanicomial bem sucedida no país e que congregou muita gente e que conseguiu intervir, também, na legislação... então, foi muito importante. Então, são coisas que foram caminhando paralelas e esse lado que junta com a micropolítica proliferou muito e no próprio movimento, uma parte da liderança do movimento vem daí... quando o Lula foi eleito presidente, o grupo que conduziu a política de saúde mental no Ministério da Saúde do governo Lula, é um grupo todo marcado por essa tradição; e que fizeram um trabalho extraordinário e depois por uma série de razões se afastaram e depois voltaram, voltaram em 2005 e estão fazendo um trabalho extraordinário, que também não sai nos jornais, porque os jornais no Brasil... infelizmente nós temos uma imprensa no Brasil e os meios de comunicação de massa, em geral, no Brasil, eles são totalmente comandados pela elite; e não tem nenhum órgão alternativo pra se problematizar a situação que a gente vive... então, isso cria uma situação muito perversa, muito grave no país... então, o governo Lula evidentemente não ficou incólume a essa merda e o que a gente tem nos jornais é só aquilo que destrói, mas tudo o que foi feito, sob o governo Lula, como trabalho de terreno e na saúde mental foi feito muitíssimo, isso não aparece em lugar nenhum....

E no Estado de São Paulo, então, evidentemente, esse movimento todo teve uma incidência muito forte... e entrou como liderança do movimento pessoas muito capazes e muito sérias que dedicaram muito do seu tempo a isso...

E então, é isso... hoje a gente tem essa situação em que essas duas visões estão muito, muito, propagadas pelo campo da psicologia e da saúde mental em geral.

E diante disso, me parece que a atenção em saúde mental na rede pública, primeiro que isso é absolutamente fundamental, e acho que o papel da saúde mental na rede pública ele não é só de absorver a demanda para a saúde mental. Minha idéia é de que ele é portador de um instrumento de leitura e de intervenção na realidade que é próprio da saúde mental, que não tem nos outros campos da saúde, e que extrapola o campo específico da demanda para a saúde mental, porque tem a capacidade de fazer essa leitura micropolítica da realidade e essa capacidade de trabalhar o próprio campo institucional da rede pública nesse sentido.

Então, e na rede pública isso, assim, é mais contundente ainda, a importância disso, porque há uma tendência quando a classe média - nós somos todos de classe média - quando a classe média trabalha na rede pública, dado esse abismo de classe e uma total ausência de consciência de cidadania no país, a tendência do trabalhador de saúde mental ou de saúde quando vai para rede pública é idealizar o pobre e ter uma atitude culpada em relação a sua posição de classe e ir numa atitude de salvação, idealizando o outro. E o que fica muito difícil de fazer, e é o que tem que ser feito, por isso eu acho que a saúde mental tem um papel importantíssimo aí, é conquistar uma verdadeira abertura para esse outro que é radicalmente outro; esse outro pobre é radicalmente outro em relação à vida de classe média brasileira...

E o que é ter uma abertura para esse outro? Não é só respeitá-lo, ter um respeito politicamente correto – isso é fundamental e em geral os trabalhadores de saúde mental têm – mas para além disso, há uma necessidade de conquistar uma capacidade da subjetividade de se deixar efetivamente tocar, afetar, por aquela realidade que ele está entrando em contato, fazer com que esse outro exista como presença na tua subjetividade. À medida que esse outro existe como presença na tua subjetividade ele necessariamente te coloca em crise, porque ele leva a uma crise das tuas referências, não só teóricas, mas as tuas referências através das quais você se conduz cotidianamente, o modo como você compreende o seu cotidiano, como você compreende as relações, a vida amorosa, a vida profissional, etc e etc, até a sua relação, como por exemplo, com a empregada doméstica, já começa por aí.

Então, isso tende a abrir um espaço, um clarão dentro da subjetividade, que não existe e que se abre graças a esse choque de classes. Então, só que isso é muito angustiante, é extremamente angustiante, esses trabalhadores vivem num estado de angústia muito forte; e por causa dessa angústia a tendência é ignorar isso, exatamente para não sofrer.

Então, o trabalho da saúde mental consiste em sustentar essas fragilidades, essa angústia, para que a partir daí sim você possa ter maneiras de agir em prol de uma saúde mental; não só para aqueles que procuram a saúde mental, mas para o campo institucional da saúde pública em geral.

Por isso que eu acho muito importante ter essa dimensão em mente, sobretudo se tratando de rede pública, não que a classe média não precise também desse tratamento, aliás ela está profundamente doente, de alienação, porque alienação é uma doença.

Mas digamos que no embate com a classe desprivilegiada, o choque desse embate ele é portador de uma possibilidade de consciência de mudança, que dificilmente isso acontece quando você trabalha com a tua mesma classe, com a classe média, ou com a elite.

Então, eu vejo isso, sempre vi e continuo vendo e acho que hoje em dia, graças a Deus, tem muita gente que vê assim e que cada um tem competências próprias e que tudo isso somado cria um vasto campo de intervenção muito interessante que acontece no Brasil – e que acho super interessante que alguém pudesse escrever sobre isso – que é uma situação muito privilegiada que a gente tem nesse sentido.

Por exemplo, quando esse grupo, que eram trinta pessoas, foram para o Ministério da Saúde para cuidar da saúde mental, a campanha que eles criaram é “Humanize”. Eles lançaram essa campanha, todas as instituições da rede pública eram obrigadas, portanto, a receber essa palavra de ordem e criar um projeto que desse um conteúdo para o que é “humanize”; e eles não definiram esse conteúdo. Isso já é uma intervenção clínica muito interessante na rede pública, porque se você define um conteúdo, você cria um conjunto de regras e o outro simplesmente vai obedecer ou desobedecer e nada se passa; enquanto que quando você cria simplesmente uma palavra de ordem, que se chama, que é humanize e que as pessoas, nas

diferentes instituições, têm que se reunir e discutir até descobrir o que é isso; e pensar o que está acontecendo ali e como é que ali naquele campo singular, naquela instituição, naquela cidade, naquele momento, o que ali não está sendo, está longe daquela idéia de humanização e o que pode ser feito dentro daquelas condições singulares no sentido de obter e produzir essa humanização. E esse grupo, além de fazer isso, tinha sempre um ou dois - porque além do grupo de trinta que estava lá em Brasília, tinha uma vasta rede de pessoas que trabalham nessa linha, hoje em dia – e sempre havia um ou dois que acompanhavam as equipes na discussão do que é o conteúdo singular daquele espaço específico em relação a isso, e qual o projeto singular que pode ser inventado ali.

Isso é uma coisa absurdamente genial que só existe aqui, porque isso consegue driblar um aspecto do Estado, que é complicadíssimo e muito difícil de driblar, que o Estado cria leis e portarias totalmente desvinculadas.... se elas vêm para o movimento, no momento em que elas se tornam palavras de ordem, elas são totalmente desvinculadas do conteúdo que pode ser dado aquilo na singularidade das experiências de cada instituição. Então, essa sacada que eles fizeram – isso é uma sacada de intervenção clínica no campo político e social, isso é um exemplo.

Então, você pergunta, assim, como é que eu vejo ou vi esse período? Eu acho que esse período foi um período muito privilegiado, porque ali se congregou vários fatores históricos, se congregou um momento muito importante de movimento de redemocratização do país, que estava sob ditadura... se congregou aí também, justamente o aparecimento de movimentos sociais de toda espécie; portanto para um movimento político que já não se reduzia a uma representação no Estado, mas era a sociedade que assumia suas questões e criava movimentos para levar essas questões a diante; então, são todos os movimentos que se criaram naquele momento. Também a classe operária cria o Partido dos Trabalhadores, que no seu nascimento foi, também, uma invenção brasileira muito interessante; porque o partido ele tinha vários diferenciais em relação aos partidos tradicionais da esquerda, da história da esquerda, porque é um partido que congregava a luta operária, mas congregava toda espécie de criação social, de movimento, luta e de criação social que estava acontecendo naquele momento e portanto congregava, também, os movimentos que tinham essa dimensão micropolítica.

Então, ele era uma espécie de agregador e catalisador de uma energia de luta muito variada e que portanto corria menos o risco do dogmatismo, embora ao longo dos anos o setor mais dogmático, mais militante no sentido mais antigo, do PT, tomou a dianteira e a liderança do partido, mas isso não quer dizer que fracassou, muito pelo contrário. Porque as coisas não são assim, os movimentos eles acontecem de uma certa maneira, criam certos efeitos, se congelam em certas formas e depois que estão congelados em certas formas, o movimento continua

criando outras formas; então, não existe fracasso, existe uma necessidade constante de criação de outros campos institucionais, de outras maneiras de traduzir o movimento social.

Naquele momento, o Partido dos Trabalhadores foi um modo de tradução interessantíssimo, poderosíssimo e que teve, então, também – vamos entrar no campo de saúde mental – uma incidência importante no campo da saúde mental. Não só no campo da saúde mental propriamente dito, mas também na própria saúde mental do brasileiro a medida em que abriu a possibilidade de criar, abriu a possibilidade de viver uma inteligência coletiva e de criar coletivamente saídas para aquilo que estava sendo vivido... e isso é saúde mental. Porque não tem nada mais patologizante do que a impossibilidade de criar, de construir, é isso que deixa louco.

O que a ditadura criou, os efeitos patológicos da ditadura, eles passam exatamente por aí. Porque regimes totalitários eles congelam a realidade e eles paralisam a força de criação; porque a força de criação individual e coletiva fica associada ao perigo de terror, de tortura, de morte, então, por causa disso as pessoas aos poucos vão se paralisando e isso cria patologias gravíssimas. Das quais a gente ainda está saindo no Brasil, porque a gente sabe que patologias desse tipo, coletivas, como essas bombas que acontecem numa sociedade, como foi a ditadura no Brasil, o trauma disso daí ele demora no mínimo trinta anos pra realmente ser elaborado. Então, a gente ainda está vivendo efeitos dessa paralisia em vários campos da cultura brasileira.

Bom, e o período que você está pegando é de 79 a 92. O final dos anos 70 início dos anos 80, é também um momento, quero dizer, junto com o movimento de redemocratização do Brasil, foi também o momento da instalação do neo-liberalismo no Brasil.

E o neo-liberalismo, ele também, assim como a ditadura tem a sua maneira, os seus efeitos nefastos específicos, o neo-liberalismo tem outros efeitos totalmente distintos, mas tão nefastos quanto.

Então, eu não acompanhei durante os anos 80 e depois nos anos 90 o destino do movimento em saúde mental, porque eu aí me identifiquei muito mais com o trabalho que eu estou fazendo na universidade, tudo que isso implicou e, enfim, a escrever e a falar e em participar dessa maneira, mas não participei do movimento propriamente dito, porque como ele tomou esse rumo mais estritamente macropolítico isso deixou de convocar aquilo que mais me excita e que mais me dá vontade de participar. Então, deixou de me interessar diretamente para estar participando, embora eu sempre respeitei muito e sempre me informava para saber o que estava acontecendo e de vez em quando participava.

Então, eu não sei exatamente qual foi a incidência no campo da saúde mental e no movimento da instalação do neo-liberalismo. Também, porque de uns anos pra cá, mais ou menos de uns 10 anos pra cá, eu tenho trabalhado muito mais no campo cultural, tenho trabalhado sobretudo no campo das Artes Plásticas.

Então, eu sei qual foi o efeito nefasto do neo-liberalismo nesse campo da cultura, mas eu não sei exatamente qual foi o efeito – precisa alguém pensar – no campo da saúde, da saúde mental propriamente. Claro, eu imagino que do ponto de vista sim, houve toda uma tendência à privatização, ao abandono da coisa pública e etc e tal, que é gravíssimo. Do ponto de vista micropolítico é que eu não sei o que o neo-liberalismo operou na subjetividade e no desejo tal como ele estava funcionando no campo da saúde mental; eu sei como ele operou na arte, o que é muito grave. Porque a arte, assim, está sob o impacto disso, muito, muito limitada na sua capacidade crítica; eu não sei se isso aconteceu em saúde mental.

Eu queria dizer assim, que esse livro que eu fiz com o Guatarri, ele cumpre um papel político no campo, não só no campo da saúde mental, mas para nós está interessando falar nisso, ele foi super importante, ele foi um instrumento importante e, no meu entender, um livro só importa quando ele cumpre esse papel, e ele teve muitas edições. Aí, de dois anos três anos para cá, começaram a me pedir para editar esse livro fora do Brasil. Então, para isso eu... o Lula tinha acabado de se eleger presidente e fazia quase 20 anos.... o ano de 82, ele está baseado no ano de 82... Então, eu retrabalhei o livro, fiz uma edição revista, ampliadíssima, nesta edição eu fiz oitenta e cinco novas notas de roda-pé, onde cada vez que a gente cita algum movimento no texto, tem uma nota de roda-pé contando toda história do movimento, por exemplo, a história do movimento na Itália que ninguém no Brasil conhece, está tudo lá; fiz um novo prefácio para juntar, para fazer uma articulação entre o que acontecia em 82 e o que estava acontecendo nessa época. E daí, a Vozes publicou essa nova edição, até mudou a capa, que é a 7ª edição e ele está saindo em vários lugares agora.... E eu achei interessante falar isso por quê? Porque agora esse livro de novo está tendo um papel, porque agora na América Latina, por exemplo, no movimento político na América Latina e eu falo mais dos países que eu conheço mais que é a Argentina, Venezuela e México; a militância nesses países, jovens, a nova geração de militantes, essa passou a juntar macro e micropolítica do jeito absolutamente genial... tem coisas interessantíssimas acontecendo na América Latina, muito diferentemente do Brasil, que é o único país da América Latina que está acontecendo pouco.... e aí, esse livro passa a ser instrumento, porque nesse livro tem uma possibilidade de juntar essas coisas de um jeito simples, através de conversa, sem muita firula teórica, ou quando vai para teoria mesmo que seja complexa está tão ligado a questões onde entra, assim, pungentes para cada um, que aquilo é muito fácil de usar, entendeu? Então, ele está saindo na Argentina, na Venezuela, saiu na Espanha, na Espanha também tem isso, vai sair na França, nos Estados Unidos, por causa disso. Então, assim, eu queria só encerrar nossa, meu depoimento aí, dizendo o seguinte, nós brasileiros a gente tem uma responsabilidade muito importante nesse movimento pelo mundo, porque nós fomos os que conseguimos juntar essas duas dimensões dentro da área clínica... Nós somos o único país do mundo, na clínica, que esse movimento é tão poderoso quanto o Lacanismo. Porque esse movimento na Europa, ele também foi uma contestação do Lacanismo,

na França. Ele era, vamos dizer assim, um herdeiro... uma parte do Lacanismo que rompeu com o Lacanismo pra englobar todas essas questões.

Então, a gente tem o know-how, que a gente desenvolveu, até pelo modo de ser dos brasileiros que a gente tem essa outra dimensão, que a gente tem mais é que ter consciência disso; porque muitos países do mundo, nesse momento estão precisando desse know-how. Então, eu acho legal a gente ter consciência que a gente ocupa esse lugar e que a gente tem que ocupar esse lugar com responsabilidade, sabendo que o que a gente faz é um pedaço de vida pública, não é qualquer merdinha, a gente não está só cuidando do psiquismo desse ou daquele, mas a gente está intervindo em questões muito fundamentais do campo social e na luta política pela transformação na América Latina.

Acho que é legal contextualizar, que essas duas linhas marcaram o movimento de saúde mental no Brasil, na verdade elas são uma expressão de um buraco que está mais em baixo, qual é esse buraco? É que no Brasil, sempre foi muito difícil usar, aliás, sempre foi muito difícil o diálogo entre a militância política e a militância cultural. Porque a militância cultural, os artistas em geral, existe uma dimensão política que é própria da criação cultural, por quê? Porque uma obra de arte seja ela cinematográfica, literária, clássica, o que for; ela é o que? É o artista, ele atravessado pelo o que está se passando no entorno, no corpo dele e ele é alguém que consegue sustentar o mal estar de se ver atravessado por coisas que o colocam em crise; e é isso que desencadeia o processo de criação que vai fazer ele criar alguma coisa, que vai ser portadora do problema e de caminhos possíveis de mudança. Mas é portadora de um jeito diferente da educação e da militância no sentido de conscientização política, porque não é um portador que explica é um portador que presentifica. Então, isso é um poder clínico, mesmo, de poder contaminar quem chega perto, que é de outra ordem que o trabalho educacional ou o trabalho de militância no sentido tradicional.

Só que é assim, no campo cultural brasileiro sempre houve muita liberdade de criação numa tradição, que nos anos 20 foi chamada de Antropofágica, que traz uma liberdade de juntar repertórios, você junta o que você quiser para dar conta do que está se passando, você não fica absolutizando referência teórica nenhuma ou artística, uma liberdade de criação, de experimentação muito interessante.

Enquanto que do lado da produção intelectual, que é de onde vem a militância, porque a militância política vem mais lá do universitário, existe uma espécie de submissão a modelos europeus; isso marca também a militância. Então, sempre existiu um abismo entre aquilo que vai se produzindo na cultura e aquilo que se produz o campo universitário e na militância. E sempre existiu uma dificuldade enorme do lado da militância de reconhecer que existe um poder político que é específico da luta na cultura, que é essa possibilidade de presentificação das questões, isto é um poder de contaminação que é próprio do trabalho cultural. E também do lado cultural existe uma dificuldade de perceber... uma dificuldade de desenvolver uma

consciência política, exatamente porque não existe esse diálogo com esse outro lado, que é visto como muito careta, porque é careta, por que ele é careta? Porque ao invés de se abrir para realidade, para ir criando soluções de acordo com o que nós estamos vivendo, ele se alinha demais a modelos tornados dogmas que vêm de fora.

Então, isso também apareceu na luta em saúde mental. Então, quando eu dizia que eu acabei me afastando do movimento é porque prevaleceu muito no movimento esse outro lado; a maioria vinha do próprio partido comunista, então, existia uma caretice, uma impossibilidade de reconhecer esse outro lado que para mim era extremamente difícil de conviver. Não que eu não respeitasse, mas que era difícil de se conviver sem que houvesse essa possibilidade de diálogo para que cada lado fosse alimentando a luta com cada um com suas competências.

Então, acho que eu quis dizer isso, só para situar, também, da onde vem essa divisão da saúde mental, que ela não nasce na saúde mental, ela já vem como uma situação própria do âmbito cultural-político brasileiro."

4.2. CONSTRUÇÃO DE REDES: AFETIVAS E TEÓRICAS

No período que compreende o final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o cenário político nacional era o da ditadura militar com o isolamento da participação popular e a alienação da psiquiatria na forma de pensar a sua inserção numa forma de tratamento efetivo. Na época, não havia menção sobre a Psiquiatria, em nenhuma esfera da saúde pública ou privada, ou seja não havia legitimidade ou mesmo o compromisso que o cidadão tivesse direitos em relação ao acesso ao cuidado da doença mental.

Em 1978, havia, por parte dos trabalhadores de saúde e também de vários setores sociais, a fortificação das críticas às instituições psiquiátricas brasileiras, que conseguiu aglutinar principalmente os trabalhadores de saúde mental a partir do processo que se desenvolvia no campo da política, a redemocratização do país e a luta pelos direitos humanos (2).

Em diferentes estados brasileiros os trabalhadores se organizaram em grupos, movimentos e organizações realizando discussões, reuniões e debates, visando a transformação do modelo assistencial em saúde mental vigente na época. Essas discussões, proposições e concepções estavam fortemente atreladas a experiências de Reforma Psiquiátrica de países da Europa, como a Psiquiatria de Setor da França, a Antipsiquiatria da Inglaterra e principalmente a Psiquiatria Democrática Italiana; e seus representantes como Franco Basaglia, Felix Guattari, Erving Goffman e Robert Castel (2).

Em 1979, foi realizado o I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em São Paulo (2), ainda nesse ano e em 1980, Franco Basaglia veio ao Brasil para a realização de palestras, as quais houve a aglutinação surpreendente de trabalhadores de saúde mental.

O modelo de atenção em psiquiatria, da época, era hospitalocêntrico com políticas voltadas para as instituições asilares, que era uma área bastante lucrativa e conservadora. Não havia alternativas ao tratamento, ficando o doente mental relegado ao agravamento de sua doença.

Os movimentos que se organizavam e a luta que ganhava força era para a transformação desse modelo, que não tratava e que carimbava um atestado de marginalização do doente mental como pessoa e como mercado de trabalho, dando validade para o sistema discriminador.

Os trabalhadores de saúde mental lutavam tanto por trabalhos científicos sobre as doenças mentais como pelo trabalho de formação da rede de atenção para cuidar da doença e da reintegração e da ressocialização da pessoa com doença mental. Além de lutarem pela criação de instrumentos e equipamentos para que as pessoas pudessem, dentro da própria

comunidade encontrar recursos e instrumentos para que vivessem sendo respeitadas e com direito a ter uma divergência quanto à sua situação mental.

Os movimentos sociais organizados em saúde mental visavam a transformação das políticas e que essas se tornassem mais voltadas para a criação desses instrumentos e equipamentos.

No município de Osasco, no estado de São Paulo, no período de 1983 a 1987, alguns dos membros desses movimentos sociais, como Gabriel Figueiredo, Darcy Portolese, Antônio José, Isabel Vilutis e Aníbal Rodrigues, trabalharam na Secretaria Municipal de Saúde e implementaram um projeto de saúde mental voltado para a criação de equipamentos que pudessem atender os doentes mentais na sua comunidade. Esse projeto tinha grande influência da Psiquiatria Democrática Italiana.

O município de Osasco foi, então, dividido em oito regiões, em cada uma dessas regiões havia uma Unidade de Medicina Preventiva com equipe formada por médico clínico, médico obstetra, médico pediatra e a inserção de médico psiquiatra e psicólogo. O objetivo, como mencionado anteriormente, era que cada região tivesse um atendimento específico nessa área e as pessoas seriam atendidas nas suas regiões de origem.

Havia também uma casa que era o ponto de coordenação do município, além do projeto de construção de um hospital modelo, no qual as pessoas ficariam internadas por um curto período, ou seja um serviço de referência que funcionaria 24 horas. Foi criado no Pronto-socorro Central um atendimento para que as pessoas com doença mental fossem direcionadas para as respectivas unidades.

Outro elemento criado foi o Agente de Saúde, que eram pessoas das regiões que colhiam os problemas da comunidade e passavam para a Equipe de Coordenação, que por sua vez elaborava soluções e respondia a essa demanda criada. Com esse trabalho que era desenvolvido com as comunidades, os moradores das regiões organizaram-se e formaram Sociedades de Amigos de Bairro, que desempenharam papel importante para o desenvolvimento desse trabalho.

Cabe ressaltar aqui, que as políticas foram se modificando a medida em que o conflito passou a ser levado para a comunidade, sendo que o debate ganhou uma nova dimensão, uma vez que a psiquiatria e a loucura não estão circunscritas a questões pontuais, estando fortemente ligadas à politização dos conflitos. Isso pode ser exemplificado pelo fato ocorrido em um pequeno município do Rio de Janeiro, em que havia uma fábrica, que era eixo central da cidade. Quando essa fábrica fechou, houve um grande aumento na demanda de saúde mental,

havendo a necessidade da ampliação de serviços ambulatoriais para responder a essa demanda. Ou seja, a saúde mental está relacionada com o emprego, o desemprego, a política.

E nesse período, compreendido entre 1979 a 1992, os movimentos sociais conseguiram modificar paulatinamente a política de saúde mental, transformando a forma de se entender a loucura e principalmente a atenção prestada a doença mental.

Atualmente, os instrumentos, equipamentos, modelos, projetos, pensados, criados e implementados, através das grandes discussões e debates e principalmente da luta gerada por esses movimentos sociais, são a política nacional para a saúde mental.

“É toda uma nova rede que precisa ser constituída, construída, para poder servir como base a uma alternativa que, no meu ponto de vista, ela representa um ganho do ponto de vista humano e científico”⁵

“Bom, meu nome completo é Darcy Antônio Portolese, eu sou Médico Psiquiatra e Psicanalista, eu trabalho nessa área já há quanto tempo meu Deus? Eu me formei em 70, então já faz 36 anos. E sou Doutorado em Psiquiatria Social pela Sourbonne, na França, tenho a minha formação psicanalítica feita aqui na Sociedade Brasileira de Psicanálise, faço parte da Câmara Técnica de Saúde Mental do Conselho Regional de Medicina e sou Supervisor Clínico do Projeto Pixote.

Bom, eu participei desses movimentos a partir de 1978, quando eu e mais alguns colegas, principalmente o Gabriel Roberto Figueiredo que também deverá ser entrevistado, porque ele era inclusive na época, que trabalhava na Comunidade Infância e depois s foi Secretário de Saúde do Município de Osasco no período de 83 acho que até 87. E foi ele que nos convidou a montar o programa de Saúde Mental em Osasco, que eu acho que foi de uma certa relevância para os desdobramentos que houveram, políticos, depois desse período.

O movimento... nós tínhamos, eu tinha trabalhado na França no período de 1975 a 1978 e eu tinha tido muito contato com o trabalho... eu estava na França e fiz o Doutorado na Área de Psiquiatria Social, mas eu tinha um contato muito estreito com o trabalho que se desenvolvia em Trieste, na Itália, a Experiência do Franco Basaglia, então, eu até estive lá por duas vezes, por períodos um mais curto e outro mais longo; e acompanhei muito de perto, criamos um vínculo e até mesmo uma amizade. E tudo isso foi gerando, em função da experiência que havia tido aqui como psiquiatra em hospitais particulares e também da rede pública como, por exemplo, o Juqueri, na época.

Então, a partir daí, foram se desenvolvendo uma série de concepções, de críticas ao sistema vigente e ao mesmo tempo, com todo o processo que se desenvolvia no campo da política e também no campo sobretudo da saúde mental, havia... Começou a haver, então, uma série de grupos, de organizações, de movimentos e nós, junto com o Gabriel Figueiredo, Pedro Mascarenhas, o Pedro Gabriel Godinho Delgado - Pedro Delgado, que é o atual, vamos colocar, é o Ministro da Saúde Mental, porque ele é Coordenador de Saúde Mental do país, e o Antônio Simone, em Belo Horizonte. Então, nós tínhamos um movimento organizado, que foi se organizando e que acabou se desenvolvendo uma série de debates, inclusive o Basaglia esteve aqui em 79, depois em 80; organizamos congressos, um deles importante em Belo Horizonte, onde todo o trabalho de uma

⁵ Entrevista 4: Darcy Antônio Portolese – 01/06/2006 – 11:00h - Rua Capote Valente, 494

reformulação do modelo assistencial, da época, em psiquiatria começou a ser questionado e começou a ganhar um debate, em nível, inclusive, nacional, a respeito da necessidade das transformações que passaram ocorrer no momento posterior.

Então, isso eu diria que foi o carro chefe do trabalho e em seguida, e naquela época, eu participei da coordenação de um grupo, junto com outros colegas a Isabel Vilutis, o Gabriel nessa época era o Secretário de Saúde e também, o Antônio José e o Aníbal Rodrigues. Nós desenvolvemos um projeto no Município de Osasco, que era um projeto piloto num certo sentido, que até o pessoal brincava que ia ser a Trieste brasileira, e nós realmente, dentro do campo que nós tínhamos, nós fizemos um trabalho, naquela época o município tinha mais de 600 mil habitantes. No município, nós dividimos o município em oito regiões, cada região tinha uma Unidade de Medicina Preventiva, onde tinha um clínico, um obstetra, um pediatra e passou a ter também um psiquiatra e uma psicóloga. E o objetivo era que cada região tivesse um atendimento específico nessa área e as pessoas iam ser atendidas nas suas regiões de origem; além de uma casa, que era mais ou menos o ponto de coordenação do município, havia o projeto para nós construirmos um hospital modelo, que não era um hospital clássico, mas que as pessoas ficariam quando precisassem ser internadas por um período relativamente curto, elas voltariam para o trabalho nas suas unidades de referência, das regiões de onde elas vinham e também, criamos um atendimento dentro do Pronto-Socorro Central para que os atendimentos fossem direcionados para as unidades respectivas.

Esse hospital psiquiátrico com tudo o que nós já tínhamos a verba, o projeto, o terreno e etc, passou por uma série de ingerências políticas e acabou não se concretizando a construção dele. Mas esse projeto ganhou muito relevo, tanto é que, por exemplo, regiões extensas, por exemplo, como o Jardim Santo Antônio, em Osasco, que tinha dez mil habitantes, um bairro; acabou formando uma Sociedade Amigos de Bairro em função do trabalho que nós desenvolvíamos; e também um outro bairro desenvolveu.

De forma que o povo começou a se organizar e havia, por exemplo, um outro elemento que nós criamos foi os Agentes de Saúde, onde eram pessoas dessas regiões que levavam os problemas da comunidade para Equipe de Coordenação; e eram elaborados e da Equipe de Coordenação voltavam para os bairros de referência; de forma que havia, assim, toda uma orquestra que funcionava de uma maneira harmônica.

Então, foi um trabalho muito extenso, muito significativo que deu margem, inclusive, a ser discutido em vários Estados do país e junto também, com movimentos que vinham de outros Estados, por exemplo, Minas Gerais, havia uma liderança de um movimento importante, que o Simone era um dos Coordenadores e que talvez fosse interessante ser ouvido ele trabalha em Belo Horizonte... O Pedro Gabriel, no Rio de Janeiro, ele passou

a dirigir o hospital da Colônia Juliano Moreira; o trabalho de Juiz de Fora que era feito em Barbacena e aqui, também, no Juqueri. Hoje, quer dizer, você está, nós estamos conversando em 2006 quando o Juqueri está praticamente fechado.

Então, nesse período de 78 até aqui, você imagina, todas as transformações, desativações, a briga política, o fato Pedro Gabriel ter assumido a assessoria dessa Coordenadoria de Saúde Mental do país, você veja que houve uma grande mudança estrutural que gera, inclusive, hoje, uma série de conflitos entre as áreas ainda conservadoras e com as novas alternativas e propostas de atendimento como, por exemplo, o Projeto que hoje existe no Ministério da Saúde, onde o indivíduo que ficou manicomializado, que ficou internado durante quase toda uma vida está sendo retirado do manicômio e está tendo uma infra-estrutura, por exemplo, onde ele recebe um soldo mensal para poder ajudá-lo nos custos e conseqüências do fato dele se desospitalizar.

Então, é toda uma nova rede que precisa ser constituída, construída, para poder servir como base a uma alternativa que, no meu ponto de vista, ela representa um ganho do ponto de vista humano e científico.

Quanto a questão do modelo em saúde mental para a rede pública eu tenho impressão que as coisas que eu falei anteriormente já dá, mais ou menos uma idéia, porque no meu entendimento havia e ainda há, mas já com uma perspectiva de uma nova concepção, de entendimento da saúde mental; havia sempre uma marginalização da pessoa, enquanto pessoa, enquanto mercado de trabalho, enquanto... de forma que se havia necessidade de uma.... assim como por exemplo, nas escolas hoje se discute a questão da inclusão do deficiente mental nos programas de.... na rede pública ou nas escolas normais, vamos chamar assim.

Como havia essa questão da marginalização, havia não, há; mas era muito mais acentuado, então, o nosso trabalho visava... era necessário que além do trabalho metodológico, científico sobre as doenças e assim por diante; elas fossem continuadas, mas inseridos num contexto que levasse em consideração o projeto, também, de uma reintegração, ou da concepção da formação de rede de atendimento, de atenção, inclusive uma questão ligada a própria saúde pública, ao próprio trabalho nas medidas de cada um; para que houvesse, então, uma ampla rede, vamos dizer, uma postura que cuidasse da parte de marginalização e da parte, então, de uma reintegração através do tratamento e de uma ressocialização; e os instrumentos e equipamentos que eram necessários implementar para que isso ocorresse.

Que hoje em 2006, está ocorrendo. Então, por exemplo, você não pode tirar uma pessoa dentro do asilo que ele está morando a vida inteira sem que ele possa ter um lugar para morar, um salário para viver; então, os equipamentos que o Ministério da Saúde está procurando implementar para que as pessoas possam além dos

tratamentos, ser reintegradas de uma maneira que seja, enfim, que contemple um pouco da dignidade humana das pessoas.

Porque no fundo, existia a grande questão da época era até que ponto a psiquiatria tratava, mas do outro lado também, ela carimbava uma espécie de atestado para que as pessoas... que dava uma validade para que o sistema discriminador, então, pobre ia para o manicômio e quem tinha dinheiro podia fazer um tratamento, podia fazer uma análise e assim por diante.

Então, nesse sentido, eu acho que eu já vou entrar...

E houve, então, ainda na pergunta número quatro, houve assim.... aqui como você vê ou viu esse período? Ele foi assim, de uma grande efervescência e acho também de uma grande riqueza, em função de tudo que ele implicou.

Primeiro, que nós estávamos ainda num período, enfrentando uma ditadura militar, nós tínhamos ainda as consequências desse longo período de isolamento de participação popular, tínhamos, também, uma certa alienação na forma de pensar a respeito de como a psiquiatria se inseria – não é só a psiquiatria, mesmo certas psicoterapias - se inseriam num contexto que pudesse se integrar para realmente ajudar uma pessoa e não exercer um papel ideológico indireto.

Então, esse período foi efervescente, ele foi muito rico e daí, se derivaram, assim, consequências muito profundas.

Então, as políticas de saúde que eram hospitalocêntricas, elas passaram a ser, também, dirigidas para o Ambulatório; ao invés de ir para o hospital as pessoas eram tratadas no ambulatório e procuravam, por exemplo, como nós fizemos em Osasco, criar sistemas e equipamentos para que as pessoas pudessem, dentro da própria comunidade, encontrarem recursos e instrumentos para que elas pudessem viver e serem respeitadas e terem direitos até mesmo de ter uma divergência, no sentido de ter uma situação mental que não fosse assim chamada a normalização para o trabalho e a produtividade.

Então, eu acho que foi um período muito rico, que desdobrou-se em vários movimentos e situações que tentaram humanizar o tratamento tanto para situações, vamos colocar, de atenção secundária e terciária os que já estavam internados e os que viriam, mas também na atenção primária no sentido de fazer uma, não propriamente uma prevenção, mas de dar um atendimento que fosse mais compatível em manter a dignidade das pessoas.

Então, por exemplo, eu estou me lembrando agora, que uma coisa muito significativa, para ter uma idéia da extensão do problema é que naquela época, por exemplo, havia uma fábrica numa cidade do Rio de Janeiro, que no momento eu não estou lembrado o nome... Mas é interessante, porque a cidade vivia em função dessa

fábrica, quando fechou a fábrica o que aconteceu é que as pessoas atendidas... precisou abrir mais um ou dois Ambulatórios de Saúde Mental tal o número de pessoas que precisavam ser atendidas em função do alto nível de desemprego que houve na cidade. Então, nessa circunstância você vê o nível de questões que foram levantadas, onde havia um desdobramento, também, para a área do emprego, do desemprego, da política, da função do papel do doente mental e do psiquiatra em relação, vamos chamar, a politização dos conflitos.

Então, eu acho que essas questões ganharam uma nova dimensão, ganharam uma nova visão e a partir daí, ganharam também em grandes conflitos com as áreas conservadoras; porque durante uma época os hospitais psiquiátricos e os manicômios, eles eram áreas lucrativas, embora independente desse aspecto do lucro propriamente dito, havia a questão fundamental que era a questão da política em como o conflito ou doença mental era vista. Se não houvesse equipamentos que ajudassem a pessoa a se recuperar, então, nesse caso o que acontece? A pessoa que já tinha uma pré-disposição, ela era praticamente condenada a ir agravando seus conflitos e não tinha alternativas para poder justamente, poder estancar ou melhorar ou poder ter um padecimento mental de uma maneira, vamos colocar, que fosse mais atendida e mais dignificada.

Aqui, a questão números seis sobre o que foi desdobrado... eu acho que já falei sobre isso. As políticas de saúde mental foram se modificando, elas foram ganhando uma nova dimensão, na medida inclusive que o conflito passou a ser levado para a comunidade, aí o debate ganha uma nova dimensão. E sobretudo, para você ter uma idéia, em 1978, quando eu trabalhava no Hospital do Servidor Público como psiquiatra, eu me lembro que nós fomos fazer um trabalho ligado a questão justamente.... Não havia no plano de saúde.... no Plano Nacional de Saúde, não havia menção a Psiquiatria; então, você não tinha nem mesmo uma legitimidade e mesmo um compromisso que fosse alicerçado que fossem direitos do cidadão em relação à doença mental.

Quando, então, por exemplo, para você ter uma idéia, você olha hoje o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde é uma outra dimensão, é uma outra proposta que vai se desenvolvendo, que vai se ampliando, que chega a ponto, mesmo, hoje de você não só... e as próprias Leis, os próprios Planos, eles são altamente exigentes no sentido de um respeito ao doente mental, eu não gosto de chamar doente mental, mas das pessoas que padecem de angústias, conflitos nos seus diferentes níveis e que isso possa ser olhado de uma maneira que isso possa, vamos dizer, contemplar a pessoa, que ela seja respeitada na sua própria doença.

Olha, na pergunta número sete dos movimentos organizados em saúde mental, eu acho que eles foram múltiplos, desde os trabalhos que eram feitos nos Ambulatórios, aqui é necessário mencionar que paralelo... na década de 70, também, foi construída uma experiência que foi muito significativa que foi a Comunidade Enfance, onde através do trabalho com as crianças e adolescentes foram criadas novas tentativas e novos projetos para que as pessoas pudessem ter uma nova resposta aos conflitos emocionais.

E as pessoas aqui que são representantes dessa época são, por exemplo, o Di Loreto, o próprio Gabriel - que eu vou depois te dar o telefone - que na época era o Secretário de Saúde Mental, desculpa, o Secretário de Saúde de Osasco, e inúmeras outras pessoas que foram importantes, algumas das quais você mesma já disse que já entrevistou.

Eu vou te dar por escrito os nomes que no momento me ocorrem que seriam interessantes, por exemplo de Osasco, o papel do Gabriel Figueiredo, o papel da Isabel Vilutis, do Antônio José de Almeida, do Aníbal Rodrigues e o Antônio Simone, em Belo Horizonte, o Pedro Gabriel, que já está lá em Brasília como Assessor da Organização de Saúde Mental, a Ana Pitta você já entrevistou, teria também uma pessoa interessante o Uraci Ramos, que ele foi Diretor do Hospital Butantã, que na época tinha um papel importante. São nomes que me ocorrem no momento, tem a Carla que é uma pessoa que trabalha hoje em Osasco, através de uma ONG, com a questão da inclusão de deficientes nos diferentes níveis.

Agora, uma pessoa que seria importantíssimo também, ser entrevistado também é o Di Loreto; porque nós trabalhamos juntos hoje num projeto, que eu sou o Supervisor Clínico e ele é o Supervisor Institucional no Projeto Pixote, lá na UNIFESP."

4.5. A TRANSFORMAÇÃO DA RELAÇÃO COM A LOUCURA: UMA EXPERIÊNCIA POSSÍVEL

O contexto social, cultural e político do Brasil, no final da década de 70 e início da década de 80, de grande efervescência da construção da democracia, das políticas públicas e principalmente da participação popular, propiciou a formação de diversos movimentos sociais organizados.

No campo da saúde mental, no Estado de São Paulo, havia um conjunto de movimentos que buscavam a modificação da assistência em saúde mental e que produziam discussões, debates e conferências entre os trabalhadores de saúde mental, além de promover a vinda de atores sociais de relevo internacional, como Franco Basaglia. Que fez uma série de conferências, além de visitar serviços de saúde mental e de participar de discussões em sindicatos de trabalhadores de saúde. No que se refere às conferências o Instituto Sedes Sapiente teve papel centralizador, mas também promoveu debates e discussões.

Nas conferências de Franco Basaglia ele contava sobre a experiência de Trieste, na Itália, de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e convidava aos ouvintes que fossem até a cidade conhecer o trabalho e os serviços.

Muitos trabalhadores foram para Trieste, principalmente terapeutas ocupacionais, que ao retornarem desenvolveram palestras e discussões sobre o trabalho lá desenvolvido. Esses profissionais se articularam com um outro movimento que estava iniciando debates sobre a questão da saúde mental e o trabalho nesse campo, gerando o movimento de trabalhadores de saúde mental.

O movimento de trabalhadores de saúde mental fortifica-se a partir da entrada de trabalhadores em hospitais psiquiátricos como o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana e Hospital Psiquiátrico Pinel. A articulação dos conjuntos de grupos de trabalhadores constitui a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo.

Nesse mesmo período, outros grupos com ligações partidárias estavam se organizando para a discussão do governo, que teria as primeiras eleições diretas, criando debates, projetos e propostas para a assistência em saúde mental.

Após a eleição direta do Governo de Franco Montoro, em 1983, membros do Grupo de Trabalho em Saúde Mental assumem cargos na Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e começa, então a implantação de uma nova política de saúde mental pautada na Psiquiatria Preventivo-Comunitária, esta foi a primeira política pública organizada, sustentada e implementada efetivamente, que priorizava a abertura de serviços como Ambulatórios de Saúde Mental com a intenção de haver redução no número de internações

psiquiátricas. Assim, foi a primeira política pública voltada para a transformação do modelo assistencial de saúde mental e de transformação institucional.

A implementação efetiva dessa política de saúde mental exigiu a abertura de novos serviços, Ambulatórios de Saúde Mental, e a primeira grande contratação de profissionais para o setor público, como assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

O contexto sócio-político é de efervescência muito maior, pois os primeiros governos eleitos por eleições democráticas estavam sendo implementados que se somaram à construção de movimento político das “Diretas-já”. Havia um projeto coletivo para a construção de um novo país e da democracia com diferentes lutas sociais, atravessando diversos espaços e lugares institucionais.

As discussões e debates entre os trabalhadores de saúde mental tinham dois eixos principais, um formado por atores baseados na experiência de Trieste e outro pelos trabalhadores das equipes de saúde mental que compunham e executavam a política da Secretaria de Estado da Saúde. De um lado estavam reflexões sobre a implementação de equipes mínimas de saúde mental nos Centros de Saúde e sobre a nova forma de cuidar das pessoas com transtornos mentais nos ambulatórios, isto porque, essas práticas encontraram seus limites gerando novas exigências e reflexões no sentido de que o atendimento prestado deve ultrapassar os procedimentos e de que deve ser pensando o conjunto de necessidades das pessoas. De outro lado, estava a reflexão sobre os projetos de transformação institucional e a transformação do cotidiano dos hospitais psiquiátricos no sentido de transformar o processo de institucionalização e buscar formas de superação dessa instituição, que também encontra seus limites à medida que esses projetos e processos crescem.

Esses foram os eixos centrais das discussões e articulações da Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, que considerava necessário a produção de uma ruptura no sentido de psiquiátrico como determinada forma de relação com a loucura e não só a produção de política de saúde mental como aprofundar a reflexão sobre o significado de paradigma psiquiátrico e de significado do hospital nova forma de organização da assistência.

As discussões eram norteadas pelo princípio ético da cidadania do louco, considerando que o louco é, antes de tudo um sujeito sem direitos e excluído e que, dessa forma, qualquer proposta que negasse a cidadania ao louco sempre encontraria seus limites.

Estava em construção a ruptura paradigmática, epistemológica e cultural em que o manicômio era considerado uma instituição emblemática de todos os processos de exclusão e que buscava formas de criação de uma sociedade que prescindisse de espaços de exclusão por meio da transformação das formas de se relacionar com a loucura.

Congregando essas discussões, reflexões e transformações o II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987 na cidade de Bauru, teve como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e gerou a criação do Movimento Por Uma Sociedade Sem Manicômios, que ficou mais conhecido como o Movimento da Luta Antimanicomial, em que o necessário para a construção da política de saúde mental era a transformação da forma de se relacionar com a loucura.

Esses dois projetos de articulação de saúde mental, em que de um lado estava a crítica ao modelo hospitalocêntrico e de outro o entendimento do manicômio como determinada forma de relação com a loucura que precisava ser transformada se encontraram, confrontaram, dialogaram, discordaram e colocaram suas proximidades e diferenças na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). A VIII CNS foi o ponto de partida para toda a construção da política pública da saúde no sentido de uma política de estado.

Como expressão de uma nova forma e de uma nova proposição de lidar com a loucura, foi inaugurado o CAPS, que ficou conhecido como CAPS Itapeva, sendo um projeto experimental baseado em experiências internacionais.

As articulações dos movimentos sociais, culturais e políticos têm como maior expressão a Constituição Federal de 1988, baseado em um Estado Democrático de Direito, que possibilitou a construção de novas práticas, de novo arcabouço jurídico e da nova política de saúde mental, apoderando de forma diferente os municípios e cidadãos.

Dentro dessa nova possibilidade trazida pela Constituição Federal de 1988, no município de Santos foi implementada a primeira política pública municipal de saúde mental no sentido da desinstitucionalização, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, conhecida como a Experiência de Santos.

A Experiência de Santos, como política pública, visou à transformação da relação com a loucura e a desconstrução do hospital psiquiátrico, no sentido de desmontar o conjunto de saberes e práticas e códigos de referência cultural expressos no manicômio, recomplexificando e pensando a pessoa com transtornos mentais em um contexto social e buscando novas formas para que ela pudesse participar das trocas sociais. Para tanto, construiu uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico entendendo a instituição não como solução, mas sim como recurso.

Essa rede de serviços rompeu com a discussão de níveis primário, secundário e terciário e trabalhou com a concepção de serviços territoriais e não especializados, pensando numa concepção de rede forte para poder fazer frente ao manicômio.

Com a emergência no cenário das novas experiências e políticas de saúde mental novos atores sociais congregaram os movimentos sociais organizados em saúde mental, os próprios usuários de serviços de saúde mental e seus familiares. Ampliando as discussões sobre as formas de pensar e fazer política e possibilitando a presença de diferentes linguagens, atores múltiplos e exigências distintas.

“Poder pensar de que o louco visto como não cidadão era uma proposta que encontraria sempre os seus limites”⁶

“Fernanda Nicácio, sexo feminino, formação é formação completa? Sou Terapeuta Ocupacional formada pela USP em 79, fiz um Curso de Especialização em Saúde Mental em Saúde Pública em 80, na Faculdade de Saúde Pública. Conclui o Mestrado em 94, no Programa de Ciências Sociais da PUC - São Paulo e conclui o Doutorado em 2003, no Departamento de Medicina Preventiva e Social, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UNICAMP. Não faz parte dessa, digamos formação mais formalizada do ponto de vista acadêmico, mas incluo porque considero que foi uma formação fundamental na minha vida, que eu fiquei no estágio em Trieste, durante o ano de 1980 – 81 e pude retornar lá de forma continuada.

Tempo de trabalho na Saúde Mental, trabalho desde 80, porque me formei em 79; atualmente eu sou docente.

Eu tinha te perguntado antes sobre esse período, porque eu achei tão grande, que eu falei gente eu vou ter que dividir isso.

Então, olha, em 79, eu era estudante, eu estava no último ano da graduação e já tinha um interesse importante por saúde mental, porque era uma questão que já estava colocada a partir da minha história e eu fazia estágio em saúde mental, na época tinham diversos terapeutas ocupacionais que estavam buscando uma outra forma de pensar a questão da loucura e o próprio exercício da Terapia Ocupacional, na perspectiva da Terapia Ocupacional Psicodinâmica, então eu estava fazendo estágio. 79 foi o ano da vinda do Basaglia para o Brasil e eu tive a oportunidade e o prazer de assistir as conferências do Basaglia em São Paulo e isso foi um marco bastante significativo, porque já existia, em São Paulo, que foi até a própria produção da vinda dele, um conjunto de movimentos, mas que eu não posso dizer que eu participasse de uma forma regular, mas quer dizer, eram discussões que eram importantes na minha formação. Teve um movimento/Frente de defesa dos direitos dos pacientes, que naquele momento a terminologia ainda não era usuários, tinham alguns trabalhos que eram trabalhos muito significativos, que era o trabalho do Enfance, o trabalho do Instituto de Psiquiatria Social em Diadema, por exemplo.

Então, quer dizer, esses trabalhos eram de referência naquele momento, e, também, as pessoas/instituições que estavam construindo a vinda do Basaglia para o Brasil, nas conferências de São Paulo. Então, eu não participava como integrante, mas esse processo foi muito importante na minha formação.

Essas conferências, elas foram realizadas exatamente aonde?

Elas foram realizadas em São Paulo, no Rio de Janeiro, em Minas Gerais...

Em que local?

⁶ Entrevista 5 – Fernanda Nicácio – 10/07/2006 – 16:24h – Centro de Docência e Pesquisa do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da USP

Em São Paulo, elas foram realizadas no Instituto SEDES Sapiente e em alguns sindicatos e serviços, agora, essa relação você tem completa no livro do Basaglia, porque tem os locais em que foram realizadas e tem também um artigo, meu, da Denise Barros e do Paulo Amarante, que é um pouco a trajetória do pensamento ou pelo menos da perspectiva da desinstitucionalização e da tradição basagliana no Brasil que tem de uma forma mais precisa, um artigo que está no Archivos, então, acho que lá você tem informações.

O SEDES Sapiente foi um lugar que centralizou, mas ele fez diversas conferências, ele foi visitar serviços, ele participou de discussões nos sindicatos, então tiveram diversos momentos.

Bem, aí em 80, atendendo inclusive ao próprio convite feito pelo Basaglia para todas as pessoas, era um convite que ele fazia aberto com a célebre expressão do Basaglia quando a gente perguntava 'como é possível viver sem manicômio?' o Basaglia respondia 'Venite a vedere', quer dizer venham ver, que era, digamos, uma expressão daquilo que era central no pensamento basagliano que é a questão da prática.

Então, de 80 a 81, eu estive em Trieste. Quando eu retornei, estava um grupo de pessoas, outras terapeutas ocupacionais e nós desenvolvemos durante o período de 81-82, um processo de realizar um conjunto de conferências, de palestras sobre o trabalho de Trieste. E a partir disso inclusive, a gente foi se inserindo e se articulando com as pessoas que naquele momento estavam fazendo toda a discussão da questão da saúde mental, da questão dos trabalhadores de saúde mental.

Em 79, teve um encontro, em São Paulo, dos trabalhadores de saúde mental, no próprio SEDES. Então, eu fui me aproximando mais e me inserindo e também depois foi um momento muito importante, porque iniciaram todas as discussões em relação ao programa de governo de 82, que era um momento importante que eram as primeiras eleições diretas, então, diversos grupos começaram a se organizar para discutir a questão do governo, eu não participava desses grupos, eram grupos ligados partidariamente e eu tinha uma outra escolha partidária, mas enfim, era um momento de muita efervescência.

Tem uma série, digamos, de eventos que são bastante marcantes desse período, que é isso que eu estava colocando, por exemplo, a criação da Rede de Alternativas à Psiquiatria no Brasil, que é um movimento importante.

Bem, então, nessa época, tinham vários grupos se articulando e a partir de 81, eu comecei a trabalhar no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e era um momento que vários grupos começaram a trabalhar dentro de hospitais psiquiátricos, então, no Estado de São Paulo, teve um grupo no Juqueri, no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana, no Pinel, etc...; isso começou a produzir um conjunto de discussões, nesse contexto de efervescência que eu estava falando antes, a gente começa a se aproximar e eu não sei naquele momento qual era o nome preciso, eu posso ver isso para você porque tem tantos nomes que vão mudando, mas 81/82 eu não tenho certeza se o nome já era Trabalhadores de Saúde Mental. Mas começam a se articular grupos e pessoas que vão constituir a chamada Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo que desenvolveu um processo muito importante, principalmente em

85/86, que vai discutir, aliado a grupos do Rio de Janeiro, de Minas Gerais, e de outros Estados, uma nova concepção do que seria a construção da política pública em saúde mental.

Com a assunção do governo do Estado, em 82 com a eleição, iniciando em 83 o governo, começa a implantação, em São Paulo, de uma nova política de saúde mental, que era uma política pautada na psiquiatria preventiva- comunitária, uma perspectiva diferente com a qual eu já trabalhava naquele momento e trabalho até hoje. Essa política foi bastante importante, era a primeira política pública organizada, sustentada e implementada efetivamente. Então, isso teve um impacto muito importante no Estado de São Paulo, a política priorizava os ambulatorios, na concepção de que abrir serviços externos reduziria as internações psiquiátricas; existiram, também, trabalhos em alguns hospitais, inclusive o trabalho no Juqueri e, aqueles outros grupos que eu estava falando, começou a ter uma repercussão muito importante do que a gente denominava, naquele momento, de projetos de transformação institucional.

A própria implementação da política exigiu a abertura de novos serviços e a primeira grande contratação, no setor público, de profissionais e também de terapeutas ocupacionais. Então, isso somado à efervescência que vinha daqueles momentos anteriores, a uma efervescência maior, do contexto sócio-político do que significava a implementação do primeiro governo de eleições democráticas após os anos da ditadura, somado a um momento político muito, eu acho que, particular, do Brasil que foi a construção do movimento pelas 'diretas já'; então, isso trazia uma efervescência nos movimentos, falo isso porque eu acho que quem não viveu aquele período, tenha, talvez, uma dificuldade de imaginar o que é um momento de muita efervescência social e política. E quando a gente pontua essa importância do contexto social, cultural, político, quer dizer, era de fato um momento onde existiam projetos coletivos e diferentes lutas, que podem ser chamados de lutas setoriais, mas tinha um projeto coletivo de construção de um novo país, de construção democrática e isso atravessava os diversos espaços e os diversos lugares institucionais.

É também nesse momento, - aqueles movimentos sociais, que o Sader vai chamar de "novos personagens", que começaram a se organizar no final dos anos 70; os novos personagens em cena, então, os movimentos populares, o sindicalismo, o novo sindicalismo, vinha nessa construção - era uma riqueza muito interessante esse processo e também o que acontecia na saúde mental.

Na saúde mental, nesse momento, de um lado, teve a presença da perspectiva da desinstitucionalização com diversos atores que tinham se formado a partir da experiência triestina e, de outro, a reflexão sobre as práticas que estavam sendo implementadas, pautadas nessa política, a partir de 82, e aquilo que estava sendo discutido, principalmente, era uma nova forma de cuidar das pessoas.

Ao mesmo tempo, o próprio processo dos ambulatorios faz emergir um conjunto de necessidades que estavam sendo pensadas, construídas como reflexão, você percebe a construção de uma reflexão a partir do próprio trabalho que colocava novas exigências.

Então, por exemplo, em alguns ambulatorios estava sendo desenvolvido o chamado Programa de Intensidade Máxima, os chamados PIMS, nos quais se observava que a necessidade de atendimento das pessoas graves exigia um outro tipo de atendimento que, digamos, na reflexão atual a gente poderia chamar de ultrapassar a centralidade do procedimento e poder pensar o conjunto de necessidades das pessoas.

Isso começou a colocar de uma forma muito evidente, por exemplo, o que significava os serviços que buscam atender pessoas graves, mas que estão em funcionamento apenas das 8:00 às 17:00. Começou a ficar bastante forte de que os serviços precisam elaborar estratégias para, na perspectiva da desinstitucionalização, ir ao encontro da demanda. Porque, embora fosse colocado como prioridade de atendimento os graves, de um lado essa demanda, não acessa simplesmente os serviços, precisa de estratégias que possibilitem essa relação e esse encontro do serviço com a demanda; e, de outro, muitas vezes, os profissionais passam a reproduzir aquilo que sabem fazer, o que se sabia mais fazer era cuidar dos chamados transtornos mentais leves e, também, pela própria questão que essa demanda acessa muito mais os serviços, dessa forma, embora o ambulatorio fosse planejado para atender os mais graves, muitas vezes acabava não atendendo.

As reflexões sobre as práticas que estavam acontecendo nos trabalhos dos ambulatorios, a discussão sobre o que era a implementação das Equipes Mínimas de Saúde Mental nos Centros de Saúde, nas Unidades Básicas e, ao lado disso, toda reflexão sobre os projetos de transformação institucional e o que estava se aprendendo de como é possível transformar o cotidiano dos hospitais - não no sentido de mantê-los, mas como que era possível transformar o próprio processo de institucionalização buscando a superação dessa instituição.

Agora, é claro que esse momento é fortemente marcado pela desinstitucionalização, também pelo aprendizado do conjunto das reformas psiquiátricas. Então, se por um lado a Reforma Psiquiátrica no cenário nacional é, digamos, tardia, em relação aos chamados grandes movimentos dos países europeus e mesmo dos Estados Unidos, por outro pôde aprender muito com todas as possibilidades, impossibilidades e análises desses processos.

E também, o limite que começou a se encontrar nos processos de transformação institucional, porque a transformação do hospital a partir de assumir, digamos, efetivamente o mandato terapêutico, coloca em discussão a própria superação e a própria saída do hospital. Então, é o próprio crescimento dos projetos que começa encontrar com seus limites.

Mas esse conjunto de articulações, de práticas e discussões vão constituir a organização da chamada Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, que eu acho que é um movimento muito importante dos anos 80 e até início dos anos 90. E junto com grupos de outros Estados começou a se pensar uma articulação nacional, onde foi colocado, pela primeira vez, no cenário nacional, "Por uma Sociedade sem Manicômios". Isso foi em 87, no encontro de Bauru, e é importante a gente comentar também que em 86 tinha tido o encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria na Argentina, vieram diversos participantes do movimento internacional da Rede, e depois alguns vieram, inclusive, para o Brasil e realizaram conferências, por exemplo, o Rotelli.

E isso tudo foi construindo, mas eu estou querendo marcar porque foi um diálogo com o processo que estava acontecendo, e com a reflexão sobre o processo que estava acontecendo.

Ao mesmo tempo, que a demarcação de uma nova proposição "Por uma Sociedade sem Manicômios" inicialmente era de um grupo pequeno de pessoas que opta, a partir desse conjunto de reflexões, e considera que era necessário produzir uma ruptura. Uma ruptura que significava não apenas imaginar a política de saúde mental com uma nova organização da assistência, mas de aprofundar a reflexão sobre o significado do paradigma psiquiátrico e do significado do manicômio, enquanto uma determinada forma de relação com a loucura.

Ao mesmo tempo, considerava-se que era fundamental: primeiro, digamos, a afirmação da questão ética, quer dizer, poder pensar que o louco visto como não cidadão era uma proposta que encontraria sempre os seus limites, e, como dizia Basaglia, o louco antes de tudo, e quando ele estava dizendo isso, não estava negando a loucura, ele antes de tudo é um sujeito sem direitos e um sujeito excluído.

Então, o princípio ético da cidadania do louco passa a ser um norteador fundamental e, ao mesmo tempo, repropõe a própria discussão no movimento, considerando que passa a ser a questão fundamental e passa a ser o divisor de águas, fundamental, de afirmar a cidadania das pessoas com transtornos mentais e, essa afirmação como base fundamental para "uma sociedade sem manicômios". Também é importante essa insígnia "Por uma Sociedade sem Manicômios", porque antes de tudo coloca uma indagação, antes de tudo coloca uma utopia, não coloca que tem a luz, 'olha se a gente reorganizar a rede assim dá certo' - não coloca, digamos, uma solução organizativa ou administrativa, mas antes de tudo uma utopia e uma possibilidade de articulação, desculpa, uma possibilidade de indagação sobre como é que nós vamos nos relacionar com a loucura, e, ao mesmo tempo, o manicômio como uma instituição emblemática de todos os processos de exclusão. Então, como que é possível construir uma organização social que prescindia de espaços de exclusão, essa é a indagação e a utopia fundamental.

Então, eu me percebo integrando mais o movimento a partir dos anos 80, em particular na construção da Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo e nessa articulação nacional que vai sendo produzida até que no Encontro dos Trabalhadores de Bauru é assumida essa, digamos, essa ruptura que é uma ruptura, e, também é uma ruptura epistemológica, uma ruptura cultural em relação à trajetória até então delineada dos processos da Reforma e das próprias bases do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, para a elaboração e construção desse novo movimento que é o Movimento Por Uma Sociedade sem Manicômios, que acabou sendo mais conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial.

Nós estamos em 87, neste mesmo ano teve um evento muito importante no final do ano que é a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que até não pude estar presente por problemas de saúde, mas é um momento muito importante. Na I Conferência ficam claros, digamos, essas formas de pensar a questão da política de saúde mental que é diferente pensar o modelo hospitalocêntrico, e considerar que o manicômio é uma determinada forma de relação com a loucura e é necessário transformar essa forma de relação com a loucura.

Na I Conferência esses dois projetos, enquanto articulação da saúde mental, se confrontam, dialogam, discordam, colocam as suas proximidades e as suas diferenças.

Nós temos que lembrar também que, nesse momento, continua toda articulação do movimento cultural, social e político. Em 88, nós vamos ter, uma expressão da maior relevância desse processo que é a Constituição de 88 e, no campo da saúde, toda a construção da Reforma Sanitária, da importância da VIII Conferência Nacional de Saúde, e toda a construção e formulação de fato da política pública da saúde. Então, é um momento de muita relevância.

A partir de 87 começou a ter a articulação nacional da Luta Antimanicomial, e então, foi desenhado, digamos, um novo momento desse processo, que é um momento muito rico, não tenho as datas precisas, mas se não me engano o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial é 91. Então, isso também encontrou ressonância, a afirmação dos direitos de cidadania encontrou ressonância muito importante nesse processo e naquele contexto.

A partir de 91 assumiu uma nova Equipe no Ministério da Saúde e começa a construção de uma nova política de saúde mental comprometida com esse processo.

Ao lado disso, para você vai ver que é muita coisa, que estava ocorrendo ao mesmo tempo, nós temos em 89, desculpe, em 87 a inauguração do CAPS Itapeva, como também a expressão de uma nova proposição e de uma nova forma de lidar com a loucura. Nós temos em 89, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que passa a ser um marco fundamental no processo tanto porque era, digamos, a assunção de uma política pública municipal, expressando, inclusive, esse novo momento, porque a Constituição de 88 vai colocar o poder e o lugar dos municípios de uma forma muito diferente, a responsabilidade do município em relação à vida dos cidadãos. E também, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, de superação dos manicômios.

Então, veja, quer dizer, é um momento onde você tem a efervescência do movimento social, de construção de novas práticas, de contexto sócio-cultural, de construção de novo arcabouço jurídico, da construção de uma nova política de saúde mental e também, lembrar da importância do evento, em 1990, da OPAS, com alguns representantes de algumas experiências internacionais importantes, a realização da Conferência de Caracas que enunciou pela primeira vez como organização de saúde, no caso, a Organização Panamericana de Saúde, a necessidade de superação do lugar central do hospital e da construção de novos sistemas de saúde mental, que naquele momento eram denominados sistemas locais de saúde, e diversos representantes brasileiros participaram da Conferência de Caracas.

Estou me referindo mais a São Paulo, porque eu pude viver mais, mas você tem movimentos e situações importantes nos outros estados, em particular, do que estive mais perto, em Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul.

Naquela época, eu vou me referir mais ao início dos anos 80, porque eu acho que já tinha, digamos assim, uma presença muito importante da formação da experiência triestina. E a experiência triestina trazia uma formação em diferentes campos, e a discussão sobre a psiquiatria preventiva-comunitária e os limites, digamos, de construir uma rede, naquele momento nem se chamava rede, mas de construir os serviços em torno ao manicômio, era um

debate que já tinha sido contemplado nas reflexões sobre as reformas psiquiátricas dos países da França, da Inglaterra e da experiência italiana.

Então, esse aprendizado já tinha propiciado para a própria reforma psiquiátrica italiana que também é posterior a das de outros países, a compreensão do significado do manicômio nesse processo. E a construção de serviços ao redor do manicômio, com as palavras do próprio Basaglia, vai ser sempre nas "costas do manicômio". E, assim, vai estar sempre emitindo mensagens de que é necessário, em algum momento, de alguma forma, um lugar de exclusão; vai estar sempre emitindo a mensagem de que é impossível compartilhar e, principalmente, ter a presença da pessoa com sofrimento psíquico na organização social.

Então, esse aprendizado da Reforma Italiana, partindo, inclusive das outras reformas que ocorreram nos países europeus, esse aprendizado passa a ser central para a Reforma Italiana, o debate ficou muito presente e que na formação da experiência triestina estava muito colocado.

Então, já naquele período eu não considerava que essa forma de pensar a organização da política pautada na Psiquiatria preventiva-comunitária pudesse ser eficaz se a gente tivesse de fato uma utopia de transformar a relação com a loucura e, sobretudo, de buscar pensar formas nas quais as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico pudessem participar das trocas sociais. Eu partia dessa perspectiva, e considerava, também, como aprendizado da experiência italiana que era necessário desconstruir o hospital psiquiátrico. E que a desconstrução do hospital psiquiátrico é um aprendizado fundamental, quer dizer, imaginar que a existência dos serviços possam, digamos, se sobrepor ao hospital quase como um processo natural, de uma certa forma revela uma certa ingenuidade, e, também, revela uma forma de pensar o hospital. Quer dizer, o hospital psiquiátrico continua existindo pelo lugar que ocupa na organização social.

Então, considerar que o hospital psiquiátrico não vai ser superado naturalmente, mas que era necessária a sua desconstrução para que nessa desconstrução, no sentido da compreensão da desconstrução como sendo sempre e ao mesmo tempo invenção, pudéssemos desmontar o conjunto de saberes e práticas e "códigos de referência cultural" que estão expressos no manicômio, numa expressão muito da leitura e da perspectiva da desinstitucionalização, e que nesse processo de transformação possa, digamos, recomplexificar esse objeto, compreendendo agora esse objeto como a pessoa com a experiência no seu contexto social. E reaprender, porque acho que, mesmo na atualidade, muitas vezes se esquece disso, considera-se as estruturas como soluções, mas na tradição basagliana, o Basaglia tem uma expressão muito interessante: "como é possível construir instituições a partir do estar com as pessoas em seu mover-se no mundo". Então, tem que ficar atento, porque as instituições são recursos para esse processo, não são a solução, como muitas vezes são compreendidas e isso também é uma expressão de como as instituições passam a ser naturalizadas e não compreendidas como recurso do processo.

Então, nesse momento, eu já considerava fundamental a desconstrução do manicômio, partir da desconstrução do manicômio e nesse sentido a experiência de Santos teve um significado fundamental, porque teve a oportunidade de realizar isso e considerava que

precisávamos pensar numa nova construção de rede, mas também numa nova forma de pensar as instituições e não apenas uma nova forma de produzir a rede na sua organização.

Bem, está um pouco relacionada com a discussão anterior. Acho que naquele momento, não era presente a expressão modelos de atenção que começa a ser mais presente essa expressão no final dos anos 80, quando essa expressão começa a estar mais presente no campo da saúde mental.

Naquele período, se expressou, digamos, um embate maior que, talvez, pela própria efervescência daquele momento, acho que em parte se perdeu uma riqueza da discussão que era sobre a discussão dos serviços 24 horas, denominado, hoje, CAPS III.

Então, eu acho que, naquele momento, a experiência de Santos propõe uma rede, que passa a ser uma rede muito inovadora frente às experiências até então realizadas. Em primeiro lugar, porque está rompendo com a discussão de primário, secundário e terciário; em segundo lugar porque está trabalhando como uma concepção de serviços territoriais e não de serviços especializados; em terceiro lugar, porque está considerando que essa rede tem que ser muito potente, muito forte, o que não significa ser auto-referente, mas que tem que ser muito forte, porque o manicômio é muito forte, é muito forte como recurso, como contratação de pessoas, como emissão de mensagens, como lugar que lhe é dado culturalmente.

E também coloca como sendo parte dessa rede, mas parte não quer dizer necessariamente numa perspectiva de voltado para dentro, mas um conjunto de outras proposições que dizem respeito a essa perspectiva de pensar em construir instituições no “mover-se das pessoas no mundo”, e por isso a discussão do trabalho, a discussão da moradia, da convivência, dos projetos de transformação cultural.

Então, a construção da experiência de Santos mostra uma nova rede em relação ao que vinha sendo produzido.

Em parte, acho que talvez por uma certa intensificação no debates, acho que foi tomado, em determinados momentos, muito uma discussão em relação a modelos ideais e aí tinha uma crítica, digamos, ‘mas esse modelo não serve para qualquer realidade, em qualquer contexto’; acho que isso fez perder um pouco uma riqueza da discussão do significado dos serviços 24 horas que é uma riqueza que até hoje não está contemplada, temos poucos serviços 24 horas no Brasil em relação ao conjunto dos CAPS. É uma riqueza que até hoje, na minha forma de compreensão, não está muito aprofundada a reflexão sobre o significado dos serviços 24 horas.

Não se trata de pensar um modelo ideal para diferentes locais, mas trata-se de pensar que se estamos querendo atender as pessoas em sua complexidade e durante todos os momentos de seu processo, temos que nos colocar a indagação de como que vamos lidar nas situações de crise e, por exemplo, nas situações que exigem atenção contínua 24 horas.

Então, eu acho que perdeu essa riqueza em termos do debate, porque não se trata de achar que todos os lugares têm que ter serviços 24 horas, mas trata-se sim de dizer que todas as realidades locais têm que pensar como é que vão dar conta da atenção contínua 24 horas. Se a opção não é ter um serviço 24 horas, explicitar qual é a opção; agora, a opção de internar no hospital psiquiátrico, aí, não dá, aí, complica.

Então, acho que essa foi uma discussão que naquele momento não foi processada em sua complexidade, em sua inteireza naquilo que considero que pode ser, se vamos pensar em substituir o hospital psiquiátrico, temos que pensar efetivamente como é que vamos produzir atenção contínua 24 horas; se vai ser serviços 24 horas, se vai ser por uma atenção contínua domiciliar, se vai ser por outras proposições que a gente possa inventar e criar e que são todas bem vindas, fundamental. Mas não que a rede possa, digamos, não pensar nessa questão, porque acho que os serviços 24 horas trazem uma riqueza importante nessa reflexão, porque de fato é romper com um dos fundamentos principais dessa construção do modelo asilar que é o isolamento.

Pensar que é possível estar, cuidar das pessoas em situações, mesmo as situações extremamente difíceis da crise, nos seus contextos de vida, mesmo que estejam momentaneamente distantes, em instituições abertas, em instituições produzidas e enraizadas no contexto local, acho que é uma riqueza muito importante dos serviços 24 horas, que rompe com a discussão do isolamento.

Acho que também, essa nova construção da rede, em Santos, mostrava uma questão, que acho que, muitas vezes, ainda tem um campo polêmico da discussão: se é da saúde, se não é da saúde. Quer dizer, primeiro que na perspectiva da desinstitucionalização, tem uma profunda discussão sobre o modelo clínico, uma profunda discussão sobre o modelo biomédico e uma nova forma de pensar a discussão da saúde.

Então, não se trata de trazer tudo para dentro da saúde, mas, ao contrário, de perceber que a saúde está articulada com todas as dimensões da vida. E claro, Rotelli expressa isso, que "saúde é produção de vida", que "produzir saúde é produção de vida", e, portanto, "existem mil saúdes", porque "existem mil possibilidades de estar no mundo", só que essas "mil possibilidades de estar no mundo têm que ser possíveis". Possíveis, e aí então, começa a pensar a questão da diversidade, da complexidade e, também, se estamos pensando que é fundamental que as pessoas com experiência do sofrimento psíquico, é fundamental cuidar de seu sofrimento, e que elas possam estar participando de suas trocas sociais, vamos ter aproximações sempre com a cidade, de como entrar na cidade, de como entrar nas trocas sociais; então, a discussão do trabalho, do morar, da convivência, da cultura; quer dizer, vamos estar sempre pensando em como é possível pensar instituições e estratégias, mas instituições e estratégias que possam ser recursos para as pessoas estarem no processo das trocas sociais. Acho que é uma outra forma da reflexão sobre o dentro e fora.

Então, acho que nesse "modelo" que foi experimentado na experiência de Santos, mas volto a dizer, não como um modelo ideal, mas como uma construção e como uma experimentação.

Agora, eu estava falando dos serviços 24 horas, quer dizer, posso não citar e te passar modelos ideais, mas acho que alguns eixos e acho que isto tem sido principalmente a busca de construção desses últimos anos, tem alguns eixos centrais para pensar a rede dos serviços. O que não significa que todos vão fazer da mesma forma, não se trata disso. Mas quais são os eixos norteadores centrais? Então, busquei na própria tese pensar esses eixos em termos do

serviço e tentar pensar, acho que tem também uma outra construção, que é pensar esses eixos em termos de rede; dei esse exemplo do serviço 24 horas, porque acho que é uma questão fundamental.

Outra discussão que surgiu naquele momento na experiência de Santos e que hoje começa a ser construída como política pública é a discussão do trabalho.

Então, não se trata de pensar que todo mundo vai ter que fazer da mesma forma, mas que a rede não pode prescindir de pensar a questão de como garantir o direito ao trabalho das pessoas com experiência de sofrimento psíquico e assim por diante.

Então, acho que pensando nesta questão dos eixos norteadores centrais sempre pautados na discussão do princípio ético, muito mais na discussão do princípio ético dos direitos do que uma técnica específica.

Acho que a gente vem construindo a discussão de ter eixos centrais para o conjunto das redes, e claro que para processar e para construir em diálogo e a partir das necessidades do contexto local, do contexto sócio-cultural.

Então, eu acho que em um determinado momento esse debate sobre os modelos se colocou de uma forma muito de contraposição, e nisso perdeu um pouco da sua riqueza e de outra discussão que eu também acho que é muito importante: 'o que estamos chamando de modelo?' Porque modelo não é só a forma como você organiza o serviço e a rede, mas entendendo o modelo como mais complexo, como uma determinada forma de pensar o problema das pessoas e de como lidar, porque os serviços são respostas a partir do que imagina e pensa o que é aquele problema.

Então, os modelos de atenção na linha do que vem sendo discutido, que começou a ser discutido nos anos 90, por autores da saúde coletiva, primeiro tentar pensar como traduz esse conjunto de diretrizes, como é que traduz na prática? Agora, acho que, nesse sentido, a formação da experiência italiana, foi muito importante, acho que não teve uma mudança da minha forma da compreensão em relação a essas questões, mas certamente tem sido um enriquecimento, tanto no próprio conteúdo, como na compreensão da complexidade que está colocada para a construção em diferentes realidades locais. Mas não tem exatamente uma mudança em termos de formas de pensar isso.

79-92, bom, é muito tempo não é? mais de uma década... assim... Olha, acho que foi um período muito importante, um período do qual inclusive eu tenho saudades, que eu estou ficando velha, então, eu tenho saudades desse período porque acho que o contexto social, contexto cultural, contexto político, era diferente de hoje. Era um contexto dessa construção dos anos 80, da discussão da construção da democracia, da construção das políticas públicas, da construção do significado das eleições diretas, da participação das pessoas, eu acho que o início das experiências locais, é um contexto muito singular, não que o de hoje não tenha a sua singularidade, não é isso, acho que tem também uma singularidade muito especial, que, talvez, mais 10 anos pode ser que eu também fique com saudades desse momento, mas acho que foi um momento de muita riqueza na construção de bases fundamentais das políticas públicas e em particular da política pública de saúde e da saúde mental. Acho que é um momento também muito rico porque acima de tudo, foi nesse período, na minha história marcada pela experiência

de Santos, que se demonstrou que era possível, é isso que eu acho que é diferente. Isso é uma marca desse período, uma herança importante: demonstrou que era possível, que é diferente de quando iniciou esse debate, tinha toda uma discussão: 'será que é possível, será que não é possível'; 'será que isso vai ser possível nos países em desenvolvimento?'; 'mas, e a questão da pobreza', 'mas, e a questão da miséria', 'é possível em países desenvolvidos, não é possível aqui, as famílias que rejeitam', quer dizer, tinha uma série de discussões que hoje, não que não se coloquem, mas não podem mais serem colocadas como obstáculo à construção de uma outra forma de se relacionar com a loucura.

Isso é, eu acho que esse período e, na minha história, a experiência de Santos, demonstrou que é possível. Você pode não fazer essa escolha, em termos de construção de política pública, em termos de construção de rede, em termos de forma de compreender a complexidade da problemática da loucura.

Mas não dá mais para dizer que não é possível, não dá mais para dizer que nesse país não é possível.

Acho que essa demonstração de que é possível a construção da utopia, que também é uma forma diferente da perspectiva basagliana de compreensão da utopia não como um ideal inalcançável, acho que isso foi uma marca da construção em particular das experiências práticas, na minha história a experiência de Santos e outras experiências, eu acho que construiu um novo patamar, um novo patamar de discussão, que é possível construir uma forma diferente, que é possível se relacionar, que é possível que as instituições sejam recursos nesses processos e não compreendidas como soluções ou como os lugares de "casinhas fechadas" onde as pessoas devam estar.

Olha, eu acho que se produziu muito, acho que a presença, primeiro da construção da política pública nacional de saúde mental, acho que tem uma singularidade, porque a construção da política tem se dado sempre a partir das experiências locais, essa é uma singularidade do processo que muitas vezes não é marcada e que eu acho fundamental ser marcada, quer dizer, tudo aquilo que vai se transformar também em normativa, vai se transformar em portaria, partiu de experimentação de experiências locais. Então acho que esse diálogo de experiências locais e suas invenções, e a construção da política pública nacional, com toda a complexidade do que é você construir uma política pública nacional em um país tão diverso como o Brasil, acho que tem sido um diálogo muito rico.

Foi assim com os NAPS e CAPS, foram experimentados em realidades locais e depois se transformaram nas normativas, foi assim com as moradias que já existiam, em particular em grande número na experiência de Campinas e depois se transformam em normativa. Acho que está sendo assim, hoje, com a discussão do trabalho, quer dizer você tem experiências locais e está se buscando construir uma política pública. Então, acho que isso é uma singularidade do processo.

E acho que foi e é um processo muito animado por um movimento social, temos diversas questões nesse momento, mas acho que foi e é um processo muito animado pelo movimento social, pelo Movimento da Luta Antimanicomial e acho que em particular nesse período teve a emergência do protagonismo dos usuários e familiares. Essa foi uma questão extremamente

nova desse período que colocou a discussão também em uma outra ótica, pensar que, em geral, nos movimentos não é tão presente a discussão das pessoas se colocarem com a sua história, porque no Movimento Antimanicomial elas não estão reivindicando exatamente uma casa, um salário, então, essa é uma singularidade que acho que tem muito ainda a ser explorada. As pessoas estão reivindicando, estão lutando para a sua existência, então é algo muito rico e muito interessante e acho que esse novo protagonismo trouxe também uma outra exigência em relação a como pensar sobre a política, de como as pessoas trazem o seu cotidiano, a sua história de vida, a sua trajetória e quando também começa a ficar presente também hoje em vários processos experiências tem sido potencializado, como trabalhar com diferentes linguagens, com atores múltiplos que têm exigências distintas.

Então, eu acho que essa é uma riqueza do Movimento Antimanicomial, uma riqueza de poder pensar que reúne pessoas para poder pensar como é que é possível de fato construir espaços para a diversidade, de fato construir espaços para a singularidade. Então, tem algo de muito poético, de muito artesanal, de uma construção muito artesanal que atravessa o tempo inteiro o Movimento Antimanicomial e também atravessa o tempo todo a construção da política pública de saúde mental.

Então, acho que trouxe uma riqueza e, nesse sentido, a Conferência de 2001 foi também um marco dessa participação, um marco da participação democrática, um marco da participação de usuários e familiares, um marco do conjunto de propostas e até poderia chamar de modelos em debate e em discussão.

Então, eu acho que trouxe uma riqueza, também, de pensar novas formas de fazer política. Acho que esse é um presente do Movimento Antimanicomial para o conjunto das discussões e das reflexões, pensando aqui claro, a política no seu sentido amplo, como forma de relação entre as pessoas e como pensar formas de conviver e de construir possibilidades de relações que possam contemplar as riquezas das pessoas, e também as suas fragilidades, mas também a sua razão, mas também a sua loucura.

Então, acho que isso é um presente mesmo, que a gente em parte construiu e em parte aprendeu com o movimento e com a construção da política pública.

Acho que no final dos anos 70 teve uma presença importante de grupos que vão se articulando, acho que teve uma importância desses grupos e de seus representantes.

Tem também uma importância muito significativa a Rede de Alternativas à Psiquiatria e, a partir de 1982, da construção da política estadual de São Paulo.

Nesse período, no cenário estadual, teve a articulação da Plenária dos Trabalhadores de Saúde Mental e, no nacional, o Encontro de Bauru – que é um marco significativo desse processo - a articulação nacional do movimento da luta antimanicomial, que aí tem um conjunto de representantes em diversos Estados.

Em 1989 iniciaram diversas experiências locais municipais orientadas pelas diretrizes da reforma psiquiátrica que tiveram uma importância fundamental no processo, e a experiência santista por tudo que já coloquei. Teve também a apresentação do projeto de lei Paulo Delgado que terá uma importância significativa em todo percurso e, a partir de 1991, teve início a

construção da política nacional de saúde mental e, dessa forma, tem um conjunto de representantes locais e um conjunto de representantes nacionais. E em 92 a II Conferência.

Então, eu acho que esses diversos processos foram dialogando, dialogando não significa necessariamente sempre consensual, mas com as diferentes proposições, que têm marcas, espaços e pessoas muito importantes nessa construção do momento atual."

4.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES CONSTRUÍDAS

O contexto sócio-político-cultural brasileiro no final da década de 1970, era o da ditadura militar marcado pelas lutas sociais em defesa dos direitos humanos, em busca da cidadania e da redemocratização do país. Contexto que propiciou a formação de diversos e distintos movimentos sociais e também os movimentos sociais organizados em saúde mental.

Os movimentos sociais organizados em saúde mental se originaram da congregação de idéias e ideais, concepções e experiências internacionais e dos trabalhadores de saúde mental descrentes da qualidade de suas práticas. Buscavam a mudança e a democratização da assistência prestada aos doentes mentais, centrada nos hospitais psiquiátricos e de parca regulamentação e legislação.

No Estado de São Paulo houve a aglutinação dos trabalhadores em reuniões, debates, discussões e palestras de representantes das experiências internacionais e assim a conseqüente formação de movimentos sociais que lutavam para a construção de uma política de saúde mental e a transformação da relação com a loucura.

É notório o fluxo migratório dos protagonistas dos movimentos sociais organizados em saúde mental para o campo da gestão de políticas públicas estaduais e municipais, para as universidades e para os níveis centrais de gestão pública.

Com relação à gestão de políticas públicas estaduais são exemplos os membros do Grupo de Trabalho em Saúde Mental que assumiram cargos na Secretaria de Estado de Saúde, em 1983, na Gestão do Governador Franco Montoro (1983-1987). Criando e implementando a primeira política pública de saúde mental voltada para a assistência de pessoas com transtornos mentais em equipamentos da rede extra-hospitalar, como os Centros de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental.

Apesar da cisão partidária entre esses membros do Grupo de Trabalho e os outros trabalhadores de saúde mental dos movimentos, as discussões, debates e a própria prática dos serviços de saúde mental criou novas questões e novos limites a serem superados e trouxeram para o eixo das discussões a necessidade de criação de um novo serviço.

Um novo serviço que pudesse prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais prescindindo da internação psiquiátrica e com uma complexidade maior que os ambulatórios.

Como produto dessas necessidades, debates, discussões foi criado, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial da rede pública do Brasil, no município de São Paulo, como projeto de uma nova forma de tratar, de cuidar e de pensar a clínica.

Com relação à gestão de políticas públicas municipais é exemplo a Experiência de Santos, em 1989, que foi a primeira política pública municipal que implantou uma rede de

serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico sob os pressupostos da desinstitucionalização italiana.

Outras experiências em outros municípios também foram desenvolvidas no sentido de transformar o modelo assistencial, sempre formuladas por protagonistas dos movimentos sociais, como Campinas e Santo André.

No plano legislativo as propostas formuladas e defendidas pelos protagonistas dos movimentos sociais organizados em saúde mental de São Paulo, ganharam o cenário político nacional primeiramente como exemplos e posteriormente como leis e portarias ministeriais a serem cumpridas e implementadas, como as Portarias nº 189/91, 224/92 e 336/02 que regulamentaram os procedimentos em saúde mental e o financiamento dos procedimentos tipo CAPS; a Portaria nº 106/01 que regulamentou e normatizou os Serviços Residenciais Terapêuticos. A principal lei da política de saúde mental brasileira é a Lei nº 10.216/01, que prevê a reorientação da assistência em saúde mental, com a superação progressiva dos hospitais psiquiátricos e a implementação de uma rede de serviços públicos territorializados capazes de atender as pessoas com experiência do sofrimento psíquico na comunidade, prescindindo da internação psiquiátrica.

No plano operacional, atualmente, existem 850 (oitocentos e cinquenta) CAPS em todo o Brasil, após 19 anos da criação do primeiro. Nos municípios de Campinas e Santo André, por exemplo, existe uma rede de CAPS/NAPS e de Serviços Residenciais Terapêuticos, que possibilitaram o fechamento dos hospitais psiquiátricos das regiões mencionadas.

O processo de reforma psiquiátrica, produto e produtor, dos movimentos sociais organizados em saúde mental no Estado de São Paulo derrubou a herança higienista e profilática que condenava a existência das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico a uma vida de minoridade social e tutela jurídica.

Os protagonistas dos movimentos sociais organizados em saúde mental entrevistados no estudo responsáveis pela produção e implementação da política nacional de saúde mental, atualmente desenvolvem papéis relacionados às proposições fundamentais da Reforma Psiquiátrica, presentes no nível central de gestão pública, na universidade, na supervisão de serviços e na prática dos serviços.

Atualmente, nos planos operacionais, legislativos e criativos se colocam ainda muitos desafios. A efetiva implementação da política nacional de saúde mental, resultado dos movimentos sociais organizados no período de 1979-1992, está na luta diária de todos para os trabalhadores, usuários e familiares, gestores, capacitadores da saúde mental.

Diante dos desafios deste novo cenário, fica evidente a necessidade da persistência da atitude crítica, construtiva e criativa, marcas indelévels e inalienáveis dos movimentos organizados em saúde mental de São Paulo.

“Os movimentos sociais acontecem de uma certa maneira, criam certos efeitos, congelam-se em certas formas e depois que estão congelados o movimento continua criando outras formas; existe uma necessidade constante de criação de outros campos institucionais, de outras maneiras de traduzir os movimentos sociais”.

(Sueley Rolnick)

5. Referências Bibliográficas

1. Mângia EF. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 2000.
2. www.sedes.org.br
3. www.cedo.ensp.fiocruz.br/cebes
4. Giordano Jr. S. A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1989.
5. Cambraia M. Política de saúde mental do Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 a 2004. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
6. Amarante P. (org.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ Escola Nacional de Saúde Pública; 1995.
7. Cambraia M. As práticas e processos de trabalho nos ambulatórios de saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.
8. Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: o trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
9. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 1987.
10. Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília (DF); 2002.
11. Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental – 1990 – 2004. Brasília (DF); 2004.
12. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice*. Taubaté: Cabral; 2001.
13. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 1992.

14. Ministério da Saúde (BR). Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, Excluir não. Brasília (DF); 2001.
15. Alberti V. Manual de História Oral. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
16. Mehy JCSB. Manual de História Oral. São Paulo: Loyola; 2005.
17. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Saúde Mental. Diagnóstico da Situação Encontrada. São Paulo (SP); 1983.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Saúde Mental Divisao de Ambulatórios de Saúde Mental. Diretrizes de Saúde Mental para o Novo Modelo Organizacional da Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo (SP); 1986.

ANEXOS

Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro de Entrevista

1) Identificação

Nome:

Sexo:

Formação:

Tempo de trabalho em Saúde Mental:

Qualificação:

2) Você participou de algum movimento social organizado em Saúde Mental no período de 1979 a 1992?

3) Em que projeto de política de saúde você acreditava naquela época?

4) Qual era sua concepção de modelo de atenção em Saúde Mental para a rede pública? Por quê?

5) Como você vê ou viu esse período?

6) O que esses movimentos sociais organizados no campo da Saúde Mental produziram em termos de políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo e no Brasil?

7) Que outros movimentos organizados em Saúde Mental, dessa época, você identifica como relevantes para a construção das Políticas Públicas de Saúde Mental no Estado de São Paulo? Quais são seus representantes?

Termo de consentimento livre e esclarecido

- 1) Dados de identificação do sujeito da pesquisa
- 2) Nome do entrevistado_____
- 3) Dados sobre a pesquisa
- 4) Título da pesquisa: Políticas de Saúde Mental do Estado de São Paulo: as concepções de sua construção.
- 5) Pesquisadora: Maria Beatriz de Miranda Matias – Aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – nível mestrado – Área de Concentração Enfermagem psiquiátrica. CREFITO/3: 6303/TO. Fone: 11-85083590.
- 6) Orientadora: Professora Doutora Ana Luisa Aranha e Silva
- 7) Cargo / Função: Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno – Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Fone: 11-30667602 .
- 8) Registro das explicações da pesquisadora ao participante da pesquisa:

O presente estudo tem por finalidade documentar e publicar a origem e a organização dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo e sua influência na produção de políticas do Estado de São Paulo e na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto tem como objetivos: 1. Identificar os movimentos sociais organizados no campo da Saúde Mental no Estado de São Paulo no período de 1979 à 1992; 2. Captar as concepções teórico-conceituais que orientavam esses movimentos sociais na produção das diretrizes das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo; 3. Elencar os produtos teórico-práticos resultantes da ação dos movimentos sociais organizados em Saúde Mental no Estado de São Paulo. Solicitamos para isso que você responda algumas questões. Sua participação é voluntária e você não é obrigado a participar desse estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento que quiser, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta acerca do estudo e da sua participação nele, e se tiver alguma dúvida, será esclarecida no decorrer da pesquisa. Os dados referentes a essa pesquisa serão gravados, posteriormente serão transcritos e analisados, todas as informações colhidas poderão ser utilizadas na íntegra. Todos os dados relativos ao estudo serão guardados em local seguro.

- 9) Garantias do sujeito da pesquisa: Você tem o direito de a qualquer tempo ter acesso às informações, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem liberdade para retirar em

qualquer momento o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

10) Consentimento livre e esclarecido

“Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

São Paulo, _____ de 2006.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura do Orientador

Fone para contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 11- 30667548.