



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA - FACEC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

VIVIANE CRISTIANE CARVALHO ANDRADE

A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE BARBACENA

BARBACENA
2014

VIVIANE CRISTIANE CARVALHO ANDRADE

A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE BARBACENA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profª Me. Kennya Rodrigues
Nézio Azevedo

**BARBACENA
2014**

Viviane Cristiane Carvalho Andrade

A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE BARBACENA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos-UNIPAC, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Orientadora Me. Kennya Rodrigues Nézio Azevedo
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof^a Me. Daniela Cristina Belchior Mota
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Prof^o Dr. Helder Rodrigues Pereira
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Aos predadores da utopia

Dentro de mim
morreram muito tigres
os que ficaram
no entanto
são livres

Lau Siqueira

Resumo

A Reforma Psiquiátrica é um movimento em curso no Brasil, iniciado em meados da década de 1970, que objetiva a implantação de serviços substitutivos ao manicômio e a reinserção social dos sujeitos em sofrimento mental por meio da desinstitucionalização e do resgate da cidadania. Este estudo propôs uma análise histórica deste processo na cidade de Barbacena, enfatizando o período entre os anos de 2001 e 2004. Buscou-se evidenciar a assistência prestada aos sujeitos em sofrimento mental durante o século XX no Hospital Colônia de Barbacena, o movimento criado a partir dos trabalhadores e a sua repercussão nas políticas públicas de Saúde Mental, que culminou com a Lei 10.216, aprovada em 2001. Enfatizou-se, a partir de uma visão crítica, os avanços conquistados pelo movimento e os desafios atuais a serem superados. O método de pesquisa adotado foi um estudo de caso realizado por meio de revisão bibliográfica e pesquisa de campo. A cidade de Barbacena, com fortes tradições manicomiais, hoje é uma das cidades brasileiras que se adequaram com grande eficiência aos ideais da Reforma Psiquiátrica. As ações em Saúde Mental no município priorizam o tratamento de base comunitária e a desinstitucionalização por meio de uma rede de serviços. Entre eles, destacam-se vinte e oito Residências Terapêuticas, um Centro de Atenção Psicossocial III, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e um Centro de Convivência.

Palavras-chave: Barbacena. Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental.

Abstract

The Psychiatric Reform is an ongoing movement in Brazil, started in mid-70s, that aims at deploying substitutive services to the asylum and social rehabilitation of individuals in mental suffering by deinstitutionalization and promoting citizenship. This study proposed a historical analysis of this process in the city of Barbacena, emphasizing the period between 2001 and 2004. We sought to highlight the care provided to individuals in mental suffering during century XX in Hospital Colônia de Barbacena, the movement created from the workers and its implications for public policies for Mental Health, which culminated with Law 10.216, approved in 2001. Emphasized, from a critical view, the advances achieved by the movement and the present challenges to overcome. The research method used was a case study conducted through literature review and fieldwork. The city of Barbacena, with strong asylum traditions, today is one of the Brazilian cities that suited with great efficiency to the ideals of the Psychiatric Reform. Actions in Mental Health in this city prioritize community-based treatment and the deinstitutionalization through a services network. Among them, we highlight twenty-eight Therapeutic Residences, one Psychosocial Care Centre III, one Psychosocial Care Centre Alcohol and Drugs and one Community Center.

Keywords: Barbacena. Deinstitutionalization. Psychiatric Reform. Mental Health.

Lista de abreviaturas e siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMLA – Assistência Médico-Legal a Alienados
APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CHPB – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DEMASP – Departamento Municipal de Saúde Pública
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
ESF – Estratégia Saúde da Família
FEAL – Fundação Estadual de Assistência Médica e de Urgência
FEAMUR – Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
FEAP – Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica
FEAP – Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HCB – Hospital Colônia de Barbacena
HCO – Hospital Colônia de Oliveira
HGV – Hospital Galba Velloso
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Nacional de Previdência Social
IRS – Instituto Raul Soares
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NEPA – Núcleo de Estudos e Prevenção ao Alcoolismo
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental
PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema hospitalar
PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica
PSF – Programa Saúde da Família
PVC – Programa de Volta para Casa
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SNDM – Serviço Nacional de Saúde Mental
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

1	Introdução.....	09
2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	11
2.1	A assistência psiquiátrica brasileira até a década de 1970.....	11
2.2	A Reforma Psiquiátrica brasileira.....	16
2.3	Legislação em Saúde Mental e implantação dos Serviços Substitutivos.....	20
3	Objetivos.....	27
3.1	Objetivo geral.....	27
3.2	Objetivos específicos.....	27
4	Metodologia.....	28
5	A assistência psiquiátrica em Minas Gerais: um recorte em Barbacena.....	30
5.1	A assistência psiquiátrica em Minas Gerais.....	30
5.2	Um recorte em Barbacena.....	33
5.3	A Reforma Psiquiátrica barbacenense.....	38
6	A concretização da Reforma Psiquiátrica de Barbacena: 2001 a 2004.....	42
7	Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios.....	54
7.1	Os avanços na assistência prestada ao sujeito em sofrimento mental.....	54
7.2	Os atuais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	55
8	Considerações finais.....	59
	Referências.....	62

1 Introdução

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento iniciado em meados da década de 1970 que se opõe ao modelo psiquiátrico clássico, baseado na perspectiva medicalizante do sofrimento mental e em práticas manicomiais. Este movimento foi protagonizado por diversos atores sociais, entre eles profissionais da Saúde Mental, usuários dos serviços e seus familiares. Buscava-se um modelo alternativo ao modelo manicomial, que visasse o efetivo tratamento do sujeito em sofrimento mental e não a sua exclusão social.

No Brasil a loucura passou a ser objeto de intervenção específica do Estado a partir da criação dos primeiros hospícios em meados do século XIX. Porém, foi no século XX, por meio da Assistência Médico-Legal a Alienados, que a loucura tornou-se alvo de medidas interventivas. Em Minas Gerais o campo psiquiátrico foi inaugurado na cidade de Barbacena com a implantação do primeiro hospital psiquiátrico público, em 1905. Contudo, sua formação e consolidação se deram, principalmente, na década de 1920, com a inauguração de outros hospitais no estado e a ampliação do hospício da cidade. Barbacena tornou-se, a partir de então, um local de referência para o encaminhamento de pacientes crônicos. A estrutura manicomial da cidade e o surgimento de clínicas particulares, que passou a acolher demandas até de outros estados brasileiros, deu ao município o título de “cidade dos loucos”.

Durante o século XX, além da exclusão social e das precárias condições de sobrevivência dos internos, violentas práticas foram realizadas nos hospitais psiquiátricos do país. Entre elas podemos citar a lobotomia, a aplicação indiscriminada de diferentes choques, o isolamento por longos períodos e o excesso de medicação. Essas práticas, que se institucionalizaram durante o século, e as péssimas condições dos hospitais foram responsáveis por diversas mortes de pacientes, em especial no Hospital Colônia de Barbacena, onde estima-se que 60.000 pessoas morreram.

No final da década de 1970, decorrente de denúncias feitas pela mídia e pelos profissionais de saúde, que expunham as condições insalubres ofertadas aos internos dos hospitais psiquiátricos, e do contato com experiências inovadoras de outros países, principalmente da Itália, iniciou-se no Brasil a luta antimanicomial. O movimento, atualmente denominado Reforma Psiquiátrica, ainda está em curso no Brasil e vem alcançando significativos resultados no que se refere à qualidade da assistência prestada em Saúde Mental.

A legislação que vigora no país, decorrente do movimento da Reforma Psiquiátrica, propõe a extinção progressiva do modelo hospitalocêntrico, com novas modalidades

assistenciais e com a busca pela reinserção social do sujeito em sofrimento mental. A cidade de Barbacena é atualmente uma das protagonistas no cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira. Possui 28 Residências Terapêuticas, serviço que está em processo de expansão, um Centro de Atenção Psicossocial do tipo III (CAPS III), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e um Centro de Convivência.

A Reforma Psiquiátrica é um processo de grande complexidade, atravessado por fatores sociais, culturais e políticos. Sua concretização envolve a singularidade de cada território e a mobilização da comunidade e da gestão municipal, estadual e federal. Decorrente a isto, este estudo visou compreender a história da loucura no Brasil, fazendo um recorte na cidade de Barbacena. Os aspectos históricos do movimento, bem como os avanços e os desafios atuais foram destacados neste estudo. Para tanto, foi realizado um estudo de caso por meio de revisão bibliográfica e documental e uma entrevista com uma profissional da Saúde Mental, escolhida estrategicamente por protagonizar junto com demais profissionais a implantação dos serviços substitutivos. Conforme Amarante (2007), a designação “sujeito em sofrimento mental” foi utilizada prioritariamente por ser entendida como a mais adequada atualmente.

2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história singular, inscrita num contexto internacional de mudanças, visando à busca pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005). Iniciado no Brasil, em meados dos anos de 1970, foi somente na década de 1980 que o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganhou importância política e social (TENÓRIO, 2002). Hoje, a legislação vigente no país propõe a desconstrução do modelo manicomial, a criação de uma rede de serviços com dispositivos assistenciais de base comunitária e a busca pela reinserção social do sujeito em sofrimento mental (KYRILLOS NETO, 2003). A história da psiquiatria brasileira, a Reforma Psiquiátrica, a implantação dos serviços substitutivos e as legislações em Saúde Mental foram abordadas neste capítulo.

2.1 A assistência psiquiátrica brasileira até a década de 1970

Segundo Amarante (1994), a história da psiquiatria brasileira é a história de um processo de asilamento e de medicalização social. Para Luz (1994), as políticas de saúde, entendidas por ela como um conjunto de intervenções concretas na sociedade acionadas pelo Estado para equacionar os problemas sociais de grandes camadas populacionais, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de alguns setores da sociedade. De acordo com a autora, para compreender as políticas de Saúde Mental é necessário compreender que elas mediatizam diferentes saberes e práticas institucionais, com uma evolução histórica peculiar. Em outras palavras, para compreender a história da assistência psiquiátrica e suas políticas de intervenção é necessário entender que a loucura é uma construção histórica, política e social.

No Brasil, a loucura tornou-se objeto específico de intervenção por parte do Estado com a vinda da Família Real, no começo do século XIX. Mas, foi somente em 1830, quando uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro realizou um diagnóstico da situação dos loucos na cidade e a primeira reivindicação para a criação de um hospital destinado exclusivamente a este público, que os loucos passaram a ser considerados doentes mentais, merecedores de um espaço para reclusão e tratamento. Antes, eles eram encontrados nas ruas, prisões, casas de correção, asilos de mendigos ou porões de Santas Casas de Misericórdia, raramente recebiam tratamento em Saúde Mental, prestada neste período (1830-1852) em hospitais gerais e asilos religiosos (AMARANTE, 1994).

Durante o século XIX, ocorreu uma preocupação do Estado com as moléstias que atingiam em intensidade crescente as populações urbanas dos centros portuários, pois este fato poderia comprometer o andamento dos negócios de exportação e o equilíbrio da economia. Neste sentido, houve uma necessidade do Estado em criar um sistema de controle destes males. Segundo Luz (1994), já que a loucura também era considerada um problema de saúde pública, durante o último terço do século XIX e início do século XX, as instituições de saúde produziram discursos, que se referiam às cidades e ao meio urbano, à sua estrutura sanitária e de habitação, aos hábitos alimentares, sexuais e morais, e aos costumes da população. Com o discurso de que estes seriam no fundo as causas dos males físicos e mentais, foi proposta a unificação de setores e serviços e a concentração de decisões, preferencialmente, nas mãos de especialistas, como médicos e psiquiatras. Surgiu assim, a criação dos primeiros hospícios: no Recife, a Tamarineira, em Salvador, Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, o Hospício de Dom Pedro II.

Com a chegada dos republicanos ao poder, em 1890 o Hospício de Pedro II, criado em 1852 e regido pela Provedoria da Santa Casa de Misericórdia e pela Igreja, foi desvinculado destas, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. No mesmo período foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados (AMLA), primeira instituição pública de nível federal de saúde estabelecida pela República (AMARANTE, 1994). Segundo Lougon (2006), o termo Assistência Médico-Legal a Alienados revela a tendência predominante da época, que era a grande proximidade da psiquiatria com a jurisprudência, ou seja, a relação dos aspectos médicos da assistência psiquiátrica com os aspectos legais envolvidos nos atos dos alienados.

Para Amarante: “Este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais” (1994, p. 76). A ideia que norteava a criação desse tipo de estabelecimento, de caráter custodial, era a de manter os doentes mentais em colônias agrícolas, ocupados cultivando a terra ou trabalhando em oficinas, distante dos centros urbanos. O trabalho era entendido como ordenador, moralizador e disciplinante. Neste período, a noção de degenerescência era difundida e amplamente aceita. E uma nova concepção foi introduzida: a visão higienista e preventivista da doença mental. Ao se isolar os degenerados em colônias sua hereditariedade era bloqueada e sua propagação impedida, favorecendo assim, a eugenia, importante pilar do higienismo (LOUGON, 2006).

Portanto, a criação do hospital psiquiátrico no Brasil foi produto de uma intervenção do Estado visando à segregação daqueles que não contribuían economicamente para o país e

que, ao contrário, poderiam comprometer o desenvolvimento da economia. Decorrente a isto, os marginalizados sociais, em nome do bem-estar social, foram definitivamente excluídos da sociedade. Mendigos, prostitutas, órfãos, loucos foram encerrados dentro dos muros de hospitais e colônias agrícolas.

Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), a primeira lei brasileira que se refere ao alienado foi aprovada por volta de 1886, quando Teixeira Brandão, primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados, deputado e ardente defensor da total medicalização do asilo, conseguiu sua aprovação. Esta lei tornou a figura do psiquiatra publicamente reconhecida como a maior autoridade sobre a loucura e fez com que o hospício se tornasse o único lugar capaz de receber os loucos. A psiquiatria brasileira, advinda de um saber constituído por médicos especializados na Europa, passou a deter o poder de administrar e gerir a loucura (LOUGON, 2006), consagrando-se como especialidade médica autônoma em 1912 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

A assistência psiquiátrica brasileira até o início do século XX baseou-se totalmente no modelo asilar, chegando a sua fase científica com o psiquiatra Juliano Moreira, que elaborou fundamentos teóricos, práticos e institucionais sobre a loucura. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Neste período, o setor público monopolizava a assistência psiquiátrica prestada à população, considerada dever do Estado e delegada ao psiquiatra enquanto agente social autorizado (LOUGON, 2006).

Em 1903, com a mudança da direção da AMLA, designada à Juliano Moreira, ocorreu a promulgação da Lei n. 1.132, que reorganizou a assistência prestada aos loucos, dando continuidade à criação de asilos e prosseguindo com a busca pela legitimação jurídica e política da psiquiatria. Nesta época, a escola psiquiátrica alemã foi trazida para o Brasil, fato que teve importante significação quanto à discussão etiológica das doenças mentais. A psiquiatria alemã, tradicionalmente, apresentava uma tendência ao biologicismo, que além de explicar a origem das doenças mentais, buscava explicar fatores e aspectos políticos, ideológicos, étnicos e éticos de diversos eventos sociais (AMARANTE, 2008). Os psiquiatras brasileiros procuraram então adaptar os conceitos de higiene e profilaxia para o campo da Saúde Mental. Posteriormente, a psiquiatria brasileira inspirou-se, também, nas tendências surgidas nos Estados Unidos da América e na França, que defendiam a possibilidade de prevenção da doença mental através da intervenção precoce em todos os ambientes, como na escola e na família. (LOUGON, 2006).

Em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), pelo psiquiatra Gustavo Riedel, que tinha como objetivo inicial melhorar a assistência prestada aos doentes

mentais, por meio da melhoria das instituições e da formação dos seus especialistas. Porém, em 1926, seus psiquiatras passaram a preparar projetos que buscavam a prevenção eugênica e a educação dos sujeitos, extrapolando a orientação inicial. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Segundo Amarante (1994), a Liga Brasileira de Higiene Mental se baseava em um programa de intervenção no meio social, com características eugenistas, xenofóbicas, racistas e antiliberais. Por meio desta, a psiquiatria colocou-se em defesa do Estado, levando-o a uma rígida ação de controle social, que além de estabelecer modelos ideais de comportamento individual, passou a pretender a recuperação de raças e de coletividades (AMARANTE, 1994). Segundo Luz (1994), neste período, procuravam-se ligações entre loucura, crime e hereditariedade e, posteriormente, entre raça, crime e loucura, propondo assim soluções eugênicas para uma raça que facilmente degenera, como a brasileira.

Portanto, nas primeiras décadas do século XX o saber médico, devidamente autorizado pelo Estado, tornou-se o grande gestor da loucura. Os saberes e os discursos criados pelos especialistas legitimaram as práticas de exclusão e o asilo como o lugar do desviante social.

Em 1927, o órgão destinado à assistência psiquiátrica sofreu uma alteração na sua nomenclatura, passando a denominar-se Assistência à Psychopatas, conceito referente à psicopatia, de extração médica. Segundo Lougon (2006), o novo título desvincula, nominalmente, o âmbito jurídico do órgão, predominando o aspecto médico, expresso no conceito de Psychopatas. Porém, o órgão federal ainda continuou fazendo parte da Divisão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Fato que mudou em 1937, quando começou a fazer parte do Ministério da Educação e Saúde, passando a denominar-se, em 1941, Serviço Nacional de Saúde Mental (SNDM), trazendo uma conotação mais abrangente, distinguindo alienados de psicopatas e apontando condições específicas e particulares da doença mental.

Nos anos de 1930, novas técnicas psiquiátricas surgiram, como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia. Neste período aparecem também os macro-asilos, que são as complexas estruturas manicomiais. Na década de 1950, surgem os primeiros psicotrópicos e a doença mental passa a ser medicalizada. Contudo, de acordo com Amarante (1994), até a década de 1970, essas técnicas serviram fundamentalmente para aumentar a demanda e para produzir novos clientes, principalmente para a assistência privada, e não contribuíram para a desospitalização ou para desinstitucionalização. Além disso, essas técnicas, na maioria das vezes, não visavam resultados terapêuticos, mas o controle dos sujeitos, que, excluídos da sociedade, conviviam com maus tratos e condições desumanas. Os hospícios, hospitais e colônias, no final da década de 1950, tinham como características a superlotação, a deficiência de pessoal, os maus-tratos e a desassistência do poder público

(DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Porém, a psiquiatria tornava-se mais poderosa, o asilamento mais frequente e o número de hospitais e de colônias nos estados brasileiros ampliavam-se por meio de convênios com o governo federal (AMARANTE, 1994).

De acordo com Amarante (1994), com o fim da Segunda Guerra Mundial surgiram várias experiências de reformas psiquiátricas pelo mundo, como a psiquiatria de setor, as comunidades terapêuticas, a psiquiatria democrática, a antipsiquiatria, a psicoterapia institucional, a psiquiatria preventiva e comunitária. Porém, no Brasil essas experiências internacionais não repercutiram de maneira significativa, foram locais e marginalizadas de investimentos públicos efetivos. Muito do seu insucesso ocorreu devido à forte oposição do setor privado em franca expansão.

Na década de 1960 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando os institutos em 1967. Nesta época, grande parte da economia foi privatizada e o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. Segundo Amarante (1994), “A doença mental tornou-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria” (p. 79). A loucura, que antes era vista como um empecilho para a economia, já que os loucos não produziam lucros para o Estado e para outras instituições, passou a ser tratada como um negócio financeiro, altamente rentável para a iniciativa privada. Propostas que buscavam alternativas ao modelo manicomial, mesmo partindo de organismos oficiais, encontraram sérias dificuldades, tanto pela resistência dos empresários, quanto por não enfrentarem adequadamente a ideia da superação dos asilos.

Conforme salienta Lougon (2006), a partir de 1964, a implementação da assistência psiquiátrica privada tornou-se a lógica para se causar o menor ônus. Neste período, há um decréscimo de verbas para o SNDM, extinto e substituído, em 1970, pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e redução de seu poder de decisão para formular a política de assistência psiquiátrica, assumida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Segundo Kyrillos Neto (2003), na metade da década de 1970, surgiram as primeiras críticas à ineficiência da assistência no âmbito da saúde, gerenciada pela administração federal. Surgiram também denúncias de fraudes no sistema de financiamento dos serviços e denúncias de abandono e maus tratos aos pacientes internados em diversos hospícios do país. Portanto, depois de mais de um século e meio do início do processo de exclusão social do louco, com a abertura dos primeiros hospícios, este, até então invisível devido aos muros que o cercava, começa a ser tornar visível para alguns setores da sociedade, sensibilizados pelas denúncias de violência contra seu corpo e sua mente, que haviam se tornado objetos de lucro.

2.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira

De acordo com Tenório (2002), o movimento de Reforma Psiquiátrica inicia-se em meados da década de 1970. Para Amarante (2011), o ano de 1978 marca o início deste processo. A Reforma foi um movimento de questionamento da assistência psiquiátrica vigente, baseada no modelo hospitalocêntrico e medicalizante da doença mental, e de busca de melhores condições de vida para o louco por meio da aquisição de direitos e de dispositivos alternativos ao manicômio, lugar de violência e exclusão. O movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira foi protagonizado por diversos atores sociais, em um contexto histórico nacional de grandes movimentos por direitos sociais e políticos e com fortes influências de experiências internacionais exitosas no âmbito da Saúde Mental.

A partir de uma crise na DINSAM, uma série de episódios deu consistência e visibilidade ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), originado, em 1978, com um grupo de profissionais da DINSAM, que haviam sido demitidos por razões políticas (LOUGON, 2006). O MTSM constitui-se em um movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares e de profissionais, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações (BRASIL, 2005). Assumindo os significantes da Reforma Psiquiátrica, os ideários do MTSM influenciaram de forma importante este processo, construindo a denúncia da violência praticada nos manicômios, da mercantilização da loucura e das transgressões éticas cometidas pelos hospitais objetivando o maior lucro.

Segundo Kyrillos Neto (2003), as denúncias da violência nos hospitais psiquiátricos e o desrespeito aos direitos humanos provocaram grande impacto social. De acordo com Goulart (2006): “a realidade da assistência psiquiátrica hospitalar brasileira que veio a público converteu-se em crônica de horrores, dadas as condições indignas que eram ofertadas aos usuários” (p. 6). Seu realismo foi registrado e comentado pela mídia, com destaque para as reportagens do jornalista Hiram Firmino no ano de 1978, transformadas no livro “Nos porões da loucura” em 1982, que resultou em grande impacto na opinião pública, e o documentário “*Em nome da razão*” de Helvécio Ratton, que retratava as condições indignas de vida e tratamento dos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena (MG) (GOULART, 2006).

Goulart (2006) afirma que no final dos anos de 1970 e ao longo dos anos de 1980, a crítica ao modelo assistencial tradicional vigente eclodiu no Brasil, particularmente em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1978 aconteceu no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, onde estiveram diversos e importantes

nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia, iniciando uma série de debates e conferências. No ano seguinte, novos seminários foram promovidos por Franco Basaglia, nessas mesmas cidades, e o psiquiatra italiano divulgou o trabalho de desmontagem do aparato hospitalar público que realizou em Trieste e a então recém aprovada legislação italiana. O trabalho de Basaglia e de sua equipe influenciou fortemente nos rumos da discussão no Brasil sobre a assistência psiquiátrica, que até então se inspirava na psiquiatria comunitária norte-americana e na psiquiatria de setor francesa (GOULART, 2006). Portanto, as visitas realizadas por estudiosos e protagonistas de reformas psiquiátricas iniciadas em outros países, tiveram forte influência no nosso processo de Reforma Psiquiátrica, sobretudo, as visitas de Basaglia, que demonstrou que era possível um outro lugar para o louco que não o hospício.

Para Amarante: “a Psiquiatria Democrática Italiana tem sido referência para todo o Brasil, desde o início da reforma em nosso país” (2008, p. 11). A Psiquiatria Democrática originou-se no início dos anos de 1960 com Franco Basaglia e outros psiquiatras italianos. Estes se propuseram a reformular o hospital psiquiátrico de uma pequena cidade da Itália, Trieste, objetivando torná-lo um lugar de efetivo tratamento e reabilitação para seus pacientes. Porém, Basaglia percebeu que a reformulação deveria ser de uma outra ordem e passou a formular uma prática institucional voltada para a ideia de superação do aparato manicomial, tanto em relação à sua estrutura física, como no seu conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas (AMARANTE, 2011). A Lei 180, de autoria de Franca Ongaro Basaglia, foi aprovada em 1978 e reorganizou o modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental na Itália. Esta Lei, também conhecida como Lei Basaglia, estabeleceu que até o final de 1996 todos os manicômios ainda existentes no país deveriam ser extintos (AMARANTE, 2008), também previa o resgate da cidadania do doente mental e regulamentava a internação compulsória (GOULART, 2006). De acordo com Rotelli (1994), esta Lei foi fruto de uma experiência prática, que demonstrou que era possível viver sem o manicômio.

No início dos anos de 1980, o Instituto Nacional da Previdência Social entrou em crise (AMARANTE, 2008; LOUGON, 2006). De acordo com Amarante (1994), o modelo privatizante adotado no setor da saúde foi tão violento, concentrador, ganancioso e fraudulento, que contribuiu significativamente para a crise institucional e financeira da Previdência. Decorrente a isto, o Estado passou a rever sua política de convênios, restringindo o repasse de encargos e verbas para o setor privado e adotando medidas para ocupar uma parcela da assistência pública. Assim, foi implantado o processo de Co-Gestão entre os Ministérios da Previdência Social e da Saúde e o Plano de Reorientação da

Assistência Psiquiátrica pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, como uma ferramenta de viabilização da rede assistencial pública, para combater a crise orçamentária gerada pelos convênios com o setor privado. Ou seja, como consequência da privatização da saúde, ocorrida a partir da década de 1960, a Previdência Social entrou em crise e novas medidas tiveram que ser tomadas para amenizar os problemas referentes à saúde, ocorrendo assim um novo crescimento do setor público. Segundo Lougon (2006), neste momento, propõe-se a instrumentalização de modo efetivo, pela primeira vez, da mudança da política de Saúde Mental no sentido da desinstitucionalização da assistência, evitando internações e priorizando a assistência em Saúde Mental extra-hospitalar.

De acordo com Tenório (2002), o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Segundo ele, a I Conferência representa o fim da trajetória sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde e o início da trajetória de desconstruir as formas de lidar com a loucura no cotidiano das instituições e da sociedade. Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), durante a realização da I CNSM foram discutidos os impactos sobre saúde e doença mental, a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à Saúde Mental e a questão da cidadania. Propostas de reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental e reorganização dos serviços existentes no país também foram apresentadas. De acordo com estes autores, este evento foi importante, pois fomentou um grande movimento por parte dos trabalhadores, intensificando os movimentos a favor da Reforma Sanitária e o crescimento do seu movimento, do MTSM e de Núcleos de Saúde Mental, que organizaram vários eventos, como o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental.

O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, estabelece uma nova estratégia de ação, trazendo como tema a preocupação com o ato de saúde, que deveria envolver profissional, cliente, cultura, cotidiano e mentalidades, e não apenas as grandes reformas (TENÓRIO, 2002). Neste evento, os técnicos da Saúde Mental de diversas profissões e de diversos estados do país, discutiram o papel político que deveriam desempenhar com o objetivo de transformar a realidade assistencial e incorporar aliados, como os usuários e seus familiares, que, posteriormente, passaram a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo de Reforma Psiquiátrica (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

De acordo com Goulart (2006), em 1987 teve início um forte movimento de crítica, que tomou a forma do Movimento de Luta Antimanicomial, nascido do MTSM, já descrito, e

das lutas por redemocratização. Neste ano, o MTSM assumiu-se enquanto um movimento social e lançou o lema: Por uma Sociedade sem Manicômios, remetendo à sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e os manicômios. No campo da prática, passou-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização, o que não implica apenas em um processo de desospitalização (AMARANTE, 1994). Ou seja, o conceito de desinstitucionalização não é sinônimo da retirada do louco do hospital, como foi utilizado em outros países anos antes. Mas é um processo de criação de práticas assistenciais com base nos territórios e de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas vigentes.

Para Kyrillos Neto (2003), a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação da lógica manicomial para remontar o problema e da forma como as pessoas são tratadas para transformar seu sofrimento. Segundo o autor, o primeiro passo da desinstitucionalização consiste na busca por uma reproposição da solução, que não é o enfrentamento da etiologia da doença, mas que reorienta a ação terapêutica como ação de transformação institucional. Segundo Goulart (2006), no contexto do movimento da Reforma brasileira, interessa a conotação de desinstitucionalização desenvolvida na Itália, entre os anos de 1960 e de 1970, como significação de “desconstrução de modelos e valores racionalístico-cartesianos; a construção da psiquiatria democrática; e a transformação das relações de poder nas esferas privadas e públicas.” (p. 2). Rotelli (1994) afirma que para que ocorra a desinstitucionalização da psiquiatria é necessário mudar substancialmente a relação entre os profissionais da Saúde Mental, o paciente e as práticas manicomiais.

Em suma, o processo de desinstitucionalização extrapola o conceito de desospitalização. Este não visa apenas à retirada do louco dos hospitais e dos hospícios. Visa à reinserção de forma digna e assistida do louco no meio social do qual foi excluído. E, para que isto aconteça, é necessária a busca pela mudança do ideário social e cultural, construído historicamente, sobre a loucura. É necessário que a instituição „doença mental e o discurso de não-razão, periculosidade e improdutividade sejam desconstruídos. É necessário que o sujeito seja visto com tal e não como pano de fundo da sua doença.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira inicia e desenvolve-se em um período político de ditadura militar e se estende à consolidação da democracia representativa no final dos anos de 1980. Neste período, vários seguimentos da sociedade se organizaram em busca de direitos políticos e sociais. Assim como a Reforma Sanitária, que buscava o acesso à saúde de forma universal e igualitária, a Reforma Psiquiátrica se desenvolveu no país em um momento em que a população vivia insatisfeita com a falta de muitos direitos, como o direito

à saúde e assistência social, e com outros negados, como o direito de liberdade de expressão e de participação política. Este contexto histórico foi favorável à Reforma Psiquiátrica.

Segundo Goulart:

A reforma ocorre paralelamente à transição política brasileira desde o regime ditatorial militar dos anos setenta, à consolidação de democracia representativa com a retomada das eleições diretas em 1989. O sistema assistencial tradicional é confrontado e um modelo alternativo em saúde mental começa a ser construído, problematizando as relações entre as esferas pública e privada, ampliando o acesso, na forma de direito social à saúde (SUS), e a participação na elaboração de propostas (GOULART, 2006, p.10).

Para a autora, as questões relativas à igualdade e liberdade tornam-se a base da construção de respostas ao sofrimento mental dos cidadãos. Neste período, a origem do problema passa a ser buscada no meio social e não mais no sujeito (LOUGON, 2006). De acordo com Devera e Costa-Rosa (2007), em 1986, o INAMPS, por meio da Portaria Ministerial n. 3.344, constituiu um grupo de trabalho com o objetivo de definir e propor normas na área de Saúde seguindo as diretrizes das Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo alvo principal, era a redução das internações psiquiátricas e o desenvolvimento do atendimento extra-hospitalar e inter-setorial.

Conforme assinala Goulart (2006), os anos de 1990 consolidam os princípios de democratização essenciais ao projeto de mudança em desenvolvimento. A descentralização promovida através do Sistema Único de Saúde (SUS) reflete em uma série de consequências políticas e administrativas das práticas em Saúde Mental e permite o desenvolvimento de ações alternativas e substitutivas ao modelo asilar e hospitalocêntrico (AMARANTE, 2008). Em outras palavras, como resultado de um longo processo de questionamento do modelo assistencial psiquiátrico clássico, que baseava-se na exclusão social do louco e em métodos violentos de intervenção, e da luta protagonizada por trabalhadores, familiares e pacientes psiquiátricos, a cidadania dos loucos começa a ser estabelecida por meio de novas legislações e concretizada a partir de dispositivos alternativos ao modelo manicomial.

2.3 Legislação em Saúde Mental e implantação dos Serviços Substitutivos

Em 1987, inspirado em experiências alternativas à psiquiatria hospitalocêntrica, surge no país o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo. Em 1989,

é desencadeado um processo de intervenção de um hospital psiquiátrico em Santos (SP), a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes psiquiátricos, culminando com seu fechamento e com a implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Essas experiências, principalmente a de Santos, com repercussão nacional, demonstraram a possibilidade da construção de uma rede substitutiva de cuidados, se tornando um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

No ano de 1989 surgiu no país o Projeto de Lei n. 3.657 do deputado Paulo Delgado, iniciando a luta do movimento da Reforma no campo legislativo e normativo. Este projeto de lei, que se tratava de um desdobramento das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e da consolidação do direito social previsto na Constituição Federal de 1988, propunha a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento mental e a extinção progressiva dos manicômios. O projeto também inspirou diversos movimentos sociais que, a partir de 1992, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

As primeiras leis federais regulamentando os serviços de atenção diária e normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos entram em vigor no país a partir da década de 1990, década marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, melhores detalhadas a seguir. Estas legislações se baseavam nas experiências dos primeiros CAPS e NAPS e hospitais-dia do país (BRASIL, 2005).

A Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, definiu a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à atenção primária de saúde e a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais, implicando a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. A Declaração definiu também que os recursos e o tratamento deveriam resguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, baseando-se em critérios racionais e tecnicamente adequados e propiciando a permanência do paciente em seu meio comunitário ou em hospitais gerais, quando houver a necessidade (BRASIL, 1990).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1992, foi o resultado de um longo processo democrático de luta, sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores e setores, nas conferências municipais, regionais

e estaduais. Seus conceitos direcionadores foram a Atenção Integral e a Cidadania. A II CNSM constitui um importante marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, com a adoção de conceitos como território, regionalização das ações de saúde e equidade (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Em 1999 foi sancionada a Lei Federal n. 9.867, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, objetivando a integração social dos cidadãos e permitindo o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei Federal 10.216, com base no projeto de lei de Paulo Delgado, que sofreu várias modificações importantes no seu texto normativo com o objetivo de alcançar sua aprovação (BRASIL, 2004).

A Lei 10.216 de 2001 define os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Estas pessoas passam a ter direito ao melhor tratamento do sistema de saúde, com humanidade e respeito, visando sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, sendo protegidas de qualquer forma de abuso e exploração. A Lei 10.216/01 garante o sigilo das informações prestadas, bem como o direito à presença médica para prestação de esclarecimentos para os sujeitos em sofrimento mental em relação à hospitalização involuntária, à sua doença e ao tratamento, que deve ser realizado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários.

A partir desta legislação, o Estado torna-se o responsável pelo desenvolvimento da política de Saúde Mental, pela assistência e pela promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. De acordo com a lei, a internação só poderá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e mediante laudo médico, sendo vedadas internações em instituições com características asilares. As internações podem ser voluntárias, involuntárias ou compulsórias, sendo que a segunda deve ser comunicada ao Ministério Público em até 72 horas (BRASIL, 2004).

Logo após a promulgação da Lei 10.216/01, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no final do ano de 2001, e suas etapas municipais e estaduais realizadas anteriormente, constituíram um dispositivo fundamental de participação e controle social. A III CNSM consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo. Com ampla participação dos movimentos sociais, estabelece o controle social como a garantia do processo da Reforma Psiquiátrica e defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005)

Segundo informações do Ministério da Saúde (2005), o processo de expansão dos NAPS e CAPS foi descontínuo. Os NAPS eram regionalizados, responsáveis pelo atendimento às demandas de sofrimento psíquico dos territórios em que se localizavam, como um dispositivo integral e substitutivo ao hospital psiquiátrico. Já os CAPS eram tidos como uma instância intermediária, que supunha a existência do hospital. A partir da III CNSM, o CAPS foi eleito como designação oficial das experiências substitutivas. E ao CAPS III foi concedido o estatuto de instância-eixo da atenção no território, assimilando, assim, um dos princípios importantes que norteavam os NAPS (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha de financiamento específica do Ministério da Saúde em 2002, com a Portaria 336, que também dispunha de novos parâmetros para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo diferenciação a partir de critérios populacionais e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Os CAPS são serviços de saúde municipais substitutivos ao hospital (e não complementares), abertos, comunitários, que oferecem atendimento às pessoas portadoras de sofrimentos mentais severos e persistentes, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercícios de direitos e fortalecimento de vínculos. Os CAPS são divididos em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, se diferenciando pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida. Sua organização no país é feita de acordo com o perfil populacional dos municípios (BRASIL, 2005).

Os CAPS I são os de menor porte e oferecem respostas efetivas às demandas de saúde mental para populações entre 20.000 e 50.000 habitantes. Sua equipe deve ser formada por no mínimo nove profissionais, entre nível médio e superior, para atender uma clientela voltada para adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, funcionando cinco dias por semana, com capacidade para atender 240 pessoas por mês. Os CAPS II são serviços de médio porte, que dão cobertura para municípios com mais de 50.000 habitantes. Sua clientela é formada por adultos com transtornos severos e persistentes e sua equipe deve ser formada por doze profissionais de nível médio e superior, acompanhando cerca de 360 pessoas por mês, durante cinco dias por semana (BRASIL, 2005).

Os CAPS III são os serviços da rede CAPS de maior porte, previstos para dar cobertura para cidades com população acima de 200.000 habitantes. Os CAPS III são serviços

de grande complexidade, funcionando 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, sendo que, quando necessário, o CAPS III realiza acolhimento noturno, mantendo assim, no máximo cinco leitos. Estas internações devem ser de curto prazo, não excedendo sete dias. A equipe mínima deve contar com dezesseis profissionais, entre eles os de nível médio e superior, e equipe noturna e de final de semana, acompanhando cerca de 450 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

Os CAPSi são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, dando suporte à municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, fazendo acompanhamento de até 180 crianças e adolescentes por mês, contando com 11 profissionais de nível médio e superior. Os CAPSad são dispositivos criados para dar suporte às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, em municípios com mais de 200.000 habitantes, ou com posição geográfica que pode favorecer esta situação, como municípios de fronteira ou rota de tráfico de drogas, ou cenários epidemiológicos importantes. Funcionam cinco dias por semana, com capacidade para atender 240 pessoas por mês, com equipe mínima de 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005).

Além das leis federais, várias Portarias Ministeriais foram criadas. A Portaria 106, de 2000, cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo regulamentada no mesmo ano pela Portaria 1.220, para fins de cadastro e financiamento (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Os SRTs são componentes decisivos para a superação do modelo de atenção centrado no hospital. Estes serviços são casas localizadas no espaço urbano para pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, ou não, que visam garantir o direito à moradia e o auxílio do morador em seu processo de reintegração comunitária. Cada Residência Terapêutica pode abrigar no máximo oito pessoas e, de maneira geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas diárias, devendo respeitar as singularidades de cada um (BRASIL, 2005).

Em 2002, ganhou impulso no país, devido a uma série de normatizações do Ministério da Saúde, o processo de redução de leitos psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Estas normatizações instituem mecanismos para redução de leitos a partir dos macro-hospitais, considerando as singularidades das diversas regiões brasileiras e os pactos firmados pelas três esferas do governo. Outros mecanismos que facilitam o processo da Reforma Psiquiátrica também foram adotados, como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa

Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), que serão abordados a seguir.

O PNASH/Psiquiatria, instituído em 2002, é um instrumento essencialmente avaliativo que permite aos gestores um diagnóstico anual da qualidade da assistência prestada pelos hospitais conveniados e públicos. O processo de avaliação é realizado por três técnicos de campos complementares (controle normativo, técnico-clínico e vigilância sanitária), com a utilização de recursos de coleta de dados qualitativos que avalia a estrutura física, a dinâmica de funcionamento dos fluxos do hospital, os processos e recursos da instituição, a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em Saúde Mental e às normas do SUS, além da realização de entrevistas com pacientes longamente internados e prestes a receber alta. As instituições avaliadas podem ser classificadas como de boa qualidade de assistência, qualidade suficiente, aquelas que precisam de adequações e devem sofrer reavaliação e de baixa qualidade, que sofrem o descredenciamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O PRH tem como estratégia promover a redução planejada, progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais e dos hospitais de grande porte, evitando a desassistência e visando a redução do porte hospitalar. São definidos no Programa os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos, conduzindo a mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura com a construção de alternativas de atenção comunitária. Os hospitais que efetivam a redução de leitos e, conseqüentemente, seu porte, passam a receber incentivos financeiros, qualificando o atendimento prestado. Os recursos que deixam de ser utilizados devido à redução dos leitos são direcionados para os equipamentos da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A Lei 10.708, aprovada em 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, denominado Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2004). Este Programa é um instrumento para reintegração das pessoas com longo histórico de hospitalização, constituindo-se em uma estratégia de emancipação destas pessoas, dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios, por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação. O objetivo do programa é possibilitar a ampliação da rede de relações dos usuários, assegurar o bem-estar e estimular o exercício pleno dos direitos civis, políticos e da cidadania, por meio do poder de contratualidade social dos beneficiários (BRASIL, 2005).

Conforme supracitado, encontra-se em vigor no Brasil uma vasta gama de leis e normas que estabelecem os direitos dos sujeitos em sofrimento mental, negligenciados durante toda a nossa história. Porém, a concretização destas legislações depara-se

frequentemente com grandes dificuldades, que serão discutidas no decorrer deste trabalho, contra as quais a sociedade e os governos federal, estaduais e municipais devem criar soluções para que estes direitos sejam de fato efetivados.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo da Reforma Psiquiátrica em Barbacena.

3.2 Objetivos específicos

Compreender a assistência psiquiátrica anterior ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e barbacenense.

Analisar o processo de Reforma e as mudanças ocasionadas por esse processo.

Descrever o cenário da implantação dos serviços substitutivos em Barbacena entre os anos de 2001 a 2004.

Analisar os resultados e os desafios atuais da Reforma Psiquiátrica.

4 Metodologia

Para Minayo (2010) o objeto de estudo das Ciências Sociais é histórico. A autora afirma que toda investigação social precisa buscar a historicidade humana, já que as sociedades vivem o presente, que é marcado pelo passado e delineado pelo futuro. A formação social e as configurações culturais são específicas de cada sociedade em um determinado espaço e tempo. Desta forma, este trabalho se propôs a realizar um estudo de caso sobre a Reforma Psiquiátrica de Barbacena. Para isto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo por meio da utilização de uma entrevista aberta.

O estudo de caso é “um meio de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado” (GOODE & HATT, 1969 *apud* MINAYO, 2010, p. 164). Segundo Minayo, o estudo de caso utiliza “estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão” (2010, p. 164). Logo, este estudo objetivou compreender a história da loucura brasileira, fazendo um recorte no município de Barbacena. Buscou-se analisar a Reforma Psiquiátrica na cidade evidenciando as peculiaridades desse processo nesse território, assim como a compreensão acerca dos fatores que levaram a cidade a se tornar um grande centro manicomial no país, o processo de Reforma e a implantação dos serviços substitutivos ao manicômio. Ao analisar historicamente esse processo, enfatizando o período entre 2001 a 2004, buscou-se delinear os avanços alcançados pelo movimento e os desafios a serem superados, expressando assim uma visão crítica da situação atual, tendo em vista que a Saúde Mental é um campo de atuação do profissional da psicologia.

A pesquisa bibliográfica foi utilizada em todas as fases deste estudo. Este tipo de pesquisa consiste em realizar o levantamento, leitura e análise de publicações, documentos ou fotos científicas a respeito do assunto. De acordo com Minayo (2010, p. 184), ela “deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão e os estudos mais atualizados sobre o assunto”. As fontes de pesquisa bibliográfica foram livros, artigos científicos e legislações. Para o período específico da concretização da Reforma Psiquiátrica de Barbacena foram utilizados como fontes documentos da Secretaria de Saúde Mental do município, denominados: Projeto de Saúde Mental do Município de Barbacena (2001) e Relatório de Gestão em Saúde Mental - período de janeiro de 2001 à novembro de 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas (2004).

A pesquisa de campo, caracterizada pela realização de uma entrevista, foi realizada com o objetivo de fazer uma mediação entre os marcos teóricos e metodológicos e a realidade empírica (MINAYO, 2010), possibilitando uma visão diferenciada do movimento antimanicomial, dos seus resultados e desafios. Esta pesquisa de campo fez parte de um desdobramento de uma pesquisa de mestrado, denominada: “E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena”, de autoria de Kennya Rodrigues Nézio Azevedo. Para a realização da entrevista foi selecionada um trabalhadora, com formação em psicologia, que atuou coordenando a área da Saúde Mental nos anos de 2001 a 2004, época da implantação da maior parte dos serviços substitutivos de Barbacena, e que fez parte do movimento dos trabalhadores da cidade que buscava o fim do manicômio desde a década de 1970. A sigla E1 foi utilizada para designar esta trabalhadora, hoje aposentada do serviço público.

Para Minayo (2010) a entrevista é uma conversa destinada a construir informações sobre o objeto de pesquisa e se caracteriza pela sua forma de organização. Durante a entrevista em campo, optou-se pela utilização de uma entrevista aberta. De acordo com a autora: “O instrumento da entrevista aberta é a descrição sucinta, breve, ao mesmo tempo abrangente, pelo entrevistador, do objeto da investigação, orientando os rumos da fala do interlocutor” (2010, p.190). O desafio do investigador é ouvir e conduzir o entrevistado para que este relate o seu ponto de vista da forma mais abrangente e profunda. Nesta forma de organização a ordem dos assuntos é determinada pelas ênfases e preocupações do próprio entrevistado quanto ao objeto de estudo.

A análise temática foi utilizada como o método de análise da entrevista com E1. Nesta forma de análise de dados, o tema deve estar ligado a uma afirmação do assunto determinado. Para Minayo (2010) a análise temática é produzida a partir de núcleos de sentido que compõe a comunicação. A presença e frequência destes núcleos têm uma significação para o objeto analisado e é o que determina o caráter do discurso.

A designação “sujeito em sofrimento mental” foi utilizada neste estudo, prioritariamente, por ser entendida como a mais adequada atualmente. Amarante (2011) entende que a designação “portador de transtorno mental”, utilizada pela legislação brasileira, expressa a existência de algo eterno e inseparável pertencente ao sujeito e uma falta de ordem mental. Desta forma, a expressão “em sofrimento mental ou psíquico” seria a mais adequada, pois passa uma ideia de sofrimento, que se remete a um sujeito e a uma experiência vivida por ele.

5 A assistência psiquiátrica em Minas Gerais: um recorte em Barbacena

De acordo com Duarte (2009), a história das concepções e práticas adotadas no Hospital Colônia de Barbacena (HCB), primeira instituição psiquiátrica pública de Minas Gerais, se articula com a formação e a consolidação do campo psiquiátrico do estado. Desta forma, a emblemática história manicomial do município é parte fundamental da história da assistência psiquiátrica brasileira e, em especial, da psiquiatria mineira, sendo utilizada fundamentalmente neste capítulo.

5.1 A assistência psiquiátrica em Minas Gerais

A Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais foi inaugurada em 17 de outubro de 1903 na cidade de Barbacena, após a regulamentação da Lei n. 290, que instituiu na esfera da responsabilidade do Estado a assistência aos alienados (ALVARENGA; NOVAES, 2007; DUARTE, 2009). Antes da implantação da Assistência a Alienados, os loucos eram enviados para o manicômio nacional, no Rio de Janeiro, para Santas Casas de Misericórdia ou para cadeias públicas (PASSOS *et al.*, 2007; VIDAL, BANDEIRA; GONTIJO, 2008). Segundo Duarte (2009), para instalar a Assistência a Alienados de Minas Gerais, o governo comprou, em 1900, os imóveis da Companhia Sanatório, estabelecimento destinado ao tratamento de tuberculosos, onde havia uma edificação para alienados. De acordo com a autora, o estabelecimento atendia inicialmente pensionistas vindos de várias localidades do Brasil e de classe abastada, muitos dos quais permaneceram no hospital após a instalação da Assistência.

A década de 1920 é marcada pelo surgimento de novos hospitais psiquiátricos em Minas Gerais e pela consolidação do campo psiquiátrico do estado. Em 1922, o Instituto Neuropsiquiátrico Raul Soares foi inaugurado em Belo Horizonte. Neste mesmo ano, a Assistência a Alienados de Barbacena foi desmembrada pelo governo, devido à grande demanda por internações, e foi construído o Asilo Colônia, um anexo distante cerca de dois a três quilômetros da Assistência ou Asilo Central. Em 1927, o Hospital Neuropsiquiátrico de Oliveira, construído neste mesmo ano (RIBEIRO; SILVA; SANTOS, 2008), para receber mulheres alienadas, passou a receber crianças e adolescentes. E, em 1929, foi criado o manicômio judiciário de Barbacena (DUARTE, 2009).

Segundo Duarte (2009), com a criação do Instituto Raul Soares (IRS), a assistência prestada pelo Hospital Colônia de Barbacena (HCB) passou a atender prioritariamente pacientes crônicos, sendo os agudos destinados ao primeiro. Em 1923, a superlotação já era

um grave problema enfrentado pela Assistência a Alienados de Barbacena, fato que só veio a se atenuar nos decorrer dos anos.

Em 1922, o Decreto n. 6.169 aprovou o Regulamento da Assistência a Alienados em Minas Gerais, instituindo a figura do psiquiatra como interventor da loucura reconhecido pelo Estado. Este Decreto instituiu ainda, o regime *open door* para os pacientes crônicos, que pressupunha o princípio de liberdade vigiada, ou uma ilusão de liberdade, o que tornava o paciente suscetível à disciplinarização e ao trabalho. Foi instituída também a figura do colono, uma categoria de sujeitos, que tendo sua sanidade recuperada, porém marginalizados, eram empregados em atividades agropecuárias ou em atividades da oficina do próprio hospício (DUARTE, 2009).

Em 1933, a Lei n. 11.165 institucionalizou o campo psiquiátrico mineiro e, em 1934, o Decreto-Lei n. 11.276 regulamentou as normas e dispôs sobre a assistência no Regulamento da Inspeção Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados em Minas Gerais, fortalecendo as concepções da psiquiatria alemã de forte tendência biologicista. O Regulamento diferenciou as demandas de cada hospital psiquiátrico mineiro. O Instituto Raul Soares deveria atender prioritariamente pacientes agudos e servir como órgão distribuidor de pacientes, constatado o seu diagnóstico. A Assistência do Hospital Colônia de Barbacena era destinada aos agudos da cidade e proximidades e aos crônicos enviados pelo IRS. A clientela do HCB era formada, em sua maioria, por pacientes agudos e crônicos indigentes. E o Hospital Neuro-Psiquiátrico Infantil de Oliveira deveria atender crianças e adolescentes. Aos dois últimos foi delegado, portanto, um caráter excludente e asilar, e ao IRS, a supremacia do poder e das práticas psiquiátricos (DUARTE, 2009).

A reforma sanitária de 1946 em Minas Gerais, promovida pelo Departamento Estadual de Saúde de Minas Gerais e pela Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, tinha como objetivo melhorar e ampliar os serviços da administração pública. Neste momento a ineficiência da psiquiatria brasileira, regida pelas diretrizes do órgão federal, foi refletida na superlotação dos hospícios e na elevada taxa de óbitos de internos em todo o Brasil, em especial no hospital psiquiátrico de Barbacena. As condições de asilamento no HCB eram extremamente precárias, as instalações e os recursos materiais eram insuficientes, não havia áreas para pacientes com doenças infecto-contagiosas, o número de internos crescia a cada ano e havia falta de alimentos. Essas condições se atenuaram no decorrer dos anos. E, em 1959, devido à precariedade dos serviços prestados pelo HCB e para minimizar os problemas da assistência de Minas Gerais, o SNDM financiou a construção do Hospital Galba Velloso (HGV) em Belo Horizonte, inaugurado em 1962, e a ampliação do HCB com a construção de

novos pavilhões. Porém, estas medidas não foram suficientes para atender a demanda de internações (DUARTE, 2009).

De acordo com Duarte (2009), o governo federal, com o Decreto-Lei n. 200 de 1967, instituiu uma grande reforma administrativa, que redefiniu a área de competência do Ministério da Saúde e o da Previdência Social. Este último ficou encarregado de exercer a política previdenciária e de assistência social no setor da saúde e o primeiro ficou responsável por reformular e coordenar a política nacional de saúde. Em conformidade com o governo federal, o governo de Minas Gerais teve que reformular as instituições do setor público e criou, em 1968, a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais (FEAP), que reunia os seguintes hospitais psiquiátricos: Hospital Colônia de Barbacena, Instituto Raul Soares, Hospital Carlos Pinheiro Chagas, conhecido como Hospital Colônia de Oliveira (HCO), Hospital de Neuropsiquiatria Infantil e o Hospital Galba Velloso.

Em 1969, a FEAP iniciou suas atividades, que tinham como alguns dos seus objetivos: racionalizar o trabalho, utilizando técnicas modernas de administração, promover convênios com variadas instituições e divulgar e sensibilizar a comunidade, o meio médico e órgãos públicos para tomada de decisões. Porém, Duarte (2009) afirma que para muitos especialistas a gestão da FEAP ficou restrita a intenções.

Em 1971, a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica foi renomeada Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica, mantendo a sigla FEAP. Os estatutos ou regimentos dos hospitais foram elaborados de acordo com a reforma administrativa do estado, executada pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social. Este plano definia programas de assistência médica que visavam aumentar a eficiência e a cobertura dos serviços assistenciais de Saúde Mental, maximizando a eficiência da Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica. A FEAP implantou importantes medidas com ênfase na natureza assistencial, a fundação fixava as diretrizes psiquiátrica para todo o Estado, e educacional, impôs uma maior dinamização ao ensino e à pesquisa com estabelecimento de normas e regulamentação de residências médicas (DUARTE, 2009).

Com o objetivo de descentralizar os atendimentos e internações para não sobrecarregar a rede de hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, que já se encontravam superlotados, a FEAP fixou ações assistenciais: casos psiquiátricos passaram a ser atendidos em hospitais/dia das cidades mineiras de Juiz de Fora, Montes Claros e Varginha e diversas unidades de hospitais/dia foram criadas em cada região sócio-econômica do estado. Essas ações fundamentavam-se em questões de ordem financeira, bem como a desativação do Hospital Colônia de Oliveira, em 1974. Decorrente da sua desativação, 119 pacientes, com idade entre

cinco e 25 anos, foram transferidos para o Hospital Colônia de Barbacena. Devido às suas condições de nutrição, associadas a múltiplas patologias, muitos destes pacientes faleceram (DUARTE, 2009).

Em 1973 foram elaborados os regimentos dos três hospitais da FEAP (IRS, HCB, HGV) com base em uma política assistencial. Com a adoção do conceito de medicina integral, a assistência psiquiátrica passou a prestar atendimento numa abordagem biopsicossocial e de maneira interdisciplinar, onde o paciente deveria ser entendido em sua totalidade. O envolvimento e a participação da comunidade também foram estabelecidos pelos regimentos. As estruturas dos hospitais da FEAP eram semelhantes entre si, possuindo as mesmas seções e, em particular, a seção do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), importante inovação da FEAP, que permitiu o desenvolvimento e planejamento de ações e serviu de suporte para pesquisas científicas (DUARTE, 2009).

Em 1977 foi criada a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), com a finalidade de integrar as fundações existentes, Fundação Estadual de Assistência Médica e de Urgência (FEAMUR), Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (FEAL) e a FEAP, que não se articulavam. Após a vinculação do Hospital Colônia de Barbacena à FHEMIG, este passou a denominar-se Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). A criação da FHEMIG objetivou uma mudança institucional que caracterizasse esta fundação como órgão sistêmico, pressupondo uma modernização administrativa que melhorasse e racionalizasse as atividades da assistência prestada, considerada insatisfatória pelos diretores da instituição, assim como a redução de custos. A FHEMIG, portanto, deveria prestar atendimento médico-hospitalar de caráter geral à população do estado, executar planos da Política Estadual de Saúde e incentivar a pesquisa científica. A instituição buscou ainda implementar uma política de desospitalização e programas comunitários de saúde, contudo essas idéias não foram absorvidas pelo campo da saúde e nem pela comunidade, que ainda via, no final da década de 1970, o doente mental como incapaz de convívio social (DUARTE, 2009).

5.2 Um recorte em Barbacena

O município de Barbacena é localizado na região conhecida como Zona da Mata e fica a 169 quilômetros da capital Belo Horizonte (DUARTE, 2009). A cidade, com fortes tradições manicomiais, chegou a abrigar milhares de pacientes em condições indignas durante o século XX, se tornando reconhecida como a “cidade dos loucos”. Hoje, porém, é uma das

protagonistas no cenário da Reforma Psiquiátrica decorrente da transformação e transposição da assistência à Saúde Mental.

Passos *et al.* (2007) afirma que comumente encontra-se várias hipóteses para a implantação da Assistência em Barbacena, principalmente no meio popular. Algumas destas hipóteses são: a posição geográfica que a cidade ocupa, perto de importantes municípios mineiros e de fácil acesso aos grandes centros do país como São Paulo e Rio de Janeiro, a instalação da Assistência como um prêmio de consolação por Barbacena não ter sido escolhida a capital do estado, interesses pessoais ou políticos, redução de gastos com encaminhamentos de pacientes para o Rio de Janeiro e o clima frio da cidade.

Para Alvarenga e Novaes (2007), a nomeação de Barbacena como local de referência à assistência aos alienados do estado relacionou-se à dinâmica da singular política mineira e aos influentes políticos da cidade. De acordo com Duarte (2009), o hospital psiquiátrico foi utilizado como um instrumento político pelos dois clãs parentais que dominavam, e ainda dominam, a política da cidade. O mandonismo local, assegurado pelo hospital por várias décadas, se deu pelo clientelismo, por meio da contratação e nomeação de cargos de correligionários para a instituição, fato que corroborou para sua ineficiência. De acordo com autora: “Foram e são as práticas de clientelismos que condiciona(ra)m e sustenta(ra)m todo um sistema de lealdades e de coerções das instituições locais” (p.169, 2009).

Portanto, podemos pressupor que a instalação do hospital psiquiátrico em Barbacena se deu por motivos de ordem política e econômica, bem como a sua manutenção. Isto revela que a questão da loucura no município foi tratada desde o início, antes mesmo da implantação da Assistência a Alienados, como um meio de obter lucros e de manter o poder de elites locais.

A história da loucura em Barbacena é significativa desde o século XIX, quando a cidade já comportava importantes serviços hospitalares na área da Saúde Mental. Esses serviços eram ofertados pelo Hospital de Sangue das tropas legais, pela Santa Casa de Caridade, posterior de Misericórdia, e pelo Sanatório de Barbacena, destinado a tuberculosos e doentes acometidos por moléstias nervosas e mentais (PASSOS *et al.*, 2007).

Durante sua existência, o HCB (Assistência a Alienados até 1922 e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena a partir de 1977) passou por várias mudanças organizacionais, que refletiram nas suas práticas institucionais (DUARTE, 2009). De acordo com Passos *et al.* (2007), as práticas realizadas no hospital psiquiátrico de Barbacena e nas outras instituições do estado mineiro não se diferenciavam das utilizadas nos demais hospitais psiquiátricos do

país. Segundo as autoras: “Minas Gerais as excedeu em fama, mas não necessariamente em número de vítimas ou em intensidade das atrocidades” (p. 245).

Segundo Passos *et al.* (2007), foi por volta de 1913 que começaram a surgir e se multiplicar no município os estabelecimentos privados para tratamento psiquiátrico. Sua proliferação se deu com a justificativa de eles serem uma alternativa aos altos custos do Estado e uma oferta de melhores serviços aos que podiam pagar.

O Hospital Colônia de Barbacena, assim denominado em 1922, era dividido em dois setores. Um deles era o Setor A ou Asilo Central, formado por enfermarias para pacientes agudos do sexo feminino e por pavilhões para pensionistas de ambos os sexos. O outro era o Setor B ou Asilo Colônia, inaugurado neste mesmo ano, era formado por uma parte aberta, reservada para pacientes crônicos, geralmente transferidos do Instituto Raul Soares, e por uma parte fechada, para pacientes agudos do sexo masculino e pacientes com doenças infecto-contagiosas (DUARTE, 2007). De acordo com Passos *et al.* (2007), a arquitetura do Asilo Colônia camuflava a sua aparência manicomial, os jardins eram bem cuidados e as grades e os muros eram ocultados. Em virtude da sua estrutura física e por receber pacientes de várias instituições, de outros estados e até do exterior, o Hospital Colônia de Barbacena se tornou a instituição de maior destaque em Minas Gerais, mesmo com a abertura dos hospitais de Oliveira e Belo Horizonte.

Com a inauguração do Setor B algumas práticas passaram a ser amplamente utilizadas. A laborterapia, de origem europeia, era apresentada como um recurso terapêutico para recuperação e adaptação do doente mental, onde propunha-se a cura pelo trabalho. Porém, era aplicada apenas aos pacientes indigentes, que eram submetidos a atividades agropecuárias, tarefas em oficinas, olarias, confecções de trabalhos manuais, além de serviços públicos (DUARTE, 2009). De acordo com Passos *et al.* (2007), o HCB declarava cumprir uma função terapêutica com a prática da laborterapia, mas “logo se tornou uma espécie de mutirão forçado e uma forma de controle” (p. 251). Neste período surgiu o regime *open door*, o colono, ambos já descritos, e a terapia hetero-familiar, que tinha o objetivo de ressocializar o interno por meio do contato com famílias sitiantes, que deveriam lhe ensinar um ofício, recebendo um valor por tal ação.

De acordo com Duarte (2009), essas práticas ditas terapêuticas camuflavam a real situação do paciente: mão-de-obra marginalizada, utilizada para sustentação dos cofres públicos. O trabalho dos internos foi aproveitado para o desenvolvimento econômico da cidade, por meio de construção de estradas, fabricação de pães, cultivo de hortaliças e demais serviços que surgissem. Desta forma, o sujeito em sofrimento mental, que foi recluso do meio

social por ser visto como economicamente improdutivo e perigoso, teve sua força de trabalho usurpada por quem o excluiu e delegou ao trabalho uma função terapêutica.

Durante o período da Companhia Sanatório (1870-1903), foi construída no município a Estação Sanatório com o objetivo de que os tuberculosos não entrassem em contato com a população. Posteriormente, a Estação passou a servir a Assistência a Alienados, transportando doentes mentais, que viajavam imobilizados dentro dos trens e chegavam à cidade durante a madrugada. Porém, a partir de 1941, os passageiros passaram a descer na estação principal da cidade, fato que gerou desconforto para a população, tanto pelo receio da má impressão que isso poderia produzir nos turistas, como por compaixão. Os futuros pacientes do Hospital Colônia caminhavam cerca de três quilômetros até o hospital, sob o frio intenso típico da cidade. Este fato mudou em meados de 1960, quando os internos vindos do IRS e do HGV passaram a vir em ônibus superlotados (DUARTE, 2009).

De acordo com Duarte (2009), o período que compreende os anos de 1903 a 1945, é marcado pelo surgimento e expansão da Assistência a Alienados em Minas Gerais, pelo desenvolvimento de pesquisas psiquiátricas pelo IRS e pela consolidação do HCB como uma instituição asilar. Segundo a autora, após dois anos de inauguração, o Asilo Colônia já sofria graves problemas de superlotação.

O período de 1946 a 1967 foi caracterizado pela política de centralização do SNDM e marcado pelos problemas gerados pela superlotação, pela falta de recursos financeiros, pelas precárias e inoperantes condições de asilamento (DUARTE, 2009). De acordo com Alvarenga e Novaes (2007), a situação do Hospital Colônia de Barbacena na década de 1950, caracterizava-se por pavilhões em ruínas, precárias situações sanitárias dos internos, insolvência financeira e alto índice de mortalidade. Passos *et al.* (2007) afirma que a situação sanitária dos pacientes era comparada a de suínos.

No inverno a taxa de óbitos alcançava índices alarmantes. Havia falta de medicamentos para tratamento da doença mental e de outras patologias. A alimentação também era precária. Neste período por meio da atuação de alguns médicos e devido a reivindicações, algumas medidas foram tomadas para uma melhoria das condições vigentes. No início da década de 1950, novos pavilhões foram inaugurados, fator que aliviou a superlotação, mas não acabou com o problema. Em 1953, além das más condições e tratamento deficiente, havia deficiência e despreparação dos funcionários e cronificação de internos. O número de internações em 1959 foi o maior registrado na instituição, que contabilizava oficialmente com mais de 3.000 pessoas (DUARTE, 2009). O Relatório de

Gestão em Saúde Mental aponta que a instituição chegou a abrigar 5.000 pessoas (BARBACENA, 2004).

Devido à superlotação, a utilização de leitos chão foi recomendada pela Assistência Neuropsiquiátrica, prática que já havia sido utilizada na década de 1950, mas que atingiu seu ápice na década de 1960. A utilização dos leitos chão consistia em retirar todas as camas e colocar os pacientes em um único leito, geralmente feitos de montes de capim. A lobotomia também foi uma prática exercida no HCB, em pacientes considerados agressivos e resistentes ao tratamento com choques, especialmente nas décadas de 1950 e 1970. Esta prática consistia em uma intervenção cirúrgica na região pré-frontal do cérebro e seus efeitos foram retratados no documentário *Em Nome da Razão* de Helvécio Ratton, de 1979. O eletrochoque, por ser uma prática barata, foi intensamente utilizado em toda a história do hospital psiquiátrico, mesmo depois do advento dos psicotrópicos na metade do século XX. Este recurso causava vários danos físicos ao paciente, como luxações, fraturas nas vértebras e fraturas ósseas em mulheres com osteoporose. O uso de camisas-de-força e o confinamento de pacientes em celas individuais, que duravam dias e até meses, também foram práticas institucionais do HCB (DUARTE, 2009).

A privatização da Saúde Mental e a expansão dos hospitais privados marcaram o período de 1968 a 1979, quando os hospitais foram submetidos à administração das fundações (FEAP, FHEMIG). De acordo com Duarte (2009), no Plano de Ação Imediata de Barbacena do final da década de 1970, da prefeitura municipal, é citada a existência de dois hospitais públicos, o Hospital Colônia e o Manicômio Judiciário Jorge Vaz, e 11 clínicas particulares. Este período é marcado também por indícios de lutas no campo psiquiátrico que resultou no início do processo da Reforma Psiquiátrica (DUARTE, 2009).

Durante o século XX a psiquiatria clássica, baseada no modelo hospitalocêntrico, se consolidou em todo o país. As práticas psiquiátricas, advindas de um saber médico autorizado pelo Estado a intervir no meio social e nos corpos dos sujeitos, se multiplicaram, porém o sofrimento mental dos sujeitos em nada foi amenizado. Ao contrário, a exclusão, as precárias condições de asilamento e as práticas institucionais foram responsáveis pela cronificação da doença de muitos pacientes, assim como por vários óbitos. Alguns levantamentos apontam que aproximadamente 60.000 pessoas morreram na instituição desde a sua fundação (BARBACENA, 2004). Esses fatores revelam a inoperância da assistência psiquiátrica baseada neste modelo.

5.3 A Reforma Psiquiátrica barbacenense

O início do processo de Reforma Psiquiátrica em Barbacena teve diversos desencadeadores. Entre eles podemos citar as denúncias feitas pela mídia e por profissionais nas décadas de 1960 e 1970, relativas aos maus tratos aos pacientes internados e à venda de cadáveres para faculdades de medicina, e a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que disseminou no país as ideias da Psiquiatria Democrática.

Segundo Passos *et al.* (2007), apesar de denúncias feitas em 1905 e em 1930, pouco se conhecia sobre os serviços prestados no HCB. O conhecimento sobre a situação em que viviam os pacientes era restrito aos funcionários do hospital e a alguns segmentos da população (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008). Contudo, na década de 1960 começou uma forte denúncia da imprensa relativa às condições vividas pelos pacientes. De acordo com Duarte (2009), uma das primeiras denúncias foi feita por um ex-interno do hospital ao Jornal Estado de Minas, em 1953. No seu depoimento relatava as péssimas condições da assistência prestada pelo HCB, a existência de câmaras de tortura e a distribuição indiferenciada nos pavilhões de paciente agudos e crônicos, pensionistas e indigentes. Em 1961, uma reportagem na revista O cruzeiro foi publicada relatando as condições de tratamento e exibindo fotografias do hospital. Além de publicações na TV Tupi, outras no Jornal Estado de Minas e no Diário da Tarde.

No final da década de 1970 surgiram denúncias de desvio de verbas no HCB/ CHPB. Pensionistas eram transferidos para pavilhões de indigentes, porém suas mensalidades continuavam sendo efetuadas, além da cobrança de outras taxas referentes a gastos com objetos pessoais. Deste episódio, apenas um funcionário foi responsabilizado. Outra prática denunciada foi a venda de cadáveres para as faculdades de medicina. O controle e a distribuição de corpos de internos indigentes estavam previstos no Decreto-Lei n.6.169, de 1922, e pelo Decreto 11.276, de 1934, onde constava que, caso houvesse interesse científico, os cadáveres de indigentes poderiam ser cedidos às faculdades. Porém, os corpos passaram a ser comercializados devido à demanda por peças anatômicas e para aumentar a receita do hospital. De 1969 a 1975 foi registrada a venda de 1.822 corpos para diversas faculdades mineiras e faculdades do Rio de Janeiro e de São Paulo (DUARTE, 2009).

Decorrente da sua insatisfação com a política de saúde e pressionado por seguimentos sociais, o Secretário de Saúde da época, Eduardo Levindo Coelho, possibilitou que toda a sociedade conhecesse as práticas ocorridas no CHPB, quando abriu o hospício para a imprensa no final da década de 1970. Como resultado disto, em 1978, uma série de

reportagens do jornalista Hiram Firmino foi publicada no Jornal Estado de Minas e foi produzido o documentário *Em nome da razão* por Helvécio Ratton. Essas publicações retratavam as condições asilares do hospital, a superlotação, as precárias condições de higiene, de alimentação, de vestuário e as práticas de lobotomia e eletrochoque. Diversas denúncias também foram feitas pelos movimentos dos trabalhadores da Saúde Mental e associações de classes, que reivindicavam melhores condições de trabalho e a adoção de novas práticas psiquiátricas.

As denúncias de Ratton e Firmino foram essenciais para o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica em todo o Brasil. Em um texto, no livro organizado por Jairo Furtado Toledo (2008), Helvécio Ratton comenta:

O documentário *Em nome da razão* acabou cumprindo um papel importante na luta anti-manicomial e no processo de reestruturação, de verdadeira recriação por que passou o hospital psiquiátrico de Barbacena. O filme foi visto por milhares de pessoas e continua sendo visto e discutido até hoje. A força de suas imagens permanece inalterada no tempo, como registro de um passado ao qual não podemos jamais voltar (TOLEDO, 2008, p. 55).

Hiram Firmino, no mesmo livro, relata: “Escrevi os textos e dei minha contribuição à causa, à revolução psiquiátrica, silenciosa e política em curso, que envolvia e ainda envolve tantos agentes transformadores em ação” (TOLEDO, 2008, p. 53).

Em 1979, o CHPB recebeu a visita de Franco Basaglia. Nesta visita o psiquiatra italiano, precursor da Psiquiatria Democrática, comparou o hospital psiquiátrico a um campo de concentração (ALVARENGA; NOVAES, 2007). Na entrevista de E1, a psicóloga relata sobre este acontecimento:

Quando Basaglia chega aqui, visita o CHPB e compara aquele horror aos campos de concentração. Depois ele vai à clínica Santa Isabel, onde eu trabalhava, era meu primeiro emprego, há 35 anos, e fala que a única diferença que tinha daquela clínica com o CHPB era na maquiagem, porque a ideologia era a mesma. A ideologia da exclusão, a ideologia de separar as pessoas, de medicalizar em excesso, de não ter nenhum tratamento que tivesse um respeito pelas pessoas no sentido de elas serem reintegradas à vida, mesmo tendo uma psicose ou outro diagnóstico. Era internar no sentido do lucro e no sentido de tirar da sociedade essas pessoas.

Somadas todas essas denúncias, principalmente as de Hiram Firmino e Helvécio Ratton, juntamente com apresentação do artigo de Ronaldo Simões Coelho ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria, no ano de 1979, que alcançou grande notoriedade, e a vinda de Basaglia ao CHPB, as reivindicações por uma Reforma Psiquiátrica se reforçaram no país. A articulação dos novos agentes contratados, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e

técnicos, e de psiquiatras envolvidos em movimentos sociais foi importante para as mudanças nas políticas pública de Saúde Mental (DUARTE, 2009).

De acordo com Vidal, Bandeira e Gontijo (2007), em resposta às denúncias, em 1980, o governo estadual implantou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública, dando início a um processo de transformação no CHPB. Uma unidade específica para pacientes agudos e um ambulatório foram criados no hospital, o tratamento dos pacientes foi humanizado e equipes multidisciplinares foram constituídas. Os hospitais conveniados também se adaptaram as novas mudanças. De acordo com Duarte (2009), a FHEMIG designou uma comissão composta por médicos, psiquiatras e uma administradora com o intuito de implantar uma série de mudanças institucionais no que se referia a assistência prestada aos pacientes e a estrutura física e administrativa do CHPB. Porém, essa iniciativa sofreu resistências, principalmente no que se referia a propostas de desospitalização (DUARTE, 2009).

Segundo Alvarenga e Novaes (2007), em Barbacena, na década de 1980 houve mudanças na estrutura físico-funcional do CHPB, que incidiu na área assistencial, embora, conservando o modelo hospitalocêntrico e o paradigma psiquiátrico como norteadores de sua política. Com ações caracterizadas pela ausência de normatização e critérios de regulação, manteve internações abusivas, tempo médio de internação extenso e, conseqüentemente, práticas consideradas violentas para os pacientes.

Durante a entrevista, Elcomenta sobre este período:

Depois da vinda do Basaglia ao Brasil, depois do Hiram Firmino fazer aquelas denúncias no jornal, o CHPB passou por um período que eu chamo de humanização. Uma hotelaria melhor, um vestuário melhor. Mas é a humanização, lá dentro. Tudo lá dentro. O que a gente preconizava, a luta antimanicomial, não era só a humanização, era uma volta, era acabar com os hospitais, era o tratamento em serviços abertos para as pessoas não cronificarem mais, viverem nas suas casas, com suas famílias.

No decorrer da década de 1990, a partir da elaboração de portarias ministeriais que instituíram e regulamentaram os serviços substitutivos em Saúde Mental, a questão deixou de ser a humanização dos hospitais psiquiátricos. Em seu lugar, propunha-se a sua substituição gradativa por novos serviços, a adoção de estratégias sanitárias e dispositivos sociais (ALVARENGA; NOVAES, 2007). Em 1995, a Lei Estadual n. 11.802, dispôs sobre a promoção de saúde e da reintegração social do sujeito em sofrimento mental, além da implantação de ações e serviços substitutivos, extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e regulamentação das internações (BRASIL, 2004). O Município passou por uma série de

mudanças e reestruturação do seu sistema de Saúde Mental, que culminou com a criação de uma rede de serviços substitutivos de cunho territorial a partir do ano de 2001(FASSHEBER; VIDAL, 2007).

6 A concretização da Reforma Psiquiátrica de Barbacena: 2001 a 2004

Este capítulo aborda o período em que ocorreu no município de Barbacena o maior número de implantação dos serviços substitutivos em Saúde Mental. Esses serviços são os dispositivos resultantes da Reforma Psiquiátrica. Entre eles podemos destacar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR). Para sua elaboração foram utilizados documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena que se referem ao período de 2001 a 2004 e uma entrevista com E1, coordenadora da área de Saúde Mental de Barbacena nesta época, conforme descritos na metodologia deste estudo.

Segundo Vidal, Bandeira e Gontijo (2008), o processo de Reforma Psiquiátrica não segue um padrão homogêneo, se diferenciando em cada país e sofrendo variações locais: “Essa variabilidade relaciona-se com peculiaridades na extensão territorial, na população, na cultura, na estrutura política e econômica e nos sistemas de saúde e assistência social de cada país” (p.72). A adesão de Barbacena aos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica aconteceu mais tardiamente do que em outros municípios brasileiros de igual tradição manicomial.

A implantação dos serviços substitutivos na cidade teve maior incidência entre os anos de 2001 a 2004. Segundo E1, este período foi um período de concretização, pois ele já estava sendo buscado ao longo dos anos por um grupo de trabalhadores. E1, falando sobre a sua experiência, relata que:

Essa história não começou em 2001. Ela começou na verdade muito antes de 2001. Ela começou vamos dizer que foi até em 79. Eu estou com isso em dia porque esse ano vai comemorar 35 anos da vinda do Basaglia no Brasil. Eu pessoalmente comecei a me interessar, a me empolgar e me tornar uma militante nessa luta da Saúde Mental em 1979. (...) Então, essa coisa que deslanchou em 2001, com a coordenação de Saúde Mental, na verdade isso foi sendo gestado a partir de 79. (...) Isso era uma situação extremamente complicada, porque Barbacena é uma cidade muito difícil. A gente não tinha espaço para poder fazer uma proposta diferente daquilo que acontecia. Existia um grupo de pessoas, eu fazia parte deste grupo, que se incomodava muito com isso e tentava reverter esse quadro. Quando chegou em 2001, eu assumi a coordenação, a gente falou: não, nós temos que mudar essa história.

Ainda sobre este período, E1 comenta:

Em 2001 foi a hora do ato. Do ato (da concretização). Porque antes disto teve todo um trabalho. (...). Então, a gestação deste ato, que aconteceu em 2001, foi muito longa. Muito longa mesmo. Eu tinha um fusquinha que tinha um plástico: “Por uma sociedade sem manicômios”, eu andava pela cidade, aquilo provocava um estranhamento e uma certa raiva. A gente tinha um movimento pequeno aqui de

trabalhadores e no dia 18 de maio a gente ia para rua. Isso foi um processo que aconteceu durante muito tempo.

No ano 2001, foi apresentado na Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Barbacena o projeto que previa a reestruturação da Saúde Mental do município norteada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica (BARBACENA, 2004). Além do Projeto, foi apresentado um estudo financeiro do sistema de Saúde Mental, trazendo informações como: o custo do sistema vigente na época, proposta de redirecionamento dos recursos financeiros, fonte de captação de recursos, recurso orçamentário previsto na redução de gastos mensais de Barbacena com internações psiquiátricas de acordo com a nova proposta assistencial, previsão orçamentária de custeio mensal do projeto de assistência à Saúde Mental e uma análise comparativa de custo entre o sistema atual da época e o sistema assistencial proposto.

De acordo com o Projeto de Saúde Mental, Barbacena contava, em meados de 2001, com cinco hospitais psiquiátricos com grande concentração de leitos, sendo um na rede pública e os demais na conveniada. Desses leitos psiquiátricos, 755 eram ocupados por pacientes asilares. O projeto propunha um trabalho que visava inserir o município nas tendências terapêuticas da Saúde Mental, tendências estas decorrentes da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desta forma, objetivava-se direcionar as ações para um tratamento de qualidade, sem exclusão, resgatando a cidadania do sujeito em sofrimento mental e proporcionando condições para sua reinserção social (BARBACENA, 2001).

A partir de um estudo estatístico, baseado no período de agosto a dezembro de 2000, verificou-se que o modelo da época além de gerar altos gastos, direcionava, prioritariamente, as pessoas para internações hospitalares e não representava a política de saúde definida pela Reforma. Este estudo culminou com o projeto de inserir Barbacena em consonância com as determinações legais das políticas públicas (BARBACENA, 2001).

O objetivo geral proposto pelo Projeto de Saúde Mental previa proporcionar ao usuário da rede pública acesso a um tratamento de qualidade, dentro das bases da Reforma Psiquiátrica, a partir da construção de uma rede substitutiva de serviços e do fortalecimento do sistema público de saúde. Para alcançar este fim, foi estabelecido como necessário, entre outras coisas, a criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), enfatizando que após a III Conferência de Saúde Mental brasileira, no final de 2001, adotou-se oficialmente a denominação Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2005); a promoção de discussões interdisciplinares para a criação de um serviço assistencial à infância e adolescência e à toxicomania; a criação de cooperativas, Centros de Convivência e oficinas terapêuticas; a implantação de Residências Terapêuticas; a promoção de discussões com a

sociedade organizada sobre o novo modelo proposto e busca de parcerias; o estabelecimento de uma política de recursos humanos e o resgate do município do seu papel de regulador das ações de Saúde Mental (BARBACENA, 2001).

A metodologia do Projeto previa que o Pronto Socorro do município atenderia as demandas da cidade e região, encaminhando-as aos demais serviços: NAPS, NAPS de dependência química, hospital clínico e ambulatório no CHPB. Além de todos esses serviços, o município também contaria com o Centro de Referência da Infância e Adolescência, Residências terapêuticas, Centros de Convivência e Cooperativas de trabalho. Desta forma, as demandas deveriam ser atendidas no modo e no tempo requeridos por cada caso e encaminhados aos serviços da rede. Portanto, os dispositivos deveriam funcionar em conjunto, no modelo de rede (BARBACENA, 2001).

De acordo com o Estudo Financeiro do Sistema de Saúde Mental, o custo médio de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ao Departamento Municipal de Saúde Pública (DEMASP), hoje Secretaria Municipal de Saúde, era, há 14 anos, no período de agosto a dezembro de 2000, R\$736,93. Deste modo, neste período, o gasto com pacientes agudos internados no sistema CHPB totalizaram a quantia de R\$81.799,23 por mês. Dentre os quais R\$28.003,34 com pacientes agudos com transtornos relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; R\$53.795,98 com pacientes agudos que sofriam demências, transtornos psicóticos transitórios e processuais, afetivos, neuróticos graves, transtornos de personalidade e oligofrenias; R\$28.003,34 com pacientes agudos com o AIH renovado a pedido da instituição hospitalar. O gasto com pacientes crônicos neste período foi de R\$559.329,87 ao mês. Portanto, o custo total de AIHs foi R\$669.984,21 ao mês no período citado. (BARBACENA, 2001).

Como uma alternativa de redirecionamento de recursos financeiros, foi proposta uma série de medidas, como: a criação de um NAPS/Ambulatório Municipal com estruturação de sistema de Porta de Entrada de referência, centralizando todos os encaminhamentos para internação; o credenciamento do Núcleo de Atenção Psicossocial de Dependência Química no CHPB; o credenciamento de leitos clínicos para desintoxicação; o credenciamento de um Ambulatório de Saúde Mental no CHPB; a implantação do Serviço de Atenção à Criança e Adolescente e a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos. De acordo com esse Estudo, a redução de encaminhamentos devido à implantação destes serviços seria uma fonte de captação de recursos. Desta forma, o custo do modelo proposto giraria em torno de R\$73.593,32 a partir da sua implantação, ao passo que o modelo hospitalocêntrico-cronificador demandava a quantia de R\$669.984,21, já mencionada (BARBACENA, 2001).

De acordo com tabelas e gráficos anexados a estes documentos, vários dados podem ser analisados. De agosto a dezembro do ano 2000, 561 internações de pacientes agudos foram efetuadas pela porta de entrada do CHPB/FHEMIG, principalmente nos meses de agosto e dezembro, revelando uma série histórica de internações. Destas, a maior parte foi de demandas da região de Barbacena, 86,2 %, seguida da região de São João del-Rei, 21,4%, e, em menores proporções, das regiões de Varginha, 1,8%, Juiz de Fora, 1,2%, Divinópolis, 0,6%, Ubá, 0,4%, Diamantina e Governador Valadares, ambas responsáveis por 0,2% e 0,2% de internações foi de pacientes residentes em outros estados. Somados os municípios e distritos de cada regional, 67 localidades diferentes foram responsáveis por essas internações (BARBACENA, 2001). Isto nos revela que, mesmo com o movimento de Reforma Psiquiátrica incidindo no Brasil, em 2000, Barbacena, que ainda mantinha o modelo psiquiátrico clássico baseado em internações, ainda parecia ser um local de referência para o tratamento psiquiátrico.

Os dados demonstram que, das 561 internações efetuadas, 31% foram de pacientes do sexo feminino e 69% do sexo masculino. Sua faixa etária era heterogênea, porém os pacientes com 29 a 48 anos eram maioria. Os pacientes com história pregressa de internações representavam 50% de internações e reinternações, 24% eram pacientes de primeira internação e 26% eram renovações de AIHs (BARBACENA, 2001). Portanto, 76% das internações eram de pacientes que já haviam sido internados ou estavam nesta condição, o que nos leva a questionar a eficiência desse tipo de procedimento como método de tratamento ao sujeito que demanda atendimento em Saúde Mental.

No final do ano 2000, os pacientes agudos podiam ser internados na rede pública, representada pelo CHPB, ou em uma das quatro instituições conveniadas ao SUS, representadas pela Casa de Saúde Santa Isabel, Clínica Mantiqueira, Casa de Saúde Xavier e Sanatório Barbacena. Os pacientes eram enviados de forma proporcional para cada instituição. As internações no CHPB tinham tempo médio inferior às demais, com 24,6 dias, enquanto a instituição que tinha o maior número médio de tempo de internação era de 37,2 dias. Nos meses de agosto a dezembro, o custo médio de internações variou entre R\$595,82, no CHPB, a R\$900,52, valor cobrado por um dos prestadores. De janeiro a dezembro de 2000, os valores pagos as instituições privadas conveniadas variou de R\$824.203,18 a R\$1.611.685,00 (BARBACENA, 2001). Deste modo, podemos verificar que as clínicas particulares mantinham o tempo de internação dos pacientes maior do que a instituição pública e gerava maiores gastos. Porém, a distribuição de pacientes era feita de forma igualitária entre as instituições, não havendo prioridade de internações na rede pública.

De acordo com E1:

Em 2001 aconteceu a primeira coordenação de Saúde Mental de Barbacena. Eu assumi a coordenação. (...) O que tinha aqui em Barbacena? Tinha as clínicas privadas Santa Isabel, Mantiqueira, Xavier, Sanatório Barbacena e o hospital psiquiátrico CHPB, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. A única coisa que acontecia aqui era internação. A gente começou a trabalhar fazendo um estudo da demanda de internação que acontecia nessa época. A gente tinha 125, 130 internações mês e uma porta de entrada aberta. É o que é uma porta de entrada aberta? Tinha leito disponível, internava. Era um critério. O critério de internação era disponibilidade de leito ofertado pelas clínicas. E como tinha muito leito conveniado, basicamente as pessoas se internavam... Se internavam! Tinha oferta de leito, tinha oferta de internação.

O Projeto proposto e o Estudo Financeiro realizado demonstraram que a implantação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, além de produzir benefícios ao sujeito que demandava tratamento em Saúde Mental, não geraria ao município um aumento de custos, mas pelo contrário, os gastos seriam reduzidos. Na data em que foi apresentado, abril de 2001, a execução do projeto já se encontrava em andamento.

Um projeto específico que visava a implantação de Residências Terapêuticas também foi elaborado no município. Seu objetivo era atender aos sujeitos em sofrimento mental “cronificados” nos hospitais psiquiátricos de Barbacena que não tinham condições de moradia e sustento. Como já foi apresentado, dos leitos psiquiátricos de Barbacena, 755 eram ocupados por pacientes asilares. Portanto, esse projeto previa a desospitalização de pacientes cronificados e o restabelecimento da sua autonomia no âmbito da subjetividade e cidadania. Estas Residências, já estabelecidas nesta época pela Portaria n. 106 de 2000, deveriam ser suplementadas por uma rede assistencial de Saúde Mental. O cronograma apresentado previa a implantação de 20 Residências Terapêuticas de agosto de 2001 a dezembro de 2002 (BARBACENA, 2001).

De acordo com outro documento da Secretaria Municipal de Saúde, referente a dados do Cadastro Nacional dos Serviços Residenciais Terapêuticos de Barbacena, podemos verificar que a primeira Residência Terapêutica do município entrou em funcionamento em novembro de 2000. Após a apresentação do projeto de implantação das Residências Terapêuticas, a primeira casa entrou em funcionamento em agosto de 2001 e a terceira, apenas em junho de 2003. Portanto, o cronograma apresentado no projeto foi excedido em tempo, já que no ano de 2003 foram implantadas mais oito residências e em 2004 mais 10. Logo, de 2000 a 2004 foram implantadas no município de Barbacena 21 Residências Terapêuticas.

Em 2004, foi elaborado um relatório, denominado Relatório de Gestão em Saúde Mental - período de janeiro de 2001 a novembro de 2004: a construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas, que apresentava alguns apontamentos sobre a assistência psiquiátrica antes de 2001, o início do processo de construção de uma rede assistencial e alguns indicadores e considerações sobre a Saúde Mental do município. De acordo com este relatório, a assistência psiquiátrica em Barbacena até 2001 era constituída basicamente por internações hospitalares, fato que veio sofrer mudanças estruturais e conjunturais neste ano, por meio da reestruturação do sistema de Saúde Mental e de um trabalho cultural com a sociedade.

O relatório faz uma análise dos objetivos propostos pelo Projeto de Saúde Mental de 2001 e os resultados que foram alcançados até 2004. A proposta de criação de um CAPS, apresentada no projeto, foi concretizada em março de 2002. Decorrente a implantação deste serviço, com delegação ao município da regulação do sistema, ocorreu uma redução de 83% das internações hospitalares. Com o cadastramento do Hospital-Dia Álcool e Drogas, em 2003, as demandas de internações para esta população de usuários reduziu em aproximadamente 80%. A revisão do papel do ambulatório de Saúde Mental, o CHPB/FHEMIG, culminou com a sua integração parcial na rede, aumentando quantitativa e qualitativamente a resolutividade do serviço. O Centro de Convivência, dispositivo público que oferece às pessoas em sofrimento mental um espaço de sociabilidade e produção cultural, foi inaugurado em 2003 e passou a ser utilizado por pessoas da comunidade, inclusive de moradores de Residências Terapêuticas, e usuários do CAPS. Neste período foram implantadas 20 Residências Terapêuticas como havia sido previsto, beneficiando 150 pessoas. Do projeto de altas trabalhadas, para o retorno ao convívio familiar, oito pacientes asilares retornaram a sua estrutura familiar. A autonomia e singularidade dos 150 pacientes desospitalizados, de 2001 a 2004, foram potencializadas pela sua inclusão no Programa de Volta para Casa (PVC), além da aquisição simultânea por 22 moradores do Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que assegura a transferência de um salário mínimo ao idoso e à pessoa de qualquer idade com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial com impedimentos de longo prazo. Referente à construção de parceria da Saúde Mental com o Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família, até novembro de 2004, 12 residências estavam envolvidas. E da criação do ambulatório especializado para a criança e o adolescente, foram integradas as equipes de Saúde Mental e da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAIE) para

atendimento das demandas, porém o ambulatório não foi construído durante a gestão (BARBACENA, 2004).

O CAPS instalado em 2002 no município foi do tipo II. Sua ação o caracterizava, e o caracteriza, como equipamento regulador da rede, atuando como instância responsável pelas internações e avaliação de solicitações de renovações de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Essa função era realizada, até então, pelo CHPB. O CAPS, um serviço aberto e substitutivo, causou grande impacto sobre o número de internações. Nos gráficos apresentados junto ao Relatório, verificamos que com a implantação deste serviço o número de pacientes agudos internados caiu de 90 no mês de março de 2002 para 23 em julho do mesmo ano. De março de 2003, um ano após sua instalação, até setembro de 2004 o número de internações variou de 10 a 22 ao mês, mantendo uma média, portanto, de 13,5 internações (BARBACENA, 2004).

Além da diminuição do número de internações, outras ações também foram tomadas, como a priorização das internações necessárias na rede pública, tornando o CHPB o hospital referência para internações. Sobre o CAPS, E1 afirma:

O CAPS passou a funcionar como tratamento e regulação da porta de entrada do Sistema de Saúde. Ele funcionava sete dias por semana, durante 12 horas. E todas as internações eram avaliadas lá. Todas as crises eram avaliadas no CAPS e, se fosse o caso de internação, essas pessoas eram encaminhadas prioritariamente para o hospital público, conforme a lei determina, a Lei 8.080. E, se não tivesse vaga para o hospital público, eram encaminhadas para as clínicas conveniadas.

Outra ação refere-se às renovações de AIH, que sofreu gradual diminuição nas instituições privadas. Sobre este fato E1 afirma:

Tinha uma situação muito perversa nessa época e tem até hoje, mas vamos falar dessa época. A pessoa tinha um período para ficar 45 dias (internada) e a renovação de AIH, Autorização de Internação Hospitalar, era automaticamente renovada. E nós também mudamos isso. Para poder renovar a guia de internação tinha que passar por uma reavaliação da equipe do Caps. Com isso a gente conseguiu trazer essa situação sob controle, um controle técnico, um controle clínico.

Decorrente do processo de Reforma Psiquiátrica, o Núcleo de Estudos e Prevenção ao Alcoolismo (NEPA) foi reestruturado para se constituir como Hospital-Dia – Álcool e Drogas. A implantação deste hospital como unidade substitutiva propiciou uma redução significativa no número de internações decorrentes ao abuso de álcool e outras drogas (BARBACENA, 2004), que representava uma grande parcela do número de internações no período de agosto a dezembro de 2000 (BARBACENA, 2001).

No ano de 2003, o Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos (PNASH) fechou o Sanatório Barbacena, instituição credenciada ao SUS, e coube ao município, por meio do DEMASP, tendo como mediador o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, intervir e proporcionar a desinstitucionalização dos pacientes internados. Como resultado do descredenciamento desta instituição, onde estavam internadas 64 pessoas, seis retornaram para o lar, 37 foram inseridas em Residências Terapêuticas e 21 foram transinstitucionalizadas. Portanto, 67%, dos pacientes internados, ou 43 pacientes, foram desinstitucionalizados. Para o processo de desinstitucionalização dos 37 pacientes, foram implantadas oito Residências Terapêuticas, incluídas no total de 20 Residências criadas neste período (BARBACENA, 2004).

No final do mesmo ano, a Casa de Saúde Xavier, clínica privada conveniada ao SUS, solicitou o rompimento com o Sistema devido à redução significativa de pacientes agudos internados, o que gerou diminuição da sua clientela e, conseqüentemente, do seu rendimento financeiro. Em um trabalho conjunto com a Casa de Saúde Xavier e a Casa de Saúde Santa Isabel, o DEMASP providenciou outro processo de desinstitucionalização por meio da abertura de mais oito Residências. Do total de 53 pacientes asilares, um retornou para a família, três faleceram, 18 foram inseridos em Residências Terapêuticas e 31 foram transinstitucionalizados para a Casa de Saúde Santa Isabel, após a apresentação feita por esta instituição de uma proposta de investimento na estrutura clínico-assistencial e parceria técnica que se norteava pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BARBACENA, 2004).

De acordo com o Relatório, devido às transformações das políticas e ações no campo da Saúde Mental, a estratégia de desinstitucionalização incidiu também sobre a Clínica Mantiqueira. Esta sofreu uma intervenção em setembro de 2004, quando o DEMASP, com intermediação do Ministério Público, propôs a desinstitucionalização de 24 internos da instituição, sendo possível a desinstitucionalização imediata de 13 pacientes por haver vagas em Residências Terapêuticas. Esta intervenção foi concretizada e os 13 pacientes foram inseridos nos Serviços Residenciais (BARBACENA, 2004).

O processo de desinstitucionalização também foi realizado e teve grande êxito com pacientes do CHPB. Da rede pública, 72 pessoas foram desinstitucionalizadas.

Portanto, no período compreendido entre 2001 a 2004, 150 pessoas foram desinstitucionalizadas no município. No discurso de E1 sobre esse processo, ela se emociona:

Com relação aos pacientes crônicos a gente começou a implantação das Residências Terapêuticas, que é um projeto exitoso em Barbacena. Hoje é até modelo. Tem problema? Tem muito problema. Não é fácil não! Mas é uma coisa que foi muito

emocionante ver as pessoas saindo do CHPB e indo pra suas próprias casas. Pessoas que estavam internadas ali há 20, 30 anos. Que nunca tinham circulado na cidade, que não conheciam nem uma laranja inteira.

Em Barbacena, como forma de gestão dos dispositivos residenciais, o DEMASP optou pelo estabelecimento de uma relação de cooperação com o Instituto José Luiz Ferreira, uma entidade filantrópica também conhecida como Instituto Bom Pastor. Esta entidade ficou responsável pela assistência aos moradores das Residências Terapêuticas e o gestor público ficou responsável pelo repasse de recursos financeiros. Essa flexibilização da gestão acarretou em vários benefícios, pois facilitou a agilização da resolutividade de problemas no campo das políticas públicas em Saúde Mental e possibilitou que a equipe técnica tivesse maior disponibilidade para questões assistenciais referentes ao projeto. De acordo com E1, o convênio foi fundamental para atender a algumas questões que dificultavam a dinâmica de funcionamento das Residências:

O Bom Pastor entrou pra fazer essa mediação, porque na primeira Residência e na segunda era muito difícil. Todas as ações tinham que ter licitações. Para pagar uma conta de luz era muito difícil. (...) E hoje como tem essa terceirização para o Instituto o dinheiro para sustentar as casas circula de uma maneira muito melhor, (...), o Instituto faz as compras, paga as contas, paga o aluguel. Isso foi um ganho importantíssimo.

Entre as considerações que constam no Relatório de Gestão está exposto um demonstrativo das taxas de suicídios e homicídios nos anos de 2001, 2002, 2003 e 2004 acontecidos na cidade. Esses dados revelam que após o processo de Reforma Psiquiátrica não houve aumento no número destas práticas e demonstram uma clara preocupação dos gestores em desmistificar a mentalidade social enraizada no tripé doença mental – periculosidade – internação. Outra consideração refere-se à taxa de óbitos de pacientes internados e de moradores de Residências Terapêuticas, apontando que estatisticamente não houve aumento do número de óbitos em ambos os dispositivos (BARBACENA, 2004).

Em relação aos custos financeiros, o relatório traz uma análise comparativa dos gastos com o modelo manicomial e o modelo substitutivo, enfatizando a relação de custo-benefício. De acordo com os dados apresentados, o modelo alternativo seria menos oneroso, aproximadamente, 45% em relação ao modelo manicomial, além de possuir modalidades diferentes de atendimento aos usuários, de forma humanizada e dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica nacional. Em relação à análise de geração de emprego e desemprego decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica, os dados dos anos de 2001 a 2004 apontam que 161 funcionários foram beneficiados com a abertura de postos de trabalho, ao passo que

54 postos foram fechados dentro dos hospitais psiquiátricos, o que demonstra que a sociedade barbacenense também foi beneficiada com este processo devido às novas possibilidades no mercado de trabalho (BARBACENA, 2004).

De acordo com E1, o período de implantação dos serviços substitutivos foi um período de grandes dificuldades. Essas dificuldades se deram devido à formação profissional, às questões de ordem financeira e a alguns mitos estabelecidos socialmente. Para E1:

Montar uma equipe para trabalhar no CAPS não foi uma coisa fácil. Uma equipe comprometida como uma nova clínica, com um novo sistema de Saúde Mental. Ainda mais brigando, entre aspas, com todo um sistema já montado, que são os psiquiatras, que são as clínicas. Porque mexer com lucro, mexer com dinheiro... Foi muito difícil, muito duro mesmo. Mas aconteceu.

Sobre as Residências Terapêuticas, ela relata:

Foi difícil a implantação das Residências. As pessoas do hospital eram contra. Achavam que poderiam perder o emprego, que o hospital poderia esvaziar: Aonde é que nós vamos trabalhar? Como é que vai ser? Não vai dar certo. Essas pessoas vão agredir os outros. Como é que vão circular na cidade?! Era tudo contra. Foi uma fase muito dura e muito difícil. Mas Barbacena acolheu. Eu achei muito bacana isto (...). As casas foram alugadas, as pessoas foram morando, os problemas foram acontecendo e a gente ia tentando resolver sem fazer uma preparação anterior. E com isso Barbacena está hoje com 28 casas, 28 Residências.

E1 acredita que a contratação de muitos trabalhadores e a criação de novos consumidores para a cidade foram fatos que ajudaram Barbacena a acolher os pacientes desinstitucionalizados:

É muita gente que trabalha nas Residências. As pessoas têm o dinheiro do Programa de Volta para Casa, elas têm o BPC. Essas pessoas gastam dinheiro na cidade. Eu estou falando dentro de um aspecto do mercado mesmo. Eu acho que isso ajuda, porque como que você pode falar de ressocialização sem dinheiro no bolso? Tem jeito? Antes, quando eu comecei a trabalhar, quando tinha jubileu e os pacientes iam passear, eles tinham que quase pedir por favor uma maçã do amor, um churro, (...). Eu acho que o fato do Programa de Volta para Casa, do BPC, das pessoas da cidade estarem empregadas, trabalhando nas Residências, ajuda muito. Os moradores vão passear hoje em Caldas Novas, no Sul. Isso ajuda na sua circulação na cidade.

Sobre este período, E1 relata que uma conjuntura de fatores favorecerem esta mudança do modelo de Saúde Mental de Barbacena:

A gente teve um momento muito feliz, porque em 2001 eu fiquei na coordenação de Saúde Mental de Barbacena e nós conseguimos colocar uma referência na GRS, Gerência Regional de Saúde, que era responsável pela micro e macro região. Essa referência trabalhava com os municípios da macrorregião, que são essas cidades

pequenas em torno de Barbacena. (...) E a gente começou um trabalho integrado com a GRS, fazendo reuniões com as cidades. E cada cidade perto de Barbacena tinha uma referência de Saúde Mental. Então, a gente podia trabalhar com o usuário que vinha dessas cidades. Quando ele tinha alta, a gente encaminhava para aquela referência e a referência fazia um trabalho com eles na sua cidade. (...) Então a gente fez uma rede de serviços não só municipal, mas uma rede regional de Saúde Mental. A gente trabalhava também com os gestores, com os secretários municipais das cidades, falando de Saúde Mental, explicando que a única saída não era por (o sujeito em sofrimento mental) em uma ambulância e levar para o hospício, que tinha uma maneira de trabalhar com eles na sua própria cidade. A gente valorizou essa questão do território. Isso é importante demais (...). Então, foi uma quebra importante que houve nesta época, uma quebra de mostrar para os gestores como trabalhar nos municípios para que eles atendessem os seus pacientes, que encaminhassem para o CAPS com relatório e o CAPS tinha a quem se endereçar no município.

Ainda sobre os fatores que pesaram a favor da Reforma Psiquiátrica de Barbacena, E1 relata que havia um grupo dentro da FHEMIG que dava suporte político para o desenvolvimento desse trabalho:

Na FHEMIG, no CHPB, a gente também estava em um momento importante, porque tinha uma amiga nossa que era do Fórum Mineiro (...). Ela estava na FHEMIG nesta época, então tinha como a gente fazer uma dobradinha na GRS, na FHEMIG (...). O que facilitava a saída das pessoas da FHEMIG para as Residências. Porque os psiquiatras às vezes eram contra, não queriam assinar a alta. Não todos, mas a maioria era contra.

E1 ressalta a importância de alguns grupos sociais em favor do movimento antimanicomial. Ela destaca a importância dos estudantes e profissionais da psicologia:

A psicologia está de parabéns, porque foi quem sustentou a Reforma na verdade. A psicologia foi muito importante. Ela é muito importante. (...) Eu fui supervisora de estágio em psicologia. (...) E fazia parte do estágio uma viagem a Santos, onde tudo começou, os NAPS. A gente ia pra Santos ficava às vezes uma semana conhecendo o serviço e todo mundo lá na FHEMIG era contra a gente. O estágio em psicologia era... Os psiquiatras, todo mundo era contra.

Em relação aos outros movimentos, E1 destaca:

A gente teve um apoio muito grande do Fórum Mineiro de Saúde Mental, que respaldou a Reforma Psiquiátrica de Barbacena. Respaldou no sentido social, no sentido de respaldo político. Politicamente foi muito importante pra nós. O movimento social também (foi importante). Foi muito rico, foi um tempo muito rico. Foi um trabalho.

Sobre as expectativas em relação ao que E1 esperava no início da sua luta em 1979 e do alcançado até o presente, ela relata:

As expectativas foram e não foram (cumpridas). (...) Eu estou lembrando de uma pessoa na minha cabeça, uma pessoa que eu atendia na FHEMIG, foi internada várias vezes, eu trabalhei muito tempo no ambulatório, e que hoje é um trabalhador, ele trabalha numa rede de supermercados. Ainda falo às vezes: gente que bom, ele está aqui trabalhando, se não fosse a Reforma ele estava enfiado lá dentro do hospício. Me dá uma alegria quando eu lembro disso, quando eu vejo ele. Isso é uma verdade, se não tivesse a Reforma, se não tivesse todo esse movimento, toda essa luta... Não só ele, ele eu falo como paradigma. Se não fosse a Reforma ele não estaria ali. Se não fosse a Reforma os moradores das Residências Terapêuticas, que a gente cruza com eles para cima e para baixo, eles não estariam circulando pela cidade, passeando. Quer dizer, essa é uma expectativa que está cumprida. (...) Mas a gente gostaria que não tivesse mais hospital. Que acabassem os hospitais psiquiátricos. Gostaria que as equipes, que os trabalhos no CAPS, conseguissem avançar de tal modo que pudessem prescindir do hospital. A gente tem sempre que lutar pela utopia, pelo ideal. O ideal é que não tivesse mais hospício, que as pessoas pudessem estar vivendo, circulando pela cidade, na rua. Então a expectativa é essa, é prescindir dos hospitais. E ela tem que estar na cabeça de todo mundo, para que a gente consiga avançar cada vez mais.

A partir da análise dos documentos apresentados e da entrevista de E1, podemos concluir que os anos de 2001 a 2004 foram os anos de maior importância para a concretização do modelo alternativo ao manicômio proposto pela Reforma Psiquiátrica. Neste período a maior parte dos serviços substitutivos foi implantada no município, dos quais: 20 Residências Terapêuticas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Convivência, um Hospital-Dia Álcool e Drogas. Ainda destacam-se neste período as ações objetivando a diminuição do número de internações e visando a desinstitucionalização dos pacientes asilares, o que nos revela a consolidação de novas formas de lidar com a loucura que não a exclusão social.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica não termina em 2004, este é um processo ainda em curso em todo o Brasil. No município de Barbacena medidas são tomadas constantemente para que o movimento não estagne. No final do ano de 2012, foi criado no município o CAPS Álcool e Drogas, referência para o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Em meados do ano de 2014, o CAPS II foi transformado em CAPS III, beneficiando ainda mais os sujeitos em sofrimento mental. Atualmente o município conta com 28 Residências Terapêuticas, número que tende a crescer nos últimos meses devido ao descredenciamento de um hospital psiquiátrico.

7 Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios

O processo de Reforma Psiquiátrica está ainda em curso no nosso país. Atualmente existem alguns desafios que se mostram presentes para sua consolidação como o modelo da Saúde Mental e para o fim das práticas manicomial. Contudo, hoje os avanços alcançados por este movimento estão cada vez mais visíveis, melhorando as condições da assistência prestada aos sujeitos em sofrimento mental. Os avanços e alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira foram abordados neste capítulo.

7.1 Os avanços na assistência prestada ao sujeito em sofrimento mental

Compreender os avanços resultantes do processo de Reforma Psiquiátrica é essencial para montar estratégias e tomar uma posição crítica diante dos desafios a serem superados e a forma para tal. Kyrillos Neto (2003) assinala que o avanço da luta antimanicomial trouxe ganhos significativos para a assistência aos sujeitos em sofrimento mental. O autor aponta, no patamar institucional, como vantagens a desconstrução do modelo manicomial e a criação de uma rede de serviços com dispositivos diferenciados em território definido, proporcionando qualidade ao atendimento do usuário.

Os serviços substitutivos em Saúde Mental são assim denominados pois eles substituem o hospital psiquiátrico. Entre eles, podemos citar os CAPS, os Centros de Convivência e as Residências Terapêuticas. Esses dispositivos são serviços abertos de base comunitária que fazem parte da rede de atenção à Saúde Mental, sendo estratégicos para o movimento de Reforma Psiquiátrica. De acordo com Rotelli (1994), os serviços devem favorecer a multiplicidade de trocas entre as pessoas e o encontro com as diversas subjetividades. Para Barros (1994), é nos espaços de liberdade que se devem orientar as ações em Saúde Mental, buscando, assim, o exercício da cidadania.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) são de suma importância para a Reforma. O PNASH/Psiquiatria como um instrumento avaliativo permite aos gestores um diagnóstico anual da qualidade da assistência prestada pelos hospitais conveniados e públicos, a partir do qual medidas são tomadas, inclusive o descredenciamento de instituições que não prestam assistência devida. O PRH busca promover a redução planejada de leitos a partir dos macro-hospitais e dos

hospitais de grande porte, evitando a desassistência e visando a redução do porte hospitalar (BRASIL, 2005).

A articulação em rede da Saúde Mental, composta pelos CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios de Saúde Mental e hospitais gerais, é crucial para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental. A rede tem como características a publicidade, a base municipal e sua integração ao SUS. Sua construção deve ser protagonizada pelos trabalhadores, usuários de Saúde Mental e seus familiares, por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional e das Conferências de Saúde Mental, consolidando assim a Reforma Psiquiátrica. A idéia fundamental da construção de uma rede é a articulação das instituições, associações, cooperativas e outros espaços da cidade que permita a resolutividade das demandas, a promoção da autonomia e da cidadania, com a multiplicidade de trocas e cuidados (BRASIL, 2005).

O conceito de território, utilizado atualmente em Saúde Mental e de grande relevância, é a designação não apenas de uma área geográfica, mas abrange as pessoas, as instituições, as redes e os cenários onde a vida comunitária se desenvolve. Assim, trabalhar no território equivale a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade (BRASIL, 2005). Para Rotelli (1994) é no território que existem as forças que podem mudar e trabalhar buscando inovações sociais. É no território que existem forças vivas que podem contribuir com o trabalho de reforma da lógica de exclusão.

Os conceitos e os serviços sinteticamente apresentados podem ser considerados grandes avanços para o movimento da Reforma Psiquiátrica. É por meio do seu fortalecimento que este modelo alternativo de Saúde Mental, proposto no final da década de 1970 pelos movimentos sociais, mas só aprovado em lei federal em 2001, se consolidará de forma efetiva em todo o país.

7.2 Os atuais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica depara-se com desafios atuais de grande complexidade. Alguns destes desafios foram destacados neste capítulo por entendermos que sua superação seja primordial para a consolidação do movimento e para um não retrocesso da luta antimanicomial. Destacamos como desafios a formação dos profissionais de saúde e as novas práticas análogas as manicomiais ocorridas no país.

A formação profissional é hoje apontada como um grande desafio da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Rotelli (1994), no passado recente, o saber médico deformou a visão do psiquiatra, que passou a se ocupar da doença e não do doente, se comprometendo com a exclusão. Atualmente, o saber médico ainda detém um grande poder em toda a sociedade, contudo o modelo de Saúde Mental alternativo ao manicômio é composto por uma equipe multiprofissional, permitindo que o sujeito seja entendido em sua totalidade e não em partes fragmentadas ou como um portador de uma doença a ser curada.

De acordo com Rotelli (2008), quando os jovens dizem que querem saber e aprender modelos, eles devem entender que não se sabe nada sobre a loucura e que o “saber” é que produziu o hospital. Para o autor, é a partir de um não-saber que se pode abrir o olhar, a mente e a cidade aos loucos. Portanto, a formação necessária é formação para se construir novas instituições que se proponham a dar respostas às necessidades do sujeito em sofrimento mental e da sua família, respeitando suas singularidades e entendendo que cada sujeito é protagonista da sua própria história. Nesta nova prática o saber que deve ser incorporado é o saber do sujeito, da família e do território. São eles que devem ser os formadores em Saúde Mental.

A formação deve contribuir para que se aprenda que a liberdade é terapêutica, mas que a liberdade é um fato coletivo, o que não significa deixar as pessoas sós, pois ninguém pode ser livre sozinho. A formação deve ser um exercício contínuo de possuir um espírito crítico diante da ideologia dominante. Ideologia que deseja vender competências e profissões, porém, que rouba a capacidade e a sabedoria de viver (Rotelli, 2008). Butti (2008), afirma que a mudança do contexto de formação muda a competência, e a referência para a formação deve ser a prática, iniciada nos estágios dos universitários. Para a autora, é necessário desinstitucionalizar a universidade.

Cabe aqui ressaltar o papel do profissional da psicologia e a sua importância, pois este é o profissional que dá lugar a palavra. Durante décadas de exclusão o sujeito em sofrimento mental se viu com a “língua cortada”, impossibilitado de se expressar até mesmo pelo seu corpo, brutalmente contido. A psicologia abre espaço para a fala do sujeito, para que este se torne sujeito do seu corpo, dos seus sentidos, da sua voz e dos seus desejos. Cabe a nós questionarmos e refletirmos a posição que nos colocamos diante desse sujeito e como trabalhar com a Saúde Mental. A atitude de nos colocarmos diante do sujeito e despir-nos do nosso suposto saber para dar lugar à sua singularidade e à sua demanda é que deve nos orientar enquanto agentes da Saúde Mental.

Referente às práticas que se assemelham às práticas manicomiais asilares, um desafio que se apresenta fortemente presente nos nossos dias e que tende a crescer juntamente com a sociedade capitalista e individualista é a questão dos asilos para idosos. De acordo com Mucida (2004), o asilo representa para muitos o fim da possibilidade de desejar. Com a entrada do sujeito no asilo, os traços de sua profissão, as rotinas diárias individuais, as lembranças, enfim, a sua singularidade também é asilada. Para a autora, faz-se urgente no Brasil um movimento que permita outras condições de vida aos asilados idosos, de forma análoga ao movimento que permitiu a Reforma Psiquiátrica. Rotelli (2008), discorrendo sobre esse tema, afirma que por meio de práticas diferentes, as políticas de Saúde Mental devem ensinar que não é verdadeiro que se deva morrer dentro de uma instituição.

A problematização sobre a internação compulsória de usuários de drogas é outro desafio fundamental para a Reforma Psiquiátrica. Ao delegarmos aos sujeitos a culpa por sua condição eximindo a responsabilidade de outros fatores e atores sociais, estamos repetindo da mesma forma o que fizeram com a loucura no século passado. Costa (2013) afirma que a drogadição implica em um indivíduo, um contexto e um produto. O abuso de drogas é uma consequência de um estado emocional fragilizado, negligenciado pelo tecido social, pela família e pelas instituições. Desta forma, a drogadição em si não é um diagnóstico individual, mas social.

Para Costa (2013), a internação compulsória não é a melhor solução para a complexidade do tema, pois esta pode significar um retorno à prática manicomial, motivada pelas mesmas práticas higienistas do passado. De acordo com o autor, lidar com o abuso de drogas requer uma política efetiva baseada em princípios consolidados e não em ações de interesses imediatistas. De acordo com a Lei 10.216/01, a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes, sendo assim a última opção de tratamento. Portanto, a resposta para este problema, majoritariamente social, deve dar-se pela via da consolidação do que foi social e politicamente construído.

A questão dos manicômios judiciários também deve fazer parte da pauta de discussões sobre os desafios da Reforma por ser mais um grande desafio do movimento antimanicomial. Segundo informações do Ministério da Saúde (2005), os manicômios judiciários são locais geridos por órgãos da justiça e não pelo Sistema Único de Saúde, portanto, não são submetidos às normas de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria ou ao PRH. Denúncias de maus tratos e óbitos são frequentes nestes estabelecimentos, lugares de exclusão e violência. Outro complicador dessas instituições refere-se ao fato de que não existe um tempo máximo estabelecido para o cumprimento das medidas de segurança, contradizendo,

assim, o Código Penal Brasileiro, que estabelece a não existência da pena de prisão perpétua no Brasil.

O sujeito em sofrimento mental que comete crimes é considerado inimputável perante a lei e a ele é imposta a medida de segurança. Portanto, estes sujeitos que cometem um ato infracional são isentados da sua responsabilidade. Isto nos revela que o discurso da não razão do louco se faz presente. Rotelli (1994) considera que mesmo nas psicoses mais graves a pessoa não pode ser considerada incapaz de entender e de querer, pois “em qualquer homem, mesmo que seja louco, há uma subjetividade que se expressa e que deve ser respeitada” (p.168). Esta posição parece ser de comum acordo com Barros-Briset (2010), que acredita que as determinações normativas se baseiam em uma suposta condição deficitária de ser humano do louco.

Barros-Briset (2010) afirma que no final de 1999 teve início uma mobilização política e social para se tornar pública a violação dos direitos humanos aplicada aos loucos infratores. O Conselho Federal de Psicologia foi um dos responsáveis por essa mobilização, quando levantou a bandeira: “Manicômio Judiciário... o pior do pior”. A autora e também psicóloga é a idealizadora do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), que tem por função a oferta de acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental durante todas as fases do processo criminal. O PAI-PJ, que se orienta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, busca viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais e ampliar as respostas e a produção de laços sociais das pessoas em sofrimento mental, além de auxiliar a autoridade judicial na individualização da aplicação e execução das medidas de segurança. Desta forma, o PAI-PJ mostra-se como uma alternativa viável de lidar com este desafio, sendo uma proposta inovadora e eficaz, que respeita as diretrizes da Lei 10.216/01. Barbacena é uma das cidades que mantém este programa.

A reflexão que pode ser trazida com a exposição destes desafios nos revela que no âmbito da legislação, principalmente no que se refere à Lei 10.216/01, os direitos das pessoas em sofrimento mental e das que fazem uso prejudicial de drogas são resguardados. De acordo com os autores citados, a diminuição da diferença entre o que está no texto legislativo e o que se faz nas práticas sociais seria um ponto de partida para a dissolução destes desafios. Bem como uma formação adequada dos diversos profissionais que estão incluídos direta ou indiretamente no campo da Saúde Mental.

8 Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica é um processo em curso no Brasil. As diferenças locais, culturais, políticas e econômicas de cada cidade e estado são fatores que influenciam fortemente a implantação dos serviços substitutivos previstos na Lei 10.216 de 2001. A cidade de Barbacena, com fortes tradições manicomiais, hoje é uma das cidades brasileiras que se adequaram com grande eficiência aos ideais da Reforma. Ao analisarmos historicamente este processo na cidade, buscamos delinear a assistência prestada aos sujeitos em sofrimento mental durante o século XX, o movimento criado a partir dos trabalhadores e sua repercussão nas políticas públicas de Saúde Mental, enfatizando, a partir de uma visão crítica, os desafios atuais a serem superados.

Acreditamos que é por meio do conhecimento e da crítica proporcionada por ele que se pode mudar as práticas institucionalizadas e opressoras. Portanto, para a elaboração deste trabalho um recorte histórico sobre as práticas psiquiátricas vigentes no Brasil durante o século XX foi minuciosamente elaborado. Neste período, o sujeito em sofrimento mental foi segregado pela sociedade e, por meio do Estado e dos seus agentes, foi excluído do meio social. Ao louco restaram os estigmas de periculosidade, irracionalidade e improdutividade. E ao capitalismo, sistema que visa o lucro acima de tudo, restou se beneficiar com a exclusão dos mesmos. Enquanto vivos, foram utilizados como mão-de-obra marginalizada e enquanto mortos, como corpos a serem decifrados na formação dos mesmos profissionais que ali os colocaram. Nota-se que neste período várias medidas foram tomadas para racionalizar e modernizar a administração dessas instituições. Porém, seu objetivo final era a redução de gastos e não a melhoria da assistência prestada às pessoas.

O hospício foi criado para ser um lugar de exclusão dos desviantes sociais, principalmente dos desviantes da ordem econômica. A manutenção das instituições manicomiais gerou grandes lucros financeiros para alguns grupos da sociedade, entre eles, para os donos de instituições privadas e políticos que mantinham seu poder por meio de práticas assistencialistas e clientelistas. Como foi demonstrado, a inclusão de Barbacena nas tendências do movimento reformista se deu por meio de um projeto que evidenciava em cifras a economia gerada pelos novos serviços em relação ao modelo manicomial. Portanto, se fez visível o imperialismo do capitalismo sobre todos os aspectos humanos e, em especial neste trabalho, sobre a saúde e a doença.

Contudo, em meados da década de 1970, por meio dos trabalhadores da Saúde Mental, dos familiares e dos próprios usuários dos serviços psiquiátricos, as atrocidades dos métodos

asilares foi denunciada e, de acordo com Luz (1994), a falência do discurso manicomial e a ineficácia do isolamento e da exclusão social da loucura passaram a ser analisadas e questionadas. Hoje, ainda que tardiamente, o modelo manicomial para o sujeito em sofrimento mental não se sustenta mais. O meio de tratar seu sofrimento é a consolidação da sua cidadania e a sua reinserção social.

De “terra dos loucos” à “terra de todos”. Esta é a busca atual da cidade de Barbacena, que já trilha um caminho oposto ao trem do século XX. Barreto (TOLEDO, 2008), em sua “Carta a Sorôco”, escreve ao personagem de João Guimarães Rosa do conto “Sorôco, sua mãe, sua filha” (1988), contando-lhe como sua mãe e a sua filha, que ele levou para tomar o trem para Barbacena, de onde nunca mais iriam voltar, estariam atualmente. O autor ressalta que ali onde morreram mães, pais, filhos e irmãos, hoje é uma atração turística da cidade. Um lugar dedicado à loucura, à loucura dos chamados normais.

Porém, é fundamental compreender que muitos desafios devem ser superados. Os estigmas sociais carregados pelas pessoas em sofrimento mental ainda se fazem fortemente presentes, principalmente quando se trata do significativo periculosidade associado à irracionalidade. É o que nos demonstra a situação vivenciada pelos pacientes judiciários portadores de sofrimento mental. Parafraseando mais uma vez João Guimarães Rosa, em seu livro Grande Sertão: Veredas (1967) podemos perceber a abundância de vezes que o jagunço Riobaldo enuncia o quanto perigosa é a vida. Com isso o autor nos mostra que riscos e perigos são inerentes à vida na terra. Tentar prever e contê-los, delegado-os a um outro “diferente” é reduzir a complexidade da vida, além de ser algo em vão.

É também essencial que nos atentemos com maior cuidado aos desafios da Reforma Psiquiátrica que geram a possibilidade de uma regressão do movimento por meio de práticas manicomiais exercidas contra outros sujeitos que estão marginalizados socialmente. Sob novas roupagens, o mesmo movimento de retirar o sujeito economicamente improdutivo do meio social tem ocorrido. Desta forma, idosos e usuários de drogas moradores de rua têm sido alvo de práticas excludentes. Segundo Rotelli (1994), é necessário transformar as relações de poder entre as pessoas, entre a família e entre a comunidade. É preciso que na sociedade do capitalismo avançado, criem-se serviços que ajudem as famílias e a comunidade a se fortalecerem contra os problemas sociais e atuais e entenderem a diversidade.

De acordo com Rotelli (1994), quando as lutas ideológicas conseguem se tornar situações práticas é muito difícil retroceder. E o envolvimento das pessoas é fundamental para esse processo. O trabalho em Saúde Mental deve objetivar a qualidade de vida das pessoas e não o gerenciamento técnico das contradições, como aconteceu no passado recente. Portanto,

é na prática diária dos profissionais e estudantes do campo da Saúde Mental juntamente com a comunidade que os desafios podem ser superados. Para o autor: “A prática vence sempre sobre a ideologia, mas o que acontece é que nós temos que *inventar* a prática e *inventar* prática que tenha uma qualidade” (1994, p. 166). É este o maior desafio. A luta continua!

Referências

- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. *In: _____* **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 3, p. 73-84.
- AZEVEDO, Kennya Rodrigues Nézio de. **E aí as histórias ficam boas: narrativas sobre a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Barbacena/MG**. 2014. 171f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2014.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- ALVARENGA, L. T.; NOVAES, C. O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14,n. 2, p. 571-593, abr./jun. 2007.
- BARBACENA. Departamento Municipal de Saúde Pública. **Projeto de Saúde Mental do Município de Barbacena**. Documento apresentado no dia 28 de maio de 2001 na reunião do Conselho Municipal de Saúde. Barbacena, 2001 (documento não publicado).
- BARBACENA. Departamento Municipal de Saúde Pública. **Relatório de Gestão em Saúde Mental**. Período de janeiro de 2001 à novembro de 2004: A construção de uma nova lógica assistencial e a consolidação do modelo da Reforma Psiquiátrica na cidade das rosas. Barbacena, 2004 (documento não publicado).
- BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. *In: AMARANTE, Paulo (Org.)*. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 8, p. 171-195.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
- FASSHEBER, V. B.; VIDAL, C. E. L. Da tutela à autonomia: narrativas e construções do cotidiano em uma Residência Terapêutica. **Psicologia: Ciência e Profissão** (Impresso), v.2, p. 194-207, 2007.
- COSTA, Ileno Izídio da. **Problematização sobre a eficácia da internação compulsória no tratamento da drogadição**. Debate “Internação compulsória” proferido no auditório da

OAB/DF, Brasília, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/downloads/ATT00013.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n.1, p. 60-79, 2007.

DUARTE, Maristela N. De “*Ares e Luzes*” a “*Inferno Humano*”. **Concepções e práticas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979**. 2009. 273 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUZ, Madel. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental - ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. Cap. 4, p. 85-95.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUCIDA, Ângela. A velhice no mal-estar da cultura atual. In: _____ **O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. Cap.2, p. 57-90.

PASSOS, I. C. F. *et al.* Significação da loucura e modos de convivência social com o louco: estudo de caso na cidade de Barbacena – MG. **Vivência** (UFRN), v. 32, p. 239-258, 2007.

RIBEIRO, A. S.; SILVA, A. C.; SANTOS, R. S. Saúde mental no centro-oeste mineiro: um estudo sobre destinos, afetos e resistências. Divinópolis, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/atividades/afetos/teste1/48/trabalho2.pdf>>. Acesso em 15 out. 2014.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. 5.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1967.

ROSA, João Guimarães. Sorôco, sua mãe, sua filha. In: _____ **Primeiras estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. Cap. 3, p. 18-21.

KYRRILLOS NETO, Fuad. Reforma psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. **Mental**, Barbacena, v. 1, p. 71-82, dez. 2003.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 7, p. 149-169.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

TOLEDO, Jairo Furtado (Org). **(Colônia): uma tragédia silenciosa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 70-79, ago. 2008.