



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO**

JOSIE PEREIRA DA MOTA

SAÚDE MENTAL: a roda viva da política pública do estado do
Pará

**Belém
2012**

JOSIE PEREIRA DA MOTA

**SAÚDE MENTAL: a roda viva da política pública do estado do
Pará**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre Planejamento do Desenvolvimento (PLADES), do Programa de pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Atos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Azevedo Mathis.

**Belém
2012**

Dados Internacionais de Catalogação de Publicação (CIP)

(Biblioteca do NAEA/UFPA)

Mota, Josie Pereira da

Saúde mental: a roda viva da política pública do estado do Pará / Josie Pereira da Mota ; Orientador, Adriana Azevedo Mathis. – 2012.

254f.: il. ; 29 cm

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Belém, 2012.

1. Política de saúde mental – Pará. 2. Política pública – Saúde mental - Pará . 3. Psiquiatria social – Pará. 4. Movimento da Luta Antimanicomial. I. Mathis, Adriana, orientadora. II. Título.

CDD 22 ed.

362.20425098115

JOSIE PEREIRA DA MOTA

**SAÚDE MENTAL: a roda viva da política pública do estado do
Pará**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Planejamento do Desenvolvimento (PLADES), do Programa de pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Azevedo Mathis.

Aprovado em: 14/09/12

Banca examinadora:

Prof^a Dr^a Adriana Azevedo Mathis
Orientadora – NAEA/UFPA.

Prof^o Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Júnior
Examinador interno – NAEA/UFPA

Prof^a Dr Reinaldo Nobre Pontes
Examinador externo – ICSA/UFPA

Belém

2012

*À R.H, (in memorian), mulher, negra, portadora de sofrimento mental,
moradora “de rua”, espancada brutalmente por “seguranças
da feira” do Ver-o-Peso no dia 06 de Setembro de 2011¹.
Que a sua dor (em todos os sentidos) e a de muitos outros
nos impulsione pela luta de um mundo em que
a violência da exclusão em função de sexo,
classe social, CID ou qualquer outra desculpa para que
não olhemos para o Outro dentro e fora de cada um
de nós não ceda lugar ao olhar verdadeiramente humano.*

*Vídeo com cenas do episódio pode ser encontrado no link:
http://youtu.be/DAFV-x6JX_E*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus e a todas as entidades espirituais de luz que têm guiado meus passos na Terra, apesar dos percalços a que o Livre Arbítrio nos submete, e aliás, ainda bem que é assim...

Agradeço ao meu companheiro, Gibson, sempre estimulando e apoiando quando necessário, às vezes mesmo sem querer.

À minha filha, Manuela, que veio durante o mestrado e, ao invés de trazer dificuldades, foi responsável por este trabalho estar sendo apresentado hoje, com o seu amor, e a razão de viver.

Aos meus pais, William e Rosemary Mota, acolhedores como sempre souberam ser, permitiram que eu desse mais esse passo rumo ao crescimento. Agora eu já posso imaginar como vocês devem estar orgulhosos...

Ao Prof^o Dr. Otacílio Amaral com a grande ajuda na revisão ortográfica e textual.

Aos meus irmãos João Mota e William Junior, colaborando com a leitura do texto e com dicas preciosas em um momento em que foi fundamental a crítica de vocês. Obrigada!

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Adriana Azevedo Mathis, que cumpriu muito mais do que o que seria exigido pelas normas da Universidade. Obrigada por me guiar pelos rumos do conhecimento teórico e da sistematização metodológica, mas antes de tudo, obrigada por saber ouvir. Acredito que essa é uma das características mais importantes do bom orientador, saber ouvir para então encaminhar o que é necessário ser feito de acordo com as prioridades.

À Dra. Heloísa Melo, não é necessário falar muito, basta dizer que mais uma vez, salvou a minha vida neste momento difícil, de muitas mudanças e muita pressão. Enquanto profissional, sei bem como é isso. Há certas situações na vida, que fazer o bem, mesmo que seja sua profissão, não tem preço. Muito obrigada não basta!

A todos meus colegas da turma de mestrado (2010). Vocês me ajudaram a compreender que se a prática de ser “multiprofissional” já é complicada, a

“interdisciplinaridade” pretendida pelos novos rumos da Saúde Mental não será caminho fácil. Entretanto, quero destacar que foi ótimo conviver com tantas opiniões divergentes e ao mesmo tempo complementares entre si em vários momentos. Para mim, a turma de 2010 do PLADES teve a importância de permitir o exercício da escuta, da tolerância e também da reflexão e afirmação do meu livre pensar, ou seja, passos largos para a construção do processo democrático.

Dentre os colegas do PLADES 2010, destaco a importância e agradeço a ajuda com literatura em comum a ser pesquisada do companheiro de ideais Fauze Chelala. Valores como solidariedade e generosidade são fundamentais para outra sociedade possível. Não posso deixar de citar a inteligência da Brenda, o companheirismo da Fabíola e a doçura da Viviane.

Agradeço ainda aos professores de minha banca de qualificação, professores doutores Airle Miranda de Souza, Edna Castro, e Adriana Mathis, que com suas críticas ao projeto, possibilitaram à pesquisa um olhar mais cuidadoso por parte da pesquisadora em vários aspectos apontados.

A todos os professores, servidores, estagiários e colaboradores do NAEA, pelo muito que aprendi nesses dois anos do mestrado. Há um pouco de cada um deles nessa dissertação.

Dedico um agradecimento especial aos professores doutores Armin Mathis e novamente à minha orientadora Adriana Mathis pela brilhante forma de conduzir a disciplina “Teorias Clássicas do Estado”. Há muito desse momento em minha dissertação, especialmente no 3º capítulo.

Para finalizar, agradeço ao Governo do Estado do Pará, que em 2010, entendendo a importância da pesquisa para o desenvolvimento sustentável da região, liberou esta pesquisadora, servidora pública estadual para cursar o Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU) – mestrado em Planejamento do Desenvolvimento.

Roda Viva

Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu...

A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega o destino pra lá ...

Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...

A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a roseira pra lá...

Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...

A roda da saia mulata
Não quer mais rodar não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou...

A gente toma a iniciativa
Viola na rua a cantar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a viola pra lá...

Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...

O samba, a viola, a roseira
Que um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou...

No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a saudade pra lá ...

Roda mundo, roda gigante
Roda moinho, roda pião
O tempo rodou num instante
Nas voltas do meu coração...

(Chico Buarque)

RESUMO

Ao longo das últimas décadas diversos países, inclusive o Brasil têm implementado políticas de atenção em saúde mental, baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade do cuidado e a atenção integral, um processo de se costuma denominar de Reforma Psiquiátrica. Buscando compreender qual o modelo de assistência aplicado no Pará entre 2007 e 2010, o tradicional, manicomial ou o da reforma psiquiátrica e quais os resultados da política em termos de impacto?” esta pesquisa foi realizada, a partir de uma revisão bibliográfica sobre os processos de reforma psiquiátrica em vários países da Europa, da América Latina sem perder de vista as especificidades do Brasil e do Pará e uma análise sobre o papel do Estado, das políticas públicas sociais, dentre elas a política pública de Saúde e o Sistema Único de Saúde, além de análise de documentos e entrevistas com os executores das políticas. Como resultados foram observados avanços na política de saúde mental entre 2007 e 2010, tais como aumento (96%) no número de serviços, ainda que com a efetividade questionada tanto pela gestão quanto pelo movimento social, além de um estabelecimento de canal de diálogo entre gestão e movimento social através de conselhos gestores, ouvidorias internas e eventos de capacitação diversos. Por outro lado, os problemas estruturais persistem e de acordo com a análise efetuada têm relação com o contexto político-econômico vivenciado pelo Brasil de aprofundamento das desigualdades sociais e da negação dos direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais instituídos na Constituição de 1988. Fica evidenciada, assim, a consolidação do processo de globalização neoliberal, com ações voltadas para a estabilidade econômica e focalização de políticas públicas sociais. Como alternativa a essa situação a autora apresenta o ponto de vista de que o SUS é um sistema em construção e que o desafio posto na atual conjuntura que tenha por objetivo superar as profundas desigualdades sociais através de um movimento de massas que retome as propostas de superação da crise e avance em propostas concretas.

Palavras-chave: Políticas Públicas no Pará. Saúde Mental. Movimento da Luta Antimanicomial

ABSTRACT

Over the past decades several countries, including Brazil have implemented policies for mental health care, based on the common central element of change in care from hospital to the community, aiming at continuity of care and comprehensive care, a process is usually called Psychiatric Reform. Trying to understand "What is the model of care applied in Pará between 2007 and 2010, the traditional mental hospital or psychiatric reform and what policy outcomes in terms of effectiveness?" This survey was conducted from a literature review on psychiatric reform processes in various countries in Europe, Latin America without losing sight of the specificities of Brazil and Para an analysis of the role of the state, social policies, among them the public policy of Health and Health System in addition to document analysis and interviews with the performers policies. As results were observed advances in mental health policy between 2007 and 2010, such as increased (96%) in the number of services, albeit with the effectiveness questioned by both management and the social movement, and establishing a communication channel between management and social movement through management councils, internal ombudsmen and various training events. On the other hand, the structural problems persist, according to the analysis performed are related to the political and economic context experienced by Brazil's deepening social inequality and denial of social, economic, cultural and environmental rights established in the 1988 Constitution. It is evident, therefore, the consolidation of the neoliberal globalization process, with actions aimed at economic stability and targeting of social policies. As an alternative to this situation the author presents the view that SUS is a system under construction and that the challenge posed in the present situation which has the aim of overcoming deep social inequalities through a mass movement to incorporate the proposals for overcoming the crisis and move into concrete proposals.

Keywords: Public Policy in Pará. Mental Health. Anti-Asylum Movement.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	APRESENTAÇÃO DO OBJETO	14
1.2	CAMINHOS METODOLÓGICOS	29
2	CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	36
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA NOS PAÍSES EUROPEUS	41
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	49
2.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA E A PARTICULARIDADE DO BRASIL	51
2.4	IMPLICAÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO ESTADO DO PARÁ	58
3	ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	70
3.1	UM BREVE OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL MODERNO E AS REFORMAS NEOLIBERAIS	78
3.2	OS CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	84
4	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL ENTRE 2007 E 2010 EM RELAÇÃO À ESTRUTURA FÍSICA, NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS	104
4.1	O RELATÓRIO DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	104
4.2	A FALA DOS SUJEITOS	115
4.2.1	MOMENTOS INICIAIS	116
4.2.2	OS SUJEITOS FAZEM AS SUAS ANÁLISES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL ENTRE 2007 E 2010	127

5	ANÁLISE DA REALIDADE DO ESTADO DO PARÁ NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL NO PERÍODO DE 2007 A 2010 – FORTALECIMENTO ORGANIZACIONAL DO MOVIMENTO E RELAÇÃO COM A GESTÃO	151
5.1	FORTALECIMENTO ORGANIZACIONAL	156
5.1.2	SOBRE AMPLIAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CADASTRO NACIONAL DE ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES EM SAÚDE MENTAL	156
5.1.3	EXISTÊNCIA OU NÃO ALGUM PROGRAMA DE INCLUSÃO DIGITAL PARA USUÁRIOS E FAMILIARES NOS CAPS E PARA AS SUAS ASSOCIAÇÕES	163
5.1.4	CONHECIMENTO SOBRE A CRIAÇÃO OU NÃO DE ALGUM FUNDO PÚBLICO PARA FINANCIAMENTO DE PEQUENOS PROJETOS AUTÔNOMOS DE ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES	166
5.1.5	POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E APOIO ESTRATÉGICO ÀS AÇÕES E PROJETOS DESENVOLVIDOS PELAS ASSOCIAÇÕES	169
5.1.6	CRIAÇÃO DE EQUIPES ESPECÍFICAS PARA A PRODUÇÃO DE MATERIAL DE EDUCAÇÃO POPULAR NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	177
5.1.7	IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE AJUDA E SUPORTE MÚTUOS FACILITADOS POR LIDERANÇAS DE USUÁRIOS EM PROCESSOS MAIS AVANÇADOS DE RECUPERAÇÃO E POR FAMILIARES COM MAIS EXPERIÊNCIA, COM CAPACITAÇÃO E SUPERVISÃO ESPECÍFICA, PARA ATUAR PRINCIPALMENTE NA COMUNIDADE E NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA	179
5.1.8	SOBRE EXPERIMENTAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE DISPOSITIVOS VARIADOS DE APOIO A FAMILIARES NA REDE, DE FORMA ORGÂNICA COM AS ASSOCIAÇÕES DE USUÁRIOS E FAMILIARES	183
5.1.9	SOBRE O ESTÍMULO ÀS METODOLOGIAS DE GESTÃO	187

	AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA PARA USUÁRIOS	
5.1.10	REALIZAÇÃO DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS EM SAÚDE MENTAL, INCLUINDO ITENS DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO POLÍTICA	189
5.1.11	IMPLEMENTAÇÃO DE “PLANO DE CRISE” PELO QUAL O USUÁRIO ESTABELECE AS MATRIZES E MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA SEU CUIDADO EM PERÍODOS DE CRISE AGUDA	192
5.1.12	CRIAÇÃO DE OUVIDORIAS EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARÁ	197
5.1.13	OFICIALIZAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO DE DEMANDAS DE USUÁRIOS E FAMILIARES LIGADOS À COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL	199
5.1.14	DEMANDAS ESPECÍFICAS DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL–PARÁ	201
5.2	ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE GESTÃO E MOVIMENTO SOCIAL, REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO PARÁ, SEUS AVANÇOS E DESAFIOS	206
5.2.1	O PAPEL DO MOVIMENTO SOCIAL PARA CONDUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL NO PARÁ	208
5.2.2	PONTOS NECESSÁRIOS PARA PROMOVER A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO SENTIDO DE ATENDER AS NECESSIDADES EFETIVAS DA POPULAÇÃO	219
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	226
		233
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
A	Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista semi- estruturada (Gestores)	240
B	Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista semi- estruturada (MLA)	242

3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	245
4	Quadro com os documentos a serem analisados na pesquisa	247
	ANEXOS	249
1	Aprovação do comitê de Ética em Pesquisa	249
2	Relatório Final do Seminário Paraense de Saúde Mental – 2006	250
3	Carta Aberta à Sociedade Paraense sobre o Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de Maio de 2012	254

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO OBJETO

*[...]Tem dias que a gente se sente
Como quem partiu ou morreu
A gente estancou de repente
Ou foi o mundo então que cresceu[...]*
(Chico Buarque)

Pensar a política pública de saúde mental do Estado do Pará foi trabalho de dois anos de pesquisa, e representa antes de qualquer coisa a análise de uma roda viva, em que estão envolvidos sujeitos, objetivos, dados, relações com a Universidade, com a comunidade, com o mundo do trabalho, das complexas relações sociais que se estabelecem em um processo de idas e vindas, de uma roda que gira sem parar. Como canta Chico Buarque, “*A gente quer ter voz ativa / No nosso destino mandar/ Mas eis que chega a roda viva/E carrega o destino pra lá...*”.

A roda viva, referida aqui, representa não só o movimento que foi percebido ao longo da pesquisa, da efetivação de direitos em torno das lutas dos movimentos sociais, e do papel do Estado o que está estabelecido, conforme o que se espera dele em determinado contexto histórico, mas também a roda viva da pesquisadora envolvida em um movimento contínuo e dialético das suas próprias histórias, dos seus próprios limites.

A vida é dinâmica, pois assim está estruturada a sociedade, uma vida em que as relações sociais se transformam conforme uma variedade de fatores, alguns dos quais foram analisados no presente trabalho. A letra da música de Chico Buarque, no contexto das lutas pela democracia, pelo fortalecimento do poder do povo no contexto da ditadura militar no Brasil que dominou o país partir de 1964 até meados dos anos 80 parece falar sobre esses movimentos que constroem as lutas pelos direitos sociais, como o direito por saúde pública e mais especificamente por saúde mental. É com essa música que o trabalho tem seu início, inspirando-o, instigando-o a questionar o que há por trás do aparente, o que roda nesta roda viva, afinal?

A partir de agora, alguns dados serão apresentados para situar o leitor da magnitude do problema e das principais tentativas de enfrentamento das dificuldades geradas pela loucura em uma sociedade capitalista. Segundo relatório elaborado pela Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde (2001) são observados transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, em todos os países e em todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida, assim como entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. Pesquisas realizadas tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento apontaram que, durante a vida inteira, mais de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais ou comportamentais (REGIER et al, 1988; WELLS et al, 1989; ALMEIDA FILHO et al, 1997 apud OPAS/OMS, 2001).

As perturbações comuns, que geralmente causam incapacidade grave, abrangem perturbações depressivas, perturbações causadas pelo uso de substâncias, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental e perturbações da infância e da adolescência. Os fatores associados com a prevalência, a manifestação e a progressão destes problemas compreendem a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social.

Outros dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem assistência adequada no âmbito da saúde mental, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde; além do que, 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Ainda, os custos indiretos gerados pela desassistência provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações acabam por superar os custos diretos (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Segundo a OPAS/OMS (2001) dados alarmantes demonstram o impacto das doenças mentais nas sociedades atuais e indicam que a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, em nível mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, nos próximos 20 anos, o papel de ser a segunda causa de afastamento do trabalho no mundo. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool; cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões

esquizofrenia, 1 milhão de pessoas cometem suicídio anualmente e entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se.

Considerando apenas a componente incapacidade, dados sobre a Carga Geral de Doenças (CGD) em 2000, segundo a OPAS/OMS (2001), indica que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI). A depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total. Seis afecções neuropsiquiátricas situaram-se entre as 20 principais causas de incapacidade (AVI) no mundo, desdobrando-se em perturbações depressivas unipolares, perturbações pela utilização do álcool, esquizofrenia, perturbações afetivas bipolares, doença de Alzheimer e outras demências.

Do ponto de vista econômico, o impacto das perturbações mentais é profundo, durável e dispendioso. Estes problemas impõem ao indivíduo, à família e à comunidade no uma série de custos. Para a OPAS/OMS (2001) parte desse tributo é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos prestadores de cuidados, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura.

Alguns estudos, principalmente de países industrializados, calcularam os custos econômicos agregados das perturbações mentais. Um desses estudos (Rice e col., 1990) concluiu que o custo agregado para os Estados Unidos correspondeu a 2,5% do produto nacional bruto. Alguns estudos da Europa estimaram a proporção dos gastos, neste domínio, em relação aos custos de todos os serviços de saúde: na Holanda, essa relação foi de 23,2% (Meerding e col., 1998), e no Reino Unido, para gastos com doentes internados, a proporção foi de 22% (Patel e Knapp, 1998). Embora não haja estimativas científicas disponíveis para outras regiões do mundo, é provável que os custos das perturbações mentais em relação à economia global sejam também elevados. Embora as estimativas de custos diretos possam ser baixas, em países onde a disponibilidade e a cobertura de cuidados em saúde mental são pequenas, tais estimativas não são muito credíveis. Os custos indiretos, decorrentes da perda de produtividade, respondem por uma proporção maior do total do que os custos diretos. Além disso, os baixos custos do tratamento (devido à falta dele) podem efetivamente elevar os custos indiretos, ao fazer aumentar a duração das perturbações não tratadas e da concomitante incapacidade Chisholm, (2000) apud (OPAS/OMS, 2001, p. 62 e 63).

Dados epidemiológicos sobre o Brasil, segundo Onocko-Campos e Furtado (2006) afirmam que o país que tem a prevalência de 3% de transtornos mentais severos e persistentes e 6 % de dependentes químicos e investe cerca de 2,4% do orçamento do SUS na área de saúde mental.

Pesquisas de várias áreas do conhecimento indicam, e são corroboradas pela OMS, que a maioria das doenças, mentais e físicas, são influenciadas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A compreensão da relação entre saúde mental e física vem aumentando rapidamente. Sabemos que as perturbações mentais resultam de muitos fatores e têm a sua base física no cérebro. Sabemos que elas podem afetar a todos, em toda a parte. E sabemos que, mais frequentemente do que se pensa, podem ser tratadas eficazmente.

No tocante à assistência à saúde mental, Ribeiro (2003) afirma que até bem pouco tempo se organizava exclusivamente em torno das internações psiquiátricas, muitas vezes por longos períodos de tempo, não raramente por toda a vida acarretando importantes efeitos secundários no nível da deterioração pessoal.

Ao longo das últimas décadas, entretanto, diversos países têm implementado políticas de atenção em saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade do cuidado e a atenção integral (DESVIAT, 1994; RAMON, 1985, 1992; LEFF, 1997 apud RIBEIRO, 2003).

Segundo a OPAS/OMS (2001), no relatório específico sobre a Saúde Mental no mundo, a saúde mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. E quais seriam esses pontos fundamentais, que refletem o que deveriam ser os objetivos das políticas públicas em nível mundial a tratar do tema saúde mental?

O apelo do documento elaborado pela OPAS/OMS (2001) teve a adesão da Assembleia Geral das Nações Unidas, que celebrou este ano o décimo aniversário dos direitos dos doentes mentais à proteção e assistência. Deste modo, o *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001* renova a ênfase dada aos princípios proclamados pela ONU, desde 1991. O primeiro desses princípios é o de que não deverá existir discriminação por doenças mentais. Outro é o de que, na medida do possível, deve se conceder, a todo o doente, o direito de ter os cuidados necessários na sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo o doente terá o direito de ser tratado de forma menos restritiva e intrusiva, num ambiente o menos limitativo possível. Princípios, portanto, influenciados pela Reforma Psiquiátrica, que será abordada mais detalhadamente adiante.

Do ponto de vista de um panorama geral deste processo de reforma psiquiátrica, e alguns de seus desafios mais recentes, Vasconcelos (2010, p. 21) afirma que “há sinais

de excessiva institucionalização e burocratização dos novos serviços na rede de saúde mental, com forte precarização dos vínculos de trabalho”.

Afirma ainda que as enormes dificuldades enfrentadas na luta pela efetivação da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária no Brasil significam um desafio com dimensões mais amplas: o da universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico, como no Brasil em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, ou seja, sob hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, desemprego estrutural, precarização das políticas públicas e indução da desassistência.

Em conjunturas difíceis como essa, é preciso reconhecer um aspecto importante: as conquistas feitas no processo de consolidação das políticas sociais universais em geral no nosso país, em particular no SUS e no processo de reforma psiquiátrica, dependem fundamentalmente da presença e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidos com os interesses popular-democráticos, que pressionam de fora e ocupam os espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho do Estado, para garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas. Assim, no campo da saúde mental, salienta-se a importância histórica e da contínua ação política de nossos dois movimentos sociais mais importantes: o movimento antimanicomial, com base maior na sociedade civil, em trabalhadores e sobretudo usuários e familiares, e o movimento de reforma psiquiátrica, mais amplo, e com articulações mais institucionais, no campo universitário, dos trabalhadores e da gestão estatal. Os dois movimentos coexistem, mais o primeiro tem como característica central sua autonomia e busca de sustentação principal na sociedade civil. (VASCONCELOS, 2010, p. 23- 24)

Ao refletir sobre a organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil no contexto da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, Vasconcelos (2010) chama atenção para o fato que até 2001 tivemos um movimento antimanicomial razoavelmente unificado, com diferenças internas, mas que não se expressavam em tendências separadas. Em 2010 houve uma divisão que gerou pelo menos duas tendências importantes, a Rede Internúcleos – Renila e o Movimento da Luta Antimanicomial. Para este autor, em tese, a existência de tendências é salutar, pois pluraliza, força o debate entre diferentes posições, aumenta os pontos de vista, e isso pode efetivamente contribuir para o fortalecimento de um movimento social como um todo.

Assim, ao pensar sobre o conjunto de necessidades complexas dos portadores de sofrimento mental, este autor afirma que

O movimento de usuários e familiares e as duas principais tendências do movimento antimanicomial (MNLA e Renila) vêm regularmente produzindo documentos e encaminhando reivindicações às agências responsáveis pelas

políticas públicas de saúde mental nas três esferas de governo.
(VASCONCELOS, 2010, p. 149)

No ano de 2009, destacam-se três iniciativas neste campo: a **Marcha dos Usuários**, convocada originalmente pela Renila, que aconteceu em Brasília, em setembro de 2009, com a participação de aproximadamente 2.300 pessoas de todo o país. Esta iniciativa segundo Vasconcelos (2010) teria sido o mais importante evento político neste campo no ano de 2009, levando à conquista final da realização da IV CNSM – I; a realização do **VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares do MNLA** em São Bernardo do Campo, que produziu um relatório final e a realização do **IX Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**, também tendo produzido um relatório.

Ainda que a Marcha dos Usuários represente a pauta mais abrangente entre estas três fontes, segundo Vasconcelos (2010), há uma forte confluência entre os dois movimentos em relação ao perfil das propostas mais gerais para a política de saúde mental no país. Os principais eixos de reivindicações, que também podem ser consideradas as **necessidades** atuais dos portadores de sofrimento mental, representados pelos movimentos sociais, são:

- a) Efetivação imediata da rede substitutiva de atenção em saúde mental: ampliação do número de CAPS III e CAPS III ad;
- b) Ampliação dos projetos de trabalho e renda: cursos profissionalizantes, iniciativas de empreendedorismo, cooperativismo e economia solidária, bolsa-trabalho, trabalho protegido, etc.;
- c) Ampliação do Programa de Volta para Casa;
- d) Regulamentação e financiamento próprio para os Centros de Convivência;
- e) Não financiamento público de Eletroconvulsoterapia e outras intervenções invasivas pelo SUS;
- f) Garantia de provisão regular e adequada de medicação psiquiátrica pelo SUS a todos os usuários de serviços e pessoas com transtorno mental;
- g) Transporte coletivo gratuito para pessoas com transtorno mental;
- h) Criação de comissões de saúde mental em todos os conselhos estaduais e municipais de saúde, conforme a Lei 8.142/90, que garante o controle social pela participação social da sociedade civil;
- i) Ação conjunta da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Poder Judiciário para revisão das interdições judiciais de pessoas com transtorno mental;

j) Abertura de projetos e serviços gratuitos de defesa dos direitos dos usuários e familiares, com equipes interdisciplinares e particularmente com assistência jurídica especializada no campo da saúde mental;

k) Aceleração dos processos de desinstitucionalização de hospitais de longa permanência, com medidas imediatas para coibir ações degradantes e maus-tratos;

l) Promoções de eventos e ações para garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental no sistema prisional, visando também a revisão de toda a legislação penal neste campo;

m) Implantação de política conjunta com o Ministério da Cultura para iniciativas em arte e cultura para pessoas com transtorno mental e, particularmente com a participação das associações de usuários e familiares;

n) Revisão dos critérios e garantia do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), sem a exigência de curatela.

Para além desse conjunto de necessidades que já vem sendo palco de lutas e enfrentamentos ao longo de todos esses anos de reforma psiquiátrica no Brasil há um conjunto de propostas e reivindicações que vem sendo levantado nos últimos anos com o objetivo de gerar o empoderamento e fortalecimento organizacional do movimento de usuários e familiares em suas bases. Para além das necessidades básicas, de construção e efetivação de rede de atenção e garantias de direitos expressos nas reivindicações descritas acima e em toda a legislação de saúde mental e no relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, este trabalho teve um olhar especial para este conjunto de reivindicações ou necessidades. Neste campo, segundo Vasconcelos (2010), as principais propostas são:

a) Ampliação e fortalecimento do Cadastro Nacional de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental;

b) Programa de inclusão digital para usuários e familiares nos CAPS e para suas associações;

c) Programa de estímulo a pesquisas sobre a realidade do movimento de usuários e familiares;

d) Criação de fundos públicos para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares;

e) Política ativa de comunicação regular, de divulgação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações;

f) Criação de equipes específicas para produção de material de educação popular no campo da saúde mental;

h) Implantação de grupos de ajuda e suporte mútuos facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação e por familiares com mais experiência, com capacitação e supervisão específica, para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica;

i) Experimentação e implantação de dispositivos variados de apoio a familiares na rede, de forma orgânica com as associações de usuários e familiares;

j) Experimentação e difusão de metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários;

k) Promoção de cursos de capacitação de conselheiros em saúde mental, incluindo itens de educação e formação política;

j) Criação e implementação do “Plano de Crise”, pelo qual o usuário estabelece as matrizes e medidas necessárias para seu cuidado em períodos de crise aguda;

l) Abertura de ouvidorias em saúde mental;

m) Oficialização do Grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares, ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Em toda esta discussão, é possível perceber que os portadores de sofrimento mental tem um conjunto de necessidades muito complexas que não se resumem ao controle da sintomatologia psiquiátrica ativa. São cidadãos como qualquer outro e têm necessidades que envolvem a sua integração na sociedade e o desempenho de papéis sociais de forma adequada, embora necessitem de suporte para enfrentar as exigências da vida cotidiana e melhorar sua qualidade de vida. Neste sentido é que as políticas públicas são fundamentais para garantir que seus direitos sejam respeitados. Assim, é possível destacar alguns pontos para que esta cidadania seja garantida. Esses pontos foram discutidos durante a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, intersetorial, realizada em Brasília entre os dias 27 de Junho e 01 de Julho de 2010 e serão analisadas no presente trabalho.

O tema da IV Conferência *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”* permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. Segundo o relatório desta conferência (2010) a convocação da intersetorialidade foi um avanço em

relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos.

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia reafirmado os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e comemorado a promulgação da Lei 10.216/2001, a lei da reforma psiquiátrica no Brasil. Em 2001, a III Conferência apontou a necessidade de aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial aconteceram em outro cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário.

O Relatório da IV CNSMI (2010) reafirma de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como a **superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares.**

A Conferência se manifestou **contrária a todas as propostas de privatização e terceirização de serviços, na direção de um sistema estritamente público e estatal de serviços de saúde mental.** Finalmente, reafirmou a necessidade da **presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.** (grifos da autora)

Com relação à assistência psiquiátrica no Brasil, segundo Ribeiro (2003), esta tem sido marcada por uma política de redução dos leitos hospitalares localizados nos hospitais psiquiátricos tradicionais e pela implantação concomitante de recursos

terapêuticos substitutivos do aparelho manicomial. Como resultado, os leitos psiquiátricos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram reduzidos de 85.000 em 1991 para menos de 55.000 em 2002 (MS, 2003a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 15) Cerca de 18.000 leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados no período entre dezembro de 2002 e 2010, através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica), sendo que em Dezembro de 2010 é possível encontrar no país 32.735 leitos psiquiátricos.

Os dados oficiais mais atualizados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011) apontam algumas mudanças importantes quanto à saúde mental no Brasil, como por exemplo:

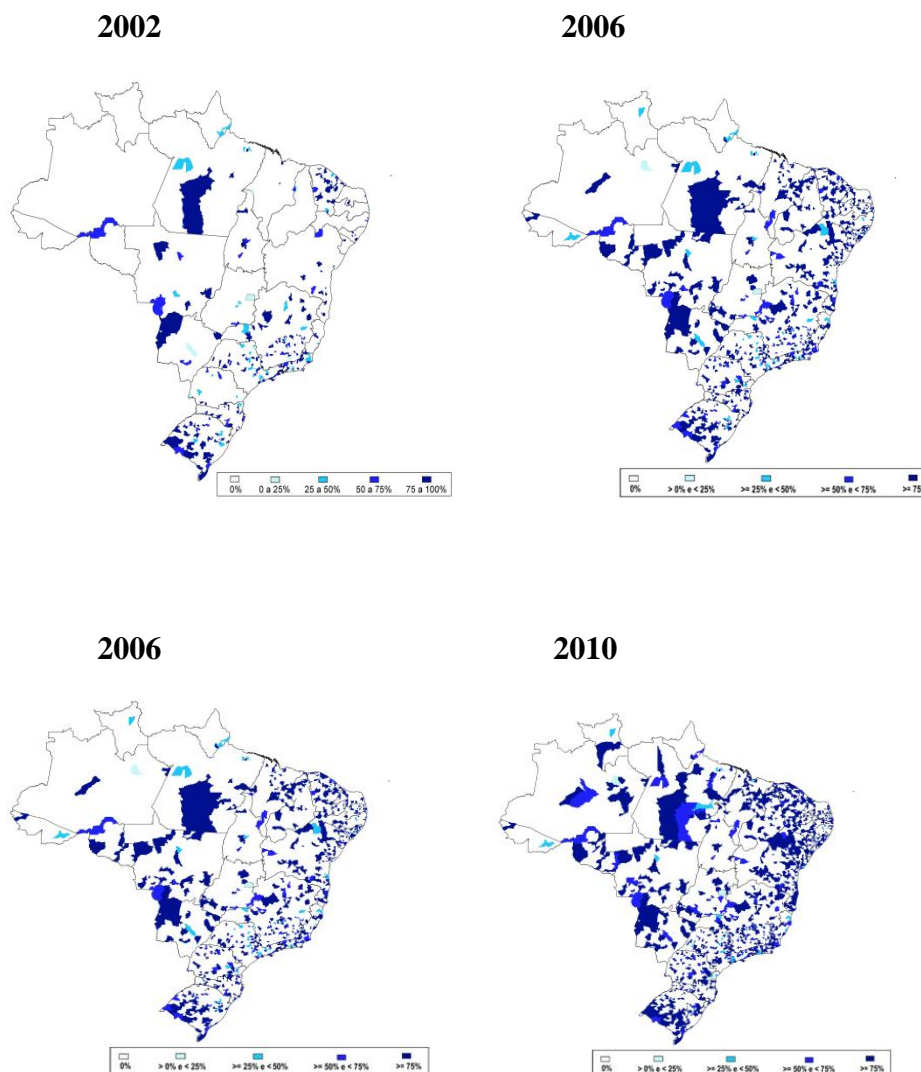
- a) Aumento do acesso e diversificação da rede de atenção em saúde mental – que em 2010 termina com uma cobertura de 66% em saúde mental;
- b) Fechamento de leitos psiquiátricos com baixa qualidade assistencial de forma pactuada e programada;
- c) Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos restantes – agora grande parte dos leitos em psiquiatria encontra-se em hospitais de pequeno porte;
- d) Desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, com o Programa de Volta para Casa, e investimento em ações de inserção;
- e) Inversão dos gastos federais do Programa – o gasto com ações extra-hospitalares é hoje maior que os gastos com ações hospitalares;
- f) Investimento em Formação e educação permanente social através de empreendimentos solidários.

Segundo Ribeiro (2003), tem ocorrido no Brasil uma sensível inversão do financiamento nos últimos anos, privilegiando-se os equipamentos substitutivos em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Este fato é ilustrado com o dado de que em 1997 a rede composta por 176 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebia 6% dos recursos destinados pelo Sistema Único de Saúde a saúde mental, enquanto a rede hospitalar, com 71 mil leitos, recebia os outros 94%. Em 2004, os 516 CAPS existentes receberam 20% dos recursos citados contra 80% destinados aos 55 mil leitos psiquiátricos no Brasil.

Será apresentada a seguir a expansão da cobertura em saúde mental de dezembro de 2002 a dezembro de 2010 segundo o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000

habitantes. A escala em azul indica a cobertura dos municípios. Quanto mais escuro o azul, melhor a cobertura.

Mapa 1-Expansão da cobertura em saúde mental de dezembro de 2002 a dezembro de 2010



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

Com base nesses mapas, é possível perceber que houve uma considerável expansão na rede de saúde mental no Brasil no período, com destaque para a interiorização dos serviços no período de 2006 a 2010.

Em relação aos gastos com o programa de saúde mental no Brasil, o Ministério da Saúde (2011) aponta que houve aumento real no período entre dezembro de 2002 e 2009. O ano de 2006 ficou marcado por um fato histórico – nele, pela primeira vez, os gastos federais extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental ultrapassaram os gastos

do Programa com hospitais. Isto significou uma efetiva reorientação do financiamento, seguindo a mudança do modelo de atenção à saúde mental.

Se for calculado o valor *per capita* investido em saúde mental em cada ano e corrigido estes valores considerando a inflação, veremos que, de 2002 a 2009, os gastos da União com o programa cresceram cerca de 37%. Os investimento são indutores do novo modelo: enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de 269%, o investimento hospitalar decresceu cerca de 40%.

Em 2010, embora não haja dados concretos disponíveis, é possível estimar, no entanto, que tenha sido da ordem de um bilhão e seiscentos e cinquenta milhões de reais, dos quais um bilhão e cem milhões (cerca de 69% dos recursos) estariam investidos em ações extra-hospitalares.

Apesar dos avanços registrados, os desafios enfrentados no Brasil são grandes, tendo em vista a história de exclusão, profundas diferenças sociais e o papel histórico que a loucura tem ocupado ao longo dos séculos.

Vasconcelos (2010) em um texto em que analisa a atual conjuntura no campo da saúde mental, buscando contribuir com o debate referente à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – intersectorial, afirma que as enormes dificuldades enfrentadas na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam um desafio com dimensões mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais em contexto periférico ou semiperiférico, como no Brasil, que vem ocorrendo em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial,

Este é o contexto da saúde mental no Brasil. Um campo onde ocorreram avanços, porém que ainda enfrenta desafios consideráveis.

No Estado do Pará, embora seja considerada a sua inserção neste contexto brasileiro, a conjuntura amazônica apresenta particularidades que devem ser conhecidas e debatidas ao pensar em políticas públicas, inclusive na área da saúde mental. No que se refere a pesquisas relacionadas especificamente ao campo das políticas públicas em saúde mental, pode ser percebida profunda escassez de publicações. Poucos trabalhos foram encontrados sobre o tema. Pedroso (2008), em um trabalho desenvolvido no âmbito do Núcleo de Altos Estudos Amazônico – (NAEA) fez uma análise da Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará no período de 1833 – 1984. Além deste estudo, Coutinho (2008), em um estudo epidemiológico exploratório na clínica psiquiátrica de um hospital público (referência em psiquiatria no Pará) buscou conhecer a realidade

vivenciada no momento. Apontou a necessidade urgente de realização de novos estudos na área, especialmente com caráter avaliativo, a fim de contribuir com as várias instâncias da política de saúde mental, subsidiando a visão de gestores, técnicos, usuários dos serviços, bem como da comunidade geral para transformar as condições de saúde da população.

No que diz respeito a pesquisas de caráter avaliativo foi no sentido de procurar garantir o atendimento das necessidades da sociedade pelo Estado foram criadas estratégias de avaliação/análise de políticas públicas.

Silva e Formigli (1994), ao realizarem um trabalho sobre “avaliação em saúde: limites e perspectivas” colocam algumas que são de vital importância para a presente pesquisa. Por exemplo, o primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto – avaliação em saúde –, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.

Com relação aos principais atributos de avaliação/análise normalmente utilizados, as autoras destacam: efetividade, impacto, eficácia, qualidade, eficiência, acessibilidade, equidade, cobertura, satisfação do usuário.

Para efeitos desta pesquisa será analisada a categoria “impacto”, que segundo Oliveira

Tem como objetivo intelectual da avaliação de impacto de políticas públicas pode equivaler à determinação matemática de um vetor do desenvolvimento. Devem ser determinados quantidades e atributos (qualidades). Enquanto a medição quantitativa deve informar ao avaliador e usuários da avaliação a intensidade ou módulo do objeto medido, a medição qualitativa deve informar a natureza intrínseca ou essência substancial medida. Quantidades podem ser expressas em unidades digitais; atributos, em analógicas. Módulos e atributos carecem de comparação para serem mais bem compreendidos e administrados. Na atualidade, essa comparação pode ser feita com utilização conveniente de algum parâmetro ou indicador geralmente aceito. Assim, perceber uma política pública como um vetor pode ser um artifício útil para se compreender a distância (e o porquê da distância) entre condições ambientais "antes" e "depois", decorrentes de atos e fatos governamentais, intencionais ou não. (OLIVEIRA, 2002, p.50)

Ainda segundo Oliveira (2002) Avaliar o impacto deve ser um processo de pesquisa de explicações necessárias e suficientes sobre a modificação prevista ou não prevista provocada por determinado conjunto de fenômenos (políticas públicas), entre dois ou mais momentos do ambiente afetado. Para a Sociedade e

para a administração pública da atualidade a avaliação de impacto poderá vir a ser uma fonte estratégica de orientação para tomada de decisões adequadas e pertinentes sobre como recursos públicos e privados deverão ser alocados na obtenção de impacto maior e melhor.

Desse modo, a questão fundamental que norteou esta pesquisa foi: “Qual o modelo de assistência aplicado no Pará entre 2007 e 2010, o tradicional, manicomial ou o da reforma psiquiátrica e quais os resultados da política em termos de impacto?”

Assim, as categorias chaves para entendimento do problema de pesquisa são como os modelos de assistência (manicomial versus reforma psiquiátrica); políticas públicas que são abordadas ao longo do 2º e 3º capítulo respectivamente.

Alguns desdobramentos desta questão-problema central ajudaram a conhecer a realidade pesquisada: Qual a estrutura física, o número de funcionários e como está organizada a dinâmica de funcionamento do serviço? Esta estrutura/dinâmica está adequada às reais necessidades do serviço? Qual avaliação dos gestores da rede de atenção à saúde? Qual a avaliação do Movimento Social que se interessa pela temática no Pará, o MLA, sobre o impacto da política pública em relação ao atendimento das necessidades da população? Como se deu a relação entre Movimento Social e gestão durante o período? Qual o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa sobre as mudanças políticas na condução do governo do Estado, entre 2007 e em 2010, e possíveis repercussões para a política de saúde mental? Quais as sugestões e expectativas que os sujeitos da pesquisa apresentam para melhoria da qualidade da assistência?

O trabalho de pesquisa se deu através da análise dos documentos e de entrevistas com os executores da política. Para isso, é preciso esclarecer que neste trabalho foram considerados “executores da política”, os **gestores governamentais** que ocuparam cargos de confiança (Direção e Assessoramento Superior - DAS), nomeados em decretos ou portarias específicas pelo governo do Estado para gerir serviços públicos e os integrantes do movimento social com interesse na área (Movimento Paraense da Luta Antimanicomial - MLA), composto por **trabalhadores** que executam suas tarefas laborais no âmbito dos serviços de saúde mental do Estado, porém não ocupam cargos de confiança; **usuários do serviço**, pessoas que buscam tratamento nos serviços apresentando alguma queixa relacionada à saúde mental e os **familiares desses usuários**, pessoas que de alguma maneira os apoiam e lutam pela melhoria dos serviços e por avanços na política pública. Outras pessoas, que eventualmente não são usuárias dos serviços e nem possuem vínculos familiares diretos com usuários, porém que se

identificam com a causa antimanicomial e se reconhecem como participantes do MLA ou da luta antimanicomial também podem ser considerados executores da política.

Ao responder às perguntas e verificação da hipótese de pesquisa pretendeu-se contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde mental no Estado do Pará.

Assim, o objetivo geral desta pesquisa é compreender qual o modelo aplicado e quais os resultados da política de atenção à saúde mental do Estado do Pará no período de 2007 a 2010.

Para a consecução desse objetivo geral foram traçados alguns objetivos específicos. A saber:

- a) Analisar a história e desenvolvimento da reforma psiquiátrica na Europa, América Latina e suas reverberações no Brasil e particularmente no estado do Pará, objeto desta pesquisa.
- b) Compreender o papel do Estado e sua relação com as Políticas Públicas Sociais, com especial atenção para a política de saúde no Brasil.
- c) Descrever os serviços de saúde mental analisados no presente trabalho, a estrutura física, o quadro de trabalhadores da área de saúde mental e a rotina dos serviços;
- d) Avaliar o estado de efetividade das políticas públicas no Pará em relação às demandas do movimento social em nível nacional por mais fortalecimento organizacional do movimento de usuários, e familiares em suas bases, assim como, a relação entre movimento social (MLA) e gestão pública durante o recorte temporal estabelecido;

1.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa foi compreender qual o modelo aplicado e quais os resultados da política de atenção à saúde mental do Estado do Pará, no período de 2007 a 2010 em termos de impacto, uma das premissas do estudo realizado consistiu em apreender a estrutura e a dinâmica dos serviços no seu cotidiano, nas formas que os sujeitos envolvidos se relacionam; seus interesses, conflitos e as questões vivenciadas através de suas práticas, bem como compreender as dinâmicas de encaminhamento – referência e contra-referências - entre os serviços da rede.

O trabalho foi realizado a partir de uma perspectiva crítica de análise. Do ponto de vista dos recursos metodológicos, é possível afirmar que para consecução dos objetivos propostos foi realizado um estudo com o objetivo de explorar o fenômeno a partir de uma ampla base de dados para chegar à compreensão sobre determinado problema. Assim, foi realizada uma pesquisa sobre a política pública de saúde mental no Estado do Pará durante o período demarcado.

A política de saúde mental compreende planos, programas e ações orientados a partir de um referencial de análise pautado em uma legislação da área da saúde que nortearam esta pesquisa: 1) LEI No 9.867, DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999, dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica; 2) LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; 3) LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Convém sinalizar também as portarias e relatórios concernentes ao objeto de estudo, tais como. No que se refere às portarias, 1) PORTARIA/GM Nº 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 que estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II; 2) PORTARIA Nº 52, DE 20 DE JANEIRO DE 2004 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004; 3) PORTARIA Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009 que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

Ainda, com relação a essa questão da documentação da área da saúde mental, destacam-se os seguintes relatórios 1) RELATÓRIO FINAL DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em junho de 1987; 2) RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em dezembro de 1992; 3) RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em dezembro de 2001; 4) RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em junho de 2010; 5) RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, em Maio de 2010.

A pesquisa foi realizada na Coordenação Estadual de Saúde Mental, 1ª Regional de Proteção Social, Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHGCV) – alta complexidade, CAPS Renascer – média complexidade. Estava prevista a realização de entrevista com a gestora da Unidade Básica da Pedreira – baixa complexidade, porém não foi possível em função da não disponibilidade desta. Os serviços foram escolhidos intencionalmente, pois estão localizados no município de Belém-Pa, na mesma área de abrangência e sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde – SESPA, o que permitiu uma análise mais acurada acerca da realidade da gestão e de encaminhamentos entre os serviços da rede.

A estratégia de escolha desses serviços aconteceu em função de que somente nesta área de abrangência (distrito do DASAC/Belém), no Estado do Pará inteiro é possível encontrar os três tipos de serviço: de alta, média e baixa complexidade, além de concentrar a 1ª regional de Proteção Social, a região metropolitana de Belém. A 1ª RPS foi incluída por coordenar todos os serviços da região metropolitana e a coordenação de saúde mental por ser responsável pela política estadual de saúde mental.

Também, havia a previsão da realização da pesquisa com 5 (cinco) membros da executiva estadual do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial (MLA), duas trabalhadora e três usuários, porém um usuário, residente em Canaã dos Carajás que foi contatado via telefone e enviado o roteiro de entrevistas por e-mail, não respondeu e uma trabalhadora que, apesar de várias tentativas de contato também não respondeu. Foram realizadas então, três entrevistas com membros do MLA: com uma trabalhadora, a principal liderança do movimento, segundo referências dos outros usuários e dois usuários, um de um CAPS estadual, o CAPS Grão-Pará e outra, usuária em alta do CAPS municipal Casa Mental do Adulto, o que permitiu uma diversidade interessante de vivências e olhares.

O período de 2007 a 2010 foi escolhido também intencionalmente em função da mudança política do governo do Estado do Pará, quando um grupo político (Partido dos Trabalhadores) que mantinha relações próximas com o movimento social, incluindo em seu programa de governo propostas defendidas pelo Movimento da Luta Antimanicomial assumiu a condução do processo de gestão pública. A intenção da pesquisa foi, então, compreender se a pauta de reivindicações do movimento avançou ou não durante este período.

Foram utilizados os seguintes instrumentais técnicos: pesquisa documental e bibliográfica, além da realização de entrevistas semi-estruturadas com os executores da política pública de saúde mental no Pará (roteiros nos apêndices 1 e 2).

O critério de inclusão para participação na pesquisa foi o sujeito ter exercido a função de coordenação na área de saúde mental no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará e FHCGV no caso dos gestores e no caso do movimento social, ser membro da direção executiva do mesmo. Ou seja, foram escolhidos para participar da pesquisa não os formuladores da política (os dirigentes nacionais ou estaduais que definem os objetivos da política), mas os seus executores (pessoas que implementam as atividades, acompanham as ações e/ou supervisionam a política), assim como os seus beneficiários, ou aqui chamados usuários.

O Movimento Paraense da Luta Antimanicomial (integrante da rede internúcleos – RENILA) foi escolhido para participar da pesquisa em função de ter sido o único movimento representativo de usuários, famílias e trabalhadores da área de saúde mental a participar da VI Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, ocorrida em maio de 2010.

Para representar os gestores executores da política, foram entrevistados o coordenador estadual de saúde mental, o diretor da 1ª Regional de Proteção Social, a diretora do CAPS Renascer- (SESPA) e o Diretor Assistencial da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna que estavam nos cargos citados em 31 de Dezembro de 2010. Para representar o movimento social que organiza usuários, familiares e trabalhadores foram entrevistados 03 membros da direção executiva do MLA. Esses sujeitos foram escolhidos em função de sua posição na tomada de decisões, vivência e conhecimento sobre a política de atenção em saúde mental na área analisada. Abaixo será apresentado um quadro com os entrevistados, suas categorias e os serviços a que pertenciam para melhor visualização durante a leitura do texto. Vale destacar que,

com o objetivo de proteger as identidades dos sujeitos o máximo possível, as iniciais não correspondem aos nomes reais dos sujeitos.

Quadro 1- Entrevistados em função de seus cargos, categorias e serviços

Entrevistado (a)	Cargo	Categoria	Serviço
V	Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	Gestor	-
L	Diretor da 1ª Regional de Proteção Social	Gestor	-
J	Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna	Gestor	-
M	Diretora do CAPS Renascer	Gestora	-
B	Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial	Movimento Social – Trabalhadora	CAPS municipal ad (Belém)
A	Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial	Movimento Social – Usuária	CAPS municipal (Belém)
S	Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial	Movimento Social – Usuário	CAPS estadual Grão-Pará (Belém)

Fonte: dados da pesquisa (2012)

Na análise foram utilizadas pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas. Assim, foram buscados documentos e relatórios de gestão que auxiliassem na compreensão sobre a estrutura e a dinâmica de funcionamento da rede; documentos publicados pelo MLA durante o período pesquisado para se compreender os principais pontos de pauta do movimento social, além da compreensão da avaliação que os gestores e movimento social fazem da situação da saúde mental do Estado do Pará no período de 2007 a 2010, bem como suas sugestões para melhoria da rede de atenção psicossocial do Pará.

Nas entrevistas foram procurados alguns pontos específicos com objetivo de compreender a realidade estudada, tais como o contexto histórico em que cada serviço se encontrava e a avaliação que cada sujeito fazia do momento vivenciado pela política pública de saúde mental no período de 2007 a 2010, suas análises sobre a rede de atenção, percepções sobre a relação entre movimento social e gestão, além de sugestões para melhoria.

Algumas informações foram fundamentais para apreensão da realidade pesquisada e tiveram como fonte banco de dados informatizados ou em documentos escritos: dados epidemiológicos sobre população com transtornos mentais no Pará nos dias atuais, ambos com objetivo de conhecer a população estudada em termos estatísticos disponíveis em Pedrosa (2008) e Coutinho (2008); Relatório sobre a Saúde no Mundo elaborado pela OPAS/OMS em 2001, com objetivo de conhecer o atual estado das políticas públicas e ter acesso a dados fidedignos sobre saúde no mundo, além de legislação sobre saúde mental no Brasil a partir de 1990, para conhecer o atual estado das políticas públicas. Foi importante analisar documentos como Relatório de Gestão da saúde mental no Brasil, no Pará e os relatórios das I, II, III e IV Conferências Nacional de Saúde Mental (citados acima), bem como, o relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial. Um quadro com a lista dos documentos que foram analisados e os objetivos poderão ser encontrados no apêndice 4.

Para análise dos dados provenientes das entrevistas foi utilizada a técnica de sistematização e operacionalização metodológica que consiste na organização por falas semelhantes sobre determinado tema ou assunto perguntado previamente no roteiro de entrevistas.

A dissertação está estruturada em 6 (seis) capítulos: o 1º) introdução que apresenta o tema ao leitor, com o estado atual da problemática no mundo e no Brasil, mostrando ainda os caminhos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da

pesquisa; 2º) um capítulo teórico que faz uma contextualização histórica da loucura e da reforma psiquiátrica, aprofundando-se na história da reforma psiquiátrica em alguns países europeus, na América Latina e Caribe, no Brasil e especificamente no estado do Pará; 3º) um capítulo teórico que realiza uma reflexão sobre o papel do Estado, as políticas sociais, dentre elas, especificamente a política pública de saúde e no caso do Brasil, faz uma breve incursão histórica sobre o Sistema Único de Saúde e sua relação com a Política de Saúde Mental; 4º) um capítulo de análise sobre a política de saúde mental do estado do Pará entre 2007 a 2010 no que diz respeito a estrutura física, número de funcionários e dinâmica de funcionamento dos serviços; 5º) um capítulo de análise sobre o atendimento ou não às demandas por mais fortalecimento organizacional do movimento de usuários, e familiares em suas bases, além de uma análise da relação entre gestão e movimento social e sobre o papel do movimento da luta antimanicomial no Pará, seus avanços e desafios e o 6º) um capítulo com as considerações finais da pesquisadora sobre o tema analisado.

No que diz respeito às questões éticas, como já foi dito acima, a coleta de dados teve início somente após o projeto ter sido analisado e aprovado por um comitê de ética em pesquisa (FHCGV), seguindo as orientações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (anexo 1), bem como foi garantido aos gestores e movimento social o retorno dos resultados que foram obtidos com a pesquisa e a elaboração e apresentação de relatório do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa sempre que solicitado.

Vale destacar que foi garantido o sigilo de dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, pudessem provocar constrangimentos ou prejuízos ao sujeito de pesquisa e embora existisse a intenção de tornar anônimo o material ou dados obtidos, em função dos critérios de análise dos dados privilegiarem a posição (cargo) ocupada pelo sujeito da pesquisa na rede de atenção / movimento social e em função da possibilidade de identificação por conta do recorte temporal estabelecido não pôde ser garantido aos participantes o anonimato total de suas declarações, entretanto este fato ficou claro para o sujeito antes mesmo do início da entrevista, sendo facultada a sua participação, que somente ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para além disso um outro cuidado foi tomado, o de enviar por e-mail aos sujeitos da pesquisa (com exceção de A e S que não forneceram e-mails) suas entrevistas após trabalho de transcrição, para que pudessem analisar e inclusive solicitar

correção ou retirada de algum trecho que considerassem inadequados para publicação. Nenhum sujeito solicitou alteração.

Finalmente, os dados coletados foram utilizados apenas para esta pesquisa e segundo a Resolução 196/96 IX.2.e, deverão ser guardados durante cinco anos e após este período serão destruídos.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA E DA REFORMA PSQUIÁTRICA

“[...] A gente quer ter voz ativa
 No nosso destino mandar
 Mas eis que chega a roda viva
 E carrega o destino pra lá [...]”

(Chico Buarque)

Antes de adentrar na discussão sobre a política de saúde mental e suas repercussões no Estado do Pará, faz-se necessária uma breve introdução ao tema da história da loucura e à questão dos discursos em psiquiatria. Amarante (2008a) explica que o estudo das práticas e dos discursos em psiquiatria decorre de uma preocupação com a análise e o questionamento das articulações historicamente existentes entre instituições sociais específicas e o universo das relações sociais.

Afirma ainda que a história da psiquiatria é a história de um processo de asilamento e de medicalização social. A ordem psiquiátrica é oferecida como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza.

Assim, é importante situar, que o surgimento do modelo psiquiátrico clássico, enquanto saber e prática foram abordados na obra de diversos autores. Dentre eles, é possível destacar Michel Foucault, filósofo francês, que em *História da Loucura na Idade Clássica* (1978) apresenta uma reviravolta na história da psiquiatria e da loucura. Assim, a *História da Loucura* é considerado por autores da área, um marco para a discussão da temática. Outra obra que merece destaque é *Manicômios, Prisões e Conventos*, de Erving Goffman (1974), que detalha a estrutura, a natureza e a microsociologia das instituições psiquiátricas, definidas no que o autor denomina “instituições totais”.

É importante destacar que o interesse de Foucault era analisar criticamente as condições que possibilitaram a constituição do saber sobre a loucura, sua submissão à razão através da conjunção entre prática social de internamento, a figura tangível do louco e o discurso produzido a partir da percepção, dependendo da interpretação.

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores peregrinos. Esse costume era frequente, particularmente na Alemanha [...] durante a primeira metade do século XV. (FOUCAULT, 1978, p. 9 apud AMARANTE, 2009)

A percepção social da loucura na Idade Média encontra-se com uma ideia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária.

Na obra de Foucault é possível acompanhar a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira, segundo Birman e Costa (1992) citados por Amarante (2009) permite que a loucura, inscrita no universo da diferença simbólica seja colocada em um lugar social reconhecido no universo da verdade. A visão crítica, no entanto, organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo de saber teórico/prático. A partir do século XIX, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto do conhecimento: a doença mental.

Amarante (2009) revisita o nascimento da instituição psiquiátrica e destaca que durante a época clássica, o hospício tinha uma função eminente de “hospedaria”. Os hospitais gerais e Santas Casas de Misericórdia representavam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos os que simbolizavam uma ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possuía, neste período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não era, portanto, diferenciado das outras categorias marginais. A preocupação com critérios médicos-científicos não pertencia ainda a tal período histórico. A fronteira pertinente encontrava-se referida à presença ou ausência de razão, e não a critérios de ordem patológica. A percepção ética que organizava o mundo foi instaurada pelo Iluminismo: a primazia da razão, o que Weber (1982) chamou de “desencantamento do mundo”, sua dessacralização. O enclausuramento não tem o mesmo significado que tem no hospital moderno, medicalizado e dirigido pelo saber médico. Os fatores que permitiram a emergência do saber e instituição médicos estavam relacionados às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade instaurou.

Segundo Machado (1981), o trabalho como mercadoria ressignificou a pobreza, retirando-a do campo místico, no qual era valorizada (significando a salvação da alma) e inaugurou-a enquanto negatividade, desordem moral e obstáculo à nova ordem social. Desta maneira, o enclausuramento se estabeleceu no âmago deste contexto, marcado pela ética do trabalho, compreendido como antídoto contra a pobreza.

Durante a Idade Média, a percepção social da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. O

internamento na idade média não tinha relação com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. Na Idade Clássica, este era baseado em uma prática de proteção e guarda. No século XVIII o internamento ganhou características médicas e terapêuticas, marcado pela convergência entre percepção, dedução e conhecimento. A partir da segunda metade do século XVIII, a desrazão foi perdendo espaço e a alienação passou a ocupar, o lugar como critério de distinção do louco diante da ordem social. Este percurso prático/discursivo teve segundo Amarante (2009), na instituição da doença mental o objeto fundante da psiquiatria.

Barros (1994) afirma que a noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata. A relação de tutela sobre o louco constitui-se um dos pilares das práticas manicomiais e cartografia territórios de segregação, morte e ausência de verdade.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria, assim como outros saberes do campo social passou a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos. Neste contexto, a psiquiatria seguiria a orientação das demais ciências naturais, assumindo uma tonalidade basicamente positivista¹. Segundo Amarante (2009), um modelo centrado na medicina biológica, limitada a observar e descrever os distúrbios nervosos, com objetivo de buscar conhecimento sobre o Homem.

A psiquiatria iniciou, então, o movimento de se firmar enquanto processo de conhecimento científico, em uma pretensa “neutralidade”² com objetivo de descobrir a essência dos distúrbios através de relações de causalidade. A análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a neutralidade e objetividade dos lugares da verdade na ciência, buscam encobrir valores e o jogo de poder, tão bem explicados por Michel Foucault.

-
1. O positivismo tem suas origens no pensamento de Comte e se desdobra no funcionalismo de Durkheim e no neofuncionalismo de Merton e Parsons, que incorporam o método das ciências exatas e naturais para intervir na realidade social e conferir estatuto “científico” aos estudos sobre a sociedade.
 2. Esta “neutralidade” é um dos princípios do método positivista funcionalista, onde o pesquisador deve adotar uma posição ideológica no sentido do “não-julgamento”, da “discrição”, do “não envolvimento emocional” e da “individualização do problema”, além da aceitação da ordem vigente.

Neste breve histórico é importante situar também a obra de Pinel, estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosologia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de um tipo de relação terapêutica - o tratamento moral – que representou o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em uma instituição médica e não mais social e filantrópica, além de propiciar a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos.

Esse percurso marca o que Amarante (2009) descreve como a primeira reforma da instituição hospitalar, a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Ao constituir um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, o ato de Pinel é, desde o primeiro momento, louvado e criticado. As principais críticas dirigem-se ao caráter fechado e autoritário da instituição e terminam por consolidar um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana, qual seja o das colônias de alienados. Tal modelo tem por objetivo reformular o caráter fechado do asilo, ao trabalhar em regime de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade. (AMARANTE, 2009, p.26).

Amarante (2009) continua sua exposição afirmando que na prática, o modelo reformista de Pinel, baseado nas colônias serviu para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao manicômio tradicional.

No decorrer dos anos, em que pese o princípio de liberdade e reforma das colônias, estas não se diferenciam dos primeiros asilos.

Assim, ao pensar a psiquiatria atual, segundo Birman e Costa (2008) a grande característica a ser destacada é seu estatuto de crise, que se delimita em todos os seus níveis constitutivos:

- a) Enquanto Sistema Assistencial, nas suas grandes formas de atenção pública e privada. Transforma inclusive a categoria da profissão médica, que deixa de ser uma profissão liberal para tornar-se uma profissão assalariada. No controle da ação médica, as instituições públicas e privadas disputam as prioridades, sendo que o Estado pode gerir diretamente os recursos ou possibilitar o seu exercício à iniciativa privada;
- b) Enquanto disciplina teórica, na medida em que seus fundamentos são postos em dúvida na sua cientificidade. A oposição ocorre entre categorias como Doença Mental e Saúde Mental;
- c) Finalmente, o terceiro nível da crise apontada pelos autores ocorre no nível da prática clínica.

Esta crise tem provocado a mudança da atenção à Saúde Mental. Ocorreram, então, segundo Birman e Costa (2008), dois grandes períodos que redimensionaram o campo teórico e assistencial da psiquiatria. O primeiro concernente aos processos de crítica à estrutura asilar, na medida em que o asilo passa a ser apontado como o elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e de psicoterapia institucional (França) atingindo o seu extremo com a instauração das Terapias Familiares. Em um segundo momento esta Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) ou de setor (França). É marcado, portanto, pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental. É o que será abordado a seguir:

Tendo em vista que um dos objetivos deste trabalho consiste em compreender se houve ou não mudança no modelo de assistência à saúde mental no Pará entre 2007 e 2010, é imprescindível que estes dois modelos estejam claros. Assim, após esta breve exposição do percurso histórico da loucura os dois modelos de entendimento da saúde mental: um **manicomial**, que enclausura e afasta do convívio social, com todas as repercussões apresentadas e outro o modelo da **reforma psiquiátrica**, que parte da perspectiva que é possível reatar laços sociais.

Sobre o modelo manicomial ou tradicional como alguns autores costumam denominar, Guljor (2003) opta por denominar de “tradicional” os modelos de atenção estruturados predominantemente na internação psiquiátrica e nas consultas ambulatoriais.

A finalidade dessa classificação é não restringir o conceito ao modelo clássico descrito por Castel (1991, p. 12). Entendemos por tradicional todos os modelos centrados na perspectiva médica racionalista; uma prática clínica que objetiva unicamente a remissão dos sintomas, não considerando o paciente um sujeito que possui necessidades, desejos e com singularidades em seu sofrimento psíquico, aqui compreendido como o desmoronamento de sua estrutura psíquica vivenciada pelo psicótico (GULJOR, p.9, 2003).

Para a autora, esta transformação delineada no Brasil nas últimas décadas, através de diversos programas de Saúde Mental vêm operando um deslocamento do usuário da perspectiva reducionista do "paciente" para a perspectiva de conquista da cidadania e, desta forma, a demanda da clientela passa a ser compreendida como além de sinais e sintomas psicopatológicos.

É este modelo que será apresentado a seguir através de dados sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica em alguns países da Europa, da América Latina e a particularidade no Brasil e no Estado do Pará.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NOS PAÍSES EUROPEUS

Este capítulo de aproximação ao campo da saúde mental não tem como objetivo reconstruir exaustivamente a história da psiquiatria ou mesmo da reforma psiquiátrica, entretanto, seria importante para situar o debate, realizar um levantamento de algumas questões que forneçam subsídios para se pensar esta história. Questões deste tipo, segundo Amarante (2008a) têm como traço de união o fato de resgatarem as condições de possibilidades sociais e políticas que abrem espaço para o nascimento de uma psiquiatria e de suas subsequentes etapas de desenvolvimento.

Os primeiros momentos da Reforma Psiquiátrica, para Desviat (2008), aconteceram depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias. Neste momento, a comunidade profissional e cultural, por vias diversas, chegou à conclusão que o hospital psiquiátrico deveria ser modificado ou abolido.

O *New Deal* norte-americano e a revolta contra as instituições, que atingiu seu ápice na França em Maio de 1968, influenciaram de forma decisiva na ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX. Concomitante a este desejo de criar uma sociedade mais justa, livre, solidária, a descoberta dos novos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram os elementos que impulsionaram os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa.

As características sócio-político-econômicas de cada país e, de acordo com Desviat (2008), mais concretamente, o seu sistema sanitário, juntamente com o papel outorgado ao manicômio que iriam diferenciar as peculiaridades da reforma em cada local. Em outras palavras, o tipo de sistema sanitário, sua organização, e grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento em saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental.

Existem algumas ideias ou conceitos comuns como forma de enfrentar o transtorno mental, para além da superação do manicômio. São ideias desenvolvidas na prática e condicionadas às peculiaridades da estrutura sanitária de cada realidade e que estão presentes nos postulados teóricos de todas as experiências de reforma psiquiátrica pós Segunda Guerra Mundial. Há três grandes conceitos, explicitados por Desviat (2008). Em primeiro lugar, a divisão em zonas – o setor francês, o território psiquiátrico italiano, as áreas inglesas etc.; em segundo, a continuidade do atendimento; e por último, a integração dos três níveis de atendimento.

A hipótese de Birman e Costa (1994) citados por Amarante (2009) é a de que, tanto em um período quanto em outro, assim como tanto em uma estrutura quanto nas demais, a importância dada pela psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades dá lugar a um projeto mais amplo e ambicioso, que é o de promover a saúde mental, não apenas em um ou outro indivíduo, mas na comunidade em geral. Visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva. De uma forma ou de outra, o certo é que a psiquiatria passa a construir um novo projeto, eminentemente social, que tem consequências políticas e ideológicas muito importantes.

Sobre esta ruptura de paradigma no entendimento da loucura e da forma de encará-la, Basaglia (1985) em uma de suas mais célebres afirmações, diz que a Psiquiatria tratou da doença mental, colocando o homem entre parênteses; cabe agora inverter este processo: cuidar do homem, colocando a doença mental entre parênteses.

Segundo Amarante (2008b) muitas experiências diferentes de reforma aconteceram em vários países. Algumas foram mais marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de ainda influenciarem as experiências contemporâneas. O autor divide didaticamente essas experiências em “dois grupos mais um”. O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que acreditavam que o princípio do fracasso estava na forma de gestão do hospital e que a solução, portanto, seria produzir modificações na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado paulatinamente, ou seja, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que qualificariam o trabalho terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental, etc.), ao mesmo tempo, que iram diminuindo a importância do hospital psiquiátrico. No outro

grupo, o autor destaca a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, para quem o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que o problema estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo colocado em xeque pelos movimentos, assim como suas instituições assistenciais.

A seguir, algumas experiências de reforma psiquiátrica divididas de acordo com o país em que ocorreram.

Na França surgiu a psicoterapia institucional, fundamento teórico da política francesa de setor, que é, sem dúvida, segundo Desviat (2008), a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Foi influenciada pela psicanálise e procurava organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, utilizando em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição. Em outras palavras, os sistemas de verbalização de tudo o que acontece.

Ainda segundo Desviat (2008) adotada a partir dos anos de 1940 nos hospitais franceses e desenvolvida especialmente por Tosquelles a Psicoterapia Institucional tinha como hipótese inicial a máxima de que “na instituição total todos estão doentes”. Ou seja, acreditavam que não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele. A terapia, portanto, deveria abarcar o hospital como um todo, funcionários e doentes; é a instituição em seu conjunto que deve ser tratada.

Tratava-se de estruturar um serviço público de ajuda e tratamento à população, de modo a permitir o acesso universal e formas de atendimento e qualidade de serviços até então restritos a uma parcela da população. Os novos elementos da psiquiatria francesa foram baseados, então na unidade e indivisibilidade da prevenção, da profilaxia, do tratamento e do pós-cura deveriam ser respeitados; na abolição da internação, em sua condição de conjunto de medidas heterogêneas. Seus procedimentos deveriam ser redefinidos e aplicados com grande flexibilidade.

Entre outros princípios de organização sanitária geral, adotou-se a territorialização da assistência, que permitia uma aproximação e conhecimento da população no momento da elaboração e execução dos programas. O setor foi definido, então, como uma área geográfica bem delimitada (70 mil habitantes, aproximadamente), que incluía leitos hospitalares (então estimados em 3 por cada 1000 habitantes) e recursos extra-hospitalares para cada serviço ou setor (o hospital psiquiátrico era dividido entre os setores) e vários dispositivos como lares pós-cura, oficinas protegidas, clube terapêutico. O atendimento infanto-juvenil foi dividido, criando serviços próprios,

com os intersetores infanto-juvenis correspondendo a três setores psiquiátricos de adultos (200 mil habitantes).

A política de setor se baseava, segundo Desviat (2008) em três princípios fundamentais:

a) Princípio da setorização ou zoneamento. Foram delimitadas áreas com 50 mil a 100 mil habitantes;

b) Princípio da continuidade terapêutica. Uma mesma equipe, no conjunto de cada setor, deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente, nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura;

c) O eixo da assistência foi deslocado do hospital para o espaço extra-hospitalar. O paciente deveria ser atendido, na medida do possível, na própria comunidade. Deveria ser evitado o efeito cronicizador da instituição.

A reforma psiquiátrica francesa enfrentou muitas dificuldades. A setorialização da psiquiatria ficou como um fato diferenciado no panorama intensamente centralizado da França, apresentando ainda dificuldades de integração com a psiquiatria infantil. O aparecimento de especificidades de atendimentos por faixas etárias ou patologias provocou uma cisão na prática psiquiátrica (adolescentes, idosos, toxicômanos etc.), em detrimento de um exercício que envolvesse toda a disciplina. Ainda hoje este é um problema e motivo de discussões acaloradas entre equipes de saúde mental.

Outro problema citado por Desviat (2008) era a questão do financiamento. Este continuava a ser feito pela Previdência Social aos hospitais e dispensários e impediu o crescimento das estruturas ambulatoriais. O hospital continuava a ser o centro do atendimento, na prática. Desafios que ainda hoje são enfrentados naquele país.

Quando o assunto é a Reforma Psiquiátrica na Grã-Bretanha, lembra Desviat (2008) que a segunda guerra mundial fez com que o Estado se encarregasse de todos os recursos sanitários, integrando-os e regionalizando-os em um Plano de Emergência que tinha como objetivo garantir a assistência aos soldados e a população civil. No ano de 1942, no reino unido o Relatório Beveridge propôs enfrentar o que qualificou como “os cinco gigantes” – a indigência, a doença, a ignorância, a miséria e o desemprego – por meio de um seguro global, além de fortalecer os serviços públicos. Na área da saúde foram retomados projetos de reforma preparados pelo governo de Churchill pouco tempo antes do desembarque dos aliados na Normandia. Em 1948 foi promulgada, assim, a Lei de Criação do Serviço Nacional de Saúde, paradigma ainda atual e durante muito tempo considerado a mais importante peça de engenharia social do ocidente.

Para Amarante (2008b) no período pós-guerra, eram bastante comóventes os danos psicológicos, sociais e físicos sofridos pelos jovens soldados ingleses. Muitos desses eram internados em hospitais para tratamento de seus problemas emocionais. Essa situação acarretava dois problemas graves: a quantidade excessiva de pessoas que necessitavam de cuidados e, em contrapartida, uma oferta escassa de profissionais para atendê-las; excesso de pacientes e precariedade de recursos em um contexto de necessidade de recuperação da mão-de-obra para o projeto de reconstrução nacional. Terminada a guerra, os jovens deveriam deixar de ser soldados e passar a ser trabalhadores, peças importantes da engrenagem do sistema capitalista. Para tanto, deveriam ser tratados de suas enfermidades.

Floresce na Grã-Bretanha neste contexto histórico as idéias das “comunidades terapêuticas”, cujo representante máximo, Maxwell Jones defende como moderna forma de atuação institucional. Nas comunidades terapêuticas buscou-se o aproveitamento deliberado, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como um conjunto orgânico e não-hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar (BASAGLIA, 1970 apud DESVIAT, 2008, p. 100)

Embora não exista um modelo único, é possível resumir como princípios da Comunidade Terapêutica a democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade, um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição. Para Desviat (2008), seus benefícios se encerram quando o paciente sai da comunidade terapêutica.

No ano de 1954, conforme refere Desviat (2008), organiza-se uma comissão para estudar a legislação referente à doença e ao retardo mentais. Em seu relatório, em 1957 foi recomendada uma modificação na lei, com objetivo de que, na medida das possibilidades, fosse proporcionado um atendimento adequado às pessoas com distúrbios mentais, sem restrições a sua liberdade ou competência legal que os diferissem de outros doentes ou pessoas carentes de cuidados, o que deu lugar ao *Mental Health Act*, de 1959.

Esta lei distinguiu entre os tratamentos hospitalares e as “outras formas de tratamento e treinamento, bem como de serviços sociais”, que possam ser oferecidas para que os pacientes permaneçam internados no hospital ou possam receber alta hospitalar em prazo mais curto do que no passado”.(DESVIAT, 2008, p. 101)

O Ministério da Saúde estimulou a criação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, bem como aumento de hospitais-dia. Segundo Desviat (2008), na Grã-Bretanha, há uma grande tendência à utilização de hospitais-dia.

Como resultados práticos da aplicação desta lei, foi possível comprovar uma diminuição nas instituições psiquiátricas, em um país, que em meados de 1950, um total de 50% dos leitos eram de psiquiatria.

A partir de 1968, o Conselho Central de Serviços de Saúde criou um subcomitê de reabilitação para estudar a possibilidade de prestar atendimento para os doentes mentais no nível distrital. Para Desviat (2008), o fechamento dos hospitais psiquiátricos não era um objetivo em si. A possibilidade de fechar um hospital dependia, ao mesmo tempo, da existência de uma gama de serviços de saúde e de outros serviços comunitários no plano local.

O sistema de saúde inglês tornou-se referência – a primeira no mundo do livre mercado – para demonstrar as vantagens, em equidade e eficiência, de uma política sanitária planejada. Politicamente permitiu desenvolver um atendimento primário, em combinação com médicos generalistas. O pilar do sistema, segundo Desviat (2008) era, portanto, a garantia da continuidade do tratamento proporcionada pelo clínico geral – o médico de família. Segundo Cooper (1982), cerca de 98% da população britânica era registrada com algum clínico geral, a quem 60% a 70% costumava visitar ao menos uma vez ao ano. Estes médicos de família dedicam-se também a realizar visitas domiciliares e de acordo com solicitação, médicos especialistas podem, inclusive, comparecer aos em caráter de urgência ao domicílio dos pacientes, 24 horas por dia. A mesma equipe de psiquiatras atendia às demandas ambulatoriais e hospitalares, nos diferentes recursos de área, fossem de pacientes agudos ou crônicos.

Esta interferência na oferta de serviços permitiu que a demanda fosse alterada e permitiu que os custos do tratamento de saúde fossem razoavelmente contidos. A eficácia desse sistema, para Desviat (2008) é demonstrada por sua comparação com os Estados Unidos (seu oposto), que gastavam 2,7 vezes mais per capita no atendimento médico do que o Reino Unido (1.926 dólares contra 6.200 dólares, com uma parcela do PIB de 11,1%, contra 6,2%). Esses dados não são exclusivos da realidade psiquiátrica.

O Sistema Nacional de Saúde definiu seus objetivos em 1976, em três direções: a equidade geográfica, a prevenção e melhora dos pacientes com internação hospitalar prolongada. Os investimentos em saúde também seriam feitos a partir de então, com base em indicadores estatísticos que evidenciassem as prioridades em função da necessidade das regiões e áreas. As necessidades tinham que ser distinguidas da demanda, condicionada pelo conhecimento, pela cultura, pela acessibilidade aos serviços e, acima de tudo, pela função de agente do aparato sanitário, em especial dos

médicos (o paciente delega ao médico sua capacidade de decisão, com base no melhor conhecimento que este tem de seu estado de saúde e dos tratamentos aplicáveis).

Apesar deste quadro que parece favorável, o Sistema Nacional de Saúde continua adotando medidas para melhorar a gestão, visando aumentar a competitividade e a eficiência dos serviços. Fundamentalmente, trata-se conforme Desviat (2008) de estabelecer a lógica da concorrência, a qual, em um mercado tão protegido quanto o é o sanitário daquele país, procura criar uma concorrência interna, separando o financiamento da compra e da prestação de serviços. O financiamento majoritariamente público por meio de impostos continua a depender das autoridades regionais para sua alocação. A administração dos recursos e, portanto, a concorrência são efetuadas pelos médicos generalistas que dispõem de um orçamento destinado à compra de serviços junto aos fornecedores públicos e privados da sua área. É importante destacar que esta lógica de “concorrência” tem apresentado um aspecto discriminatório em razão da maior ou menor “rentabilidade” dos pacientes.

Ao se falar da reforma psiquiátrica na Inglaterra, não é possível deixar de mencionar a “Antipsiquiatria”, movimento que teve início no final dos anos 50 e 60.

Alguns psiquiatras, dentre os quais se destacam Ronald Laing e David Cooper, começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional nos hospitais em que atuavam. Amarante (2008b) afirma que embora isto tenha ocorrido, em curto período de tempo perceberam que tais transformações não tinham futuro e passaram a considerar que as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, mas também nas famílias e na sociedade. Elaboraram hipóteses de que o discurso dos loucos evidenciava as tramas, os conflitos, enfim, as contradições existentes na família e na sociedade.

A crítica mais profunda à psiquiatria se refere ao seu marco teórico-conceitual que, ao adotar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais produzia em suas opiniões um enorme equívoco metodológico. Para Lang (1988), citado por Amarante (2008b), o projeto crítico da Antipsiquiatria poderia ser resumido com a frase “o que é cientificamente correto pode ser eticamente errado”.

Segundo a Antipsiquiatria, o hospital psiquiátrico não apenas reduziria, mas ao contrário, radicalizaria as mesmas fontes opressoras e patogênicas de organização social, fortemente manifestadas na família. Em consequência dessas críticas, a Antipsiquiatria ficou associada aos movimentos contestatórios e anti-institucionais que abalaram a Europa Ocidental na década de 60 e que culminaram com o Movimento de Maio de 68. (AMARANTE, 2008b, p 53)

Segundo Desviat (2008), a antipsiquiatria foi importante, além de suas grandes teses reivindicatórias, pelas contribuições feitas por Laing à fenomenologia existencial e ao constatar o caráter social da subjetividade. Também foram importantes os estudos sobre as relações familiares, sobre as relações analíticas institucionais e sobre as instituições manicomiais, em especial com Franco Basaglia e os autores da Psiquiatria Democrática, como demonstra a experiência italiana, que será abordada a seguir.

A experiência italiana teve início nos anos 60 em Gorizia, uma pequena cidade ao norte da Itália e segundo Amarante (2008b) começou quando Franco Basaglia e outros jovens psiquiatras se propuseram a reformar o hospital psiquiátrico ali existente.

A partir dos primeiros anos de experiência, inicialmente inspirada nas Comunidades Terapêuticas e na Psicoterapia Institucional, Basaglia fundamentalmente a partir do contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman percebeu que o combate para melhorar a assistência aos portadores de sofrimento mental deveria passar não por outras estratégias de tentar “humanizar” o manicômio, mas sim de negar a psiquiatria enquanto ideologia.

Basaglia passou então a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana.

No início dos anos 70, Basaglia com grande parte da equipe que atuou em Gorizia, iniciou o trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, uma cidade de médio porte, também no norte da Itália. Segundo Amarante (2008b), lá aconteceu a mais rica e original experiência de transformação radical da psiquiatria contemporânea que inspira muitas experiências por todo o mundo, inclusive serviu como referência fundamental do processo implantado na cidade de Santos (SP), na virada dos anos 80 para os 90 e que se tornou o eixo da mais importante face do processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Em Trieste, concomitantemente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Quanto ao processo de fechamento do hospital, como ocorreu em Gorizia foram muito importantes as experiências da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional. Cabe destacar que Basaglia, segundo Amarante (2008b) não

entende essas experiências como um fim em si mesmas, mas como estratégias provisórias e intermediárias de desmontagem da estrutura manicomial. As assembleias, clubes internos, mobilização dos atores sociais não serviriam a outro fim que não o de constituir as bases, as possibilidades, o entendimento de que seria possível superar a instituição do enclausuramento.

Os primeiros serviços substitutivos foram os centros de saúde mental (CSM), regionalizados, ou seja, distribuídos pelas várias regiões da cidade. Neste ponto Amarante (2008b) afirma que é possível perceber claramente influência do setor francês ou da psiquiatria comunitária americana (que será abordada a seguir). Em Trieste, diferente do modelo francês, esses centros não mandavam os pacientes de volta ao manicômio quando as situações eram consideradas graves. A partir do conceito de “tomada de responsabilidade”, os CSM passaram assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado de saúde mental em cada território. Em outras palavras, centros que atuando no território e reconstruindo as formas como as sociedades lidam com as pessoas com sofrimento mental, passariam a reinventar o lugar social da loucura que, tradicionalmente desde Pinel estava relacionada à periculosidade, ao erro, à insensatez, à incapacidade.

Para finalizar este momento de relato das experiências europeias, não se pode deixar de citar Franco Rotelli, que substituiu Basaglia, após o seu falecimento em 1980 e que observa que a proposta italiana rompeu com as experiências anteriores principalmente quanto ao entendimento de desinstitucionalização, dantes adotado como sinônimo de desospitalização. Assim, Rotelli (1990) considera que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, “doença”, da existência global, complexa e concreta dos sujeitos e do corpo social. E é sobre esta separação artificial, consequência do positivismo (como discutido anteriormente) que se constituiu o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos referentes à doença. A operação denominada de desconstrução seria, então, a desmontagem deste conjunto de aparatos para poder reestabelecer uma relação com os sujeitos em sofrimento.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Nos Estados Unidos foi desenvolvida uma modalidade de reforma psiquiátrica conhecida como Psiquiatria Preventiva ou Saúde Mental Comunitária. Suas bases

teóricas e propostas de intervenção foram lançadas pelo seu maior representante, Gerald Caplan, segundo Amarante (2008b)

Em 1955, conta o autor, foi realizado um censo que pesquisou as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, cujos resultados demonstraram as precárias condições de assistência, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados em todo o país. O impacto foi tão grande que desencadeou um discurso e um decreto do presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, conclamando o país às mudanças na área de saúde mental. O decreto redirecionou a política de assistência nos EUA, que passou a ter como foco reduzir as doenças mentais nas comunidades e, bem mais que isso, promover o estado de saúde mental das mesmas.

Para Caplan, havia uma espécie de linearidade no processo saúde/doença, modelo inspirado na teoria etiológica no modelo da História Natural das Doenças, que propõe uma evolução “a-histórica” das doenças. Deste modo, como afirma Amarante (2008b) em seu entendimento, as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente. Sob outro ponto de vista, na medida em que as doenças mentais eram entendidas como sinônimo de desordens julgava-se poder prevenir e erradicar os males da sociedade. A “busca de suspeitos” foi então uma estratégia no sentido de detectar pessoas que poderiam vir a desenvolver uma patologia mental para tratá-las precocemente. Criou-se naquele país uma verdadeira caça a todo tipo de suspeitos de desordens mentais.

Segundo Costa e Birman (1998), a noção de prevenção adotada por Caplan foi transportada da medicina preventiva para a psiquiatria e poderia ser realizada em três níveis:

- a) Prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que poderiam ser de ordem individual e/ou do meio;
- b) Prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
- c) Prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social após a sua melhora.

Um conceito passou a ser estratégico para a intervenção preventiva: “crise”, conceito fundamentalmente construído a partir das noções de “adaptação e desadaptação social”, proveniente da Sociologia, e que permitiu a ampliação da ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental.

Foi em decorrência do conceito de crise, que Amarante (2008b) afirma que a Psiquiatria Preventiva assumiu a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, pois foi daí que vieram as estratégias do trabalho de base comunitária, no qual as equipes de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais e sociais.

Foi neste âmbito da Psiquiatria Preventiva que surgiu o conceito de “desinstitucionalização”, que se tornou uma das principais diretrizes da política de saúde mental nos EUA, como afirma Amarante (2008b). Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de “desospitalização”, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos ou redução do tempo médio de internação hospitalar.

Como estratégias para a garantia de sucesso das políticas de desospitalização foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais. O objetivo era tornar o hospital um equipamento obsoleto na medida em que as doenças mentais fossem diminuindo e os serviços comunitários de saúde mental fossem adquirindo maior competência e efetividade em tratar as doenças em regime extra-hospitalar.

Amarante (2008b) afirma que embora tenham sido criados vários serviços extra-hospitalares, o que ocorreu nos EUA foi um aumento na demanda psiquiátrica não apenas para os novos serviços extra-hospitalares, mas para os hospitais psiquiátricos. Deste modo, os próprios serviços extra-hospitalares se transformaram em captadores e encaminhadores de novos pacientes para os manicômios.

Para alguns autores, conforme afirma Amarante (2008b), a Psiquiatria Preventiva representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médicos para o conjunto de normas e princípios sociais.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA E A PARTICULARIDADE DO BRASIL

Sobre a atenção psiquiátrica na América Latina e no Brasil, Desviat (2008) explica que o marco da reestruturação da atenção aconteceu em Caracas em 1990, na qual políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis pela saúde mental na região, com o apoio de técnicos europeus, que aprovaram um projeto de reforma para a América Latina e o Caribe, estabelecendo os princípios, objetivos prioritários e as linhas

estratégicas necessárias. A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com transtornos mentais – a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, estabelecendo modalidades de atenção alternativas na sua própria comunidade, em suas redes sociais.

Em treze países, deu-se início a trabalhos tangíveis, que incluem a mobilização da opinião pública, a constituição de comissões e grupos de estudos, a redação de projetos legislativos e a adoção de medidas concretas, orientadas para a melhoria das condições das instituições prestadoras de serviços e para a modificação das estruturas e do funcionamento dos programas nacionais. Um conjunto de funcionários da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e um grupo de assessores cedidos por instituições européias colaboradoras vem trabalhando com os profissionais nacionais em diversos aspectos dessa iniciativa. (OPAS, 1992 apud Desviat, 2008 p. 106)

Em seis países – Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela realizaram-se encontros nacionais multissetoriais, nos quais foram debatidas as linhas da reforma.

A região das Américas iniciou os anos de 1990 em condições de declínio econômico na maioria dos países, em especial na América Latina e no Caribe. Os estilos de desenvolvimento que prevaleceram durante as décadas anteriores levaram as economias latino-americanas a uma situação de endividamento externo, com inflação desmesurada e impossível de conter. Consolidou-se uma insuficiência estrutural na região, impossibilitada de dar respostas ao problema do subdesenvolvimento, que produziu elevação da pobreza extrema, então estimada em cerca de 200 milhões de habitantes da região. (OPAS, 1991). As necessidades sociais aumentaram para grandes setores da população, em consequência da crise econômica, ao mesmo tempo em que houve cortes nos gastos sociais, exacerbando as tradicionais deficiências na estrutura básica dos serviços.

No setor saúde diminuíram os investimentos em saneamento básico, manutenção e conservação de equipamentos e instalações, na assistência às populações marginalizadas e nos programas de imunização, de sobrevivência infantil ou de subsídios alimentares. A maioria dos países da América Latina e do Caribe não atinge a média anual de gastos estatais com a saúde (100 dólares anuais *per capita*). De um total de 423 milhões de habitantes, cerca de 130 milhões não têm acesso permanente a

serviços básicos de saúde. A maior parte dos escassos recursos é destinada aos grandes assentamentos urbanos e “uma parcela importante do gasto em tecnologias de alto custo fica concentrada à disposição de grupos com capacidade de pagamento, deixando sem cobertura a ampla maioria da população” (OPAS, 1989 apud DESVIAT, 2008).

Em relação ao Brasil, América Latina e Caribe, Jorge Jacinto Rodriguez, coordenador em Washington do Programa de Saúde Mental da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em entrevista concedida em Brasília-DF, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), afirmou categoricamente que a expansão do atendimento comunitário a pacientes com transtornos mentais no Brasil é um modelo para a América Latina. Em 2009, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia convidado o Ministério da Saúde brasileiro para participar de um grupo que está pensando a Reforma Psiquiátrica internacional. Na ocasião, a OMS considerou que eram claros os avanços do Brasil na área.

Quando questionado sobre a situação da assistência em saúde mental em outros países da América Latina e Caribe, Rodriguez (2010) afirmou que o quadro é muito diferente. Há países com um bom desenvolvimento. Além do Brasil, o Chile teria bons programas, assim como Cuba e Panamá. Contudo, há outras nações com muitos problemas nesse tipo de atendimento. Elas adotam até hoje modelos ultrapassados de manicômios e asilos para receber pessoas com problemas mentais.

Sobre o impacto das doenças mentais na rede de assistência à saúde da América Latina, Rodriguez afirmou (2010) que 22% da carga total de enfermidades são representadas por doenças mentais e neurológicas. Ao avaliar a reforma psiquiátrica brasileira, o coordenador da OPAS afirmou ainda que essa é a estratégia que a instituição está disseminando no mundo. O Brasil se tornou um bom exemplo de tratamento em saúde mental para todo o continente. A OPAS/OMS defende o avanço da desinstitucionalização dos pacientes, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição dessas velhas instituições por novos dispositivos dentro da comunidade. É segundo Rodriguez (2010) justamente o que está acontecendo no Brasil.

Vale ressaltar, no entanto, que ainda há grandes desafios a serem enfrentados no Brasil, um país da periferia do capitalismo, que convive com fortes desigualdades em todos os aspectos, tanto social, quanto político e econômico. A história de exploração econômica do Brasil pelos países centrais e por suas elites locais, o modelo de desenvolvimento implantado, privilegiando os interesses de uma minoria, com pouco respeito inclusive ao meio ambiente, a ausência ou fragilidade de políticas públicas

voltadas para as necessidades gerais da população, como educação, saúde, geração de emprego e renda impactam negativamente na situação do sistema público de saúde no Brasil, sobrecarregado, sub-financiado e muitas vezes mal gerido. No que tange à saúde mental, a história do manicômio, de exclusão e segregação de uma minoria que em última instância não “colabora” com a produção econômica e talvez por isso represente uma “ameaça” para as regras sociais estabelecidas, é também uma metáfora e consequência da exclusão promovida pelo modo de produção capitalista, que exclui, separa e abandona os mais fracos, pois dali não se extrai o lucro, objetivo máximo dos capitalistas.

Como foi visto, a partir da segunda guerra mundial surgiram várias experiências de reformas psiquiátricas, dentre as quais as comunidades terapêuticas, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a preventiva e comunitária, a antipsiquiatria, a psiquiatria democrática, para citar somente as mais importantes. No Brasil, todas essas experiências foram marginais. Ficaram restritas apenas a experiências locais, a um ou outro serviço ou a grupos específicos, ficando sempre à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos. Muito desse fracasso foi consequência pela forte oposição exercida pelo setor privado, que em franca expansão, passou a controlar o aparelho do Estado também no campo da saúde.

Este processo de privatização da psiquiatria, para Amarante (2008a) passou a ficar mais evidente na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado passou a conciliar no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental tornou-se assim, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorreu, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. A Previdência Social chegou a destinar 97% dos recursos para a saúde mental para as internações na rede hospitalar.

Amarante (2008a) afirma que as propostas mais inovadoras ou pelo menos aquelas que buscam uma alternativa ao modelo manicomial, como os planos de psiquiatria preventiva, as comunidades terapêuticas e outras propostas de atenção primária, encontram sérias dificuldades, seja por não enfrentarem adequadamente a idéia da superação dos asilos, seja pela resistência levantada pelos empresários e suas representações no aparelho de Estado.

Este modelo privatizante (em todo setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80. Esta crise leva o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado, ao lado de medidas que visam reorganizar o setor público (AMARANTE, 2008, p 80).

No decorrer deste processo surgiram iniciativas voltadas à instituição da co-gestão entre os Ministérios da Saúde e Previdência Social, bem como as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e por fim, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios estão inscritos na Constituição de 1988, ainda hoje em vigor.

A partir deste último momento, destacam-se as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processo este que está em curso, com idas e vindas próprias da construção da democracia. Foi definido também o financiamento do setor público de saúde. Dentre as consequências mais importantes desta definição está o surgimento de novas gerações de técnicos e usuários que têm espaço e possibilidades e condição de criação e invenção da assistência no serviço público, o que até então não vinha ocorrendo.

Neste contexto de estreita relação com a reforma sanitária, de acordo com Borges e Baptista (2008) em 1978 começou a ser constituído o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, ganhando expressão o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que em um primeiro momento incorporou críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento e à privatização da assistência psiquiátrica, marcando sua entrada no aparelho público.

Em aliança com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), articulador político-ideológico da reforma sanitária, o MTSM fortaleceu seu discurso técnico e desenvolveu sua postura política. No final da década de 1980, ocorre uma inflexão em sua trajetória com a incorporação da noção de desinstitucionalização na tradição Basagliana, ou seja, uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, denunciando seu fracasso em agir na cura, sua aparente neutralidade científica, sua função normalizadora e excludente, e a irrecuperabilidade do hospital como dispositivo assistencial. O MTSM passa a apostar na desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere

sustentação, e em 1987, adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”, que alimenta novas propostas de cuidado na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM).

Em um contexto de rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e de desenvolvimento dos ideais da reforma sanitária, a Constituição Federal, de 1988, institui o Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios – universalização, integralidade, descentralização e participação popular, e seu processo de implementação com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 foram criadas as possibilidades reais para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela formulação e implementação política na área.

A partir de toda esta explanação, é fácil concluir, como Wetzel (2005) que se embasa em vários estudos para comprovar que o hospital psiquiátrico e o tratamento asilar não oferecem condições adequadas de assistência, além de representarem espaços de exclusão e aniquilamento de subjetividades. Entretanto, apesar das críticas a esta forma de assistência, no mundo inteiro ela permanece hegemônica e sua lógica entranhada nas práticas, mesmo em instituições “abertas”, como os serviços substitutivos.

Para que seja possível uma ideia mais clara sobre a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil e América Latina, Desviat (2008) afirma que a situação da atenção psiquiátrica nos países latino-americanos caracteriza-se pela dispersão e duplicação de serviços escassos – manicomial, em sua maioria (de 120 mil a 140 mil leitos em hospitais psiquiátricos) – que funcionam sem nenhuma relação uns com os outros ou com os demais serviços sanitários. É a hegemonia dos manicômios, em condições materiais difíceis: miséria, amontoamento de pacientes e violação de direitos humanos. Afirma ainda o autor que basta ver algumas reportagens fotográficas sobre os hospitais-fazenda mexicanos – apresentados em sua época como uma alternativa-, ou as terríveis notícias sobre mortos e desaparecidos nos manicômios de diferentes países. Em boa parte dos poucos visitados, ajeitados para receber a visita de um consultor de um organismo internacional, a falta de condições e materiais era absoluta: lençóis, cobertores, colchões e, acima de tudo, de higiene (às vezes é difícil suportar o mau cheiro); a amontoação dos pacientes não tinha limites, com total falta de privacidade. Em um estudo realizado em 1993 pela coordenação de saúde mental no Ministério da Saúde brasileiro, em 59, 1% dos hospitais não havia papel sanitário nem toalhas nos

banheiros; em 31,8% havia pacientes com problemas clínicos sem atendimento e em 18,2% a primeira visita médica era realizada de oito a quinze dias após a internação. As condições de higiene geral dos estabelecimentos inspecionados são ruins, e muito precárias em cerca de 50%. Em 27,3% dos centros inspecionados aplicavam-se terapias eletroconvulsivas – eletrochoques – sem os cuidados adequados.

Desviat (2008) acrescenta a isso, a situação de serviços sociais escassos ou inexistentes, como em quase todas as partes do mundo, quase sempre mal elaborados, que se aliam à falta de recursos sociais de apoio comunitário, para não falar no “divórcio” entre a formação dos profissionais de saúde mental, e especial médicos e psicólogos, e as necessidades da população – a formação e a pesquisa raramente se relacionam com a assistência e menos ainda com o atendimento comunitário.

A estratégia da OMS, contrapondo-se às tendências dominantes nos serviços públicos dos países das Américas, representa um enorme desafio: ampliar a cobertura de atenção, para que nenhuma pessoa fique desprovida do acesso à saúde. Trata-se de algo, que se houver a intenção de ir além de uma utópica declaração de princípios, requer mudança do modelo dos serviços prestados.

Para Desviat (2008), considerando a situação socioeconômica de cada país, trata-se de fazer propostas realistas e de passar de um modelo medicalizado próprio dos países desenvolvidos, para um que dê prioridade para ações universais de prevenção e assistência.

Nesse sentido, o Conselho Diretor da OPAS aprovou em 1988 o objetivo prioritário de promover a transformação dos sistemas de saúde dos países da região, projetando uma estratégia de descentralização e democratização, por meio dos sistemas locais de saúde e do desenvolvimento da atenção primária à saúde, como forma de utilizar com mais eficiência os recursos limitados do setor.

Para finalizar, uma contribuição de Almeida (2002), para quem o chamado campo da atenção psicossocial no Brasil vem, desde a década de 90, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, tendo em vista a reforma da assistência psiquiátrica e a mudança do paradigma asilar/hospitalocêntrico de tratamento.

2.4 IMPLICAÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO ESTADO DO PARÁ

Na Amazônia é somente no final do século XIX que a loucura vai se tornar um tópico importante para médicos e governantes, embora desde o século XVIII tenham ocorrido as primeiras tentativas de prestar assistência aos portadores de sofrimento mental. Segundo os historiadores Figueiredo e Rodrigues (2009), os próprios documentos oficiais mais antigos silenciam sobre a presença dos loucos no espaço público. Arthur Vianna (1873 – 1911) citado pelos autores em tela talvez seja o primeiro a registrar a prisão de um indivíduo chamado “José Raimundo”, que recolhido ao Hospital da Caridade, acabou sendo alojado na botica onde “quebrou vidraças e móveis, forçou portas e fugiu para a cozinha, fazendo aí grandes desatinos” (VIANNA, 1920, p.130). Os registros esparsos de documentação hospitalar, assim como os registros policiais começam a revelar os “vadios, mentecaptos, ciganos e toda a sorte de gente que circulava pela cidade de Belém”. A presença desses sujeitos destoava com o discurso de limpeza urbana que tomou conta da agenda municipal no final do século XIX, início do século XX.

Memorialistas da medicina, como Clóvis Meira, defenderam que foi exatamente nesta época que se intensificou a busca de uma solução para o problema dos loucos na cidade, com a criação de uma instituição que pudesse recolher a “desumana presença” do doente mental (MEIRA, 1989, p. 137 apud FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2009).

Braga (2009), médico psiquiatra, professor titular da Universidade do Estado do Pará e um dos decanos da psiquiatria paraense, em um artigo intitulado “Lances Históricos da História da Psiquiatria no Estado do Pará”, faz um resumo dos principais fatos e dos caminhos da saúde mental no estado.

O autor citado refere que as primeiras tentativas em prestar alguma assistência aos doentes mentais no Pará datam de 1787 e coube à Santa Casa de Misericórdia, que mandou construir um pequeno hospital denominado “Senhor Jesus dos Pobres Enfermos” para recolher os loucos por determinação de uma Lei Municipal. “O comportamento incontrolável de alguns deles provocou a sua transferência para um pavilhão do leprosário de Tucunduba”. O clamor provocado por essa medida, aliado aos ímpetus reformistas dos republicanos pressionou o governo estadual a promulgar a Lei 1314, de 1º de dezembro de 1887, autorizando a construção de um edifício destinado ao

Hospício de Alienados, localizado no marco da Légua, ao lado do Bosque Municipal. Em 27 de agosto de 1892, o Hospício de Alienados recebia os doentes mentais transferidos do Tucunduba. O funcionamento do primeiro hospital psiquiátrico da Amazônia coincidiu com a reformulação da assistência aos alienados no Brasil procedida no Governo Rodrigues Alves impulsionada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. Algumas medidas foram tomadas, entre elas, o então governador do Pará, Augusto Montenegro assumiu a responsabilidade pelo Hospício dos Alienados e nomeou o médico sanitarista Dr. Isidoro Azevedo Ribeiro. O recém-empossado diretor foi enviado à Europa, onde realizou cursos e estágio nos mais famosos hospícios de Paris. Ele foi o primeiro psiquiatra com formação especializada no Pará e na sua gestão foram abolidos os “Troncos”, as “Camisas de Força”, tentando novas abordagens como salas de balneoterapia (banhos de imersão) e de eletroterapia (eletrochoques com objetivo de provocar convulsões e assim “acalmar” os pacientes agressivos ou agitados), com maquinaria vinda da Europa. O Pará inicia a sua história na psiquiatria, sob forte influência europeia.

Sobre este momento histórico, Figueiredo e Rodrigues (2009) afirmam que a grande crise da borracha, que assolou a Amazônia a partir de 1910 impediu a continuidade desses melhoramentos, porém é preciso destacar que no Pará tratou-se de separar definitivamente os doentes mentais dos hansenianos, o que é fato importante, visto que durante praticamente todo o século XIX os loucos foram confinados ao convívio com os leprosos do Tucunduba e alguns leprosos foram tratados como loucos. Havia, portanto, algo de indissociável na exclusão social.

A partir de 1930, segundo Braga (2009), o interventor do Pará, Ten. Joaquim Cardoso de Magalhães Barata nomeia o Dr. Antônio Porto de Oliveira, que administrou a instituição por quarenta anos. Em sua gestão foram iniciadas as práticas terapêuticas biológicas, como a utilização de medicações como o Cardiazol, choques que poderiam ser provocados por eletricidade, aplicação de insulina e até mesmo exposição à malária. Essas práticas terapêuticas modificaram o curso das psicoses endógenas, até então intratáveis. Em 1935 o nome do Asilo de Alienados foi mudado para “Hospital Juliano Moreira”. A partir dessa época o hospital passou a desempenhar importante papel na assistência aos doentes mentais na Amazônia, pois para ele eram encaminhados pacientes provenientes do Acre, Amazonas, Amapá e Maranhão. A relevância do hospital não se restringiu à assistência, mas também ao campo do ensino. As aulas

teóricas e práticas de psiquiatria foram, durante muito tempo, ministradas em suas dependências.

Para além dos muros do hospital Juliano Moreira, é importante citar que a partir das diretrizes elaboradas pelo Ministério da Educação e Saúde e do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), foi instalado em Belém, na década de cinquenta o primeiro ambulatório de psiquiatria. O segundo, segundo Braga (2009) foi construído anexo ao Juliano Moreira e inaugurado em 19 de março de 1960, funcionando em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde Pública – (SESPA) até 1975. Com verbas provenientes do SNDM foi construída uma ala feminina no hospital Juliano Moreira e iniciadas as obras de um hospital infantil, interrompidas por falta de prestação de contas do Governo do Pará ao governo federal. Braga (2009) refere ainda que em 1955, após aposentadoria do Dr. Porto de Oliveira, o autor assume pela primeira vez a direção do hospital Juliano Moreira, iniciando um programa de mudanças, que seria interrompido por ocasião de sua exoneração pelo que chama de “razões políticas”. Afirma que o hospital viveu um período de sucessivas mudanças de direção, injunções políticas, “desacertos administrativos” de consequências calamitosas para os pacientes que, em 1962, revoltados, tentaram incendiar o hospital.

As reformulações operadas no hospital Juliano Moreira na década de 1960 permitiram segundo Braga (2009) a adoção de técnicas dinâmicas de atendimento, a criação de uma atmosfera estimulante e democrática de trabalho, com reuniões sistemáticas, realização de cursos, publicação de trabalhos no Boletim do Centro de Estudos, procedimentos de integração hospital-comunidade por meio de passeios de pacientes em logradouros públicos, festas, torneios esportivos com a participação de profissionais, familiares, convidados, jornalistas, TV. Foram tentadas, inclusive, as ideias de Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones. O autor afirma que neste momento havia-se atingido o ponto máximo do hospitalocentrismo, ponto de partida para profundas mudanças inauguradas na década de 1970. O SNDM transformou-se na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), com objetivo de conferir à instituição sentido condizente com as tendências preventivas das instituições assistenciais psiquiátricas no Brasil.

O DINSAM, em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) decreta o fim do hospitalocentrismo e o incremento de uma política de desospitalização e priorização de atendimentos ambulatoriais. Afirma Braga (2009) que este foi um importante passo para a integração Saúde Mental-Saúde Pública. Em 1973

foi criada a Coordenadoria de Saúde Mental no Estado, no âmbito da SESPA destinada a coordenar os Serviços de Saúde Mental no Estado e com a recomendação de implantar a rede de ambulatórios nos Centros de Saúde. O primeiro foi instalado no Centro de Saúde nº 4, no bairro da Marambaia, em Belém, no ano de 1974. Uma equipe interdisciplinar deu início a um programa de prevenção secundária e de prevenção primária junto ao Serviço Materno-Infantil. Foi realizada ainda uma tentativa de implantar uma experiência-piloto de Psiquiatria Comunitária da Marambaia, porém Braga (2009) afirma que a equipe de saúde mental confrontou-se com o desinteresse e desestímulo dos demais profissionais do Centro de Saúde.

A partir de 1974, com o retorno do Dr. Dorvalino Braga à direção do Juliano Moreira, os programas foram interrompidos, permanecendo apenas o atendimento convencional. O autor afirma (2009) que a experiência demonstrou grandes dificuldades da saúde mental ser integrada ao contexto da saúde pública, mas não esclarece neste texto os motivos desta situação de forma mais detalhada.

Prossegue relatando que na década de 1980 o atendimento dos pacientes nos Centros de Saúde passou a ser realizado não mais por equipes básicas de saúde mental e sim por médicos generalistas treinados e supervisionados. Afirma o autor que os resultados deste procedimento foram questionáveis, já que o treinamento dos generalistas era insuficiente, a supervisão duvidosa e o atendimento se transformou em mero repasse de medicamentos. Em 1984 com o hospital já bastante deteriorado após incêndio de grandes proporções ocorrido em 1982 foi parcialmente desativado, permanecendo apenas o Pavilhão “Benedito Klautau” e o anexo “Aluizio da Fonseca”. O fechamento do hospital causou um impacto muito grande na população, pois segundo Braga (2009) foi uma medida tomada sem o respaldo ambulatorial para atender o aumento da demanda resultante da redução drástica de leitos que, entre outras consequências levou numerosos pacientes a perambularem pelas ruas. As pressões da sociedade, exacerbadas pela mídia, obrigaram o Governo a procurar soluções. O hospital “Aluizio da Fonseca”, anexo ao antigo Juliano Moreira transformou-se em Unidade de Referência Psiquiátrica, dotada de ambulatórios, atendimentos de urgência e emergência e de trinta leitos para internações breves.

Em 1989 foi inaugurada a Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. O fato assumiu, segundo Braga (2009) grande relevância no processo de integração saúde mental – saúde pública. Até então, as tentativas de colocar pacientes psiquiátricos em leitos de hospitais gerais haviam malgrado. A unidade foi dotada de

serviço de urgência e emergência, ambulatório, de enfermarias de internação breve (72 horas) e internação prolongada (45 dias), além de hospital-dia.

Um outro olhar sobre este percurso histórico foi apresentado por Pedroso (2008), ao revisitar a história da loucura e da assistência psiquiátrica no Pará no período compreendido entre 1833 e 1984, em importante trabalho realizado sobre saúde mental no Pará, no âmbito do NAEA. O autor revela que a assistência psiquiátrica paraense ao longo dos quase cento e cinquenta anos analisados reside na atitude preconceituosa em relação aos pacientes com transtornos mentais, que por serem rotulados como loucos, renunciam ao seu devir. Demonstra, entretanto, que esta “renúncia” resulta mais dos interesses das instâncias governamentais ou dos técnicos que nelas trabalham do que da vontade dos pacientes e de suas famílias.

Pedroso (2008) afirma ainda que a assistência psiquiátrica, no período analisado, defendeu o isolamento, a incomunicabilidade e a passividade, sob o enfoque médico convencional. Portanto, os serviços de saúde mental, ao longo da história, estiveram dissociados das necessidades do sujeito que sofre e do referencial ortodoxo do saber psiquiátrico. Os vários programas implementados não levaram em consideração o usuário em sua peregrinação em busca de cuidados. A assistência continuou a priorizar o tratamento das pessoas já acometidas pela doença. Daí a quase completa ausência de serviços específicos, como, por exemplo, a prevenção primária, a exemplo, o atendimento das famílias.

No Brasil consolida-se a partir da psiquiatria positivista, no final do século XIX um movimento que implicava a sistematização e conhecimento da ação terapêutica. Para Pedroso (2008), uma das práticas surgidas foi o trabalho agrícola, tendo surgido as colônias agrícolas como local de reabilitação social de doentes crônicos.

Ao compartilhar da ideia de trabalho enquanto instrumento terapêutico, o governador paraense José Paes de Carvalho, idealizou no início do século XX que os hospícios deveriam ser localizados em ambiente rural, como uma opção terapêutica. Segundo Pedroso (2008), o governador propunha a associação da exclusão à aquisição de uma base técnica como meio de combater a doença.

Uma tal base técnica, como o plano inicial do Hospital dos Alienados compreendia: melhoria na planta física do hospital, mediante cuidados com a limpeza, pintura dos aposentos e fornecimento de roupa adequada aos pacientes; classificação das alas e proporcional distribuição dos alienados. A gênese dessa ideia está também no aspecto geográfico, por estar ligada ao isolamento e à incomunicabilidade. Para não ser hostil, o governador prefere

ser hospitaleiro com os alienados, desde que estes ficassem longe do espaço urbano.(PEDROSO, 2008, p.102)

A efetivação do Hospital Juliano Moreira no espaço geográfico da cidade reproduz o ideal de isolamento geográfico-espacial que justificava o discurso da periculosidade dos loucos. O traçado urbano de Belém, conforme aponta Pedroso (2008) confirma essa inserção geográfica ao constatar que o Hospital de Alienados ficava no final da légua patrimonial do município.

Segundo Pedroso (2008), o governo do estado do Pará, mesmo depois da Constituição de 1934, só começa a se preocupar com uma política social a partir do novo enquadramento da força de trabalho na região. Inicialmente são tomadas medidas que regulamentam suas condições, preocupando-se com sua preservação enquanto mercadoria, mediante ações na saúde e na educação. Cardoso (1982, p. 39) citado por Pedroso (2008) informa que na década de 30 deslançam as políticas públicas do Estado brasileiro no âmbito social, por que:

O desemprego maciço, a debilidade do mundo empresarial ante a avalanche de problemas criados pela queda das exportações, a presença já então importante da vida urbana, tudo fez ver aos que tinham responsabilidade pública e também aos que lutavam nos limites da sociedade civil para melhorar as condições sociais, que não bastavam autonomia, crença no liberalismo e o remendo da caridade para equacionar e solucionar os problemas sociais.

Esse incremento das políticas públicas na área social consistia no Brasil e no Pará, em reconhecer a existência de um mercado de trabalho por medidas de regulamentação das condições de venda da própria força de trabalho, oferecendo melhores condições de saúde, educação, moradia, alimentação, etc. Dito do ponto de vista financeiro, Cardoso (1982) citado por Pedroso (2008) esclarece que a saúde e a educação tiveram um aumento percentual no orçamento federal de 11% em 1929, para 17% em 1930 e 1931.

Foi com este aumento no repasse de verbas destinadas à saúde que Magalhães Barata concretizou a reforma física do prédio e aumento do quadro de funcionários do Hospital dos Alienados, porém, como afirma Pedroso (2008) em uma sociedade conservadora, em que o princípio da moralidade e o autoritarismo do mundo político eram a tônica, a loucura no estado do Pará representava apenas o intemporal, o contraditório, o estranho. A ortodoxia médica e a comunidade psiquiátrica paraense limitavam-se a reconhecer o que os governantes e a sociedade, em geral, requeriam,

como medida de racionalidade comportamental. Nesta perspectiva, a alegada racionalidade do homem criou determinismos comportamentais e, por sua vez, a psiquiatria herdou a coação da moralidade contra os loucos.

Para caracterizar ainda mais a situação dos doentes mentais no Pará, Pedroso (2008) informa que no Estado, em 1947, a população de pacientes era duas vezes superior ao número de leitos existentes, sendo criados *leitos chão*. O autor cita “jornal O Estado do Pará”, 08/11/49, p. 13 no qual foram feitas inúmeras denúncias por parte das famílias de 29 militares recém saídos do pós- guerra mundial internados por problemas psíquicos, das péssimas condições físicas e sanitárias e da existência de apenas três psiquiatras para atender mais de quatrocentos pacientes.

Outro fato significativo para a área da saúde no estado do Pará e também para a saúde mental foi a criação da Secretaria de Saúde Pública do Pará – SESPA, por meio da Lei Estadual nº 400, de 30 de agosto de 1951. Segundo Pedroso (2008) a verba destinada a essa Secretaria alcança 9,8% do orçamento estadual; até então nunca tinha passado de 6%, além da urbanização parcial das cidades de Belém, Bragança e Cametá, em especial quanto a saneamento. Essas ações aconteceram na gestão de Zacarias de Assunção.

Em 1952 esse mesmo governador também se envolve na discussão sobre saúde mental, propondo a criação de uma colônia agrícola em Benevides, com a concordância dos médicos psiquiatras paraenses.

Nas políticas dos governantes e psiquiatras paraenses, nada havia que sugerisse a possibilidade de transformar as abordagens vigentes e de desenvolver motivações, atitudes novas, e alterar valores. Era esse o quadro dos anos 50, corroborado por Pedroso (2008), que acrescenta afirmando que o paradigma formalista da psiquiatria paraense naquela década incorria em um desvio claramente diagnosticado pela epistemologia da OMS: o reducionismo metodológico, ideológico e científico. Resumindo: a realidade organizacional dos hospitais psiquiátricos não abria espaço para outras concepções psiquiátricas.

Na mesma década (1953) o setor privado passa também a se envolver com a questão da doença mental. Neste ano foi criada a Casa Transitória patrocinada e administrada pelo grupo espírita *Boa Vontade* (Jornal Folha do Norte, 30/12/1953, p. 7 citado por Pedroso, 2008). De caráter privado essa instituição oferecia 15 leitos de internação. As técnicas terapêuticas eram compostas especialmente de eletroconvulsoterapia, do uso de psicofármacos e de oração pelo corpo funcional e

pacientes. A formação dos funcionários era predominantemente espírita e alguns psiquiatras inclusive defendiam que quanto maior fosse o desvio das normas aceitas, mais grave seria considerada a falta.

Assim, a instituição hospitalar manicomial, pública e privada, foi fortalecida e acontecia de forma independente de qualquer projeto voltado para a melhoria dos pacientes nesses hospitais. Somente no final dos anos 1950 surge uma proposta em termos de praxiterapia, porém ainda não implementada. No início de 1958, segundo Pedroso (2008), o psiquiatra Massoud Ruffeil começa um processo de redução gradual da população do hospital, porém esta iniciativa se assenta em dois motivos básicos: 1) a subtração efetuada pelo governo estadual, entre 1955 e 1958, da rubrica orçamentária para o Hospital Juliano Moreira; 2) em consequência aconteceu o aumento de doentes crônicos devido à falta de assistência psiquiátrica, tendo em vista a desproporção entre pacientes e leitos e entre médicos e pacientes.

A criação do primeiro ambulatório de psiquiatria, anexo ao Juliano Moreira, é então explicado por Pedroso (2008) no sentido de aliviar a tensão criada pela superlotação do hospital. Até então o que caracterizava fundamentalmente a política pública de saúde mental era o abandono e a falta de planejamento.

A partir da década de 1960, o autor afirma que apesar da OMS sugerir que a psiquiatria priorize o tratamento ambulatorial e ofereça serviços de prevenção, com adoção de técnicas modernas de tratamento preventivo e de reabilitação (especialmente de alcance coletivo) no Pará, dentre os fatores responsáveis pela deficiência da assistência psiquiátrica, estava a ausência de orientação técnico-administrativa, de planejamento, de pesquisa e de democratização dos serviços.

Somente a partir de 1964, segundo Pedroso (2008) a saúde mental começa a ser planejada como ação governamental impreterível, assumida pelo governo estadual e pela direção do Hospital Juliano Moreira. Ao fazer uma visita ao local, o primeiro governador da ditadura militar no Pará, o Coronel Jarbas Passarinho verificou o quanto aquele hospital era opressor e se encontrava em um estado físico lastimável (CUTRIM, 1967, p. 45 citado por Pedroso, 2008). Passarinho teria ficado tão estupefato que comentou: *“Jamais penso ter assistido quadro tão chocante. Com toda a minha vida rígida de formação militar, contive-me para não vomitar”*.

Entre as propostas, Jarbas Passarinho priorizou a melhoria das instalações físicas, conforme anteriormente citado por Braga (2010), porém Pedroso (2008)

acrescenta a crítica que o governo não planejava com seriedade as ações do setor de saúde mental, visto que

Mais uma vez, a impertubabilidade dos governantes e dos médicos psiquiatras, que não adotam propostas mais inovadoras (ou pelo menos aquelas que busquem uma alternativa não manicomial, porque os governantes e o saber médico não superavam as barreiras das instituições totalizantes), implica a falta de variedade de ideias extra-hospitalares. (PEDROSO, 2008, p.136).

Apesar das recomendações da OMS em 1965 advertindo de que o processo de socialização deve considerar os interesses diferentes, temperamentos variados, bem como pontos de vista, atitudes e sentimentos, com objetivo de reduzir o volume de internações que não tenham sido feitas com triagem, bem como agilizar atendimento ambulatorial e reduzir tempo de internação, esta ideia não vingou, segundo Pedroso (2008), pois na década de 1970, o remanejamento do orçamento levou o percentual destinado ao atendimento ambulatorial a níveis mais baixos que o patamar de 9%, do total destinado à assistência psiquiátrica. Em outras palavras, havia um discurso, mas a prática que se traduz nos investimentos no setor continuava a privilegiar o atendimento manicomial.

Para ser mais exata, embora no resto do mundo a tendência fosse de redução do volume de internações, no Pará, estas continuavam a crescer. Assim, foi dada ênfase à institucionalização do paciente. A prova é que como afirma Pedroso (2008), entre 1950 e 1969, 97% dos recursos financeiros eram destinados à hospitalização, contra apenas 3% para atividades ambulatoriais.

Para agravar a situação, em 1968 foram reunidos os Institutos de Assistência e Previdência (IAP) e Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em um só órgão, passando a atribuição da formulação da Política Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde. O problema, segundo Pedroso (2008) era que as ações propostas privilegiavam uma assistência basicamente curativa, individualista e especializada, executada mediante a contratação de serviços de terceiros e de hospitais credenciados da rede privada, subordinados à Previdência Social. No Pará, essa política fortaleceu o sistema de saúde monopolista privado, vinculado à indústria farmacêutica. O sistema criado acabou por enfatizar financiamentos para a construção de novos hospitais e o aumento de leitos privados, provocando um afluxo maciço de doentes para os hospitais privados. Desta forma, estes cresceram rapidamente, envolvidos em fraudes, corrupção e

superfaturamento dos atendimentos. Nessa prática, foi criada e consolidada a indústria da *loucura*.

A lógica ainda não se altera nos anos de 1970. O governo do estado, com o objetivo de atrair mais uma vez a ortodoxa psiquiatria paraense aprova em 1971/1972, o projeto do CIASPA. Esse projeto ressuscitaria as sevícias dos antigos hospitais de saúde mental do Estado, porque adotava a mesma proposta de instituição totalizante. Segundo Pedroso (2008) esse Centro seria localizado em Marituba, a 30 km de Belém. A mesma e antiga lógica do Hospital dos Alienados, inaugurado no século XIX.

No período a partir de 1975 é possível afirmar que a reforma psiquiátrica coordenada pela SESPA manteve-se apenas na linha da desospitalização e que essas ações não foram concretizadas conforme o planejado, mesmo considerando a desativação do hospital Juliano Moreira e a realização de algumas ações reformistas nas terapias extra-hospitalares e ambulatoriais. No ano de 1982, para provar que a velha ordem na psiquiatria do Pará continuava hegemônica, inclusive em relação às ações públicas, é inaugurado o CIASPA, com o objetivo de atender aos pacientes crônicos do Juliano Moreira, porém, como afirma Pedroso (2008) a sua trajetória é similar à dos hospitais manicomial, tanto em relação à cronicidade como em relação ao isolamento da família e da comunidade.

De forma resumida é possível afirmar, conforme afirma Pedroso (2008) que os governos, mesmo assumindo posições diversas, não constituíram a base da reforma psiquiátrica, implementada em meados dos anos 70, pela equipe da SESPA. O modelo organizacional adotado deveria ser o suficientemente simples, flexível e eficiente. Para isso deveria ter sido realizada uma revisão das áreas de assistência, ensino, pesquisa e gestão, o que ainda não ocorreu.

Em relação ao perfil atual dos pacientes com transtornos mentais no estado do Pará, Coutinho (2008) realizou pesquisa na clínica psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. Em função de ser a única referência pública em alta complexidade estadual em psiquiatria, a autora afirma ser possível supor que o perfil epidemiológico dos pacientes internados no hospital pode representar, de certo modo, a situação verificada no Estado inteiro.

A pesquisa em questão utilizou-se de *abordagem quantitativa*, e métodos da *epidemiologia descritiva*, que segundo Pereira (1995) têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. A pesquisa teve então como objetivo geral “Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que foram

internados na clínica psiquiátrica da FHCGV no ano de 2007”, e como objetivos específicos “identificar os principais municípios de procedência dos pacientes internados na Clínica Psiquiátrica (SIB) da FHCGV”; “identificar os principais serviços para onde são feitos encaminhamentos para continuidade de tratamento realizados no momento da alta hospitalar”; e “descrever as características sócio-econômicas e demográficas dos pacientes internados no Setor de Internação Breve (SIB)”.

Os resultados da pesquisa realizada por Coutinho (2008) foram apresentados através de gráficos e tabelas e discutidos com base em estudos epidemiológicos e outras fontes, porém para esta pesquisa em particular interessa destacar os resultados mais significativos, dentre eles é possível destacar que 53,70% da população analisada era do sexo masculino, 40,8% de adultos entre os 30 e 49 anos, que 33,70% dos prontuários analisados eram de pacientes que possuíam o Ensino Fundamental Incompleto, que a maioria dos pacientes se declarou solteiros (75,10%), que a maior parte dos pacientes (65,00%) não tinha segurança econômica ou sequer desempenhava atividades laborais com frequência, sendo que a maioria (37,50%) tinha renda familiar entre R\$ 415,00 e R\$ 1.245,00.

Quanto ao diagnóstico, o de maior frequência encontrado no perfil epidemiológico realizado por Coutinho (2008) aponta que 21,70% dos casos foi o F 29, ou seja, psicose não-orgânica não especificada. Em relação ao tempo de permanência dos pacientes em sua maior parte (25,60%) foi de 20 a 29 dias. No que diz respeito à procedência, 97,70% dos usuários internados no SIB em 2007 provinham do Estado do Pará, sendo que 40,10% dos pacientes eram procedentes do município de Belém, e 8,90% dos pacientes residiam no distrito de Icoaraci. Vale destacar que a maior parte (23,40%) dos usuários que ficaram internados no SIB em 2007 residia no distrito DAGUA. Em relação ao local de encaminhamento após alta hospitalar, o que pôde ser observado foi que, assim como em outras variáveis observadas, na maior parte dos prontuários revistos (54,00%) não havia a informação sobre o local de encaminhamento deste paciente. Neste sentido, várias hipóteses e indicações de caminhos para a gestão pública em saúde mental foram apontados, tais como ampliação da rede de CAPS no Estado, especialmente em Belém, interlocuções com outras políticas públicas, tais como cultura, assistência social, geração emprego e renda, além de educação continuada para os trabalhadores da área.

O que pode ser percebido a partir desta leitura dos lances históricos e do perfil atual da psiquiatria e dos usuários do sistema único de saúde no Pará é que o poder

público ainda não consegue dar conta da complexidade do fenômeno “loucura” ou “transtorno mental”, como é chamado mais recentemente e que a transversalidade de saberes pode ser a chave não só para a compreensão do processo, mas também para superação de muitos desafios.

3 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*[...]A roda da saia mulata
Não quer mais rodar não senhor
Não posso fazer serenata
A roda de samba acabou...[...]*

(Chico Buarque)

Este capítulo tem como objetivo apresentar ao leitor uma compreensão teórica da relação entre Estado, políticas públicas, em especial as políticas sociais e Sistema Único de Saúde (SUS), preparando o caminho para a análise dos dados dos próximos capítulos e compreensão da relação com a política pública de saúde mental.

No caso da presente pesquisa, uma das relações consideradas fundamentais, para a consecução do objetivo é a compreensão da relação entre Estado e Política Social, ou melhor, entre a concepção de Estado e a política social que este implementa em uma determinada sociedade, em um período histórico. Na análise e avaliação de políticas implementadas por um governo, fatores de diferentes natureza e determinação são importantes.

O Estado, nas formações sociais capitalistas cumpre o papel de garantir as melhores condições para a reprodução das relações de produção, nas conjunturas concretas de cada realidade específica.

Chelala (2012), ao fazer um apanhado geral sobre as concepções de Estado, afirma que é possível dividir em três grandes correntes anteriores à de Marx:

- a) Uma, que buscava na origem divina ou sobrenatural a explicação para a existência do Estado e dos seus governantes, ou seja, eram os desígnios divinos, a vontade de um deus, que explicava a existência de um governante, de alguém ou de um grupo escolhido para, acima dos demais, “governar” essa coletividade. Essa corrente predomina nas sociedades com formações econômicas fundamentalmente pré-capitalistas, justificando e relacionando seus governantes à religião, a forças sobrenaturais ou a intenções divinas
- b) Uma segunda corrente de pensamento, de enorme presença teórica até hoje, surge concomitante (e não por acaso) com o desenvolvimento da burguesia. Trata-se da corrente contratualista, que tem em Hobbes (2009) e em Rousseau (2000) seus principais expoentes. Para essa corrente o Estado seria resultado de um “contrato social” estabelecido, onde todos abririam mão de parte de sua liberdade para que uma pessoa ou um grupo de escolhidos pudessem proteger essa liberdade limitada, proteger a vida e a propriedade. O Estado é visto como uma criação racional dos homens,

necessária a todos para garantir a paz, a vida, a segurança, a propriedade, sendo assim justificado por uma necessidade geral, fruto do convívio social, da vida em sociedade.

c) Já para uma terceira corrente, baseada nas posições de Hegel principalmente, o Estado não seria resultado de um contrato social e sim do desenvolvimento e do progresso da razão. O desenvolvimento histórico traria consigo o desenvolvimento da razão, e sua forma mais elevada de construção espiritual é o Estado. O Estado seria em tese a expressão mais elevada da razão histórica, a mais alta encarnação do espírito e da moral (CHELALA, 2012, p.25-26).

Para entender o papel do Estado e como as políticas sociais se articulam com esta discussão é importante pensar um pouco essa questão.

Para Höfling (2001) seguindo o entendimento de Gobert e Muller (1987) “políticas públicas são entendidas como o Estado em ação” ou o “Estado implantando um projeto de governo através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade”.

Ainda Segundo Höfling (2001) o Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas. As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais.

Assim,

Políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais (HÖFLING; 2001, p.31).

Segundo Höfling (2001), para além da crescente sofisticação na produção de instrumentos de avaliação de programas, projetos e mesmo de políticas públicas é fundamental se referir às chamadas “questões de fundo”, que são basicamente as decisões tomadas, os caminhos traçados e os modelos de avaliação aplicados em relação a uma estratégia de intervenção governamental qualquer.

Para compreender o papel das políticas sociais dentro deste contexto capitalista, Höfling (2001) traz uma contribuição interessante ao analisar o trabalho de Lenhardt e

Offe (1984, p.15) quando afirmam que “O Estado atua como regulador das relações sociais a serviço da manutenção das relações capitalistas em seu conjunto, e não especificamente a serviço dos interesses do capital – a despeito de reconhecer a dominação deste nas relações de classe”.

Assim, o Estado capitalista atua no sentido de preservar as relações no conjunto da sociedade de classe, porém não só no sentido de qualificar permanentemente a mão-de-obra para o mercado, como também, através de tais políticas e programas sociais procura manter sob controle parcelas da população não inseridas no processo produtivo.

Offe e Lenhardt colocam em questão dois esquemas de argumentação da ciência política: a) a explicação da gênese da política social estatal baseada na teoria dos interesses e das necessidades, a partir de exigências políticas dos trabalhadores assalariados organizados; b) a explicação da gênese da política social a partir dos imperativos do processo de produção capitalista, das exigências funcionais da produção capitalista (OFFE, 1984, p.32-37 apud HÖFLING, 2001, p 32).

É importante destacar que as ações empreendidas pelo Estado, conforme a autora coloca não se implementam automaticamente, têm movimento, têm contradições e podem gerar resultados diferentes dos esperados. Especialmente por se voltar para e dizer respeito a grupos diferentes, o impacto das políticas sociais implementadas pelo Estado capitalista sofrem o efeito de interesses diferentes expressos nas relações sociais de poder.

Para esta autora, uma administração pública permeada por uma concepção crítica de Estado que considere sua função atender a sociedade como um todo, sem privilegiar grupos de interesse ou detentores de poder econômico, deve estabelecer como prioritários programas de ação universalizantes, que possibilitem a incorporação de conquistas sociais pelos grupos e setores desfavorecidos, visando à reversão do desequilíbrio social.

Ao trazer o debate para o contexto do trabalho, no campo da saúde mental, algumas legislações existentes têm esse caráter de tentar promover mobilidade social ou concretizar novas oportunidades. São exemplos: 1) LEI No 9.867, DE 10 DE NOVEMBRO DE 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica e a 2) LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003 que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Nos capítulos

seguintes serão analisados de que forma essa política foi efetivamente implementada no Pará.

Outra autora que vem contribuir para esta discussão sobre o papel do Estado e as políticas públicas é Behring (2003) que apresenta os argumentos teórico-históricos e político-econômicos que estão na base da formatação dos vários padrões de proteção social.

Para esta autora a política social é um tema complexo e muito discutido no âmbito das ciências sociais, em especial da ciência política e da economia política e que dessa forma, existem balanços das principais perspectivas teóricas de abordagem, tipologias, análises de políticas setoriais e estudos comparados dos padrões de proteção social constituídos nos vários países. E acrescenta que “é reconhecida que a existência de políticas sociais como um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se”.

Segundo Behring (2003), concordando com Höfling (2001) existe certo consenso em torno do *final do século XIX* como período de criação e multiplicação das primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para a Alemanha e a Inglaterra, após um intenso e polêmico debate entre liberais e reformadores sociais humanistas. A generalização de medidas de seguridade social no capitalismo, no entanto, ocorreu no período pós Segunda Guerra Mundial, com a construção do *Welfare State* (Estado de Bem Estar Social) em alguns países da Europa Ocidental – com destaque para o Plano Beveridge (Inglaterra, 1942) -, acompanhada de diversos e variados padrões de proteção social, tanto nos países de capitalismo central, quanto na periferia.

A autora segue afirmando que a relação entre a variedade das políticas sociais, a cobertura mais ou menos universal, o padrão de financiamento, (redistributivo ou não, contributivo ou não), dentre outros aspectos que poderiam compor uma avaliação desse universo, está relacionada às relações entre as classes sociais e segmentos de classe ou forças sociais, e condições econômicas gerais, que interferem nas *opções* políticas e econômicas dos governos. Embora as condições para o surgimento e generalização de políticas sociais tenham o referido tempo histórico, o debate sobre o bem-estar na sociedade, sobre “o que fazer” com os pobres e -muito especialmente - sobre o papel do Estado nesses processos torna necessário um breve contato com alguns argumentos clássicos, recorrentes no debate contemporâneo sobre política social.

Sobre o debate do Estado, ao utilizar a classificação de Chelala (2012), para além de uma primeira concepção sobrenatural ou “explicação divina” para o Estado, a

corrente dos contratualistas, dentre os quais se destaca John Locke, afirmava que os homens se juntam em uma sociedade política para se defender da guerra de todos contra todos. Para Locke, o poder teria origem em um *pacto* estabelecido pelo consentimento mútuo dos indivíduos que compõem a comunidade, no sentido de preservar a vida, a liberdade e, sobretudo, a propriedade.

Para que se possa entender o pensamento liberal e mais tarde o pensamento neoliberal, será necessário compreender que, no século XIX, como afirma Behring (2003) existia um componente transformador na maneira de pensar a economia e a sociedade: “tratava-se de romper com as amarras parasitárias da aristocracia e do clero, do Estado absoluto, com seu poder discricionário” (BEHRING, 2003, p.4). O cenário de uma burguesia já hegemônica do ponto de vista econômico, mas não consolidada como classe politicamente dominante, propiciava o antiestatismo radical presente no pensamento de Adam Smith e sua ode ao mercado como mecanismo *natural* de regulação das relações sociais, recuperados pelos neoliberais de hoje, num contexto muito diferente. Ou seja, havia um componente utópico na visão social de mundo do liberalismo, adequado ao papel revolucionário da burguesia tão bem explorado por Marx em seu Manifesto do Partido Comunista (LÖWY, 1987). É evidente que esta dimensão se esgota na medida em que o capital se torna hegemônico e os trabalhadores começam a formular seu projeto autônomo e desconfiar dos limites da burguesia a partir das lutas de 1848.

Para Adam Smith, o pai do pensamento liberal:

A procura do interesse próprio pelos indivíduos, portanto, seu desejo *natural* de melhorar as condições de existência, tende a maximizar o bem-estar coletivo. Os indivíduos são conduzidos por uma mão invisível - o mercado - a promover um fim que não fazia parte de sua intenção inicial. Nesse sentido, o bem-estar pode ser um efeito não intencional da avareza. A “*loucura das leis humanas*” não pode interferir nas leis *naturais* da economia, donde o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “*benefícios aos homens*”. Trata-se, portanto, de um *Estado mínimo*, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil⁴, na qual se localiza a virtude. Um Estado com apenas três funções: a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada (Bobbio, 1988). Smith acreditava que os indivíduos, ao buscarem ganhos materiais, são orientados por sentimentos morais e por um senso de dever, o que assegura a ausência da guerra de todos contra todos. A coesão social se originaria na sociedade civil, com a mão invisível do mercado e o cimento ético dos sentimentos morais individuais, fundados na *perfectibilidade humana*. Não há para ele, portanto, contradição entre acumulação de riqueza e coesão social. (BEHRING, 2003, p.6)

Este pensamento, ao lado da “Ética do Trabalho” (Direção intelectual e moral difundida por protestantes puritanos – ver o clássico de Max Weber, *A Ética Protestante e o espírito do Capitalismo* - que predominou no século XIX até os dias de hoje, e que aponta o trabalho em si como atividade edificante e benéfica, sendo seu fruto o progresso). O liberalismo, em si combinava-se a doutrina do *determinismo social*, que afirmava que a semelhança da teoria evolucionista de Charles Darwin de os mais adaptados sobrevivem, fizeram uma transposição para a vida social. “Segundo Herbert Spencer, por exemplo, a intervenção do Estado no “organismo social” seria contrária à evolução natural da sociedade, onde os menos aptos tenderiam a desaparecer” (BOTTOMORE 1988, p. 97; SANDRONI 1992, p.95 apud BEHRING, 2003, p.6).

Em contraponto a essas ideias liberais, surgiu outro tipo de pensamento. A partir das formulações de Marx e Engels há uma mudança nessa compreensão do Estado, que não é resultado da vontade divina, não é uma “necessidade” dos homens em sociedade e muito menos a expressão mais elevada da razão. É resultado direto da existência e da luta das classes sociais já que “a história de todas as sociedades que existiram até hoje tem sido a história das lutas de classes” (MARX; ENGELS, 2006, p. 84 apud Chelala, 2012).

Em *O Capital*, Marx apresenta uma formulação da relação dialética do Estado com as relações de produção

É sempre na relação direta dos proprietários das condições de produção com os produtores diretos – relação da qual cada forma sempre corresponde naturalmente a determinada fase do desenvolvimento dos métodos de trabalho, e, portanto, a sua força produtiva social – que encontramos o segredo mais íntimo, o fundamento oculto de toda a construção social e, por conseguinte, da forma política das relações de soberania e de dependência, em suma, de cada forma específica de Estado. Isso não impede que a mesma base econômica – a mesma quanto às condições principais – possa devido a inúmeras circunstâncias empíricas distintas, condições naturais, relações raciais, influências históricas externas, etc. exibir infinitas variações e graduações em sua manifestação, que só podem ser entendidas mediante análise dessas circunstâncias empiricamente dadas. (MARX, 1988, p. 235-6).

Para Chelala (2012) ao analisar o papel do Estado na obra de Marx e Engels, a experiência da luta de classes, na França e em outros países, foi um verdadeiro campo de estudos e pesquisas, no qual os dois autores participaram ativamente, não somente como observadores, mas principalmente tomando posição na luta de classes. E esta é uma questão importante. A análise de Marx e Engels sobre os modos de produção, em particular o modo de produção capitalista, e sobre o Estado, são posições que cumprem

os rigores da análise científica, desenvolvem a compreensão desses fenômenos e nem por isso são desprovidas de posição na luta. Pelo contrário, partem do ponto de vista do proletariado na luta de classes, o que fortaleceu, ou mesmo permitiu o desenvolvimento dessa abordagem científica.

O enfraquecimento das bases materiais e subjetivas de sustentação dos argumentos liberais ocorreu ao longo da segunda metade do século XIX e no início do século XX, como resultado de alguns processos político-econômicos, dos quais vale destacar dois. O primeiro foi o crescimento do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos importantes. A burguesia foi obrigada a reconhecer direitos de cidadania política e sociais cada vez mais amplos para esses segmentos. Vale lembrar que a vitória do movimento socialista em 1917, na Rússia, também foi importante para configurar uma atitude defensiva do capital frente ao movimento operário; assim como as mudanças no mundo da produção, com o advento do *fordismo*. Essas mudanças ofereceram maior poder coletivo aos trabalhadores, que passaram a requisitar acordos coletivos de trabalho e ganhos de produtividade, generalizados no pós-guerra.

O segundo e não menos significativo processo, foi a concentração e monopolização do capital, demolindo a utopia liberal do indivíduo empreendedor orientado por sentimentos morais. Cada vez mais o mercado passou a ser liderado por grandes monopólios, e a criação de empresas a depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital financeiro e a indústria.

No que diz respeito à expressão teórica e intelectual dessa autocrítica burguesa, Behring (2003) afirma que seu maior expoente foi John Maynard Keynes (1983), com sua *Teoria Geral*, de 1936. A situação de desemprego generalizado dos fatores de produção - homens, matérias primas e auxiliares, e máquinas - no contexto da depressão, indicava que alguns pressupostos clássicos e neoclássicos da economia política não explicavam os acontecimentos. Keynes questionou alguns deles, pois via a economia como ciência moral, não natural; considerava insuficiente a *Lei de Say* (Lei dos Mercados), segundo a qual a oferta cria sua própria demanda, impossibilitando uma crise geral de superprodução; e, nesse sentido, colocava em questão o conceito de equilíbrio econômico, segundo o qual a economia capitalista é auto-regulável.

Assim, a operação da *mão invisível* não necessariamente produz a harmonia entre o interesse egoísta dos agentes econômicos e o bem-estar global. A solução para Keynes parecia estar no Estado.

Segundo Keynes, cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem, nos períodos de depressão como estímulo à economia. Dessa política resultaria um déficit sistemático no orçamento. Nas fases de prosperidade, ao contrário, o Estado deve manter uma política tributária alta, formando um superávit, que deve ser utilizado para o pagamento das dívidas públicas e para a formação de um fundo de reserva a ser investido nos períodos de depressão (SANDRONI, 1992, p.85 apud BEHRING, E, 2003, p.9).

Foi neste contexto que surgiu o incremento das políticas sociais e é nele que estão os avanços do desenvolvimento teórico do desenvolvimento do capitalismo pós-segunda guerra mundial. Ao Keynesianismo agregou-se o *pacto* fordista – da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores dos setores monopolistas em torno dos ganhos de produtividade do trabalho -, e estes foram os elementos decisivos – fortemente dinamizados pela guerra-fria e o armamentismo (O’CONNOR, 1977; MANDEL, 1982) – da possibilidade político-econômica e histórica do *Welfare State*. Tratava-se do retorno do *mediador civilizador*.

Assim, a partir de 1949 surgiram as primeiras formulações sobre a cidadania de T.H Marshall (1967), em um contexto de ampla utilização das estratégias fordistas-keynesianas, paradigma das transformações societárias daqueles anos, em que o tema da política social ganhava um novo estatuto teórico, expressão de seu novo estatuto histórico nas realidades concretas dos países, aqui se destacando o padrão de bem-estar social europeu.

Para T.H. Marshall, o conceito de cidadania, em sua fase madura, comporta: as liberdades individuais, expressas pelos *direitos civis* - direito de ir e vir, de imprensa, de fé, de propriedade -, institucionalizados pelos tribunais de justiça; os *direitos políticos* - de votar e ser votado, diga-se, participar do poder político - por meio do parlamento e do governo; e os *direitos sociais*, caracterizados como o acesso a um mínimo de bem-estar econômico e de segurança, com vistas a levar a vida de um ser civilizado. O esquema de Marshall referenciou um amplo debate que se dá até os dias de hoje. Especialmente no que refere à política social, traz a questão para o centro do debate político, econômico e sociológico, fornecendo argumentos importantes em sua defesa, mas pouco consistentes do ponto de vista explicativo. Trata-se de um raciocínio que não passou sem críticas, em que pese sua importância para a projeção de um novo patamar civilizatório nos marcos do capitalismo - o que é discutível -, no qual haveria uma singular combinação entre acumulação e equidade. Percebe-se que T.H.Marshall situava a experiência do *Welfare State* como uma espécie de fim humanista da história. (BEHRING, 2003, p. 10)

A partir do final dos 60, as taxas de crescimento, a capacidade do Estado de exercer suas funções *mediadoras civilizadoras* cada vez mais amplas, a absorção das

novas gerações no mercado de trabalho, restrito já naquele momento pelas tecnologias poupadoras de mão de obra, já não eram as mesmas, contrariando expectativas de pleno emprego, base fundamental daquela experiência. As dívidas públicas e privadas cresciam. A “explosão da juventude” em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão - catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74 - foram os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetivamente. As elites político-econômicas, então, começaram a questionar e responsabilizar pela crise a atuação do Estado *mediador civilizador*, especialmente naqueles setores que não revertiam diretamente em favor de seus interesses. E aí se incluíam as políticas sociais.

Para Behring (2003), a explicação para a retomada do fôlego dessas ideias neoliberais está na reversão do ciclo econômico ocorrido nos fins dos anos 1960, mais especificamente em 1973 (crise do petróleo). O sistema atribui à crise ao que considerava “poder excessivo” dos sindicatos com sua pressão sobre os salários e gastos sociais do Estado, o que estimularia a destruição dos níveis de lucros das empresas e a inflação. Em outras palavras, a culpa da crise era do *Welfare State* e do Keynesianismo.

Aprofundando a discussão

A fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em algumas proposições básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING,2003, p.12- 13).

3.1 UM BREVE OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA AGENDA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL MODERNO E AS REFORMAS NEOLIBERAIS

As teses neoliberais, absorvendo o movimento e as transformações do capitalismo retomam as teses clássicas do liberalismo e podem ser resumidas na expressão “menos Estado e mais mercado” sua concepção de Estado e de governo. Voltadas fundamentalmente para crítica às teses de Keynes (1883-1946) que inspiraram

o Estado de Bem-Estar Social, defendem enfaticamente as liberdades individuais, criticam a intervenção estatal e elogiam as virtudes reguladoras do mercado.

Enquanto a obra *A riqueza das nações: investigações sobre sua natureza e suas causas*, de Adam Smith (publicada em 1776) é identificada como o marco fundamental do liberalismo econômico, *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek (publicado em 1944) é identificado como o marco do neoliberalismo. (HÖFLING, 2001, p.35)

De acordo com Kerstenetzky (2011), de um modo direto e simples, a política social assegurou a reprodução da força de trabalho industrial ao assumir parte dos custos e, além disso, segundo “comprou” a paz social considerada essencial para o sucesso do projeto de desenvolvimento de bases capitalistas.

Segundo a autora a característica comum a essas experiências seria o “produtivismo”, o objetivo compartilhado de promoção do aumento de capacidade produtiva e crescimento econômico – que de modo geral se caracterizou em projetos de industrialização, urbanização e modernização econômica lideradas pelo Estado – para cuja consecução as políticas sociais foram mobilizadas. O que as distinguiria era a orientação seletiva (focada em grupos específicos) ou inclusiva (com investimentos sociais universais) das políticas sociais.

Para Kerstenetzky (2011) a orientação seletiva ou focalizada que teria caracterizado o bem-estar desenvolvimentista da Ásia e da América Latina significou que as políticas sociais confinaram a proteção social apenas aos agentes protagonistas desse processo, ou seja, aos trabalhadores urbanos, aos trabalhadores industriais e aos funcionários públicos. Em outras palavras, as políticas sociais não teriam sido tão efetivas no que diz respeito à sua função precípua de promover integração social. As experiências inclusivas, ocorridas, por exemplo, nos países escandinavos, produziram uma abordagem unificada de políticas sociais e econômicas que estabeleceu e perseguiu os dois objetivos: crescimento e integração social, simultaneamente.

Além do Brasil, a autora identifica a Coreia do Sul como exemplo de país que utilizou o modelo seletivo de aplicação de políticas públicas, porém destaca diferenças importantes entre os dois: Ambos os países teriam instrumentalizado as políticas sociais para apoiar seus projetos de desenvolvimento econômico conduzido por um Estado, em geral autoritário; ambos teriam limitado a proteção social a setores selecionados em função da sua contribuição ao projeto, porém as condições iniciais teriam sido diferentes e acabaram modulando os processos e exercendo efeitos diferenciadores nos

resultados. (KWON; MKANDAWIRE ; PALME, 2009 apud KERSTENETZKY 2011, p. 135)

Assim, a Coréia deslança economicamente a partir de um nível de desigualdade significativamente inferior ao brasileiro, porém tendo realizado a reforma agrária anterior ao projeto de desenvolvimento conduzido pelo Estado. O principal efeito dessa reforma foi desarticular a elite agrária e o modo de vida agrário tradicional e, assim, viabilizar mobilidade social, migração de jovens para cidades atraídos pelas ofertas de empregos e oportunidades educacionais e de treinamento qualificado, que por sua vez foi em grande parte favorecida (no caso dos empregos) e diretamente promovida (no caso da educação e do treinamento no emprego) pelo Estado.

No caso do Brasil, o Estado favoreceu os interesses dos grandes proprietários rurais e negócios urbano-industriais; a maioria da população não participou da mudança social. No projeto de industrialização induzida, as políticas sociais serviram basicamente às necessidades dos segmentos urbano-industriais e mantiveram uma base social muito restrita (KWON; MKANDAWIRE; PALME, 2009; DRAIBE ; RIESCO, 2007 apud KERSTENETZKY 2011, p 135)

Ao trazer a discussão das políticas sociais para o Brasil, Melo (1998, p. 13) a inscreve no âmbito da intervenção do Estado brasileiro no quadro das transformações associadas à Revolução de 30 e à Era Vargas. Afirma que essas intervenções tiveram uma importância fundamental para a evolução da sociedade brasileira, uma vez que “a política social se constitui em um mecanismo de engenharia institucional que permite a incorporação de atores sociais a um sistema político num contexto de baixa institucionalização liberal (SANTOS, 1988)”.

E assim, as políticas sociais foram entrando na agenda política brasileira, em alguns momentos com mais força, a partir de uma tensão no tecido social, em outros com a saída do Estado do plano principal, a partir de contextos internacionais e do próprio movimento de forças internas. Ao abordar as políticas sociais em um contexto mais atual é preciso retomar a discussão sobre o papel do Estado, a qual, aliás, perpassa todo o texto.

Como havia sido dito anteriormente, no final dos anos 60, início dos anos 70, a partir da alta nos preços do petróleo, que afinal representava uma das crises cíclicas do sistema capitalista, o mundo viu ruir o sonho da manutenção do sistema de proteção social aos moldes do *Welfare State*. Segundo Mathis e Mathis (2012) em países latino-americanos como o Brasil, por exemplo, que não dispunham de uma política de bem

estar social acabado e, sim, de um conjunto articulado de ações públicas e privadas nas áreas da saúde, previdência e assistência social, educação básica/secundária e habitação popular passou a ser mais difícil a construção de políticas sociais de nova geração.

Para entender os marcos teóricos do neoliberalismo é preciso saber que a sua concepção retoma a tradição do liberalismo clássico, dos séculos XVIII e XIX.

A América Latina e o Brasil foram impactados diretamente por esta “onda” neoliberal e segundo Mathis e Mathis (2012) apesar do conteúdo variado das políticas públicas, nos países latino-americanos registram-se três linhas de impacto nos sistemas de políticas sociais e citam Draibe (1996): 1) a fragilização dos programas universais de saúde e educação; 2) a tendência à assistencialização da política e, 3) a quebra de solidariedade nos regimes previdenciários reformados. No plano dos valores é registrada uma combinação de concepções universalistas e focalizadas; e no plano institucional são identificadas três orientações principais: 1) a descentralização da prestação de serviços sociais; 2) o aumento relativo da participação social nos programas sociais; e 3) a ampliação das parcerias público-privadas.

É interessante observar que enquanto isto tudo está acontecendo no mundo (e no Brasil), ao mesmo tempo, acontece no país, fruto de um amplo processo de mobilização da classe trabalhadora a promulgação da Constituição de 1988, a mais progressista em termos de direitos sociais até então.

Segundo Mathis e Mathis (2012) com a Constituição de 1988 há a instauração de um novo pacto social, o Estado passa a ter maior responsabilidade no sentido da regulação, financiamento e provisão das políticas sociais, devendo garantir a universalização do acesso da população aos benefícios e serviços públicos e ampliando o caráter distributivo da seguridade.

Apesar dos progressos constitucionais, esses avanços em termos de políticas sociais não se concretizaram plenamente na prática, sendo que continuam até hoje a ser alvos de projeto neoliberal, incorporado pelo governo brasileiro nas últimas décadas do século passado, segundo Fernandes (1997).

Na virada do século XXI, particularmente no período de 1995 a 2002, de acordo com Mathis e Mathis (2012), realizou-se no Brasil um amplo programa de reformas pelo ministro Bresser Pereira no governo Fernando Henrique Cardoso, que passaram a incidir diretamente no reordenamento das políticas públicas.

Para os autores ao analisarem um texto de Behring (2003) os pressupostos que estão presentes na reforma do estado de Bresser, trata-se de “*um processo destrutivo,*

não criador (...) uma contra-reforma do Estado brasileiro, que implicou em um profundo retrocesso social em benefício de poucos”.

Nessa análise, observa-se uma associação frequente da reforma gerencial de Bresser com o neoliberalismo e, dessa forma pode-se afirmar que trata-se de uma escolha política econômica e social que implicou na destruição de inúmeros avanços constitucionais de 1988 e na desresponsabilização do Estado brasileiro com as políticas públicas sociais. (MATHIS, A ; MATHIS, A, 2012, p.3)

Isto posto, é preciso afirmar, concordando com os autores que na prática, o que houve foi uma “brutal contenção de gastos” em todas as áreas, menos no pagamento da dívida e de pessoal, o que representa de forma resumida: sucateamento público, falência das políticas sociais universais e o surgimento de estratégias particularistas do sindicalismo na discussão das políticas sociais.

A partir das reformas neoliberais, redefinem-se os novos significados para as políticas sociais que insistem no caráter estratégico da educação, da saúde e da distribuição de renda para o crescimento da produtividade. Entretanto, a compatibilização entre equidade e crescimento, como alega Draibe (1996) apresenta um “círculo vicioso e perverso” considerando as características excludentes do novo padrão de produtividade capitalista marcado pela flexibilização e competitividade dos mercados, característica da reestruturação produtiva (MATHIS, A ; MATHIS, A, 2012, p.4).

Para exemplificar o que se está afirmando, Mathis e Mathis (2012) apresentam dados do trabalho de Lebaupin e Mineiro (2002) que apontam que no governo FHC houve um verdadeiro desmonte da nação, com *“cortes em 1999 impostos pelo pacote fiscal acertado com o FMI e que atingiram 25 dos 31 programas do governo federal voltados à população de baixa renda, sendo que em alguns casos o corte foi de 70%”* (LEBAUPIN; MINEIRO, 2002;41 apud MATHIS ; MATHIS, 2012, p.4)

Ao pensar nos novos caminhos para promoção do desenvolvimento da América Latina; Mathis e Mathis (2012, p. 5) afirmam que parece ser consenso entre os autores que a ideologia desenvolvimentista do nacional desenvolvimentismo que associa desenvolvimento econômico à crescimento industrial (características do desenvolvimentismo periférico da América Latina desde o final dos anos 50, do século passado) apresenta claros sinais de desgaste.

De 1980 a 1990 sinaliza-se na realidade brasileira, a forte presença dos movimentos sociais organizados e a expansão da cidadania com a afirmação no plano jurídico-legal dos direitos sociais, expressos na Constituição de 1988. Também é digno de nota, segundo os autores a repercussão do discurso de desenvolvimento sustentável

(“aquele desenvolvimento que responde às necessidades do presente de forma igualitária sem comprometer as possibilidades de sobrevivência e prosperidade das gerações futuras”) que vão orientar as discussões travadas no interior das grandes Conferências Mundiais, nas últimas décadas do século XX, culminando com a Eco 92, no Rio de Janeiro. Segundo Mathis e Mathis (2012) registra-se a emergência de novas modalidades de solidariedade, constituição e preservação de políticas ambientais pautadas no desenvolvimento sustentável.

Do ponto de vista econômico social, segundo análise dos autores, contraditoriamente a esse contexto de mudanças, no decorrer da década de noventa, no Brasil, identifica-se um aprofundamento das desigualdades sociais e da negação dos direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais instituídos na Constituição de 1988, evidenciando-se assim a consolidação do processo de globalização neoliberal, com ações voltadas para a estabilidade econômica e focalização de políticas públicas sociais.

A partir dos anos 90, a nova CEPAL “tenta assumir uma posição intermediária entre as reformas pró-mercado, defendida pelos neoliberais, e a, defesa de um crescimento com equidade social e igualdade de oportunidades que culminaria na redução das desigualdades sociais (CARCANHOLO, 2010 apud MATHIS, A ; MATHIS A, 2012, p.6).

Assim, nos últimos anos, de acordo com Coggiola, (2010) apud Mathis, A e Mathis A, (2012, p.7), os sucesso econômicos na América Latina, como os observados no Brasil nas duas últimas décadas foram relativos se considerar que de um lado houve altas taxas de crescimento, inflação reduzida, orçamentos equilibrados e, redução da pobreza absoluta com programas sociais “focalizados”, como o Bolsa Família no Brasil. De um lado permanece a forte dependência econômica da região com os EUA e Europa, que estão vivendo momentos de recessão. Segundo o autor “as economias continuam muito dependentes da venda de matérias primas (que representam mais de 60% das exportações da América Latina, sendo que desse total, o Brasil e envia 47% de suas exportações para União Europeia e China e 11,5% para os EUA.)

Para concluir o balanço econômico-social da América Latina e permitir que sejam pensadas as políticas sociais, como a de saúde mental, a partir deste contexto, Mathis e Mathis (2012) afirmam que a dependência econômica, e financeira da região acrescido ao escasso desenvolvimento do mercado interno e frequentes fugas de capitais, sem contar que a redução absoluta da pobreza no país não representou o fim das desigualdades sociais apresentam um cenário de desafios para políticas públicas

universais, tendo em vista inclusive os índices de desemprego e precarização do trabalho nas diversas regiões do país. A saúde é uma combinação de todos esses fatores e por isso deve ser analisada cuidadosamente.

3.2 OS CAMINHOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde surgiu oficialmente no Brasil, como já foi dito, a partir da Constituição de 1988, mais especificamente de sua Seção II – Da Saúde, Art. 196.” A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A possibilidade de “revolução” do ponto de vista de melhoria de qualidade de vida da população contida neste texto é incalculável. É um texto que entende saúde não apenas como ausência de doenças ou do ponto de vista biológico, mas também como resultado de um contexto socioeconômico. E vai além, entende que saúde é um direito de todos e que é dever do Estado sendo garantida mediante políticas sociais. Isto é novidade no Brasil, ainda mais quando mais a frente se fala em acesso universal e igualitário às ações e serviços.

A legislação da saúde pública no Brasil é uma das mais avançadas em termos de garantia de direitos no mundo inteiro e isso é fruto de um árduo processo de mobilização social que culminou com a constituinte.

A partir de agora cabe um passeio pela história da saúde no Brasil para procurar entender os avanços e os desafios do SUS atualmente.

Segundo Mendes (1996), o SUS entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje.

É interessante destacar que o autor aponta que reformas sociais, em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários.

Deste modo, falar de processo social implica reconhecer a complexidade de uma construção que acontece em um ambiente habitado pela diversidade das representações

de interesses e em campos sociais de diferentes hierarquias, sejam eles político, cultural e tecnológico

O SUS, como processo social, tem dimensão política que vai sendo construída em ambiente democrático, em que se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. O SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação. Por fim, apresenta uma dimensão tecnológica que vai exigir a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para sua implementação, coerentes com os pressupostos políticos e ideológicos do projeto que o referencia. O SUS está sendo construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais em situação e resulta de propostas que, ao longo de muitos anos, vêm sendo impulsionadas por um movimento social que se denomina de reforma sanitária brasileira (MENDES, 1996, p.45).

A partir de agora é necessária uma revisão dos antecedentes históricos do sistema público de saúde no Brasil para que seja possível a compreensão dos atuais embates e dilemas do SUS e mais especificamente do campo da saúde mental.

Bravo (2007) ao apresentar a trajetória da saúde pública no Brasil, dos antecedentes à ação do Estado na atualidade, realiza também uma articulação às determinações sócio-históricas que a influenciaram e ainda influenciam.

Segundo a autora, a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização nos países centrais, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência foi aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas.

No Brasil, a intervenção estatal só ocorreu efetivamente no século XX, mais especificamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparecia como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgiram algumas iniciativas de organização do setor saúde.

Nos anos 20, segundo Bravo (2007) os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só o conseguiram após 1930

Deste modo, a necessidade imperiosa de incorporação do Brasil a uma nova configuração do sistema capitalista mundial, onde o país não seria apenas fornecedor de matérias-primas, mas passaria a ter características industriais e suas consequências como a urbanização e ampliação da massa operária tornavam também necessário que, no mínimo, a saúde desses sujeitos que seriam mão de obra da indústria nascente passasse a ser alvo de preocupação do Estado.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula, (1986): Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte- americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Assim, para Oliveira e Teixeira (1986 p. 61-65) apud Bravo (2007),

O modelo de previdência que norteou os anos 30 a 45 no Brasil foi de orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930). Para os autores, um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi, sem dúvida, o efeito produzido pelo rápido crescimento da massa de trabalhadores inseridos. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. A legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”, que antes não havia. Foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

Nos anos 50, o processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou, especialmente a partir do Governo Juscelino Kubitschek, determinou o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde.

Bravo (2007) afirma que a situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

Esta situação está obviamente relacionada à estrutura (ou a ausência de estrutura) de um sistema público de saúde como se pode observar na breve descrição acima. Largas parcelas da população brasileira não tinham (e ainda não tem) qualquer acesso à prevenção ou tratamento de saúde ou mesmo mínimas condições de saneamento básico, intrinsecamente relacionada ao setor saúde.

Do ponto de vista econômico, Bravo (2007) afirma que, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros apareceram como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação passou a ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.

Esta intervenção estatal no campo da saúde nos idos da ditadura militar (64/74) ocorreu, segundo Bravo (2007), em um contexto que o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, em uma tentativa de suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

Segundo Bravo (2007) a política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

Segundo a autora, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses oriundos das conexões burocráticas entre os setores do Estado e privado médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas

de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Na visão de outro autor, Mendes (1996), o tratamento dos governos ditatoriais à questão da saúde, observou-se um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, o que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 60, do modelo médico-assistencial privatista.

E o autor afirma ainda que o modelo médico-assistencial privatista foi gestando-se, paralelamente, a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 20, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 30 a 60, até o Instituto Nacional da Previdência Social.

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista, cujas principais características foram:

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) A opção da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o beneficiamento do produtor privado destes serviços.

Para esta autora, entretanto, os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática durante os anos da ditadura militar no Brasil.

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de dez anos, consolidar a sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais.

É neste sentido que nos anos 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, decodificada, em nossa prática

social, como atenção primária seletiva, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária.

As mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 1980, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde.

Por trás de tudo isso está uma profunda crise do Estado expressa, no âmbito interno, pela crise fiscal, das relações econômicas e sociais e do aparelho do Estado e, externamente, pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa e pelo realinhamento dos blocos geopolíticos já vistos anteriormente.

Politicamente, ocorreu a distensão lenta e gradual que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Este pacto deveria combinar crescimento com distribuição, e implicava a elaboração de novo arcabouço jurídico – uma nova Constituição – e a explicitação de outro padrão de política social expresso no discurso da superação da dívida social acumulada nos governos autoritários.

“Esse pano de fundo econômico e político determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro.” (MENDES, 1996, p. 48)

Para Bravo (2007) nos anos 1980, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os

movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2007, p.9).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde . Um fato marcante deste período foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no DF, com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados, com ampla representação social.

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2007, p.9).

O texto sobre a saúde com que iniciamos este texto não foi ponto pacífico durante o processo de elaboração da Constituição de 1988. Antes pelo contrário. Segundo Bravo (2007) a Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades.

Assim, após vários acordos políticos e pressão popular, atendendo em grande parte aos às reivindicações do movimento sanitário, de certo modo prejudicando interesses empresariais do setor hospitalar e não alterando a situação da indústria farmacêutica, os principais aspectos aprovados pela nova Constituição, segundo Teixeira (1989; p. 50-51) apud Bravo (2007, p. 10) são:

- a) O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- b) As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- c) Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- d) A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- e) Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Como foi dito acima, todos esses avanços na Constituição ocorriam em um momento de crise do modelo de desenvolvimento baseado no *Welfare State* e no Keynesianismo em nível mundial e no Brasil, repercutiam com o que Mendes (1996; p. 49, 50) denomina de “avanço inexorável de uma crise fiscal e política do Estado, que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalizção sociopolítica que a sustentou durante os anos de esforço industrializante e de fracassos sociais”.

Esse quadro de crise do Estado é determinante do que se convencionou denominar de “universalização excludente”, em que a expansão da universalização do sistema de saúde veio sempre acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado.

Segundo Mendes (1996) o sistema, finalmente, acomodou-se: a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos num sistema privado, o sistema de atenção médica supletiva. Assim, no final dos anos 80, firmou-se, com a criação do SUS, um sistema plural de saúde, composto

por três subsistemas: o subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto.

Ao continuar o percurso histórico da saúde pública do Brasil, a década de 90 consolida o projeto de saúde voltado para o mercado acompanhando o processo de globalização e de redirecionamento do papel do Estado influenciado por uma política de ajuste neoliberal.

Partindo desta perspectiva, apesar do texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes. A Reforma Constitucional, notadamente da Previdência Social e das regras que regulamentam as relações de trabalho no Brasil é um dos exemplos dessa aliança. Ao agendar a reforma da previdência, e não, da seguridade, o governo teve como intenção desmontar a proposta de Seguridade Social contida na Constituição de 1988. Seguridade virou previdência e previdência é considerada seguro.

A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. (BRAVO, 2007, p.13)

Segundo Bresser Pereira (1995), o principal autor da “Reforma do Estado”, O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado.

Deste modo a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Para Bravo (2007) a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários

e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

A autora aprofunda as críticas e afirma que com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Um fator fundamental destacado por Bravo (2007) chama atenção e é quando afirma que algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico

Esta dicotomia foi vista/percebida também na política de saúde mental. Como visto na apresentação do tema, só muito recentemente, em 2006, os gastos federais extra-hospitalares do Programa de Saúde Mental ultrapassaram os gastos do Programa com hospitais. Isto significou uma efetiva reorientação do financiamento, seguindo a mudança do modelo de atenção à saúde mental. Em relação aos gastos com o programa de saúde mental no Brasil, o Ministério da Saúde (2011) aponta que houve aumento real no período entre dezembro de 2002 e 2009.

Há outro fator a ser levado em consideração ao analisar o modelo de saúde pública empregado no Brasil. Este fator é a remuneração por produção, denunciada há vinte anos como “fator incontrolável de corrupção”. Constata-se, segundo Bravo (2007) que além de gastar mal também se gasta pouco em saúde, comparado com os parâmetros internacionais

Nesse quadro, dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (Bravo, 1999).

O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é

assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996, p.67).

Um aspecto do SUS que não pode ser desconsiderado é em relação ao avanço no que diz respeito à participação social/controle social, garantida através da Lei 8.142/90. Sobre a relação democracia *versus* cidadania, Mendes (1996) afirma que é preciso relevar que a cidadania só tem espaço para construir-se socialmente em ambiente democrático, o qual propicia a formação de atores sociais, sujeitos em situação, portadores de demandas e reivindicações; portanto, muito mais que meros participantes sociais ou titulares de poder político. Daí que a questão central, para aperfeiçoamento das instituições democráticas, passa a ser como sujeitar o Estado ao controle de uma cidadania emergente. É, aí, que o processo das políticas sociais é também um processo de constituição de cidadania, em que os benefícios e os impactos, além do lado assistencial, só podem ser concebidos como processo fundamental de uma dialética de construção de cidadania.

Na prática social, esse exercício de cidadania tem sido realizado por meio da instituição dos Conselhos de Saúde, em que a sociedade vive a relação Estado/População e constrói seu conceito de direito à saúde.

Uma questão, então, se coloca: esta relação legítima entre Estado e sociedade civil deve ser legalizada e institucionalizada? A resposta está dada por Donato & Lobo quando dizem que essa questão se refere à relação instituído/instituinte. “O movimento social não deve se transformar em uma personalidade jurídica, sob pena de reduzir sua particularidade e capacidade de interlocução a mais uma das entidades ou organizações sociais. É própria do movimento, sua capacidade instituinte. Todavia, o Conselho de Saúde, que não é nem pode ser o movimento, ainda que deva com ele manter uma relação orgânica, necessita ser institucionalizado, a fim de constituir uma regularidade no fluxo decisório da instituição. Em outras palavras, necessita constituir um sujeito coletivo regular ou contínuo com delegação de autoridade para poder influir na gestão e produção de políticas de saúde” (MENDES 1996, p.55).

Na sua curta existência, segundo Mendes (1996) o SUS tem estimulado o controle social dos serviços de saúde mediante a criação e o desenvolvimento de

Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde. Dessa forma, têm surgido, em inúmeros municípios brasileiros, esses conselhos que, de modo mais ou menos consciente, começam a controlar o sistema de saúde.

Ainda que, em muitos lugares, esses conselhos sejam motivo de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional.

Este é, também, um processo de lenta maturação, mas que acompanha uma das tendências universais das reformas sanitárias – a de estabelecer o controle da cidadania sobre os sistemas de saúde. É preciso avançar muito mais: na melhoria da qualidade dos conselhos de saúde e de sua representatividade; no aperfeiçoamento da ação do Ministério Público para garantir o preceito constitucional da relevância pública das ações e serviços de saúde; na presença de representantes da população nos conselhos administrativos das unidades de saúde, estatais ou de utilidade pública; na introdução dos cidadãos como co-decisores nos conselhos corporativos (Conselhos de Medicina, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, etc.); na criação de ouvidorias independentes em todas as instituições pactuadas com o SUS, etc. Mas é inegável que o SUS vem constituindo-se num espaço privilegiado de construção de cidadania.
(MENDES, 1996, p56)

Acrescentando novos elementos ao debate e ao realizar uma análise mais atual sobre a situação do SUS no Brasil, Bravo (2007) realizou uma análise dos avanços e desafios do governo Lula da Silva na área da política pública da saúde.

A autora afirma que do ponto de vista macroeconômico, o governo Lula da Silva manteve as políticas dos governos passados e que as políticas sociais estão subordinadas à lógica econômica. Assim, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social.

Para Bravo (2007) havia uma expectativa por parte dos movimentos sociais que apoiaram a eleição do governo Lula que este fortalecesse o projeto de reforma sanitária que foi questionado nos anos 90, havendo, no período, a consolidação do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, porém o que ocorreu na prática, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações manteve a polarização entre os dois projetos.

Para tornar mais clara esta afirmação, a autora explicita alguns aspectos de inovação e outros de continuidade do governo que têm relação com os dois projetos em disputa.

Como aspectos de avanço da política de saúde do governo Lula, destacados por Bravo (2007) cabe ressaltar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extintas três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Com relação à estrutura do Ministério destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS que é um grande problema de estrangulamento do sistema. Ressalta-se, entretanto que, uma das medidas fundamentais para a questão de recursos humanos refere-se à NOB de Recursos Humanos e esta ainda não foi implementada.

Outro aspecto inovador na estrutura do Ministério refere-se à criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das extintas secretarias de Política de Saúde e de Assistência à Saúde. (BRAVO, 2007, p.17)

Foi criada também a Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade.

Em relação à 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), esta teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Merecem reflexão alguns aspectos observados na realização da conferência, por exemplo, cabe destacar que ela não ampliou o número de participantes e nem avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária. A expectativa em torno da 12ª CNS era que a mesma fosse um marco significativo com relação às anteriores e tivesse a mesma importância da 8ª CNS, ocorrida em 1986.

Tal fato não ocorreu apesar de alguns esforços de membros do ministério da saúde e de algumas entidades. A inovação fundamental da Conferência poderia ter sido com relação à concepção de Seguridade Social. Na mesma

data ocorreu em Brasília, a Conferência Nacional de Assistência Social. Algumas propostas foram feitas de haver um momento unificado entre as duas Conferências, para fortalecer a concepção de Seguridade Social. Esta sugestão não foi acatada pelas comissões organizadoras das duas conferências. Outro aspecto refere-se à fragilidade na condução das plenárias que teve como consequência não conseguir aprovar o relatório final na conferência. A alternativa encontrada pela organização foi enviar para os delegados a fim de que votassem individualmente as propostas. Esse fato tem sérias consequências como, por exemplo, a falta de debate para a votação das propostas e, principalmente, a não influência das deliberações da conferência na elaboração das diretrizes a serem seguidas na política de saúde. A convocação da conferência, a partir do exposto, não conseguiu ser um mecanismo de democratização da política de saúde (BRAVO, 2007, p.18).

A autora apresenta detalhadamente alguns aspectos da política do governo Lula da Silva que parecem representar aspectos de continuidade em relação às políticas neoliberais dos governos passados.

Segundo Bravo (2007) a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no não financiamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado são exemplos desses aspectos. Como exemplos de focalização podem ser destacados a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. O programa precisa ter sua direção modificada na perspectiva de prover atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o mesmo precisa ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência.

A não viabilização da concepção da Seguridade Social está patente quando não há menção nas ações à articulação necessária com as políticas de assistência social e previdência social. Outro aspecto desta questão refere-se a não rearticulação do Conselho de Seguridade Social.

A questão do não financiamento está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.

Sobre o 1º governo Lula (2003-2006) Menicucci (2011) aponta algumas iniciativas localizadas, como a implementação do Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, a ampliação da atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF), além de programas específicos de atenção à saúde mental, às mulheres, de prevenção de

DST/AIDS nas escolas. Todas reforçam o aspecto focalizado das ações, como preconizado pelo Banco Mundial. Alguns autores justificam essas ações colocando-as como parte do processo de para quem, no Governo Lula, “a focalização na saúde emerge no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito”.

Sobre 2º governo de Lula da Silva (2007-2010):

As proposições para as políticas de saúde se deslocam para o enfoque nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença (MENICUCCI, 2011, p.526).

Paim (2009) ao realizar uma análise sobre o processo de reforma sanitária brasileira parece concordar com Bravo (2007) quando fala da polarização do governo Lula entre dois projetos de política de saúde. Do ponto de vista de Paim (2009) o ‘processo’ da reforma Sanitária brasileira chega ao governo Lula sem muitas energias instituintes, mas com a expectativa de ser reforçado com a mudança da correlação de forças. A ênfase na gestão participativa, com a criação de uma secretaria específica no Ministério da Saúde sob a direção de Sérgio Arouca, parecia uma indicação de mudança, sobretudo com a antecipação da convocação da 12ª CNS, realizada logo em seu primeiro ano de governo. Mas, no que se refere à participação social em saúde, a ambiguidade têm sido a marca, conforme se pode constatar nos fragmentos a seguir: “[...] Não dá para dizer que o conselho Nacional de Saúde debate com a sociedade, não dá para dizer que a Plenária Nacional de conselhos de Saúde, debate com a sociedade [...]” (CANTARINO apud FALEIRO; SILVA; VASCONCELOS; SILVEIRA, 2006, p. 232).

Para Chelala (2012), apesar de programas específicos, como o Programa Mais Saúde, no âmbito das ações do Programa de Aceleração Continuada (PAC), com foco no desenvolvimento econômico e na geração de emprego e renda, e da manutenção dos programas do 1º mandato de Lula com destaque à ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), será na análise do orçamento para a saúde que fica comprovada a opção pela continuidade da política restritiva em investimentos sociais e na saúde, determinada pelo ajuste fiscal imposto pela inserção dominada à nova divisão internacional do trabalho.

É a necessidade de garantir recursos e garantias para a valorização do capital financeiro no país que predominaram nas opções de política econômica e social nos anos 1990 e 2000.

Em relação à questão do financiamento para a saúde, Bravo (2007) destaca alguns problemas: a desvinculação da antiga CPMF da receita do setor saúde; utilização sistemática dos recursos do orçamento da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas; decisão do Presidente da República, orientado pelos Ministros do Planejamento e da Fazenda de ampliar o conteúdo das “ações de serviços de saúde” incluindo gastos com saneamento e segurança alimentar o que ocasionou a redução de 5 (cinco) bilhões dos recursos destinados ao SUS

Havia, entretanto uma grande expectativa por parte dos movimentos sociais em relação à regulamentação da Emenda Constitucional 29, de Setembro de 2000 com a finalidade de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Após um amplo debate no âmbito da sociedade e do Congresso Nacional, no dia 07 de Dezembro de 2011, segundo Lemos (2011) o Senado aprovou por 70 votos contra 1 o projeto de lei 121/2007, que define o que são considerados gastos em saúde.

“O texto do projeto manteve a regra, já definida pela Emenda 29, do investimento mínimo em saúde por parte da União. A oposição queria mudar a regra para que o governo federal investisse, no mínimo, 10% de suas receitas na área” (LEMOS, 2011).

Mas, por votação, foi mantida a atual fórmula, segundo a qual a União deve investir o montante do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados precisam aplicar 12% do que arrecadam anualmente em impostos. Os municípios precisam investir 15% de sua receita.

Sobre esta questão, Azevedo (2012) afirma que com 15 vetos, a presidente Dilma Rousseff sancionou a lei complementar que fixa os recursos mínimos a serem investidos por União, Estados e municípios em saúde. Um dos vetos descarta recursos adicionais para a área em caso de revisão positiva do PIB, sob a justificativa de que a “necessidade de constante alteração nos valores a serem destinados à saúde pela União pode gerar instabilidade na gestão fiscal e orçamentária”.

O texto diz que a União aplicará em saúde o correspondente ao valor empenhado no orçamento anterior, corrigido pela variação do PIB. O artigo vetado previa “créditos adicionais” em caso de revisão positiva do valor do PIB. “O Produto Interno Bruto

apurado a cada ano passa por revisões periódicas nos anos seguintes”, justifica a presidente, segundo Azevedo (2012).

Diante do exposto, pouco se altera no quadro do financiamento da saúde em relação às expectativas geradas pela EC 29.

Apesar de todas essas críticas, é preciso considerar que o SUS, em seu breve tempo de existência consolidou importantes avanços. Mendes (1996) destaca alguns desses avanços que não poderiam deixar de ser considerados:

No campo das doenças imunopreveníveis, além da erradicação da poliomielite, há outros resultados expressivos. O sarampo passou de uma taxa de incidência de 42,8 por 100.000 habitantes em 1990 para 0,2 por 100.000 em 1993, uma redução de 99,9%; os coeficientes de incidência de difteria por 100.000 habitantes, apesar de ainda altos, apresentam tendência declinante, transitando de 0,50 em 1989 para 0,19 em 1993; o coeficiente de incidência de coqueluche por 100.000 habitantes declinou de 9,81 em 1989 para 2,42 em 1993; a taxa de incidência de tétano acidental baixou de 1,22 por 100.000 habitantes em 1989 para 0,77 por 100.000 em 1993; finalmente, a mesma tendência de queda nos casos e nos óbitos por tétano neonatal é observada no período de 1989 a 1993.

No que diz respeito às endemias, não obstante a persistência de situações graves como malária, alguns avanços têm sido notados. Mesmo na hanseníase, em que o Brasil saiu atrasado em relação a outros países, a prevalência por 10.000 habitantes caiu de 18,5 em 1990 para 10,5 em 1994; no mesmo período, a cobertura da poliquimioterapia subiu de 20,08% para 64,0%. As atividades de controle vetorial da doença de Chagas permitiram redução de mais de 70% nas áreas de infestação, com eliminação do *Triatoma infestans* em extensas regiões do país. Tem havido constante e continuado decréscimo da mortalidade por essa enfermidade o que, por sua vez, é indicador indireto de redução da morbidade. Os casos de internação hospitalar por doença de Chagas diminuíram de 2.177 em 1989 para 1.336 em 1993. Também é nítida a redução da frequência de formas graves de esquistossomose e da mortalidade causada por essa doença que diminuiu de 0,7/100.000 habitantes em 1980 para 0,3/100.000 em 1991. A raiva humana teve seu coeficiente de incidência reduzido de 0,15/100.000 habitantes em 1980 para 0,01/100.000 em 1994.

Também cabe mencionar, segundo Mendes (1996) o programa nacional de auto-suficiência em imunobiológicos. Esse programa, que se iniciou em outubro de 1985, continuou seu desenvolvimento normal durante o período do SUS. Por meio dele, o Brasil obteve auto-suficiência na produção nacional de vacina contra a febre amarela,

vacina BCG, vacina anti-rábica canina, vacinas contra meningites A e C, vacina dupla adulto, vacina anti-rábica humana, febre tifóide, toxóide tetânico e soros antipeçonhetos.

Em um questionamento interessante, Mendes (1996) pergunta qual seria o cenário se não houvesse o SUS. E responde que provavelmente apresentaria situação pretérita em que o sistema público permaneceria clivado em dois subsistemas: um para os integrados economicamente, atendidos em suas necessidades médicas, por um subsistema previdenciário, por meio do INAMPS; outro, para os não-integrados, que receberiam serviços de organismos estatais, federais, estaduais e municipais

O que questionamos no atual trabalho é: na prática esta população está sendo atendida em suas necessidades efetivas pelo SUS? Porque de fato existe uma clivagem que é feita do ponto de vista econômico, daqueles que podem pagar por um plano ou seguro saúde e daqueles que não tem condições econômicas e são atendidos pelo SUS. Obviamente que o SUS enquanto política pública é um direito, mas este direito está sendo respeitado?

Para Bravo (2007) há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou.

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortificados. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população tem sido fortalecida pois, com a pressão do não financiamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a “anti-política” social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social (SOARES, 2004 apud BRAVO 2007).

Para Mendes (1996) O Sistema Único de Saúde instituiu-se com base no princípio da universalidade. Por meio dele, incorporaram-se como cidadãos da saúde, possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, a partir da criação do SUS, 60 milhões de brasileiros, até então submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou à filantropia.

A contradição está em que esses brasileiros que ganharam com o SUS não estão socialmente organizados e são destituídos de voz política. Em outros termos, os ganhadores do SUS são maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação de opinião. Alcançaram, com o SUS, cidadania na saúde, mas permanecem subcidadãos políticos.

Paim (2009) ao analisar o processo de reforma sanitária no Brasil, acompanhando os autores acima, afirma que todos que acompanharam a concepção, nascimento e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo buscando formas de contornar adversidades e obstáculos nos últimos vinte anos tendem a enumerar diversas conquistas. Porém, diante da generosidade do projeto da reforma Sanitária Brasileira afirma não ser possível conter a indignação frente à persistência de certos problemas na realidade atual.

Alguns problemas referidos por Paim (2009) são os mesmos abordados por outros autores: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos.

Diante de tantas dificuldades, o que fazer para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde de todos os brasileiros?

É interessante o olhar sobre a reforma que tem o autor quando afirma que é possível afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendraram a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva.

Nesse aspecto particular, segundo Paim (2009) o SUS pode ser considerado uma política de saúde de natureza 'macro-social' derivada do projeto da reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde.

O SUS, afirma o autor, como um dos filhos mais diletos da reforma Sanitária Brasileira (mesmo não sendo o único) teve a sua história reconhecida a partir da sua formalização pela constituição cidadã. Mas, na verdade, a história real do SUS antecede

1988 e foi construída pelos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a reforma Sanitária brasileira.

Assim, concordam entre si os principais autores utilizados como referência neste texto, de que o SUS é um sistema em construção e que o desafio posto na atual conjuntura que tenha por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes em nosso país, aprofundadas recentemente é um amplo movimento de massas que retome as propostas de superação da crise herdada e avance em propostas concretas.

Na saúde, a principal reivindicação é o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária.

4. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL ENTRE 2007 E 2010 EM RELAÇÃO À ESTRUTURA FÍSICA, NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS.

*[...]A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda viva
E carrega a roseira pra lá[...]*

(Chico Buarque)

O Ponto de partida para a análise da política pública de saúde mental, aqui neste trabalho será a condição material de efetivação dessa política, ou seja, as estruturas dos serviços, a quantidade de servidores públicos envolvidos na tarefa e a dinâmica de funcionamento entre esses serviços, ou seja, será efetivamente analisado se houve ou não a construção de uma rede de saúde mental, e se houve, em que nível esta rede foi articulada entre os níveis de assistência, entre a baixa complexidade – atenção primária (UBS), médica complexidade ou os CAPS e a alta complexidade, no caso o Hospital de Clínicas.

A política pública pode ser analisada através de várias formas, algumas delas descritas na metodologia desta pesquisa, da observação direta, da leitura de documentos oficiais, de pesquisas científicas, e da fala dos sujeitos.

4.1 O RELATÓRIO DE GESTÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Secretaria de Estado de Saúde Pública – (SESPA), através de sua Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ligada à Diretoria Técnica, apresenta um documento chamado **Relatório de Gestão**. Este é um documento importante de ser analisado, pois fala sobre o modo que a SESPA pensou a saúde

mental, no período analisado, sua forma de organização, suas ferramentas administrativas e de planejamento.

Para além dos dados contidos nos relatórios de gestão da coordenação estadual de saúde mental, álcool e outras drogas, serão analisadas no presente capítulo as falas dos sujeitos entrevistados, gestores e representantes do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – MLA (usuários e trabalhadora) em uma articulação com a literatura específica na área.

Foi possível obter na pesquisa os relatórios de gestão da Coordenação de Saúde Mental dos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010.

a) Relatório de 2007

O Relatório de 2007 apresenta como “Indicadores do Programa”;

1. Nº de serviços extra-hospitalares implantados (CAPS);
2. Capacitações para equipe de CAPS e de Atenção Básica;
3. Visitas técnicas para avaliação e monitoramento dos CAPS

Segundo este Relatório de Gestão, os objetivos da coordenação seriam a “Implementação e ampliação da rede de saúde mental no estado”.

No campo do relatório “Metas Alcançadas”: a principal preocupação do gestor é em relação ao percentual de cobertura de serviços CAPS. O relatório afirma que em 2007 o Pará apresentou uma cobertura de 36,62% segundo o indicador CAPS/100.000 habitantes. Apresenta uma tabela com 26 serviços CAPS implantados no estado e apresenta a crítica em relação ao crescimento abaixo da meta, que deveria ter sido de 4 serviços e foi de 2 (Breu Branco e Brasil Novo).

No ano de 2007, em relação às 5 capacitações previstas, afirma que foram realizadas 4 nos municípios de Brasil Novo, Bragança, Altamira e Santarém.

Em relação às visitas técnicas para avaliação e monitoramento dos serviços, o relatório de gestão do ano de 2007 aponta que foram programadas 07 visitas sendo que foram realizadas 04 nos serviços: CCDQ, CIASPA, CAPS Cremação, CAPS Icoaraci, CAPS ad Marituba, CAPS Conceição do Araguaia, CAPS Altamira, CAPS Marabá, CAPS Goianésia, CAPS Santarém e CAPS Alenquer.

Em relação às dificuldades para desenvolver ações em saúde mental o documento enumera:

1. Várias mudanças na coordenação do programa, gerando uma descontinuidade nas ações programadas pela equipe técnica;
2. Escassez do profissional médico psiquiatra na equipe multidisciplinar dos serviços;
3. Dificuldade de acesso em consequência da diversidade geográfica do estado;
4. Não prioridade de um número significativo de gestores municipais para implantação de serviços de saúde mental;
5. Centralização da assistência nos municípios, em saúde mental, somente nos CAPS, descaracterizando seu objetivo;
6. Inexistência de um sistema informatizado que possibilite acompanhar e avaliar o perfil epidemiológico da saúde mental no estado.

b) Relatório de 2008

O relatório de gestão de 2008 é mais complexo do que o de 2007. Enquanto o de 2007 tem 2 páginas, sem uma formatação específica, o de 2008 tem 6 páginas com o que parece ser uma tentativa de padronizar relatórios, pois consta quadros como “Programa” “Responsável” “objetivo” “Metas Alcançadas”, “Conclusões e Sugestões” e um espaço para vistos da chefia imediata e do diretor.

No campo Programa, pág 1, aparece “Articulação entre as instâncias do SUS para o processo de gestão da Política Nacional de Saúde Mental”, com os objetivos:

- “Estimular e fortalecer nos municípios as ações de saúde mental na atenção básica com atendimento nos PACs e PSFs”; “Reorganizar o atendimento de Urgência e Emergência – com Treinamento e Capacitação para os profissionais dos CAPS, SAMU 192, Corpo de Bombeiros e Guarda Municipais.”

Como metas alcançadas neste item, consta no relatório:

- “Realização de I Curso para Gestores: A política pública de Saúde Mental: Marcos Teóricos e Legais – Centro Integrado de Governo – Belém, no período de 12 e 13 de março de 2008.

- Instituição do “Programa de Atenção Integral do Louco Infrator”, no período de maio de 2008.

- Realização de “Reuniões sobre Atenção e Remoção aos Pacientes em Crise, envolvendo diversos setores do SUS, no período de abril e maio de 2008.

- Realização de “Reunião Ampliada com Programa Nacional e Estadual de Saúde Mental”, em 10 de Abril de 2008.

A conclusão foi que essas atividades de busca de parceria entre municípios e demais segmentos fortaleceram as ações em saúde mental na atenção básica.

No campo “Programa: Construção da rede de atenção à saúde mental na atenção básica”, os objetivos seriam: “Prestar assessoria técnica aos gestores municipais na implantação e implementação das políticas municipais de saúde mental”, “implantar os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e qualificar os profissionais de saúde para apoio às equipe de saúde da família no estado do Pará”. Foram alcançadas as seguintes metas:

- Realização de “Debate: Saúde Mental na Atenção Básica: o papel dos NASF” em 16 de Maio de 2008;

- Realização de reuniões com a coordenação do programa de saúde da família, no período de maio a julho de 2008.

A conclusão foi que a inserção da saúde mental nos NASF contribui para a construção da rede de serviços na atenção básica, e portanto, para o adequado encaminhamento dos pacientes com base nos processos de referência e contra-referência.

Sobre o Programa: Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o Processo de Desinstitucionalização, o relatório de 2008 apresentou como objetivos: “implantar e implementar os serviços de CAPS nos municípios do estado do Pará”, “Implantar o serviço de Residências Terapêuticas”, “Expansão de Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais”. É válido ressaltar que estes objetivos não estão quantificados, ou seja, quantos CAPS estariam programados para serem implantados em 2008? Quantas residências terapêuticas deveriam ser implantadas? Quantos leitos a serem expandidos e em que regiões do Pará ou em que hospitais?

Como metas alcançadas, o relatório apresentou:

- visitas técnicas realizadas em municípios diversos: Breu Branco, Melgaço, Abaetetuba, Castanhal, Altamira, Breves e ao serviço CIASPA, em Ananindeua.

- Capacitação para os profissionais do CAPS de Breves e Melgaço entre 09 e 12 de Março de 2008;

- Instituição do Grupo de Trabalho Desinstitucionalização em Maio 2008.

- Reunião extraordinária sobre expansão de leitos psiquiátricos em Abril de 2008

- Curso de “Saúde Mental destinado aos trabalhadores do CIASPA e CCDQ em 05 e 06 de março de 2008;

- realização da “III chamada para supervisão clínico-institucional dos CAPS e rede de atenção psicossocial em 09 de maio de 2008;

- Instituição do Grupo Técnico Expansão de Leitos Psiquiátricos no período de julho e agosto de 2008.

Enquanto conclusões, a coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas aponta que ocorreu um avanço significativo nas ações da coordenação no sentido da expansão dos serviços de CAPS, com a inauguração de 02 CAPS na 8ª RPS, até então descoberto de serviços. Além disso, afirma o relatório que os profissionais receberam capacitações antes de iniciarem suas atividades nos serviços inaugurados, atendendo as normas ministeriais. No que diz respeito à expansão de leitos psiquiátricos no estado do Pará o relatório afirma que “ainda necessita de uma melhor estruturação na implantação desse serviço”.

No que diz respeito ao programa “Estratégia de Atenção para Transtornos associados de Álcool e Outras Drogas”, o objetivo seria identificar a utilização e compreensão do conceito de reabilitação psicossocial na atenção aos problemas associados ao consumo de álcool e drogas.

As metas alcançadas segundo o relatório de gestão de 2008 foram:

- Realização do curso “Clínica na Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas”, no período de maio de 2008;

- Realização do Seminário “Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas” no período de Junho de 2008;

- Realização do Curso de Capacitação sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas – Centro de Cuidados para Dependentes Químicos, no período de 23 a 25 de junho de 2008.

A conclusão deste programa foi que a realização das atividades possibilitou a capacitação de recursos humanos para manejos de pacientes usuários de álcool e outras drogas.

No programa “Formação Permanente de Recursos Humanos para Atenção à Saúde Mental”, o objetivo seria criar uma política de valorização para os profissionais que atuam na área de saúde mental, através de educação continuada.

As metas alcançadas neste tópico foram:

- Realização de Seminário “As Faces da Angústia e suas Reverberações no Campo da saúde mental” realizado no auditório Dr. Ronaldo Araújo, Hospital de Clínicas em Belém, no período de 28 e 29 de janeiro de 2008;

- Realização do I Encontro Paraense de Saúde Mental: 20 anos do SUS no Brasil e 10 anos da Luta Antimanicomial no Pará no auditório da Fiepa em Belém, em 02 de março de 2008;

- Participação de técnicos da coordenação no curso de noções básicas em saúde mental e reforma psiquiátrica realizado no HC em Belém entre 05 e 07 de Março de 2008;

- Realização do debate “O Papel Estratégico do CAPS na rede de atenção em saúde mental” – SEPOF, 07 de Abril de 2008;

- Realização do seminário “Para Avançar a Reforma Psiquiátrica no estado do Pará: construindo uma agenda positiva – auditório Dr. Ronaldo Araújo – FHCGV, 10 de Abril de 2008.

- Realização do curso “saúde mental e Reforma psiquiátrica: história, concepções e práticas, em 10 de abril de 2008.

- Realização da semana alusiva ao Dia da Luta Antimanicomial (18 de Maio) – “A saúde vai à praça: exposição de produtos dos serviços e apresentações culturais dos CAPS”; II Mostra de Cinema e Loucura – Local: auditório da escola de governo; Audiência pública: Como anda a saúde mental no Estado do Pará” – Assembléia Legislativa, no período de 16 a 29 de Maio de 2008.

Como conclusão dessas ações, o relatório sugere que ocorreu um progressivo avanço nas ações da coordenação com a efetivação da reforma psiquiátrica no Pará.

c) Relatório de 2009

O relatório de gestão de 2009, novamente se apresenta sem uma formatação específica, com 2 páginas. Apresenta o título: “Destaque – O Estado Melhora Indicador de Saúde Mental” e logo abaixo enumera as várias ações executadas no ano de 2009 em um campo chamado Evento:

- I Encontro Paraense de Serviços Substitutivos em Saúde Mental (09 e 10 de dezembro);

- I Seminário de saúde mental para gestores municipais de saúde (Abril)

- Encontros regionais de saúde mental (Santarém – Setembro de 2009; Castanhal – Novembro de 2009; Marabá – Outubro de 2009 e Conceição do Araguaia – Novembro de 2009);

- Exposição da Mostra Memória da Loucura (Maio);
- II seminário História, Loucura e Memória: a saúde mental no Brasil (Junho);
- Implantação do terceiro CAPS III (Maio)
- Apoio à marcha dos usuários à Brasília (Setembro)
- Lançamento do livro e selo “História, Loucura e Memória” (10 de Dezembro)

Foram realizadas no ano de 2009 capacitações nos municípios de Traquateua, Soure, Redenção e Conceição do Araguaia.

No campo visita técnicas e de monitoramento, o relatório de gestão de 2009 não aponta quantas foram realizadas e nem os locais, somente indica os nomes de duas técnicas que os teriam realizados.

O relatório apresenta 5 pontos a serem considerados, sendo que o primeiro é:

1. O Estado Melhora o Indicador de Saúde Mental: no ano de 2009, o estado melhorou o indicador de cobertura assistencial (CAPS/100.000 hab) saindo de uma baixa cobertura (0,27 CAPS/100.000 hab) para uma regular cobertura (0,37 CAPS/100.000 hab). O relatório menciona que apesar do crescimento da rede CAPS (de 31 em 2006 para 42 em 2009), o Ministério da Saúde precisa habilitar 7 dos 42 CAPS existentes, o que ainda melhoraria o indicador naquele momento.

O relatório faz algumas observações sobre a expansão da rede CAPS: 1) tal expansão ocorre nos municípios de médio e pequeno portes, ou seja, “está havendo a interiorização da rede CAPS, avanço importante na descentralização do cuidado”; 2) Neste ano, com a inauguração do CAPS Grão-Pará a rede de CAPS III cresceu de um para três, contando ainda com o 1º CAPS III AD da região norte, o CCDQ; o relatório aponta ainda que o quarto CAPS III, o de Castanhal seria implantado até o final daquele ano e que havia a projeção de abertura de 13 novos CAPS em 2010.

Enquanto desafio, o relatório de 2009 afirma que apesar do crescimento é necessário superar duas importantes lacunas: a ausência de CAPS nos municípios de Itaituba e Cametá que possuem mais de 100.000 habitantes e em duas regionais de saúde, a 7ª e a 8ª regionais.

2. Implantação dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) no estado: importante estratégia de qualificação das equipes do saúde da família, os NASF tem como uma de suas atribuições a inclusão do cuidado em saúde

mental na atenção básica, antiga reivindicação e passo importante na ampliação da atenção em saúde mental. Em 2009 existiam 24 NASF habilitados no Pará e 10 em funcionamento, daí a importância da qualificação dos gestores municipais e das equipes para as ações em saúde mental.

3. Qualificação da Gestão e da Atenção: No que diz respeito à qualificação, o relatório de gestão de 2009 afirma que além do I Seminário de Saúde Mental para Gestores Municipais de Saúde, foram realizados mais quatro encontros regionais de saúde mental, com a participação de 450 pessoas cujo objetivo foi a construção das agendas locais de saúde mental;

Para além desses encontros regionais afirma ainda que ocorreram mais de 20 eventos de capacitação entre cursos, oficinas e seminários destinados aos trabalhadores, porém diferentemente dos anos anteriores, não especifica que cursos foram esses, os locais e os períodos em que teriam ocorrido. O relatório faz a observação que este número de capacitações ainda é insuficiente para a capacitação permanente dos trabalhadores em saúde mental. Ou seja, à expansão da rede de serviços não há uma correspondente qualificação para os profissionais. Esta qualificação deve ser encarada como um desafio permanente par gestores e trabalhadores

Outro ponto que merece ser destacado é relativo ao serviço de supervisão clínico-institucional de CAPS. Houve segundo este relatório, em 2009, um incremento, passando de 03 supervisores em 2006 para 16 em 2009. Porém há a ponderação que apesar do incremento e interiorização é preciso que sejam criados espaços de troca de experiência entre os supervisores (algo como uma “escola de supervisores”) para formar supervisores, pois um problema detectado foi que em 2009 somente quatro municípios encaminharam projetos ao edital do Ministério da Saúde e a carência de mão-de-obra especializada pode ser um dos fatores que ocasionou este fato.

4. Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental: O estado em 2009 contava com 84 leitos psiquiátricos segundo o documento (entre CAPS III e hospitais gerais), sendo que 90% destes concentrados em Belém. A coordenação de saúde mental avaliava como fundamental que municípios polos (Marabá, Castanhal, Ananindeua, Altamira, Conceição do Araguaia e Cametá) pudessem estruturar serviços de leitos em hospitais gerais ou em CAPS III em sua rede de atenção à crise. Em relação à Belém apontava a inclusão do SAMU ainda como um desafio na atenção à crise.

5. Inclusão Social pelo Trabalho e Cultura: Apesar de algumas experiências locais bem sucedidas (o relatório não especifica quais) no campo da geração de renda e

na produção de objetos e ações culturais, estes continuam os pontos mais frágeis na implementação da rede de saúde mental. O Ministério da Saúde e FIOCRUZ têm lançado editais de fomento a essas ações, o relatório aponta que é importante que os gestores locais fiquem atentos aos mesmos, além de buscarem parcerias com as secretarias de trabalho e cultura. É interessante notar que neste ponto a responsabilidade é repassada aos gestores locais, como se não coubesse à coordenação de saúde mental o papel de articular com estes gestores ou minimamente capacitá-los para responder aos editais.

Enquanto avaliação final do relatório de gestão de 2009, a coordenação de saúde mental avalia que foi realizado um avanço considerável na implantação de CAPS e leitos de atenção à crise, porém muito pouco na construção dos demais dispositivos da rede substitutiva: atenção primária, inclusão social pelo trabalho e cultura, residências terapêuticas etc.

d) Relatório de 2010

O Relatório de Gestão de 2010, com outra estrutura, subdivide-se em “Ações”, “Rede CAPS”, “Valores Mensais de Custeio para novos CAPS”, “Leitos de Atenção em Saúde Mental”, “Inclusão Social pelo Trabalho e Cultura”, “Saúde Mental na Atenção Básica: Implantação dos NASF” e uma tabela com os “Municípios que receberam incentivos financeiros para implantação de CAPS”, com os tipos de CAPS e os valores dos incentivos.

No campo Ações destacam-se:

- Participação na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial – realizada em Junho de 2010, sendo que as etapas regionais aconteceram em Abril e Maio;

- Carnaval da diversidade: de sambista e louco todo mundo tem um pouco! – 2º carnaval de rua com os serviços de saúde mental da capital, com a participação de aproximadamente 200 brincantes;

- Capacitação à rede de saúde mental de Bragança: 23 e 24 de Fevereiro;

- Inauguração do CAPS I do município de Traquateua: 26 de Fevereiro;

- Inauguração do CAPS I do município de São Miguel: 01 de março;

- Inauguração do CAPS II do município de Soure: 05 de março;

- Apoio ao I Evento preparatório à IV Conferência estadual de saúde mental, organizado pelo MLA em 12 de Março;
- Inaugurações de CAPS: Ananindeua (Abril), Castanhal (Abril), Moju (Abril), Mocajuba (Abril), Santarém (Abril);
- Inauguração de Residência Terapêutica: Belém;
- Capacitações: Ananindeua, Castanhal, Mocajuba e Santarém;
- Visita técnica e Capacitação: Paragominas;
- Apoio ao II evento Preparatório à IV Conferência Estadual de Saúde Mental, organizado pelo MLA em 25 de março.

No campo “Rede CAPS”, o relatório informa que foram contabilizados 44 serviços, sendo 38 habilitados junto ao Ministério da Saúde. Os demais em processo de habilitação.

No campo “Valores Mensais de Custeio para novos CAPS” há a informação de que há valores fixos de custeio/mês, repassados pelo Ministério da saúde aos CAPS implantados a partir de junho de 2009 e que este recurso é utilizado para manutenção dos CAPS. Na época, os valores eram: CAPS I (RS 21.804,00/mês), CAPS II, CAPS AD e CAPS i (R\$ 32.000,00/mês) e CAPS III (R\$ 45.000,00/mês).

Quando fala em “Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental”, o relatório continua apontando os dados de 2009 de 84 leito psiquiátricos (entre CAPS III e hospitais gerais), sendo que 90% destes concentrados em Belém, porém destaca a reestruturação ocorrida em 2009 na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna traduzida na ampliação de 10 para 24 leitos de urgência e emergência, e a redução de leitos no setor de internação breve, adequando-se às portarias ministeriais e oferecendo um atendimento mais adequado à população. Não houve aumento de leitos em 2010 em hospitais gerais em 2010.

Sobre “Inclusão Social pelo Trabalho e Cultura”, os CAPSi de Altamira, CAPS Araguaia (Conceição do Araguaia), CAPS II, AD de Santa Izabel e CAPS II de Marabá tiveram projetos aprovados na I Chamada para Seleção de Arte, Cultura e Renda de Saúde Mental (Portaria GM 1169, de 07.07.05), lançada pelo MS, cujo objetivo centra-se na ampliação do acesso à arte, cultura e renda, promovendo inclusão social e melhoria nas condições de vida das populações.

No campo “Saúde Mental na Atenção Básica”: implantação dos NASF”, o relatório de gestão de 2010 aponta que eram 24 o número de serviços no estado em processo de implantação.

Quando se refere aos “Municípios que receberam incentivos financeiros para implantação de CAPS” em 2010, o relatório apresenta a seguinte tabela:

Quadro 3 Municípios que receberam incentivos financeiros para implantação de CAPS em 2010

MUNICÍPIO	TIPO DE CAPS	INCENTIVO FINANCEIRO
BELÉM	CAPS III (RENASCER)	R\$ 30.000,00
	CAPS III (ICOARACI)	R\$ 30.000,00
ANANINDEUA	CAPS III	R\$ 30.000,00
	CAPS i	R\$ 30.000,00
CASTANHAL	CAPS III	R\$ 30.000,00
TRAQUATEUA	CAPS I	R\$ 20.000,00
SÃO MIGUEL DO GUAMÁ	CAPS I	R\$ 20.000,00
BARCARENA	CAPS I	R\$ 20.000,00
IGARAPÉ-MIRI	CAPS I	R\$ 20.000,00
MOJU	CAPS I	R\$ 20.000,00
SOURE	CAPS II	R\$ 20.000,00
PORTEL	CAPS I	R\$ 20.000,00
SANTARÉM	CAPS AD	R\$ 50.000,00
ELDORADO DOS CARAJÁS	CAPS I	R\$ 20.000,00
NOVO REPARTIMENTO	CAPS I	R\$ 20.000,00
SÃO DOMINGOS DO ARAGUAIA	CAPS I	R\$ 20.000,00
MOCAJUBA	CAPS I	R\$ 20.000,00
OURILÂNDIA DO NORTE	CAPS I	R\$ 20.000,00

Fonte: relatório de gestão da coordenação estadual de saúde mental, álcool e outras drogas da SESPA, 2010.

De uma maneira geral, os relatórios de gestão da coordenação de saúde mental da SESPA, apesar de serem documentos sem uma padronização, em geral possuem

informações sobre o trabalho realizado e apresentam até mesmo críticas e sugestões para melhoria de processos internos.

Um dado chama a atenção, entretanto: a ausência de dados. É que para além das informações do relatório de 2010 sobre repasse de incentivo financeiro pelo ministério da saúde para implantação de CAPS nos municípios da tabela acima, não foi encontrado mais nenhum dado referente à planejamento ou execução orçamentária para a área da saúde mental no dito documento. Em entrevista ao coordenador da época e à atual coordenação de saúde mental, foi solicitado pela pesquisadora dados referentes ao orçamento que esta coordenação dispunha entre 2007 e 2010 para execução de suas ações, bem como dados referentes ao orçamento da saúde mental do estado do Pará. A resposta foi que não estes dados não estavam disponíveis, apesar de já terem sido solicitados ao setor competente por diversas vezes (sic). Ou seja, a coordenação estadual de saúde mental não tinha (entre 2007 e 2010) e ainda hoje não tem conhecimento do que há de recursos disponibilizados para a saúde mental do estado.

Quando se pensa em termos de planejamento, é quase impossível pensar em realizar de maneira racional um plano com objetivo de “implementar e ampliar a rede de atenção à saúde mental no estado” sem ter conhecimento da quantidade de recursos disponíveis para a execução deste objetivo.

Sabe-se que os recursos para implantação e manutenção dos CAPS são repassados diretamente do fundo nacional de saúde para os fundos municipais, porém os recursos para manutenção dos CAPS que estão sob gestão da SESPA e ainda estes recursos utilizados para capacitações, visitas técnicas, encontros de gestores, apoios à movimentos sociais poderiam estar organizados de algum modo pelos setores competentes da SESPA de modo a facilitar o planejamento e gestão dos recursos pela coordenação de saúde mental.

4.2 A FALA DOS SUJEITOS

Vários aspectos presentes no relatório de gestão da secretaria e muitos outros foram abordados pelos sujeitos da pesquisa durante as entrevistas. O que será apresentado a seguir é a discussão dessas falas, com a proposição de fazer relação com o que foi apresentado pela SESPA nos dados oficiais e em um esforço de articulação com a literatura. O resultado deverá ser a análise da efetividade da política pública de saúde

mental no estado do Pará entre 2007 e 2010 no que diz respeito à estrutura física e dinâmica de funcionamento dos serviços e da rede de atendimento.

As entrevistas se preocuparam antes de qualquer coisa em tentar compreender o processo histórico vivenciado no Pará, o contexto em que aquelas pessoas estavam assumindo a gestão dos serviços ou a direção do movimento social e é isso que será evidenciado a seguir. A opção por deixar trechos transcritos integralmente se deu para dar ao leitor a oportunidade de entrar em contato o máximo possível com a experiência dos sujeitos, trazendo a este trabalho de análise de política pública uma característica qualitativa, de “escuta” das subjetividades para além dos dados puramente quantitativos.

4.2.1 Momentos Iniciais

Havia por parte da pesquisadora uma preocupação inicial de compreender qual a capacidade organizativa que poderia ser expressa através das estruturas físicas ou dos momentos históricos vivenciados, desafios, principais dificuldades que poderiam ser caracterizadas pelas estruturas de gestão/serviços/movimento possuíam no momento.

Esta preocupação quando expressa em relação à coordenação de saúde mental, que tem a tarefa complexa de garantir a “Implementação e ampliação da rede de saúde mental no estado,” teve por parte do coordenador estadual do período em questão a seguinte resposta:

[...].Em relação à estrutura e funcionamento da equipe da coordenação de saúde mental: “quando eu cheguei à coordenação havia uma escassez de recursos de informação no que diz respeito a computadores. Havia uma mesa para reuniões com a equipe e a equipe de trabalho tanto de manhã quanto a tarde somavam 6 (seis) pessoas. Ao final do trabalho, nós contávamos com 11(onze) pessoas na coordenação de saúde mental e um computador para cada dois técnicos. Então a gente conseguiu aumentar consideravelmente esta estrutura de recurso com um FAX, que até então a gente só tinha uma linha que nem sequer fazia discagem direta. Então ao final a gente conseguiu estruturar a equipe de saúde mental e capacitar a equipe que não tinha[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Nesta fala fica evidenciado o nível de precariedade do trabalho da coordenação de saúde mental quando esta gestão assumiu o trabalho. Realizar a tarefa de “implementar e ampliar uma política pública” com uma equipe de 6 (seis) pessoas, computadores insuficientes, inexistência sequer de uma linha telefônica e um FAX com

certeza deveria ser complicado. Por outro lado, o nível de satisfação na fala do coordenador com as “melhorias” conseguidas (aumento para 11 técnicos, sendo que cada um divide um computador, e uma linha telefônica com FAX) pode refletir que as dificuldades para efetivação da política poderiam ser de grande porte.

Esta precariedade pode ser resultado dos problemas estruturais ligados ao processo de construção de políticas sociais universais em países periféricos como o Brasil em contextos neoliberais como afirma Vasconcelos (2010). Segundo o autor essa conjuntura mantém ou acentua a crise do Estado, o desinvestimento nas políticas sociais (particularmente em saúde pública). A realidade do Pará não é diferente deste contexto, visto que a Amazônia tem papel fundamental no jogo do capitalismo que o Brasil faz parte.

Ao retornar à análise da entrevista, no final do parágrafo, o coordenador afirma que conseguiu capacitar a equipe, o que é um dado relevante e que pode ser verificado nos relatórios de gestão através dos vários cursos de capacitação ocorridos no período. (ver págs 61 a 65.). Ainda em relação a esta importante questão “Capacitação”, o coordenador de saúde mental afirma:

[...]Que na verdade era uma capacitação continuada em que nós precisávamos dar conta de um processo a longo prazo. E as questões mais emergenciais ficavam a cargo da minha pessoa mais diretamente, por exemplo, situações de atenção a crise nos serviços, questões de financiamento, visitas nos municípios com maior problema na área de saúde mental ficavam sob minha responsabilidade. Nessas situações eu levava também os técnicos para eles aprenderem continuamente. Eu considero que ao final é que a gente não consegue fechar um ciclo, nós chegamos bem perto, parece que faltou um tempo a mais. Houve mudança de governo, né? Mas eu acho que houve um trabalho muito razoável e muito técnico de formação dessa equipe. Ao mesmo tempo que a gente tinha essa carga de formar essa equipe tinha a carga de formar trabalhadores da área de saúde mental. Muitos estavam entrando por concurso, muitos estavam saindo. Ao final podemos dizer muito tranquilamente que conseguimos colocar os trabalhadores em um processo de educação continuada para que pudéssemos dar conta das demandas mais emergenciais dentro dos serviços[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Ou seja, para além da tarefa de estruturação e ampliação da rede, havia a tarefa de capacitar os trabalhadores dos serviços para este novo modelo de atendimento em saúde mental, tarefa complexa e urgente. Segundo a avaliação de V, apesar dos esforços, não houve tempo suficiente para que a tarefa pudesse ter continuidade, pois se

tratava de um esforço de educação continuada e o motivo teria sido a mudança de governo. Novamente a questão da descontinuidade dos programas em função de mudanças políticas interferindo no processo de implementação das políticas públicas. Será aqui aberto um parênteses para tratar desta questão de educação continuada já que o coordenador coloca já na sua fala inicial, porém este assunto será abordado ao longo do trabalho por diversos outros sujeitos.

Na fala do coordenador de saúde mental, alguns pontos merecem ser destacados. Em primeiro lugar, a centralização do processo de capacitação na sua pessoa, o que ele mesmo explica ter ocorrido por escassez de mão-obra qualificada na equipe da coordenação. Este é um dado relevante, pois ao constatar um estado com 144 municípios, possivelmente se houvesse mais pessoas capacitadas na coordenação de saúde mental, o seu objetivo final seria atingido de forma mais eficaz. Entende-se assim, que qualificação deveria ser uma das prioridades fundamentais para a equipe do setor, ou a transferência imediata de outros setores de pessoas qualificadas para que o trabalho pudesse ter início. Ao mesmo tempo, o coordenador cita que também tinha a tarefa de qualificar os trabalhadores dos serviços de saúde mental sob gestão estadual. Segundo o relatório de gestão da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas foram realizadas um total de 51 capacitações no período de 04 anos, entre cursos, encontros, simpósios etc. conforme se pode observar e para diversos públicos. Este número de capacitações ainda que signifique uma iniciativa considerável, como será analisado segundo a fala do coordenador e de outros sujeito da pesquisa, tanto da gestão quanto do movimento social, como veremos em outro momento, não foram suficientes para atender as necessidades dos trabalhadores dos serviços que necessitam estar preparados para um novo modelo de atenção à saúde mental. Este novo modelo não é simples e exige dos trabalhadores, para além das habilidades técnicas de suas áreas profissionais, uma capacidade de trabalho em equipe interdisciplinar e de lidar com a escuta do outro, com a compreensão de um tipo de sujeito que exige do trabalhador reflexão contínua sobre si mesmo.

Tabela 4: Capacitações em saúde mental por ano entre 2007 e 2010

Ano	Nº de Capacitações	Ver Pág
2007	05	61
2008	15	63,64,65
2009	25	65,66,67

2010	06	68, 69
Total	51	

Sobre este assunto Guljor, ao discutir os CAPS e as transformações do modelo de assistencial em saúde mental afirma:

Essa relação com o usuário também se reflete na dinâmica das relações entre os membros da equipe. Os profissionais passam a fazer parte da construção do desenho institucional. As relações horizontalizadas predispõem a democratização das relações. O paradigma biomédico é colocado em xeque e com este as funções cristalizadas. Neste paradigma, com múltiplas intervenções, a execução das tarefas se dá a partir do vínculo terapêutico e a partir de um olhar individualizado para cada história. Busca-se o rompimento com o modelo de funções hierarquizadas e respostas padronizadas (GULJOR, A.P. F, 2003, p. 44).

É importante esta questão da capacitação para a mudança do modelo de assistência uma vez que depende em grande medida do preparo do profissional do serviço de saúde para lidar com as demandas que chegarão até ele.

Deixando um pouco de lado por hora esta questão de capacitação e retornando a discussão base, sobre o momento histórico vivenciado e a estrutura dos serviços foi feito o questionamento em relação à 1ª Regional de Proteção Social (1ª RPS) . É preciso explicar o que vem a ser administrativamente a 1ª RPS na SESPA e qual a sua importância na rede de atenção à saúde mental da região metropolitana de Belém. Segundo o diretor da época pesquisada:

[...]A SESPA tem 13 regionais de saúde e cada regional tem uma área de abrangência em termos geográficos de estrutura administrativa que cobre o planejamento, o funcionamento e o monitoramento dos serviços de saúde de sua área de abrangência. A 1ª regional tem como área de abrangência os municípios da área metropolitana de Belém, os municípios de Belém, Santa Bárbara, Marituba, Benevides, e Ananindeua. Não atua especificamente na execução dos serviços, mas no monitoramento do funcionamento das políticas públicas ligadas ao SUS[...] (L, Diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor, 2012).

Todos os serviços de saúde mental pesquisados neste trabalho (CAPS Renascer, UBS Pedreira e Hospital de Clínicas) estão localizados na área de abrangência da 1ª RPS, daí a importância de se compreender a situação da regional e o papel desempenhado no Estado.

Segundo o diretor da 1ª RPS, o grande desafio no atual modelo que vivemos no Estado do Pará, é o fato do governo do Pará ainda desempenhar muitos papéis que seriam dos municípios, por exemplo, funcionamento das Unidades de Referência Especializada (URES) então ainda são mantidas pelo Estado dentro do governo do Pará pela SESPA enquanto deveriam estar na verdade sendo gerenciada, planejadas, e executadas pelos municípios, na sua opinião.

Ainda no sentido de compreender o papel da 1ª RPS, foi solicitado ao entrevistado que explicasse se faria parte das atribuições da regional organizar o fluxo de rede. E ele explica que

[...]Na verdade esse seria um dos papéis principais, só que pela estrutura que foi recebida pelo governo do Estado de governos anteriores nós tínhamos ainda uma estrutura de gestão encharcada por serviços, com muitos serviços, e a 1ª regional é o melhor exemplo. Porque é a única regional de saúde dentro das 13 regionais de saúde que tem oferta de tanto serviço dentro da sua área de abrangência. O papel das regionais não é esse: oferecer serviços, é organizar rede de serviços, é monitorar rede de serviços, é articular rede de serviços pra que elas funcionem, desde a baixa complexidade, a média complexidade e a alta complexidade, mas pelo que foi herdado, a 1ª regional ainda executa muitos serviços. Então ao mesmo tempo tem que planejar, tem que monitorar, tem que organizar a rede, e ainda tem que executar serviços. Isso realmente cria um nó na gestão muito grande[...] (L, Diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor).

A fala do diretor da 1ª regional suscita muitos questionamentos, em primeiro lugar, em relação ao papel do Estado na condução na política pública de saúde. Esta questão é de fundamental importância ao se tentar analisar a efetividade de uma política pública neste contexto.

Ao analisar a Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde, Cordeiro (2001) ao fazer uma retrospectiva da história do Sistema Único de Saúde, seu contexto, dificuldades e avanços, afirma que foi resultado no Brasil do movimento mais geral de lutas pela redemocratização do país e contra o regime militar de 1964, mobilizando, inclusive, iniciativas para reforma do sistema de saúde a partir de críticas e denúncias do resultado perverso da centralização autoritária e da concentração de poderes. Assim surgiu o movimento municipalista em saúde, gerando projetos de mudança em municípios como Niterói, Campinas e Londrina, disseminando-se ao longo da década de 70 em prefeituras governadas por partidos de oposição ao regime militar.

Essa é a origem da luta pela municipalização, uma tentativa de fazer o planejamento e a execução em saúde chegar mais próximo ao cidadão, de gerar fortalecimento à sociedade.

Este processo, entretanto é marcado por contradições no Brasil. Dain (2000) *apud* Cordeiro (2001) explica que a Constituição de 1988 pretendeu definir condições e princípios para um novo pacto federativo, procurando conciliar a descentralização com critérios de partilha de recursos arrecadados pela União para estados e municípios, com ampliação da carga tributária da União associada, principalmente, às contribuições sociais que não são transferidas para outras instâncias da federação.

A despeito de todas as dificuldades do processo de descentralização da saúde pública, que obviamente perpassam por condições de financiamento, de critérios de partilha e até de um novo pacto federativo como colocam os autores acima, o fato é que o Art. 17 da Lei 8.080/90 (BRASIL, 2006) que trata da competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) afirma que compete:

- I- Promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações em saúde;**
 - II- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);**
 - III- Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços em saúde;**
 - IV- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) De vigilância epidemiológica;
 - b) De vigilância sanitária;
 - c) De alimentação e nutrição;
 - d) De saúde do trabalhador.
 - V- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
 - VI- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
 - VII- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;**
 - VIII- Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
 - IX- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;**
 - X- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
 - XI- Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;**
 - XII- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
 - XIII- Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - XIV- O acompanhamento, a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federativa.
- (BRASIL, 2006, Pág.18, 19 grifos meus)

Isto posto, e a despeito da compreensão da lei, o gestor parece ter crítica de que o papel do Estado não é o que o vem cumprindo, de oferecer serviços diretamente, inclusive nos CAPS sob gestão estadual, porém a realidade de ausência de uma rede municipal articulada e pronta para receber esta demanda proveniente dos municípios provoca uma situação de difícil resolução para quem está na gestão dos serviços de saúde. O artigo I é claro quando aponta que cabe à direção estadual promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações em saúde e o que o diretor da 1ª RPS chama a atenção para o que *deveria ser* o papel da regional é justamente o que se encontra no artigo II: acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde, além de III: prestar apoio técnico e financeiro e executar **supletivamente**, ações e serviços em saúde, ou seja, não sendo o ator principal, somente em casos onde o município ainda não tenha assumido integralmente. Não é o que se observa na prática no Pará e a fragilidade da rede é um dado da realidade a ser observado em todas as áreas da saúde pública, não só da saúde mental.

Sobre o contexto encontrado, a mesma questão foi colocada ao diretor do Hospital de clínicas, de modo a compreender a situação do hospital:

[...]Em 2007 e 2008 nós tínhamos um sério e grande problema, que era a demanda de pacientes psiquiátricos em surto, em crise estava aumentando. O número de pacientes que batiam à nossa porta estava aumentando muito. Então assim, se o Hospital de Clínicas foi projetado pra atender um volume X, nós estávamos muito além já, tipo 2X, 3X, praticamente duplicou, triplicou nossa demanda naquela época. Então assim, a clínica psiquiátrica naquele momento era composta pela emergência psiquiátrica, pelo setor de internação breve e nós tínhamos também o Hospital Dia. Então a emergência psiquiátrica naquela época contava com 10 leitos de observação, a internação breve contava com mais ou menos uns 50 leitos e o hospital dia também tinha a sua cota, eu acho que eram 40 pacientes no hospital dia. Então naquela época, o hospital, além de atender a crise aguda, ainda tinha digamos assim o compromisso com o paciente que apresentou melhora da crise, mas que ainda não poderia fazer o tratamento dele em uma unidade de saúde porque na época em que o hospital foi construído, nós éramos o único polo de psiquiatria, a única referência psiquiátrica e em saúde mental, naquele momento, final dos anos 90, então foi necessário criar também o hospital dia. De 2008 pra cá foi que nós mudamos um pouco o nosso foco de atendimento porque entendemos a partir daquele momento que o hospital, o perfil dele, é atender a crise psiquiátrica. Na rede de saúde mental, o paciente que precisa do nosso atendimento é o paciente em crise[...] (J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012).

O diretor assistencial do Hospital de Clínicas, médico psiquiatra, afirmou no início da entrevista que assumiu o cargo de gestão no hospital (responsável por todas as clínicas) em um momento de crise da clínica psiquiátrica. A situação de superlotação da emergência psiquiátrica no hospital de clínicas era tão grave que o hospital chegou a ser manchete em telejornais estaduais e nacionais, tamanha a precariedade no atendimento.

Na noite de 14 de agosto, a TV Liberal exibiu as imagens de uma reportagem que devia desencadear efeitos semelhantes aos do escândalo que envolveu a Santa Casa de Misericórdia do Pará, três meses antes. A chamada da matéria já dizia tudo sobre seu propósito: “Descaso e sofrimento dos que precisam de atendimento psiquiátrico no Hospital de Clínicas”. Uma câmera oculta revelava o interior da emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Viana: pacientes deitados sobre colchões estendidos no chão, se alimentando ali mesmo ou em estado de extrema agitação, na fila de espera por atendimento (Pinto, 2008).

Assim, a alta complexidade estava pressionada de tal maneira que era urgente de fato que a rede de atenção psicossocial fosse estruturada no Pará, ou havia o temor de que os escândalos nacionais continuariam a ocorrer. Este é sem dúvida um fator a ser levado em consideração no momento de analisar a expansão quantitativa da rede de atenção em saúde mental.

Como medida imediata após este escândalo de 2008 no Hospital de Clínicas, segundo Pinto (2008) e quatro horas depois que a reportagem foi ao ar, pouco depois da meia-noite, o site do Diário Oficial do Estado na internet divulgou decreto da governadora Ana Júlia Carepa exonerando o presidente da fundação responsável pelo hospital, e o diretor assistencial.³

Ao contrário do que também aconteceu com a Santa Casa, a demissão foi imediata, sem esperar sequer pela edição impressa do D.O. No primeiro dia útil após a exoneração (segunda-feira, 18 de agosto), decretada no feriado da adesão do Pará à independência, a secretária de saúde, Laura Rossetti, anunciou que acabara de assinar convênio com uma clínica particular de psiquiatria de Belém, como forma de aliviar a pressão sobre o Hospital de Clínicas e evitar as cenas chocantes exibidas pela TV Liberal (PINTO, 2008).

Esta medida deixa claro que a opção por uma solução imediata no âmbito do privado foi o caminho escolhido no momento de crise. O Contrato com a clínica particular seria por um período de seis meses, durante o qual os CAPS seriam adequados para receber a demanda dos pacientes em crise e aliviar a pressão sobre a emergência psiquiátrica do HC. Como se sabe, até hoje, 2012, somente o CAPS III Grão-Pará e o CAPS III ad CCDQ tem acolhimento noturno. Aliás, cabe aqui a

observação que no mês de Abril de 2012 um convênio semelhante a este com a mesma clínica particular foi reativado, com a justificativa da superlotação da emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas e a promessa de que os CAPS III estarão em funcionamento nos próximos seis (6) meses.

O jornalista Lucio Flávio Pinto também afirma na reportagem que um dos motivos para o aumento da demanda da emergência psiquiátrica no Hospital de Clínicas teria sido o cancelamento de um convênio com o Hospital Divina Providência, em Marituba, para reserva de 10 leitos como retaguarda para pacientes do Hospital de Clínicas.

A observação do jornalista Lúcio Flávio Pinto sobre o cancelamento súbito do convênio da SESPA com o Hospital Divina Providência não tinha aparecido nas entrevistas e em nenhum documento da pesquisa até aqui, porém explicar a superlotação da emergência psiquiátrica, o caos de toda uma rede de assistência, a fragilidade dos CAPS municipais, a ausência do Estado, dos municípios, de uma rede de medicações adequadas na atenção básica em função do cancelamento de um convênio de 10 leitos que serviam de retaguarda à internação breve e nem sequer à emergência psiquiátrica reflete o pouco aprofundamento no tema.

Sobre a questão estrutural do serviço, a diretora do CAPS Renascer ao ser abordada afirmou:

[...]Quando eu entrei o CAPS tinha poucos funcionários. Eu entrei há 6 anos como servidora. Então tinha poucos trabalhadores e a medida que o tempo foi passando foi aumentando um pouquinho a equipe, saindo algumas pessoas e entrando outras e com a perspectiva de ser CAPS III nós fizemos o pedido de mais pessoas, uma equipe de CAPS III. Então a equipe que tem hoje já é uma equipe pra CAPS III, faltando alguns servidores: 2 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem e o psiquiatra que não tem.” e acrescenta: “Durante o processo da gestão, acho que conseguimos muitos avanços. Por exemplo, em termos de materiais, na casa anterior nós não tínhamos ar condicionado nas salas, então a gente fazia oficina nas salas quentes ou em uma sala que o ar condicionado não funcionava. Aí depois quando passamos pra essa nova casa nós conseguimos o ar refrigerado pra cada sala, então já tem uma condição melhor pro trabalhador e pros usuários. Materiais de TV, som, computador. Tudo a gente tem hoje pra trabalhar. Então é muito melhor do que antes[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

É importante destacar que quando se fala de estrutura física e processos de trabalho, a fala da diretora do CAPS Renascer é muito próxima àquela do Coordenador estadual de saúde mental quando analisa o que encontrou na coordenação (poucos

computadores, servidores, ausência de linha telefônica, etc.) e o grau de satisfação com poucas melhorias. A diretora refere satisfação com o aumento da equipe, compra de ar condicionados, TV, som, computador. Claro que todos esses são fatores importantes para garantir a integralidade da qualidade da assistência, porém o fundamental, a efetiva transformação do CAPS Renascer em CAPS III, a instalação de um processo de educação continuada, que permita ao trabalhador enfrentar as dificuldades de lidar com o usuário em crise no serviço, como ela mesma coloca não foram alcançadas durante o período de 2007 a 2010.

Alguns elementos em direção a este processo parecem ter sido instalados, mas as resistências também existiram e impediram que efetivamente o CAPS pudesse ter cumprido a sua função segundo a nova política de saúde mental.

A partir de agora serão analisadas avaliações dos momentos iniciais realizadas pelos integrantes da Direção Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – MLA. A primeira entrevistada e principal liderança do movimento, trabalhadora que tem o acúmulo histórico de anos da luta no Pará, o início do ano de 2007 era de expectativa, o que pode ser evidenciado na seguinte fala:

[...]Teve os momentos de participação mais profundos do movimento. Eu diria que o auge foi nesse momento de participação no conselho municipal de saúde, em 2005, 2006. E aí nesse momento, no final de 2006, na efervescência do processo político eleitoral, e pensando na nova gestão e nos rumos da saúde pro estado a partir de 2007 a gente fez um grande seminário pra discutir a política. O que a gente queria pros rumos da política em saúde mental, pro novo governo que estava iniciando a partir de 2007. Esse momento foi muito bacana, a gente mobilizou muitas pessoas, tiramos muitas propostas interessantes e muitas delas ainda hoje, 6 anos depois, ainda não foram executadas. Algumas dessas propostas foram executadas e outras não. Eu vou passar pra ti esse relatório. Isso era interessante, de contribuir com uma política de saúde mental que nós já vínhamos de uma experiência longa no município de Belém e que poderia servir de fundamento pra organizar melhor a política no Estado, que a nossa avaliação era que não era muito forte, como ainda não é, embora nessa trajetória, a gente já percebe alguns avanços. E enquanto militante da luta, pra nós ainda está muito aquém[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

3 . A exoneração a que se refere a reportagem é a do diretor assistencial anterior ao entrevistado. Por isso, ele afirma que assumiu o cargo em um momento de crise.

Fica evidenciado na fala da diretora do MLA, a expectativa de poder contribuir com o governo que estava se iniciando em 2007, do mesmo campo político do MLA, historicamente alinhado com os ideais da esquerda, sendo que as primeiras experiências de reforma psiquiátrica aconteceram em municípios sob gestão do Partido dos Trabalhadores (Santos, por exemplo) e da própria experiência do município de Belém, que a trabalhadora traz na sua fala, que no início dos anos 2000 foi gerido pelo PT teria dado início a implantação de uma rede de saúde mental em um novo modelo. Ao final da fala, a avaliação que faz é que ainda que algumas das demandas tenham sido atendidas, ainda ficaram “muito aquém” do esperado.

Quando perguntado para a diretora do MLA, representante dos usuários sobre sua avaliação desses momentos iniciais da estrutura física dos serviços, ela fala que viu muita burocracia e má vontade para atender os pacientes com transtornos mentais em todos os CAPS, refere ter visto muita burocracia para atender o paciente e dá exemplos

[...]Aconteceu comigo quando eu estava em crise. A moça disse pra minha mãe que eu não poderia ficar aqui “ah porque não sei o que, porque não pode, não tem médico. Como assim, um CAPS III, uma casa que funciona 24 horas você chega e não tem médico?” sim, menina, sinceramente, não tem médico, não tem alimentação, nunca você vê água, não tem guarda de segurança aqui. O profissional, muitas vezes ele quer fazer o trabalho dele, mas não tem como, ele fica até revoltado porque a remuneração e mil coisas faltam no CAPS. Você pode ver, uma hora dessas ;(por volta das 16horas)e não tem nenhum lanche[...]
 (A, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social –Usuária, CAPS municipal – Belém, 2012).

A fala da usuária é de quem sente as dificuldades de um sistema que não funciona. Somente nesta fala inicial, A cita vários problemas que serão abordados ao longo deste trabalho: ausência de um protocolo de atendimento que funcione na rede, falhas no fluxo de rede, problemas no atendimento à crise que podem agravar o quadro clínico do paciente, levando inclusive à morte do mesmo ou de outras pessoas, falta de um quadro completo de profissionais e de profissionais qualificados para atender a uma demanda especializada, ausência de uma política pública para atender moradores de rua com transtorno mental, descontinuidade nas ações e programas governamentais após a troca de gestões ou grupos políticos. É nesses momentos, em que se dá voz ao usuário

vem à reflexão imediatamente: será disso que a sociedade tem medo? Será que a sociedade teme perceber que por baixo do manto da loucura há mais razão do que se supunha?

Outro usuário entrevistado, S, no momento da entrevista atendido pelo CAPS Grão-Pará, sob gestão estadual, faz uma avaliação muito positiva da sua experiência no CAPS. Faz parte do Conselho Gestor da instituição, criado no período de 2007 e 2010 e fala sobre isso:

[...] olhando a minha saúde mental eu melhorei muito no CAPS. Eu cheguei ao CAPS após um acidente, de muleta, triste. Agradeço à equipe de profissionais por eu estar bem, aqui, mas o CAPS faz parte do SUS e tem seus defeitos, mas eu já ouvi falar que tem um grupo de psicólogos que acha que CAPS não funciona e outro que diz que funciona, eu sou desse grupo que funciona, funcionou comigo. Eu nunca peguei Hospital de Clínicas, mas conheço muita gente que já foi e diz que nunca mais quer voltar pra lá. Aí eu luto por esses que já foram e dizem que é triste, que lá não tem atividade. Hoje no GRT (grupo de referência técnica), uma familiar falou assim: “Aminha mãe só vivia dormindo, veio pro CAPS, hoje já caminha, fala com as vizinhas, bota uma roupa limpa. “Aí eu pedi a palavra e falei: Essa é mais uma vitória de Deus e dos profissionais. O que não pode é esses pacientes que só vem pra consulta e pra pegar remédio. Esses tem que encaminhar para o posto de saúde (S, Diretor Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social –Usuário, CAPS estadual – Grão-Pará- Belém, 2012).

4.2.2 Os sujeitos fazem as suas análises da política pública de saúde mental entre 2007 e 2010.

Em um momento mais aguardado do trabalho, propriamente dito, os sujeitos da pesquisa passam a partir deste momento a fazer as suas análises sobre a política pública de saúde mental entre os anos de 2007 e 2010 e o quanto esta teria atendido as necessidades da população expressas nas demandas do movimento social. Seguiremos neste item a mesma ordem o item anterior somente por uma questão de organização.

A primeira fala é a do coordenador estadual de saúde mental, álcool e outras drogas que quando perguntado diretamente sobre o impacto do trabalho desenvolvido respondeu que foi muito pesado, mas ao final achou que foi feito um bom trabalho porque tinham serviços especializados, e porque os CAPS que funcionavam de portas fechadas, e que antes nem sequer podiam ouvir falar em crise, que entendiam que o lugar de crise era no Hospital de clínicas passaram a atender esta demanda. E refere que

passou a existir também programas de saúde mental nas unidades básicas do estado. Afirmou que o próprio movimento social, o Movimento da Luta antimanicomial que apoiou muitas iniciativas e elaborou algumas de maneira conjunta, no início do governo, na sua opinião, estava meio despolitizado em função de uma história de uma relação desgastada com o Estado, teve também a relação potencializada a partir deste novo momento. O coordenador afirma que tudo isso aconteceu porque ele também veio do movimento social, então, em sua opinião, o que foi feito foi pelo menos colocar uma proposta de saúde mental, uma política de saúde mental de acordo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, de acordo com o que pensa a Política nacional de saúde mental e as conferências. Desse modo, ele afirma, o CAPS deveria ser o CAPS. Afirmo que se conseguiu caminhar pra isso e, além disso, se conseguiu potencializar a própria potencialidade dos serviços, por exemplo, se havia aqui em Belém um único CAPS III e ao final do governo se conseguiu deixar cinco CAPS III, ou seja, com atendimento 24 horas, uma equipe mais densa, leito, final de semana trabalhando, capacitações para algumas unidades de saúde mental, particularmente aqui do município de Belém. Um exemplo muito importante foi a unidade da Pedreira, que tinha um programa de saúde mental e que segundo o coordenador está fechado, não se atende mais saúde mental, mas se conseguiu a realização de um trabalho muito razoável e bom. Ele também considera que a partir de agora se pode falar em reforma psiquiátrica brasileira no estado do Pará. Até então nós tínhamos uma política de assistência a saúde mental e essa política era meio híbrida, valorizava muito a internação e pouco a proposta da reforma de inclusão social, perspectiva de apoio ao familiar, protagonismo do trabalhador, a relevância do movimento social em dialogar com o processo da reforma. Então, o que foi feito foi colocar esses atores pra dialogar e apesar de crises, apesar de desavenças, se conseguiu caminhar com essa proposta da reforma psiquiátrica.

Cabe aqui analisar alguns pontos nesse primeiro momento da avaliação do coordenador. Ele começa por afirmar que o trabalho que realizou “muito pesado”, pois os serviços de saúde mental existentes funcionavam de “portas fechadas”, ou seja (sic) “não atendiam crise”, que deixavam somente para o Hospital de Clínicas, fato este confirmado naquele momento histórico sobrecarregado, pela fala do diretor assistencial da instituição. Para além deste fato e não menos importante, R menciona que havia no Pará unidades básicas de saúde que não realizavam atendimento em saúde mental, fato facilmente comprovável nas falas de todos os entrevistados.

Outra situação destacada é a relação entre movimento social e gestão, que segundo o coordenador foi potencializada entre 2007 e 2010, inclusive pelo fato dele próprio ter sido integrante do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial. Esta visão será discutida mais adiante com outros pontos de vista de outros sujeitos, inclusive de outras lideranças do MLA.

O que o coordenador coloca em xeque neste ponto é que teria ocorrido, no mínimo, uma reorientação de modelo de assistência à saúde mental no período de 2007 a 2010. Que esta teria, enfim sido colocada *“de acordo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, de acordo com o que pensa a Política nacional de saúde mental e as conferências.”* Este é um ponto importante porque seria uma possível resposta a um dos problemas de pesquisa: “Qual o modelo de assistência aplicado no Pará entre 2007 e 2010, o tradicional, manicomial ou o da reforma psiquiátrica?” é claro que a resposta a esta pergunta não será encontrada somente na fala de um sujeito, ainda que esta fala seja muito importante, já que é a do gestor que conduziu a política pública durante três destes quatro anos.

O Coordenador faz considerações em sua fala a respeito dos CAPS III. Antes de prosseguir com este debate é importante observar o que diz a legislação sobre o papel dos CAPS na rede de atenção à saúde mental. Segundo a Portaria GM 336 de 19 de Fevereiro de 2002:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Em relação especificamente aos CAPS III, modalidade priorizada no atual modelo, diz a portaria 336/02:

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

É importante observar algumas características dessa portaria que geram muitas discussões no dia-a-dia dos serviços. Por exemplo, a ausência de um profissional médico no período noturno e nos finais de semana, o que faz com que a categoria médica afirme que por este motivo é complicado este equipamento conseguir “dar conta” efetivamente da crise. A própria portaria esclarece que é papel do CAPS III oferecer “g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05

(cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;” e que o serviço deverá estar “estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica”.

Vale ressaltar que os CAPS III a que o coordenador se refere, que em Belém no início da gestão haveria 1 CAPS III (Casa mental do adulto – gestão município de Belém, implantada durante do governo do PT – Edmilson Rodrigues) e que ao final do governo Ana Julia Carepa - PT teriam ficado 5 CAPS III (CAPS Grão-Pará, CAPS Renascer, CAPS Amazônia, CCDQ) não ficaram totalmente implantados. O CAPS em processo mais adiantado de funcionamento é Grão-Pará, já em pleno funcionamento 24 horas, chegando a atender crise e dar suporte ao hospital de clínicas durante o período de 2007 a 2010. O CAPS Renascer, como será visto na fala de sua diretora apesar de ter toda a sua equipe adequada numericamente, ter realizado uma mudança de casa, ter realizado a compra de equipamentos com os recursos financeiros recebidos do Ministério da Saúde (pág 82) não conseguiu realizar a efetivação da transformação em CAPS III por ausência de pequenas reformas de adaptação para os leitos na casa (previstas no projeto). O motivo apresentado pela 1ª RPS (isto também pode ser visto na entrevista do diretor) foi crise financeira mundial (2009) ter afetado o orçamento da secretaria. O CAPS Amazônia, antigo CAPS Marambaia tem uma história parecida com o CAPS Renascer, porém a precariedade da antiga casa do CAPS Marambaia era muito maior, funcionando em cima de um pequeno salão de beleza. De fato fizeram uma mudança para um espaço muito mais adequado, acolhedor, e em tudo adequado a um CAPS. Faltou, entretanto, adequar ao atendimento noturno e em finais de semana. Em relação ao Centro de Cuidados para Dependentes Químicos (CCDQ), um serviço recebido do governo anterior (PSDB) que funcionava de portas fechadas, com 20 leitos para “desintoxicação” e tratamento de dependentes químicos. A nova gestão assumiu e a proposta inicial foi a “abertura” do serviço. Os leitos continuaram a existir, para atendimento de crise e internação breve, inclusive foi firmada uma parceria para dar suporte à emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas, porém o CCDQ foi transformado em CAPS III a.d, uma iniciativa pioneira e que merece destaque tendo em vista ser a primeira da região norte. É preciso não perder de vista, entretanto que desde aquela época até hoje, 2012 este serviço não se encontra cadastrado como CAPS III a.d no Ministério da Saúde, portanto não recebe recursos, sendo o Estado do Pará responsável integralmente pelo seu funcionamento. Isto tem algumas implicações, por

exemplo, seus funcionários, não recebem uma gratificação a que fazem juz todos os funcionários públicos estaduais que trabalham na área da saúde (em função de uma lei estadual, a), a GDI, e isto causa bastante insatisfação no serviço. Assim, retomando a discussão dos CAPS e da reorientação do modelo de saúde mental com base nas declarações dos entrevistados, é possível perceber que não houve uma efetiva transformação dos CAPS III pretendidos e inclusive com recursos captados. Para além disso, os CAPS III que estão funcionando hoje (Grão-Pará, e CCDQ ainda possuem pendências no que dizem respeito a capacitação para lidar com a crise e credenciamento)

Retornando à entrevista, foi solicitado ao coordenador que falasse sobre a questão da quantidade de CAPS no início e no final da gestão.

[...]No Pará existiam 29 CAPS ao final de 2006, e quando saímos deixamos 56 CAPS, ou seja, quase o dobro. E algumas questões sobre isso são muito interessantes. Por exemplo, a gente tem uma região, que é a região do Marajó que inclusive em relação ao IDH a gente considera o Marajó prioritária, a gente conseguiu colocar o primeiro CAPS naquela região que é o CAPS Soure que foi apelidado pelos trabalhadores de CAPS Marajó, então aquele CAPS tinha a intenção não somente de prestar assistência à população, mas também de servir de experiência piloto para municípios que poderiam implantar o CAPS naquela região além de servir de cobertura. Então a gente tem esta experiência com uma perspectiva muito exitosa. Fiquei feliz porque fui lá um tempo desse e o CAPS está funcionando e além de quase dobrar, aumentar em 96% em um período de três anos o número de serviços a gente também conseguiu diversificar a rede, com situação da residência terapêutica, que é um dispositivo que não existia e conseguimos fazer essa diversidade de CAPS que não existia, por exemplo, a transformação do CCDQ em CAPS III Ad, não mais como uma unidade fechada que só recebia casos de referências e 120 trabalhadores para atender 15 casos de internação, não é? O que isso? Havia mais trabalhador do que usuário frequentando o serviço. Nós conseguimos abrir as portas, com 96 trabalhadores e a unidade de saúde se transformou em CAPS III. E também foi o 1º da região norte.[...]

(V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012)

A percepção de um incremento de 96% do número de serviços em três anos foi um dado que chamou a atenção da pesquisadora. O questionamento que veio a seguir para o coordenador de saúde mental foi a respeito da qualidade desses serviços, sobre a avaliação que ele fazia da qualidade da assistência prestada à população nesses novos serviços.

Neste ponto o coordenador faz uma diferença entre a implementação da política nos CAPS sob gestão estadual em Belém, que receberam toda a estrutura adequada em sua opinião (com exceção de Icoaraci) e os CAPS do interior do estado, em que foi feita a opção pela implantação dos CAPS só com o que obriga as portarias. É claro que é sabido por todos que a qualidade desses CAPS seria muito questionada, mas o objetivo da coordenação era mesmo criar a demanda, fazer o serviço existir no município, como ele afirma “criar a contradição” e esta sua visão criou mesmo muita polêmica com parte do MLA, que entendia que os CAPS deveriam ser montados com uma estrutura ideal.

Outro ponto destacado pelo coordenador, V foi a relação conflituosa com o município de Belém, que não cumpria metas e acordos e deixava os serviços em situações difíceis. Várias vezes foram feitas conversas com a secretária de saúde da época no sentido de fazer cumprir o papel do estado de cobrar do município, mas nada era feito.

Em um ponto mais tenso da discussão, o coordenador faz um balanço da questão quantidade versus qualidade dos serviços de saúde mental implantados no Pará entre 2007 e 2010. Bem, considerando que o objetivo da coordenação era “implantar e ampliar a rede de atenção à saúde mental no Estado do Pará” parece extremamente bem sucedido o período em questão. Fazer um salto quantitativo de 29 CAPS para 56 CAPS (96%), saindo do patamar de péssima cobertura para uma cobertura regular em 2009 segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, considerando 37 CAPS cadastrados. A pesquisadora buscava entender os mecanismos que permitiram essa expansão tão rápida de serviços no Pará e também que tipo de problemas haveriam por trás dessa questão, que tipo de tensão teria ocorrido entre gestão e movimento social e nos municípios, além da repercussão de todo este processo para a população. Algumas pistas talvez possam ser encontradas.

O Coordenador, V afirma que fez uma opção por orientar os municípios a implantarem os serviços com uma estrutura mínima, utilizou como estratégia a realização de encontros de gestores municipais a fim de sensibilizá-los para a necessidade de se estruturar serviços de saúde mental no município e capacitá-los para a elaboração de projetos, além de prestar assessoria e realizar visitas técnicas para colaborar na ampliação da rede. Todas essas informações podem ser confirmadas nos relatórios de gestão (páginas 61 a 71), entretanto, como ele mesmo coloca, houve uma

grande tensão com o Movimento Social justamente nesta questão. A posição do movimento era de que a rede deveria sim ser expandida, porém a qualidade dos serviços deveria ser garantida e não somente deveria haver uma preocupação em cumprir os requisitos mínimos das portarias ministeriais que regulamentam o funcionamento dos serviços que na prática necessitam de mais equipe e mais material e o movimento e a gestão sabem disso na prática.

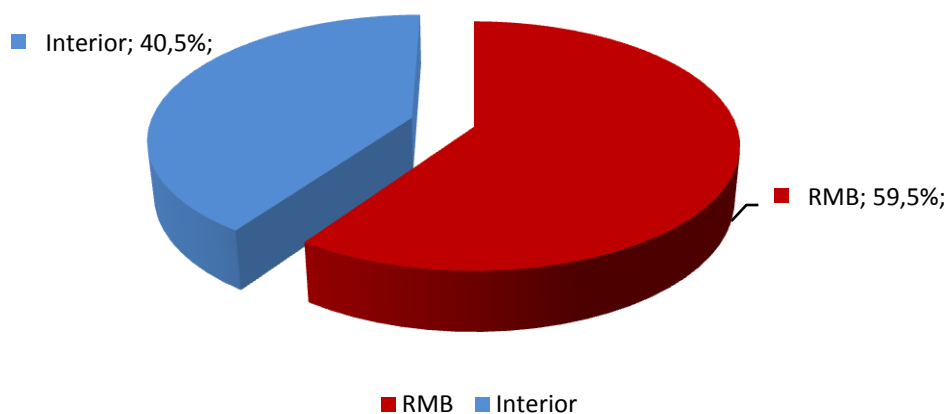
Um outro ponto destacado e que outros sujeitos vão tocar é sobre a relação entre Estado e município de Belém. O coordenador fala da dificuldade de relacionamento com a secretaria de saúde de Belém na gestão do prefeito Duciomar Costa, do PTB, que não cumpre as metas pactuadas e permite que os serviços fiquem em uma condição de precariedade, inclusive os de saúde mental. Segundo o coordenador, o Estado poderia ter tido uma postura mais enérgica em relação ao município de Belém, *“Eu cheguei a conversar com a minha Secretária e dizer “secretária, a gente tem que ter postura mais incisiva, cobrar mais a ação fiscalizadora do Estado e não conseguimos fazer isso”*. É muito complicado pensar no Sistema Único de Saúde, com cada ente federativo com seu nível de responsabilidade se algum desses entes falhar no que foi pactuado. Ainda assim é preciso lembrar que para além dessas pactuações técnicas existem as políticas, o que pode ter interferido no caso.

Sobre a questão do CAPS ter encontrado o seu lugar na rede, de atendimento à crise, o que parece de fato ter ocorrido foi um grande esforço nesta direção, uma vontade de que isso acontecesse, o que pode ser percebido nas capacitações ocorridas, na tentativa de implantação de CAPS III, na expansão da rede, porém efetivamente parece que esta rede ainda está sendo tecida.

Um dado que parece relevante é que segundo Coutinho (2008), ao realizar o perfil epidemiológico dos pacientes que haviam sido internados na Clínica Psiquiátrica da FHCGV no ano de 2007, verificou que 59,50% da população era proveniente da região metropolitana de Belém, enquanto que 40,50% vinham do interior do Estado. Comparando seus resultados a pesquisa realizada por Barbosa (1998) *apud* Coutinho (2008) na Emergência Psiquiátrica da FHCGV foi encontrado que 43,32% provinham da capital (Belém) e 12,11% de municípios do interior, ou seja, ao longo de 10 anos houve um incremento de 16,18% de pacientes provenientes de Belém e região

metropolitana para o Hospital de Clínicas, quando comparada com a demanda dos outros municípios do estado do Pará.

Gráfico 2- Distribuição de pacientes internados na Clínica Psiquiátrica da FHCGV quanto à procedência (RMB / Interior).

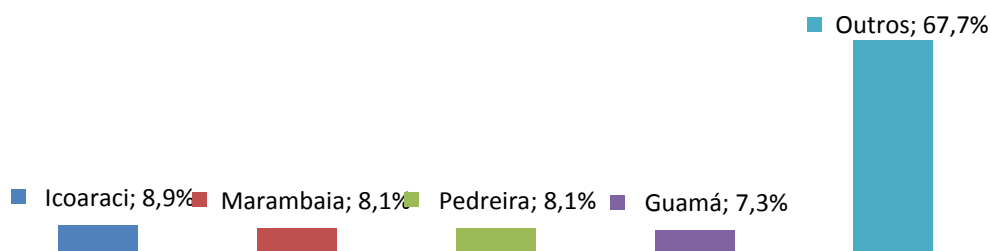


Fonte: Coutinho, J.P, 2008, p.35.

Este resultado, segundo Coutinho (2008) pode significar que pacientes da região metropolitana de Belém, por estarem mais próximos do local de atendimento à crise acabam por receber atendimento mais frequentemente, além é claro da consideração que a concentração populacional em Belém (1.424.124 habitantes) é muito maior do que em relação a qualquer outro município do Estado. Acrescente-se a este fato, os achados nesta pesquisa sobre a fragilidade da rede de assistência em Belém, os problemas ocasionados pela migração e ocupação desordenada da cidade que podem ter contribuído para este aumento na demanda.

Sobre a distribuição de pacientes de acordo com o bairro de residência em Belém, Coutinho (2008) aponta:

Gráfico 3- Distribuição de pacientes internados na Clínica Psiquiátrica da FHCGV quanto ao bairro / Belém.



Fonte: Coutinho, J.P, 2008, p.35.

No que diz respeito aos bairros de Belém, este dado poderia fornecer algum indício em relação à efetividade da rede de CAPS da capital, tendo em vista que o perfil epidemiológico foi dos pacientes internados, o seja, por algum motivo não puderam ser atendidos no CAPS ou este não suportou a sua demanda, porém este tipo de relação não é objetivo desta pesquisa, porém poderia se constituir futuramente em um importante estudo para a área da saúde pública especificamente para a saúde mental.

Ainda que não possa ser encarado como um indício de não-efetividade dos CAPS da capital, Coutinho (2008) apontou que 8,90% dos pacientes residiam no distrito de Icoaraci, 8,10% no bairro da Marambaia e a mesma proporção no bairro da Pedreira (8,10%). O bairro do Guamá foi responsável por 7,30% das internações em 2007 no SIB. A dispersão de pacientes por diferentes bairros foi bastante alta (67,70%), então estes foram agrupados sob a denominação “outros”. Vale destacar que o CAPS Icoaraci, o que tem o maior número de pacientes residentes foi citado pelos entrevistados como o CAPS com maior nível de precariedade, funcionando, inclusive em uma área contígua a um Hospital Geral, o Hospital Abelardo Santos, contrariando a portaria 336.

Ao realizar a análise da rede de atenção à saúde mental do estado do Pará entre 2007 e 2010, o diretor da 1ª RPS da época, L afirma:

[...]Acho que foi um outro grande desafio porque os serviços existiam, existia uma capacidade instalada nos serviços e alguma dificuldade que nós tínhamos as vezes é que os serviços entendessem os seus reais papeis e foi muito produtiva a construção com a coordenação estadual de saúde mental, com os trabalhadores da saúde mental, inclusive com a pactuação dos conselhos gestores que nós experimentamos e implantamos em alguns serviços nossos. Alguns CAPS que não tinham estrutura, por exemplo, nós recebemos um CAPS, o Marambaia, que funcionava no compartimento superior de

um salão de beleza e nós conseguimos então transferir esse serviço pra um espaço muito mais adequado e já sinalizava pra se tornar um CAPS tipo III, mas isso é um processo de construção até a gente mudar o perfil do serviço, mas a coordenação estadual junto com a equipe de saúde mental da 1ª regional, a equipe dos serviços também foram muito pró-ativos nesse processo. Um outro exemplo, a gente tinha um CAPS que funciona em um espaço super inadequado que era o CAPS Renascer e que mudou para um espaço físico mais adequado, com melhor capacidade instalada e começou a fazer um outro perfil de acolhimento, de acompanhamento desses usuários. O CAPS Grão-Pará também que era um CAPS instalado dentro de um serviço muito menor foi pra um espaço muito melhor e mais adequado e inclusive já fazia atendimento 24 horas. Nós temos uma dificuldade grande na saúde mental e eu visualizo no Estado do Pará como um todo que é a gente tem dificuldade de fazer formação, capacitação pra profissionais que vão atuar na área de saúde mental pra realmente desempenhar o papel que é o perfil do serviço, então se é CAPS I, II, III, Ad, i, , de como esses profissionais realmente desempenharem esses papéis dentro desses serviços porque senão você vai ter dificuldade pra montar rede em qualquer lugar do país, se você não trabalhar essa capacitação, essa formação, mas nós conseguimos fazer dois movimentos de capacitação junto com a coordenação de saúde mental, mas essas mudanças não acontecem rapidamente, elas acontecem bem gradativamente (...). Sobre estrutura, nós não conseguimos mudar a estrutura do CAPS Icoaraci. Pra gente foi muito sofrido admitir isso porque o projeto era comprar um espaço próprio, mas nós esbarramos em questões financeiras que não foram provocadas. Nós tivemos a crise financeira mundial que o nosso governo vivenciou também, e isso levou a uma readequação orçamentária e nós precisamos investir mais em manutenção do que em aquisições, mas mesmo assim a equipe estava preparada pra mudar de serviço, pra atender em outro serviço. Pra terminar de te responder quero dizer que mesmo com todos esses desafios posso dizer sem medo que a saúde mental foi a área que mais avançou dentro da 1ª regional. Em relação ao atendimento a crise, foi o que eu falei há pouco, a gente conseguiu abrir um serviço com perfil de atendimento à crise nos CAPS, serviço 24 horas, o CAPS III, o CAPS Grão-Pará, porém os trabalhadores tiveram muita resistência em fazer o atendimento porque diziam que não era perfil do serviço. Isso gerou muitas dificuldades no momento em que paciente em crise chegava à porta do serviço e a gente tinha que fazer um remanejamento desse paciente dentro do nível hospitalar. Nem era perfil pro hospital, mas o profissional criava tanta dificuldade que era melhor remanejar o paciente que tentar o atendimento forçado e o paciente não melhorar nada ou piorar[...]

(L, diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor 2012)

Vários pontos a serem destacados na fala do diretor da 1ª RPS. Em primeiro lugar a questão da UBS da Pedreira, a única unidade básica de saúde ainda sob gestão estadual. Todas as outras já foram municipalizadas, já que a atenção primária cabe ao município conforme diz a lei 8080/90, porém, alguns serviços ainda não foram totalmente repassados e a UBS da Pedreira é um desses casos. Novamente vem à tela a

discussão da municipalização, a 1ª RPS conseguiu à época articular juntamente com a coordenação de saúde mental um perfil de atendimento para o CAPS Renascer e para a UBS da Pedreira que estão sob a mesma área de abrangência, sendo que alguns casos neurológicos que poderiam ser atendidos na UBS somente com avaliações periódicas no CAPS passaram a ser atendidos dessa maneira. Antes acabavam sendo demanda para o CAPS, superlotando o serviço.

Outra questão tocada pelo diretor é a dificuldade dos trabalhadores do CAPS Grão-Pará em atender pacientes em crise após a mudança do perfil para CAPS III. Isso fala da necessidade de formação continuada e de supervisão clínico-institucional, para além do que já havia sido realizado.

Outro ponto interessante é a fala de que a saúde mental foi a política que mais avançou dentro da 1ª Regional de Proteção Social. Em outro momento da entrevista, M afirma que esse avanço especialmente na área da saúde mental teve uma relação com a aproximação existente entre o Movimento Social e a Gestão, que estavam alinhados com os mesmos objetivos, cita o exemplo positivo dos conselhos gestores nos CAPS Grão-Pará e Renascer como exemplos de boas práticas de gestão e de avanços na política.

A partir de agora a contribuição da fala do diretor do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna para a compreensão da análise da política:

[...]Então naquela época nós tínhamos uma incongruência. Na verdade existia um setor de internação breve com 50 leitos e a emergência tinha somente 10 leitos. A gente sabe que pela reforma psiquiátrica, um hospital geral, ele deveria ter 10% de leitos, no máximo 30 leitos e mesmo que fosse um hospital, vamos dizer assim dedicação exclusiva em psiquiatria, mesmo assim esse número não poderia passar de 200 leitos. Então assim, naquele momento a estrutura física do HC não permitia que a gente pudesse atender um número maior de pacientes e o que foi que nós fizemos? Enxugamos aqueles pacientes que estavam no nosso setor de internação breve, passamos de 50 pra 30[...] J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012)

Neste momento, o diretor fala da readequação de perfil de atendimento que foi realizada no hospital de clínicas no ano de 2008, quando foi fechado o hospital dia e em seu espaço físico foi ampliada a emergência psiquiátrica, de 10 para 30 leitos em função da extrema necessidade, da situação de superlotação ocasionada pelo caos na rede e pela crise de 2008 veiculada em rede nacional.

Quando perguntado sobre a dinâmica do serviço, o diretor responde sobre quantidade de servidores em relação ao número mínimo exigido pelas portarias ministeriais e sobre a tentativa de aumento de equipe psicossocial, bem como de realização de reuniões de micro-equipe. A fala dos usuários sobre o atendimento no Hospital de Clínicas ainda é bastante crítica.

Para além do entendimento sobre a situação do Hospital de Clínicas e seu lugar na rede naquele momento era interessante entender também a percepção do entrevistado sobre a rede de saúde mental como um todo naquele momento.

[...]Eu acho que entre 2007 a 2010 nós tivemos um ganho muito grande porque houve um ganho substancial não só na área de Belém, mas de vários outros municípios do Estado que foi muito interessante. A atenção básica em saúde mental começou a existir. O problema que eu acho que começou a se manifestar naquela época e perdura até hoje é que existe uma estimativa mundial que 80% dos pacientes que tem transtornos mentais, desde os mais graves até os mais brandos, 80% não são diagnosticados e não procurou atendimento, isso no mundo todo. Então a partir do momento que os CAPS começaram a existir em vários municípios do Estado, eu acho que muitos dos pacientes que não tinham qualquer nível de assistência começaram a ter e esses CAPS, a partir do momento em que não puderam dar a alguns deles a resolutividade que era necessária, tiveram que encaminhar pra gente. Em parte eu explico essa demanda dos pacientes, sim porque aumentou a demanda de pacientes de todo estado pra cá, e em parte eu explico isso pelo aumento do número de CAPS. Então, começamos a ver esses pacientes, começamos a levantar a poeira desses pacientes.[...](J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012)

Aqui o diretor do hospital de clínicas, o hospital de alta complexidade, referência em psiquiatria do estado do Pará levanta uma hipótese sobre o aumento da demanda do hospital. Teria isto acontecido em função da abertura dos novos serviços nos interior do estado? Esta tese estaria de acordo com o que havia pensado o coordenador de saúde mental quando decidiu, mesmo contrário ao movimento social incentivar a abertura de CAPS no interior do estado com um estrutura mínima para que a demanda aparecesse e a necessidade de serviços de saúde mental fosse sentida pela população. O diretor do hospital de clínicas afirma que o aumento da demanda na emergência no hospital pode ser explicada pela abertura desses novos serviços que teriam “levantado a poeira” e ao mesmo tempo não dado conta da demanda em função da falta de estrutura para atendimento.

Outra questão a ser destacada da fala do diretor, que é médico psiquiatra, é a sua afirmação de que

[...]Por mais que existam o CAPS I, o II e o III, a capacidade de resolutividade é limitada, chega um momento em que o CAPS não consegue mais segurar. Ele pode e deve prevenir o adoecimento, a crise, a reagudização, mas a partir do momento em que ele reagudiza, aí o paciente ele deixa de ser, vamos dizer assim manejável, ele deixa de ser tratável nesse tipo de serviço de assistência e aí se retorna à assistência hospitalar[...]

Este não é um ponto pacífico no mundo da saúde mental, há por assim dizer uma batalha ideológica entre os que defendem que os CAPS devem sim atender crise ainda que precisem ter o suporte de uma rede hospitalar e aqueles que afirmam que os CAPS funcionam somente para prevenir o adoecimento, como parece ser o caso do diretor em questão. Em outro momento deste trabalho será abordada especificamente a questão de atenção à crise.

Outra questão a ser levada em consideração é que a política de saúde mental não pode ser vista de forma isolada das outras ações do Sistema Único de Saúde. Este aumento de demanda no Hospital de Clínica, ou “gargalo”, digamos assim, poderia ter sido diluído, por exemplo, com a implantação de um dispositivo que vem sendo estimulado pelo Ministério da Saúde, os leitos de Atenção Integral à Saúde Mental em Hospital Geral. Como se viu no Relatório de gestão da SESPA nenhum leito em hospital geral foi aberto durante o período.

Segundo Dias, Gonçalves e Delgado (2010) leitos de atenção integral em saúde mental fazem parte de uma rede de atenção, estão referenciados no território e encontram-se intimamente articulados de forma complementar, solidária e com propósitos definidos. Trata-se de leitos que se destinam ao acolhimento noturno de usuários em situação de crise que necessitam de cuidados contínuos, definidos pela equipe de referência do usuário, a partir de seu projeto terapêutico individual. Podem ter como espaço de referência os CAPS III, as unidades de emergência ou leitos psiquiátricos em hospital geral. A portaria que regulamenta esse dispositivo prevê a existência de uma unidade com recursos humanos e materiais específicos (Portaria GM 1.612/2005), e essa é uma das dificuldades da sua implementação, a existência de um déficit no recurso de acolhimento noturno.

Sobre a análise de conjuntura, da diretora do CAPS Renascer :

[...]Eu já era servidora do CAPS, então eu já conhecia os problemas. Nós não tínhamos materiais, nós não tínhamos TV, som, DVD, nós não tínhamos coisas básicas pra desenvolver o trabalho com os usuários e também a casa que a gente estava era pequena. Um espaço pequeno, apertado e nós começamos a procurar um espaço até que a gente mudou de local e em relação aos materiais a gente fez pedidos pra 1ª regional, a gente fez reuniões em equipe, que colocou as necessidades, o que achava que era preciso pra melhorar o trabalho e nós fizemos o pedido e fomos atendidos, de material nós fomos atendidos totalmente. De estrutura física, não[...](M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012)

Foi perguntado então, o que teria faltado para serem atendidas as necessidades dos usuários e trabalhadores do CAPS e ela afirma que faltou reforma da casa nova para adequação ao perfil de CAPS III

Foi solicitado que a diretora do CAPS Renascer fizesse uma análise sobre o período, os avanços e as dificuldades que enfrentou:

[...] Durante o processo da gestão, acho que conseguimos muitos avanços. Por exemplo, em termos de materiais, na casa anterior nós não tínhamos ar condicionado nas salas, então a gente fazia oficina nas salas quentes ou em uma sala que o ar condicionado não funcionava. Aí depois quando passamos pra essa nova casa nós conseguimos o ar refrigerado pra cada sala, então já tem uma condição melhor pro trabalhador e pros usuários. Materiais de TV, som, computador. Tudo a gente tem hoje pra trabalhar. Então é muito melhor do que antes. Em relação a equipe, eu acho que faltou capacitação. Porque assim, a equipe foi crescendo pro final do governo, então foram feitas algumas capacitações, alguns cursos mas eu acho que não foi suficiente. Essa equipe ainda precisa ser trabalhada, ainda precisa fazer cursos, principalmente em relação ao atendimento de crise porque a equipe tem muita dificuldade de atender crise. Nós tivemos um exemplo há pouco tempo de um paciente que estava numa crise mas não justificava internação hospitalar e a equipe se recusava a atender. Então nós tivemos muito problema em relação a esse paciente. Algumas pessoas assumiram, algumas pessoas que tinham mais experiência não deixaram que ele fosse ou internado no hospital ou que fosse embora pra casa sem atendimento. Então foram algumas pessoas que assumiram. Se a gente falar em termos de preparo da equipe pra ser CAPS III eu acho que a equipe ainda não tá preparada e o que eu percebo nesses primeiros meses desse novo governo é que isso deu uma parada, esse investimento na equipe, na mudança, na transformação pra CAPS III deu uma parada.[...](M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012)

A diretora fala em situações que já foram colocadas tanto pelo coordenador estadual de saúde mental quanto pelo diretor da 1ª RPS, porém acrescenta com a análise

do atual governo, que retornou às mãos do PSDB de que paralisou o processo de transformação em CAPS III e de investimento em capacitação da equipe, o que é preocupante em termos de continuidade de políticas.

A partir de agora que se espera inicialmente é que haja um momento de contraponto às falas dos gestores. A partir de agora o olhar do movimento social sobre este período de 2007 a 2010 na área da saúde mental no Pará. Segundo E, diretora do MLA afirma que faz uma avaliação crítica

[...] porque nesse período a gente teve uma elevação do gráfico em termos de saúde mental, mas a gente considera assim, em termos quantitativos, mas não qualitativos. Então assim ainda era nessa época muita precariedade. A insuficiência de equipamentos, por exemplo, CAPS, mesmo nesse período houve uma mudança radical no município de Belém que é o município de Belém que é onde eu vivo e posso fazer essa análise crítica. Então assim, os serviços foram sucateados, a política foi sucateada como um todo. Deixou de ser prioridade do governo municipal e nesse período, no meu entendimento e como profissional da área eu entendia que a coordenação estadual poderia estar intervindo no município de Belém em termos de estar forçando ou então cobrando, exigindo que não houvesse um total sucateamento dos equipamentos e não fez. Houve um declínio e mesmo nessa época o governo investiu na criação, expansão de serviços, mas mesmo assim a minha análise é muito crítica em relação a isso porque eu acho que não foi de qualidade e mesmo no processo que a gente estava de 2009, 2010 que foi todo um trabalho que o movimento fez pra o Estado do Para poder participar das etapas municipal e estadual da conferencia nacional de saúde mental a gente teve a oportunidade de ir nos municípios e ver o quanto que não se tinha suporte. Montavam serviço em município ali afora que aquela equipe ali não estava preparada suficiente pra atender a demanda do modelo substitutivo. Não tem experiência, não tem vivência, não tem capacitação.[...]

(B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad -Belém)

A diretora do MLA faz sérias críticas à condução da política pública de saúde mental no Pará, mas impressiona perceber que nenhuma crítica está para além do quem vem sendo discutido no trabalho até aqui, são as críticas que o próprio coordenador afirmou que receberia do movimento no que diz respeito à discussão quantidade *versus* qualidade na expansão dos CAPS no estado e a respeito da relação entre Estado e município de Belém é uma crítica que movimento e gestão parecem estar de acordo. O Estado segundo os entrevistados não cumpriu o seu papel de fiscalizar as ações do

município de Belém, permitindo que a qualidade dos serviços de saúde, inclusive saúde mental entrassem em um nível de precariedade e desarticulação da rede que ajudou a culminar com a crise do Hospital de Clínicas em 2008 e a desestruturação generalizada que se percebe até os dias atuais. Ela dá exemplos, o CAPS de Mosqueiro (gestão do município de Belém, a Casa a.d, gestão do município de Belém, o CAPS Icoaraci, gestão estadual). Na continuidade da entrevista, quando perguntada sobre a estrutura mínima desses serviços ela afirma que nem cobre a portaria.

É grave esta denúncia da diretora do MLA, de serviços funcionando sem cobrir a estrutura mínima das portarias ministeriais não deveriam ser permitidos pelos municípios e pelo Estado. Esta situação, se confirmada, deveria ser encaminhada para os Conselhos Municipais de Saúde e para o Conselho Estadual de Saúde, que são os órgãos de Controle Social do Sistema Único de Saúde, ou ainda para o Ministério Público Estadual ou Federal. É papel dos movimentos sociais encaminhar este tipo de denúncia. Vale ressaltar que esta informação que está em desacordo com o que foi afirmado pelo coordenador estadual de saúde mental da época de que todos os serviços foram implantados respeitando as portarias, mesmo que fosse de conhecimento que isso não seria necessário para atender a demanda do município. Em relação ao não funcionamento do CAPS Grão-Pará como CAPS III, E explica logo abaixo.

Neste momento foi perguntado sobre a mudança de modelo, se a entrevistada acredita que, os trabalhadores entenderam essa mudança, ou em outras palavras, “vestiram a camisa” da Reforma Psiquiátrica no período de 2007 a 2010? E a resposta foi que ela acredita que não, que vê claramente os CAPS fecharem as portas, não atenderem Crise, e afirma que isto não é de hoje, é inclusive deste período de 2007 a 2010, quando o Estado veio com a intenção de implementar uma rede substitutiva, porém afirmou que esta intenção gerou uma crise nos trabalhadores: “Atender a crise gera uma crise”. Afirma que os trabalhadores não conseguem pensar nisso com tranquilidade e que na sua opinião usuário estabilizado deve ir para a rede básica, assim se deve pensar o funcionamento da rede. Afirma ainda que não está generalizando, que há muitos trabalhadores bons, com boa intenção nos CAPS, mas os problemas existem.

Interessante perceber que a direção do movimento social tem essa visão crítica do processo de trabalho nos CAPS e das dificuldades de implantação deste novo modelo de atenção psicossocial que pressupõe uma tomada de responsabilidade destes serviços

pelos usuários em crise, retirando-os da hospitalização. Isto cria, todavia, uma série de dificuldades para estes trabalhadores que estão aqui na rede substitutiva aceitarem esta nova demanda de usuários que deliram, que alucinam, que podem estar agitados, enfim, que vão necessitar de cuidados mais intensivos. Não há dúvida que este novo perfil de atendimento gera também um novo quadro de tensão no trabalho e uma série de dificuldades, conscientes e inconscientes poderão ser colocadas por esta equipe para tentar impedir esta mudança. É preciso que esteja muito claro o objetivo e que seja um desejo da equipe de trabalho o funcionamento do CAPS III. De fato, deve existir algo como um perfil para trabalhar com este tipo de atendimento, a pessoa precisa se identificar com o trabalho, desejar fazê-lo ou corre o risco de comprometer a proposta ou adoecer seriamente.

Dando seguimento à entrevista, a pesquisadora pergunta a opinião da diretora do movimento na categoria trabalhadora se houve ou não mudança de modelo entre 2007 a 2010 afirmou que teoricamente, na sua opinião houve sim, até por uma fatalidade (o incêndio que destruiu o hospital psiquiátrico Juliano Moreira). Porém afirma que se desconstruiu o manicômio desde o final da década de 90, mas não se criou, até mesmo por parte do desejo dos familiares e da sociedade, porque não encontram os serviços de portas abertas para atender as suas necessidades e por isso continuam a achar que a solução está na segregação e não no modelo de inclusão.

[...]Então assim a minha crítica, por exemplo, houve uma tentativa, mas eu percebo que não houve um acompanhamento, porque se tivesse impactado e tomado pra si à responsabilidade de fazer acontecer hoje os CAPS estavam funcionando, os CAPS 24 horas e não tem, existe um medo muito grande. Em 2010, no processo de conferência, existia um usuário que era de um CAPS do estado que participou ativamente de toda etapa municipal, estadual, foi pra marcha com a gente em 2009. Ele entrou em crise no final de 2011. Os serviços não abriram as portas pra ele. Quer dizer um usuário que todo mundo conhecia, e o CAPS Grão-Pará não quis aceitar e dizia que o leito foi criado, mas o leito é “leito social”. Como “leito social”? Não existe leito social. O CAPS tem que ter um leito pra usuário que está em sofrimento, qualquer sofrimento. O leito social, no entendimento da equipe do CAPS Grão-Pará é aquele usuário que teve problema com a família, que está em uma situação de desconforto, mas ele não está em crise. Porque se ele tiver em crise, o lugar de crise é no Hospital de Clínicas, na Emergência, na internação breve. Não se trabalhou isso e se teve a oportunidade de trabalhar porque havia uma pessoa na gestão que dominava o processo, que veio desse histórico do movimento de construção de uma política baseada que radicalizar na mudança do modelo prescindir desse processo do hospital, ter uma referência sim porque

se a gente não der conta, mas manter como uma emergência de 72 horas e não pra ficar internado, então a gestão não conseguiu também direcionar também. Por que os CAPS não atendem também? O usuário falou um pouquinho mais alto, já está em crise... nesse sentido não houve avanço na radicalidade do modelo de atenção porque continua com a mesma lógica manicomial. Vem a contenção farmacológica com medicamentos pra calar e hoje houve uma estagnação. Quando a gente pensou 2009 que houve toda uma efervescência novamente do movimento pra tentar mobilizar uma política dentro do estado, a preocupação da gestão era criar serviços, criar em termos quantitativos, pra sair do ranking estatístico do ministério da saúde de baixa cobertura, mas sem se preocupar com a qualidade real dos serviços. Os serviços foram criados, mas sem uma preocupação de qualificar realmente igual a gente começou o processo de formação lá no município de Belém e apesar de tanto tempo ainda há algumas coisas que se conservam.[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012)

O que se pode apreender da fala de B, é que na teoria teria havido uma mudança de modelo porque não existe mais fisicamente o manicômio no Pará, porém na prática, apesar de terem ocorrido avanços, com a implantação dos CAPS, tanto no final da década de 90, início do anos 2000 quanto com essa nova efervescência do movimento no final dos anos 2000 ainda há um longo caminho a ser percorrido em busca do modelo da reforma psiquiátrica. E destaca que os CAPS ainda não conseguem cumprir na prática sua função de realizar o atendimento dos usuários em crise, que ainda têm dificuldade em realizar intercâmbio com a comunidade, em realizar articulação inter-setorial, em trabalhar na lógica de rede, avanços esses que são indispensáveis para se pensar em um novo modelo de atenção. Ainda que o período após 2010 não esteja entre os objetivos da pesquisa, E, faz uma crítica importante ao modelo que vem sendo implantado (que não termina com o final da pesquisa, é claro) e que vale a pena destacar. Após 2010 no CAPS III Grão-Pará, o entendimento do que vem sendo chamado de “crise social”, o que a entrevistada define como *“aquele usuário que teve problema com a família, que está em uma situação de desconforto, mas ele não está em crise. Porque se ele tiver em crise, o lugar de crise é no Hospital de Clínicas, na Emergência, na internação breve”*. Ora, esta fala está perfeitamente de acordo com o entendimento do diretor do Hospital de Clínicas, C, sobre o papel dos CAPS e a prática da observação da rede vem mostrando que de fato é assim que vem funcionando hoje em dia. Então, se do período de 2007 a 2010 foi realizada uma tentativa de mudança de

modelo por parte de algumas pessoas que estavam em lugares-chaves da gestão e no movimento social, no sentido de garantir o a efetivação da implementação de um modelo realmente substitutivo, onde a crise pudesse ter resolutividade em equipamentos diferenciados dos hospitais psiquiátricos, parece que a partir de 2011, parece uma mudança no entendimento do papel dos CAPS novamente nesta rede, pelo menos até o primeiro semestre de 2012, com os CAPS realizando o trabalho de atendimento preferencialmente aos usuários já estabilizados pelo hospital ou a prevenção de novas reagudizações como afirma o diretor do Hospital de Clínicas.

Ao abordar com B mais profundamente a questão da rede de atenção e a questão do matriciamento, B afirma que nenhum CAPS conseguiu fazer esse trabalho de apoio matricial pras unidades básicas. Quando há algum contato é pessoal entre profissionais. Agora, ao final de 2010 por conta da implantação do programa de “consultórios de rua” foi chamado o pessoal da atenção básica e eles mesmos se ressentiam. Não se investiu nisso, refere a trabalhadora, que afirma que por exemplo, Belém tem NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) no papel, mas que ela não sabe onde efetivamente pode encontrar as pessoas trabalhando e a saúde mental ela tem que estar em todos esses pontos, na atenção básica, no NASF, também no PSF e ela não consegue perceber no momento essa articulação. Não há uma preocupação, por exemplo, de irem à unidade para discutir. Ainda fica muito naquela questão da referência. Alguns trabalhadores ainda tem o cuidado de entrar em contato com alguém do serviço que conhece e encaminhar, mas não é regra, é exceção, não existe um protocolo nesse sentido de organização, segundo B. Quando começou a trabalhar numa unidade básica de saúde em 1997 e afirma que não sabia nada de saúde mental e ainda tinha que aprender. E quem tivesse na unidade básica tinha que se virar de qualquer jeito. Por quê? Depois da questão da implantação, se tinha pensado que tanto é que o atendimento da casa mental do adulto foi pensado para atender a demanda das unidades que tinham o maior número de pacientes, que era da Sacramento, Telégrafo, alguns bairros que tinham uma concentração maior de pacientes de saúde mental e se tinha uma intenção de conversar sobre essa construção de uma rede e isso morreu hoje. Esse processo do CAPS de prestar apoio matricial não funciona aqui. Não tem algumas unidades ainda atendem algumas demandas por iniciativas individuais de algumas pessoas. Por consequência da falta dessa relação com a rede de atenção básica e combinando com o fato de que nos CAPS há aqueles trabalhadores que não querem ter trabalho de lidar com os casos mais

graves acabam por absorver essa demanda que deveria estar na atenção básica. Se for feito um levantamento estatístico, muitos CAPS afirmarão: “Ah, nós estamos com um número muito grande de pacientes para atender”, mas paciente ambulatorial, de unidade básica, que não era pra estar lá e os que eram pra estar realmente lá não estão. Onde estão? Estão no Hospital de Clínicas, superlotando, ou pior, na rua.”

A relação entre os CAPS e a Atenção Primária à Saúde é um ponto muito delicado da rede de atenção à saúde mental. Quando o usuário sai de alta do CAPS e é encaminhado para a UBS mais próxima de sua residência um dos maiores problemas encontrados é o alto índice de recidivas em função da não adesão ao tratamento por vários fatores, entre os quais estes que a entrevistada destacou. A rede não está de fato preparada para receber este usuário, os profissionais via de regra não têm capacitação para lidar com usuários com transtorno mental e a consequência prática deste fato é que estes pacientes acabam sendo atendidos nos CAPS, que têm modificado o perfil de atendimento dos serviços, que deveriam atender “transtornos mentais graves e persistentes” e acabam por atender pacientes em quadro ambulatorial. Ou seja, os CAPS acabam por se transformar em serviços que prestam ações em saúde mental que deveriam ser desenvolvidas nas UBSs, dispensando medicamento e realizando oficinas terapêuticas para usuários com quadros mais ou menos estabilizados. Quadros graves e persistentes continuam sendo encaminhados para o Hospital de Clínicas (no Pará) e o modelo manicomial continua o mesmo por trás de serviços substitutivos pouco efetivos e de uma rede fragmentada.

Segundo a IVCNSM (p. 22) a rede de serviços de saúde mental deve trabalhar com a lógica do território, de forma integrada aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental, em seu próprio território, propõe-se a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo, afirma-se a estratégia do matriciamento e a articulação dos serviços em rede como garantia para a inserção do usuário nos serviços, na perspectiva da integralidade e conforme sua necessidade. Além disso, propõe-se implementar o matriciamento em saúde mental, com equipes intersetoriais na atenção em saúde, como diretriz da Política de Saúde e com financiamento das diferentes Políticas Públicas

(Educação, Saúde, Assistência Social e outras). Foram essas justamente as dificuldades apontadas na fala da entrevistada.

No âmbito da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, dois itens chamam a atenção no que dizem respeito às particularidades da Amazônia: o 372, que pretende “Revisar os critérios das Portarias para implantação dos CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando a demanda dos municípios, as particularidades regionais, os perfis epidemiológicos, com destaque para o contingente populacional e as diferentes modalidades de CAPS (CAPS Flutuante/itinerantes), não fixando critérios populacionais.” e o 373 que busca criar CAPS flutuantes, com apoio do governo federal, para melhor atender a população ribeirinha da zona rural da Amazônia Legal, respeitando a cultura local e o conhecimento tradicional.

Sabe-se que as conferências apontam possibilidades, definem nortes em termos de políticas públicas. Em uma região com características geográficas tão diversas quanto a Amazônia, os CAPS flutuantes podem sim representar alternativas viáveis do ponto de vista econômico e operacional, desde que pensados coletivamente.

Retomando a discussão do ponto de vista do que já existe, quando perguntado para a usuária T, liderança do MLA sobre a estrutura dos serviços no Pará entre 2007 e 2010 responde:

[...]Olha, eu acho que tudo é a questão do diretor, porque eu não tô puxando o saco da Dra. E, mas quando ela esteve na gestão ela fez muito, agora eu não tenho ido em muitos CAPS, mas eu acredito que o CAPS Renascer, onde o R está parece que ele está fazendo o possível pra melhorar ali, o CAPS Grão-Pará parece que estava assim-assim, mas os piores são esses aqui, a casa ad, o da Tavares Bastos que nunca tem remédio e outros CAPS que nunca tem nada[...]”(A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social –Usuária CAPS municipal- Belém, 2012)

A usuária localiza a avaliação dos serviços na pessoa do diretor do CAPS que frequentam ou frequentaram ou de profissionais que trabalham ali. A explicação pode ser que estes ficam mais próximos do dia-a-dia dos usuários e de certa forma representam a gestão pública.

O usuário S, ao falar sobre a estrutura do serviço que frequentou e sobre a sua experiência, o CAPS Grão-Pará, afirmou que a gestão era realmente democrática apesar de entender que este processo representava mais preocupações para a gestão.

O usuário já havia referido no tópico “momentos iniciais” o quanto foi positiva sua experiência com o CAPS. Neste momento ele avalia que a gestão da diretora da época do CAPS Grão-Pará (Dra. S) foi muito democrática, pois teria auxiliado na formação no Conselho Gestor do CAPS, do qual o usuário é membro e que a diretora estava sempre a disposição para atendê-los, mesmo quando havia compromissos a cumprir na 1ª RPS. Esta fala é interessante, pois vai ao encontro da afirmação da diretora do CAPS Renascer, I, e do diretor da 1ª RPS quando fala do esforço para implantar os Conselhos gestores nos CAPS, com a participação paritária de gestores, trabalhadores e usuários. Esta é uma experiência importante no sentido de democratizar as relações de poder no serviço de saúde e que merece ter destaque. O usuário, G fala da experiência de participar do Conselho Gestor como algo extremamente importante na sua vida, inclusive do ponto de vista terapêutico, de ganho de autonomia, reconhecimento social e auto-estima.

Esta fala está em acordo com o que foi deliberado na IV Conferência Estadual de Saúde Mental no Sub-Eixo 7 – ORGANIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SAÚDE MENTAL, itens 02 “Ampliar a fiscalização através dos conselhos da assistência social nas três esferas: municipal, Estadual e federal sobre os programas da assistência social” 03 “Garantir e fortalecer a implantação de Conselhos Gestores nos serviços de saúde mental.” e 04 “Incentivar a criação de associações dos usuários e familiares de saúde mental nas três esferas”.

5. ANÁLISE DA REALIDADE DO ESTADO DO PARÁ NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL NO PERÍODO DE 2007 A 2010 – FORTALECIMENTO ORGANIZACIONAL DO MOVIMENTO E RELAÇÃO COM A GESTÃO

[...]A gente toma a iniciativa

Viola na rua a cantar

Mas eis que chega a roda viva

E carrega a viola pra lá[...]”

(Chico Buarque)

Neste capítulo é analisada a realidade do estado do Pará na área da saúde mental no período em questão, fazendo uma comparação em relação às demandas do movimento social em nível nacional por mais empoderamento e fortalecimento organizacional do movimento de usuários, e familiares em suas bases e as demandas apresentadas pelo próprio Movimento Paraense da Luta Antimanicomial. Para tanto, é necessário que seja realizada uma leitura da importância do Controle Social para o SUS e seus instrumentos.

Como se sabe, o SUS é fruto de um processo histórico de construção. Foi concebido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e se previa que só seria possível construir um sistema com essa amplitude, com a participação efetiva da sociedade brasileira, o controle social.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), é o Controle Social que possibilita a adoção de políticas públicas, e de ações que não dependam somente da iniciativa do gestor. A sociedade tem a autonomia para também propor ações.

Como este capítulo enfatiza em suas análises os textos aprovados nas conferências de saúde mental realizadas em 2010, tanto em nível estadual, quanto nacional, cabe, portanto, ponderar criticamente o papel das conferências de saúde para o Sistema Único.

Segundo Souza (2007) a Conferência é o momento em que a população de cada município tem a oportunidade de debater os problemas locais, avaliar seu sistema de saúde, avaliar a gestão da secretaria municipal de saúde, secretaria estadual; alguns fatores que estão fora do setor saúde, mas que determinam as condições de vida e de saúde das pessoas, como por exemplo, a questão do transporte, da educação, meio-

ambiente, saneamento básico, produção de alimentos e, inclusive, apresentar sugestões de como isso pode ser enfrentado.

Esses debates são divididos em níveis municipal, estadual e nacional porque para Sousa (2007) há algumas questões que as soluções não estão no âmbito do município, que ele não tem capacidade para enfrentar e passa a ser responsabilidade do estado, e essa é a lógica da conferência. Questões mais gerais são levadas para a conferência estadual e discute-se a diretriz de política de saúde no âmbito do estado e aquilo que disser respeito ao âmbito nacional, vai para a etapa nacional.

Outro ponto fundamental antes de iniciar as análises propriamente ditas deste capítulo é o que diz respeito ao papel dos Conselhos nas políticas públicas. Batista Júnior (2007), à época presidente do Conselho Nacional de Saúde afirmou que é comum ouvir determinadas críticas de que o Conselho está extrapolando suas funções ou de que não está cumprindo o seu papel dos mais diversos setores. Ainda, a pessoas costumam fazer confusão sobre qual é o papel do conselho e o papel do gestor e, em relação às políticas de saúde, o conselho tem a tarefa de elaborar e deliberar sobre as mesmas. “Aí você pode perguntar, mas isso não é tarefa do Ministério da Saúde? Do gestor? Sim, mas essa elaboração pode tranquilamente acontecer de forma concomitante.”.

Fundamental, quando falamos em controle social temos que entender que não podemos resumir a participação aos conselhos de saúde formais; controle social é muito mais abrangente que isso, pois pode contemplar conselhos locais e conselhos gestores nos serviços de saúde. Essa radicalização na participação na comunidade é o caminho para que possamos ter o diagnóstico real da situação e a partir desse diagnóstico a definição de propostas que tenham efetivas condições de superar dificuldades; em lugares onde esse processo acontece, o sistema funciona muito melhor.

É neste contexto destacado pela fala do presidente do Conselho Nacional de Saúde que os conselhos gestores dos CAPS podem ser explicados, no sentido de gerar uma aproximação entre gestão e usuários para que esses últimos com o acesso à informação sejam mais fortalecidos em seu processo de organização e luta por efetivação de direitos.

Obviamente existem muitas críticas em relação ao controle social no Brasil, o que será abordado ao longo do capítulo, porém para início do processo de reflexão, cabe destacar que a atual configuração de Conselhos de Saúde no SUS, concebido a partir do ideário político-ideológico do movimento da Reforma Sanitária não é homogêneo em termos de significados no contexto das políticas públicas. Segundo Pedrosa e Pereira

(2007) seu papel enquanto propiciador da participação da população nas decisões, sua atuação política enquanto orientador da gestão e suas condições de funcionamento e composição, embora existam leis e regras para orientar sua organização, encontram as mais diversas configurações.

Essa característica múltipla e heterogênea dos conselhos de saúde implica em diferentes graus de efetividade do controle social; existem conselhos que atuam primordialmente como legitimadores das decisões dos gestores, outros cuja ação é centrada na fiscalização dos recursos públicos e outros, ainda, que se colocam no papel de protagonistas ativos na formulação de políticas. (PEDROSA, J.I.S; PEREIRA, E.D.S, 2007, p. 9)

Nesta perspectiva, segundo Bobbio (1990) citado pelos autores acima, a participação da população no controle social da política de saúde pode ser considerada sob duas concepções teóricas. A primeira, como sendo a forma com a qual os interesses organizados e debatidos publicamente definem como o coletivo deve agir e atuar em relação aos indivíduos seja por meio do Estado Leviatã ou do Contrato Social.

A segunda, que caracteriza as práticas de controle social como autônomas, realizadas no espaço público, descoladas das imposições do Estado e do Mercado, onde os indivíduos, a partir de suas ações, constroem o que deve ser a sociedade e qual deve ser a relação entre os cidadãos (HABERMAS, 1989 apud PEDROSA, J.I.S; PEREIRA, E.D.S, 2007, p.9).

Tanto uma perspectiva quanto a outra apontam para o que Pedrosa (1997) descreve como as três modalidades de práticas de controle social desde a institucionalização dos conselhos em 1990: 1) as que são orientadas para a formação da vontade política dos atores sociais que participam das arenas do campo da saúde; 2) as que estão direcionadas ao controle do poder administrativo do Estado; 3) e práticas que visam subordinar os valores de mercado, de produção e consumo de serviços de saúde aos valores de autonomia, integralidade e dignidade que representam a vida.

Ao adentrar na perspectiva da Saúde Mental, o destaque desde capítulo é à IV Conferência Nacional de Saúde Mental, marco no que diz respeito ao que se pretende atingir em termos de políticas públicas na área, inclusive no que tange ao fortalecimento dos movimentos sociais em suas lutas por efetivação de direitos.

Segundo o relatório final (p. 7) A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010. Mesmo com pouco tempo para sua organização, tendo em vista a amplitude de

uma Conferência de Saúde Mental, que foi, pela primeira vez, intersetorial, houve grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. Ao todo, foram realizadas 359 conferências municipais e 205 regionais, com a participação de cerca de 1200 municípios. Estima-se que 46.000 pessoas tenham participado do processo, em suas 3 etapas.

A conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexa nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da IV CNSMI, expressando-se em desafios específicos. Foi intenso o debate com o Conselho Nacional de Saúde e com conselheiros de saúde em todo o país, sobre a necessidade da realização de uma conferência de saúde mental intersetorial, quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas. Neste sentido, foi decisiva a atuação de delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSMI em 2010.

Outros fatores delinearão-se e incidirão sobre o cenário da realização da IV CNSMI: A ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político do campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos intersetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais psiquiatras para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral.

Assim, o cenário político e social mais amplo e as características internas do próprio campo da saúde mental, na medida de sua ampliação e diversificação, geraram um cenário de maior complexidade política e institucional. Dessa forma, apresentava-se em 2010 um cenário distinto do que ocorreu nas conferências nacionais anteriores, em que a coesão política no interior do campo da saúde mental era muito maior. Este contexto certamente impôs ao processo de organização da Conferência um maior nível de conflito e tensão.

Apesar disto, segundo o relatório final da conferência nacional (pág 9) o processo de organização da IV CNSMI acumulou inúmeras conquistas, entre elas, a participação de cerca de 1200 municípios nos debates do temário desde fevereiro de 2010; a participação efetiva de variadas agências intersetoriais na discussão do tema da saúde mental, com repercussões tanto no nível federal, como no plano estadual e municipal; e a participação decisiva dos usuários e familiares no próprio processo, ocupando lugares nas mesas redondas e painéis, na coordenação de atividades e facilitação de grupos, na Tenda Austregésilo Carrano, na Feira de Empreendimentos de Geração de Renda e Economia Solidária, bem como no conjunto de propostas aprovadas no sentido de fortalecer o seu empoderamento e a sua organização na rede de serviços e nas políticas de saúde mental.

Além disso, a conferência reafirmou o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. Trata-se de um campo que se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc.

Desta forma, as conferências de saúde mental reafirmaram-se como dispositivo de contribuição ao debate, crítica e formulação dessa política pública, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e a consolidação do SUS.

O processo da IV CNSMI demonstrou, a nosso ver, que, ao contrário do argumento de que sua realização, por ser conferência temática, reforçaria a tendência à fragmentação do campo da saúde pública, observou-se um fortalecimento do controle social, do protagonismo dos usuários (no sentido amplo de usuários do SUS e específico de usuários dos serviços de saúde mental), da formulação e avaliação coletivas da

política pública da saúde, na perspectiva de consolidação do SUS, e ao mesmo tempo, da transversalidade e articulação com as demais políticas públicas.

A partir de agora serão analisados os pontos referentes às demandas nacionais dos movimentos sociais em relação ao que foi efetivado no estado do Pará entre 2007 e 2010 segundo os executores das políticas públicas.

5.1 FORTALECIMENTO ORGANIZACIONAL

5.1.2 Sobre ampliação e fortalecimento do Cadastro Nacional de Associações De Usuários e Familiares em Saúde Mental

O relatório da IV conferência, no eixo I, 1.5 “Participação social, formulação de políticas e controle social” afirma em seus princípios e diretrizes gerais que IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma que para o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/ efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação.

A realidade do Pará no que diz respeito à organização do movimento, inclusive no sentido de formar uma associação e sua relação com a gestão é complexa.

Para o coordenador estadual de saúde mental:

[...] O movimento social e a gente vínhamos em um processo de pensar a formação de associação de usuários de saúde mental, inclusive houve dois encontros de usuários e familiares de saúde mental, mas eles não conseguiram, acho que precisavam maturar mais o formato dessas associações. Então associações de usuários e familiares nós praticamente não temos. A não ser aqui a “Brilho e Luz”, mas a “Brilho e Luz” dialoga pouco com a gente. Ela ficou muito mais na coisa de fazer suas tarefas e não quis pautar a rede, não quis pautar a política, então é uma associação que é muito assim pra ela, é muito assim pra oficina. Nós tentamos a criação de uma associação de usuários mas não conseguimos[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

O coordenador fala da dificuldade que parece se sentir para que o MLA conseguisse se organizar em forma de associação no Pará. Este ponto é abordado por outros sujeitos da pesquisa. A explicação dada por V é que o MLA precisaria de mais “tempo para maturar o formato dessas associações”. No que diz respeito à Associação “Brilho e Luz” esta é uma associação com fins terapêuticos, para usuários que tiveram alta dos serviços. Não costumam participar de debates políticos em relação à reforma psiquiátrica ou pelo menos a associação não se inscreveu na etapa municipal da conferência de saúde mental e nem é vista nos eventos políticos da área, reivindicando direitos ou pautando a gestão.

Sobre a organização do movimento social, afirmou o Diretor da 1ª RPS, foram estimulados nos serviços o processo dos conselhos gestores e este processo deveria ser um disparador de debates e processos de autogestão.

O Diretor do Hospital de Clínicas afirmou desconhecer qualquer processo organizativo do Movimento de Luta antimanicomial no sentido de tentar formar uma associação.

Para a Diretora do CAPS Renascer, nesse período houve uma aproximação muito grande do movimento social. Afirmou que o MLA foi pra dentro da gestão não só no CAPS Renascer, havendo, no seu ponto de vista uma grande estruturação do movimento da luta antimanicomial, porém contraditoriamente não foi realizado nenhum cadastro ou associação.

A ambiguidade da fala da diretora do CAPS Renascer pode ser entendida como a ambiguidade da fala de uma militante que está ocupando um cargo de gestão. Ao mesmo tempo em que “não foi feito (...) houve uma aproximação muito grande do movimento social. (...) então houve uma grande estruturação do movimento da luta antimanicomial (...) mas não é cadastrado.” Ora, houve aproximação, houve grande estruturação, mas não foi feito? É o que se percebe na fala...

Quando a pergunta foi feita para a diretora do MLA, categoria trabalhadora, B, a resposta foi:

[...]Essa é uma pergunta muito interessante, porque na verdade, a gente não tem associação. A gente não está ainda nesse ponto de organização. No Estado existem duas associações, a “Brilho e Luz”, mas a minha avaliação é que a “Brilho e Luz” oferece um espaço de convivência para aquele usuário que já está em alta, oferece oficinas e tudo, mas não discute a política; e tem a associação de Castanhal,

que tem usuário, trabalhador e tem uma função assistencial, de garantir uma assistência principalmente pra essas pessoas com sofrimento mental em situação de rua. Aqui em Belém a gente tentou duas vezes, junto com os usuários ter uma associação, fazer com que eles tivessem uma associação, mas os dois processos não foram pra frente. Eu acho que houve algumas precipitações, até por conta da direção do movimento num primeiro momento que foi a associação PRÓ-CURAR e não houve processo de amadurecimento das demandas das pessoas que iriam trabalhar e teve também uma iniciativa, mas como também estava vinculada à gestão não foi pra frente. Então assim, em 2009, dentro da discussão do processo da conferência se sentiu necessidade de se ter uma associação, sentiu-se muito, isso em 2009. Hoje já estamos em 2012 e até hoje ainda não saiu. Mas já se começou fazer um movimento. Então assim, tem uma necessidade latente, mas ela ainda não conseguiu sair e agora eu acho interessante[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

Mais uma vez a fala de “ainda não estar pronto” aparece. O Movimento parece identificar a demanda por uma associação e B refere duas tentativas de criação de associações ligadas ao MLA: a PRO-CURAR e outra em 2009. Ambas fracassadas do ponto de vista dela em função de precipitação e dependência em relação à gestão.

Quando a mesma pergunta foi feita à Diretora do MLA, categoria usuária, A, a resposta foi que o movimento não consegue porque não tem estrutura como carro ou as famílias não apóiam. Quando perguntado ao Diretor do MLA, categoria usuário, S afirma que em outros estados estão mais avançados nesta realidade de associações e que foi realizada uma tentativa com o Terapeuta Ocupacional do CAPS Amazônia, porém o movimento se dispersou.

A impressão é que no que diz respeito à organização do movimento em associações, cooperativas, etc, os usuários ainda estão pouco fortalecidos no que diz respeito a posse de informações e de meios criarem alternativas autônomas. Parece que mais do que em outros campos, a dependência em relação aos trabalhadores é maior nesta área.

Segundo Vasconcelos (2010) há uma considerável escassez de pesquisas a respeito da organização de usuários e familiares em saúde mental no Brasil. Entre os vários achados de uma pesquisa realizada entre 2004 e 2007 se destacou o seguinte perfil mais comum: associação mista (usuários, familiares e técnicos), fundadas depois de 1992, criadas a partir de e ligada a um CAPS, fortemente dependente dele e de seus profissionais, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento

regular por técnico do CAPS e membro da associação, muitas vezes um militante antimanicomial ou da reforma psiquiátrica, com reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira de 2 a 5 reais apoiando a reforma psiquiátrica, expressando a missão de defesa dos direitos de usuários e familiar e desenvolvendo pelo menos uma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda.

Há vários outros tipos de associações, ainda segundo Vasconcelos (2010), em alguns casos com uma estrutura organizativa e consciência política mais avançada, mas o perfil descrito acima corresponde à maioria das associações existentes.

Como se sabe o MLA não é uma associação e embora o seu perfil seja formado por usuários, familiares e técnicos, suas reuniões ocorram quinzenalmente geralmente em algum CAPS da rede não existe contribuição financeira formal por parte de seus membros, a não ser em eventos comemorativos, quando são realizadas festas e vendidos alimentos e rifas para a causa.

Em tese, para Vasconcelos (2010) esse perfil coaduna-se com países cuja cultura ainda é hegemonicamente patrimonialista e hierárquica, ou seja, que estimula a dependência econômica, política e até mesmo pessoal às lideranças e autoridades sociais. Há que se considerar também que a maioria absoluta dos usuários dos serviços de atenção psicossocial é oriunda dos setores mais empobrecidos, com menor nível de escolaridade formal, pouco acesso a bens e serviços culturais, e com poucos recursos para pagar até mesmo transporte público para a presença regular nos serviços ou em atividades organizativas. Assim, no campo da saúde mental no Brasil, as iniciativas são geralmente induzidas por profissionais a partir das discussões e da cultura política gerada dentro dos movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial.

Neste momento da discussão, é hora de retomar a fala do coordenador de saúde mental quando afirma: *“O movimento social e a gente vínhamos em um processo de pensar a formação de associação de usuários de saúde mental, inclusive houve dois encontros de usuários e familiares de saúde mental, mas eles não conseguiram, acho que precisavam maturar mais o formato dessas associações.”* e ao final *“Nós tentamos a criação de uma associação de usuários mas não conseguimos.”*. Um ponto interessante é o que Vasconcelos (2010) aponta como um dos principais problemas das associações de usuários e familiares e do próprio movimento antimanicomial: **suas bases de sustentação econômica, organizacional e política.**

Uma fonte clássica e eventual de recursos para as atividades são as coordenações de saúde mental municipais, estaduais e nacional comprometidas com a reforma.

Entretanto, como sabemos, para qualquer movimento social popular, a dependência contínua e regular em relação a governos e ao Estado é claramente problemática.

Ainda sobre os mecanismos de organização e controle social definidos na IV conferência, o relatório aponta em sua pág. 37:

A IV CNSMI preocupa-se em assegurar, através de dispositivos legais, a continuidade, inclusive nas mudanças de gestão, dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Para tanto, são ressaltadas as conquistas legais que devem ser preservadas e reafirmadas, mas também a necessidade de criação de novos mecanismos de participação popular, que assegurem a transparência, o monitoramento e controle social nos sistemas de atenção à saúde mental. Entre eles, é reiterada a necessidade de garantia do compromisso tripartite, especialmente dos governos federal e estaduais, juntamente com os Conselhos de Saúde, no monitoramento, fiscalização e integração de recursos, para execução dos serviços e ações de Saúde Mental (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010, p.37).

Nessa linha, segundo o item 121 do relatório da IV Conferência identificam-se também propostas que reconhecem, respeitam e fortalecem os movimentos sociais organizados da Luta Antimanicomial como protagonistas da Reforma Psiquiátrica e interlocutores da gestão da política, estabelecendo canais de diálogo sistemáticos entre estes e os gestores federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. Uma das formas sugeridas para garantir que os Planos de Saúde Mental, em nível municipal, estadual e federal, sejam construídos a partir de debates nos diversos espaços de controle social é a de que os Conselhos de Saúde, ao avaliarem e deliberarem a Política de Saúde Mental aprovelem apenas os Planos que apresentem modelos de atenção multiprofissionais, de base territorial, que promovam trabalho em rede e que contemplem, necessariamente, ações de inclusão social.

A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à

organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências.

Como é possível perceber, o caminho para a consolidação da participação social e da ampliação do poder dos usuários e familiares nas tomadas de decisões sobre a gestão dos serviços de saúde mental ainda está longe de ser alcançado, tendo em vista o texto norteador da conferência e as falas percebidas pelos sujeitos sobre o nível de organização desse movimento, porém é importante ressaltar que enquanto política pública, o caminho está apontado para a direção do fortalecimento destes usuários.

O item 123 do relatório da IVCNSM inclusive aponta que a divulgação dos Direitos dos Usuários e da existência de uma rede substitutiva de atenção à saúde mental é uma forma de contribuir com o processo de conhecimento da comunidade sobre sua responsabilidade, bem como a do poder público, e sua importância na sociabilidade do usuário de saúde mental na sociedade, na diminuição do estigma associado ao transtorno mental. Por isso, algumas deliberações propõem promover campanhas governamentais de sensibilização popular que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização, com objetivo de resgatar a cidadania e promover a inclusão social.

Ou seja, somente a partir da exigência, nas três esferas de governo, que as Políticas de Saúde Mental respeitem as deliberações das respectivas Conferências, realizando as de quatro em quatro anos, para avaliação e efetivação das propostas anteriores, com publicação e divulgação periódica de seus resultados em diário oficial e outros veículos de comunicação, são outras das formas encontradas para formularem propostas de avanço e garantia de participação social na saúde mental.

Esta questão da organização dos usuários e familiares tem uma relação profunda e intersetorial com a questão do “Trabalho, Geração de Renda e Economia Solidária”, tratadas na IVCNSM (p. 111), pois o aprofundamento da reforma psiquiátrica e da conseqüente reorientação e ampliação da atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e intersetorialidade, implica em criar e implantar, nas três esferas de governo (municipal, estadual/distrital e federal), uma política de inclusão produtiva no mercado formal de trabalho e de criação de projetos de trabalho e renda para as pessoas com transtornos mentais, com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou ainda para presidiários ou egressos do sistema prisional com transtornos mentais.

Para isso, é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura),

programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010, p.111).

Seria interessante que houvesse, nesta perspectiva, uma reflexão aprofundada por parte do MLA dos motivos (explícitos e implícitos) que de fato estão impedindo a sua organização em uma associação, já que os entrevistados afirmam que esta é uma demanda.

A partir do momento em que os usuários e familiares estiverem organizados em associações, passam a uma postura de fortalecimento, o que está de acordo com o item 656 da IVCNSM que afirma que é necessário desenvolver, fortalecer e qualificar, através de articulação intersetorial (assistência social, trabalho, educação e cultura), programas de geração de emprego/renda, economia solidária e programas de sustentabilidade, capazes de assegurar o direito ao trabalho e garantir a melhoria da renda familiar, a continuidade do tratamento, a promoção da qualidade de vida e a integridade física e mental dos usuários dos serviços de saúde mental, resgatando neles a dignidade de ser sujeito, o exercício da cidadania e o sentimento de inclusão nos diversos meios sociais.

Várias propostas também enfatizam, de forma particular para o campo da saúde mental, a importância da ampliação da Política de Economia Solidária e Inclusão Social e do Programa Nacional de Cooperativismo Social. Nestes, é ressaltada a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares, incentivando a formação de associações de usuários e familiares e ações que produzam a participação em eventos socioculturais baseados nestes princípios, a geração de trabalho e renda sustentáveis, a melhoria da qualidade de vida, o fortalecimento dos vínculos, a socialização e inserção social, e a promoção de autonomia e auto-estima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares.

Para garantir a operacionalização dessas propostas, o artigo 658 da IVCNSM (pág 112) afirma ser necessário criar linhas de financiamento intersetorial nas três esferas de governo, uma política tributária e subsídios diferenciados, bem como implementar incentivos para que as empresas viabilizem esta inclusão no mercado

formal de trabalho e assegurem os respectivos direitos trabalhistas e benefícios sociais. Também é necessário potencializar e ampliar programas já existentes, como o Programa Primeiro Emprego, os vários programas de reabilitação profissional e de trabalho protegido.

Em paralelo, esta perspectiva implica também em garantir, através do fomento e desenvolvimento de programas intersetoriais, a acessibilidade à educação, a melhoria do nível de escolaridade, a inclusão digital e a capacitação técnica para o trabalho de todo este conjunto dos usuários da rede de saúde mental. Para isso, é lembrada a importância das parcerias com o Serviço Social da Indústria (SESI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), e com o Plano Nacional de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho.

5.1.3 Existência ou não de algum programa de inclusão digital para usuários e familiares nos CAPS e para as suas associações

Sobre o tópico “inclusão digital” para usuários e familiares, por ser um tema transversal, aparece várias vezes nos relatórios das conferências estadual e nacional de saúde mental.

Na IV Conferência Estadual de Saúde Mental aparece no sub-eixo 8 – “Comunicação, informação e relação com a mídia”, com a decisão: Garantir aos usuários de Saúde mental a inserção nos infocentros.

No relatório da IV CNSM aparece no eixo **Reabilitação psicossocial e participação** no item 135. “Garantir ações de inclusão digital e computador com internet e disponibilizar o acesso para os usuários e trabalhadores da saúde mental.” e no 136. “Garantir a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico em cumprimento de medida de segurança, na rede de serviços substitutivo em saúde mental.”

Aparece também a questão da inclusão digital em relação aos **Processos educacionais e divulgação no item 146.**

Usar a mídia de modo favorável para difusão do movimento da reforma da assistência em saúde mental, criando mecanismos junto aos meios de comunicação (TVs, rádio, jornais, internet), de órgãos públicos e privados

para divulgar maiores informações sobre a doença mental e suas implicações na vida cotidiana, iniciativas e direitos de usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental, através da produção de programas, cartilhas educativas e campanhas publicitárias.

No que diz respeito à **Inclusão Digital** propriamente dita, o item 971. “Promoção de programas de inclusão digital e de incentivo à produção cultural comunitária dos usuários de Saúde Mental, com ênfase na sua autonomia, por meio de oficinas terapêuticas, capacitações e parcerias com universidades, ONGs, mídias comunitárias, dentre outros, incluindo os meios oficiais oferecidos pelo Ministério da Cultura.” e no 972. “Garantir aos usuários de Saúde mental a inserção nos infocentros.”

Passando à prática, em relação à questão da existência ou não de algum programa de inclusão digital para usuários da saúde mental entre 2007 e 2010, afirmou o coordenador Estadual de Saúde Mental, V ter conhecimento da existência:

[...] Tenho. O CAPS chamado CAPS Amazônia, ou CAPS Marambaia tem uma situação com a escola de governo da universidade, eu não sei te dizer o nome, mas eles formam, dão curso em informática. Fui chamado uma vez lá na formatura de uma turma de 12 pessoas que eles formaram lá, isso no ano de 2010. Havia também a proposta de começar isso também no CAPS III ad, o CCDQ, mas é como te disse, não tivemos tempo[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Quando perguntado se foi uma iniciativa dos usuários dos CAPS ou da gestão, respondeu: “Não, foi iniciativa deles. Foi naquela perspectiva da assembleia, essa demanda saiu de uma assembleia e lá mesmo eles se articularam e fizeram tudo, chegando a formar essas 12 pessoas. Não sei te dizer se hoje está funcionando, mas na época eles conseguiram.”

A importância da iniciativa dos usuários por qualificação, por inclusão digital saída de uma assembleia ser apoiada pela gestão é um fato relevante e de destaque, porém esta boa prática poderia ter servido de modelo para outros CAPS se de fato estivesse sendo pensada do ponto de vista da gestão em saúde pública.

Sobre o assunto, a Diretora do CAPS Renascer, M, apresentou um ponto de vista interessante quando perguntada se havia funcionado algum projeto de inclusão digital:

[...] Não que tenha funcionado, não. Mas nós chegamos a conversar sobre isso, era um desejo, mas como a gente tinha que implantar coisas elementares isso não foi prioridade, mas nós tínhamos conhecimento que o governo tinha um programa de inclusão digital e

nós queríamos que os usuários de saúde mental também tivessem acesso. Agora o que gente discutia também, que o usuário de saúde mental é um cidadão como outro qualquer, então se lá no bairro dele tem um local de acesso à internet então é lá no bairro dele que ele vai participar, então a gente não vai construir um mundo aqui dentro do CAPS, a gente não vai colocar computadores disponíveis para usuários. A gente até pode ter, mas esse não é o espaço mais adequado, o espaço mais adequado é lá na comunidade dele, então a gente chegou a conversar sobre isso mas não tinha algo sistemático[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Todos os outros entrevistados afirmaram desconhecer quaisquer iniciativas no sentido de inclusão digital entre 2007 e 2010 voltadas para usuários da saúde mental.

Ora, ainda que seja interessante a perspectiva de se pensar a inclusão do usuário portador de transtorno mental nos infocentros nos bairros e isso está de acordo com o que foi definido nas conferências, a disponibilização do acesso a computadores nos serviços de saúde mental está em acordo ao que foi definido no item 135. “Garantir ações de inclusão digital e computador com internet e disponibilizar o acesso para os usuários e trabalhadores da saúde mental”.

No eixo da “Gestão da informação, avaliação, monitoramento e planejamento em saúde mental”, a questão da inclusão digital e qualificação dos usuários e familiares, bem como dos trabalhadores para lidar com as ferramentas ligadas à tecnologia e internet também são fundamentais.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial indica que o aprofundamento do processo de desinstitucionalização da loucura da Reforma Psiquiátrica brasileira requer a implementação de novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental para viabilizar um planejamento adequado das ações nessa área. A participação do controle social no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas cotidianas de trabalho e do funcionamento dos serviços de saúde mental, dando visibilidade aos indicadores, de forma a democratizar as informações a todos os agentes sociais da saúde, é a reivindicação central das propostas neste sub-eixo. Para tanto é necessário assegurar que a Saúde Mental seja prioritária no planejamento das ações de saúde conforme o Pacto pela Saúde. Assim como se faz necessária a criação, desenvolvimento e implantação de instrumentos e sistemas de informação em saúde mental dinâmicos, com infraestrutura que contemple a transversalidade, a intersectorialidade e o georeferenciamento.

Assim, segundo o relatório da IVCNSM (pág 42) afirma que a qualificação dos mecanismos de planejamento e gestão do trabalho, definindo e pactuando indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental, nos seus vários níveis, depende, em boa medida, da qualidade das informações que os setores responsáveis pela execução de Políticas Públicas disponham. Por isso, a necessidade de se fomentar estudos do perfil epidemiológico da demanda em saúde mental é amplamente referida, a fim de que permitam estabelecer indicadores e parâmetros que fundamentem as três esferas de governo nas suas estratégias de planejamento, vigilância, acompanhamento e implementação das ações nos serviços de saúde mental no SUS. Um sistema integrado e informatizado, com acesso via *web* integrando as redes de atenção (garantindo sigilo de informações de prontuários), é ainda, uma forma de viabilizar uma política de monitoramento e avaliação permanente dos serviços de Saúde Mental que deverá contar com a participação de todos os atores que fazem o acolhimento dessa demanda.

O item 150 do relatório da IV conferência é claro quando aponta (ao contrário da fala da gestora do CAPS do Pará em sua realidade no momento da pesquisa) que a adequada provisão de meios como aquisição de computadores e acesso à internet em todas unidades de saúde mental – com disponibilização de recursos midiáticos por parte do Ministério da Saúde é, também, aventada como estratégia de promoção do conhecimento e efetiva divulgação dos direitos dos atores da saúde mental, da Política de Saúde Mental e dos Princípios da Reforma Psiquiátrica.

Um completo banco de dados informatizado para avaliação dos indicadores de resultados da saúde mental do país é, além de tudo, uma ferramenta importante para efetivação da intersetorialidade, devendo permitir cruzar dados dos sistemas de informação das Secretarias de Educação, Assistência Social, Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Conselho Tutelar e outros, para troca de informações entre serviços.

5.1.4 Conhecimento sobre a criação ou não de algum fundo público para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares

Do ponto de vista do relatório da IVCNSM, este item está incluído no eixo Políticas sociais e gestão intersetorial, do qual os princípios e diretrizes gerais afirmam

que no item 174. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial expressa forte suporte nos princípios da equidade, da inclusão, da integralidade, da solidariedade e da participação ao deliberar as propostas para as políticas sociais e gestão intersetorial.

A efetiva gestão intersetorial é um desafio para as políticas sociais e desta feita predominam propostas referentes ao trabalho, assim como há uma explícita identidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Política Nacional de Direitos Humanos.

O item 176 do relatório da IV conferência nacional de saúde mental sugere que:

O conjunto das proposições afirma a necessidade de assegurar a definição e implementação, nas três esferas de governo e do Distrito Federal, de políticas públicas interssetoriais e inclusivas para atendimento aos usuários de saúde mental, às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, à população de rua e às vítimas de violência, articulando e integrando as ações dos Poderes Públicos e da Sociedade Civil Organizada nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, cultura, habitação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, esporte, lazer e turismo. Estas políticas devem garantir a prevenção, promoção e reabilitação psicossocial, pautadas nos princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e demais Políticas Interssetoriais. Devem ser políticas que estimulem a construção de redes interssetoriais e interdisciplinares para grupos vulneráveis, que respondam às necessidades e respeitem às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, assim como garantam a inserção social através da criação de mecanismos de autogestão (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, pág 45, 2010).

Assim, são imprescindíveis para viabilidade e sustentabilidade das propostas a constituição de redes, a garantia de financiamento bem como o estabelecimento de fóruns e dispositivos de cooperação interssetoriais.

Sobre a realidade do Pará, quando perguntados aos sujeitos da pesquisa sobre a existência de fundos públicos para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares, se eles tinham conhecimento ou não, somente uma entrevistada acenou positivamente.

B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012 afirma “ Em Carajás tem. Porque tem uma associação lá, os Cavaleiros das Damas, que é de um usuário, e ele tem um apoio dentro da secretaria de cultura do município de Parauapebas.”

Não foi explicitado durante a entrevista que tipo de apoio esta associação recebe, se é um apoio direto, do tipo citado por Vasconcelos (2010) acima, que frequentemente as associações recebem de coordenações de saúde mental comprometidas com a reforma e correm o risco assim de se tornarem dependentes de governos ou se o apoio vem em forma de concorrência pública por editais, por exemplo, o que tornaria o processo mais transparente e democrático.

A realidade do estado do Pará é ainda muito incipiente em termos de organização do movimento social. É preciso, conforme está explicitado no item 178 do relatório da IV CNSM fortalecer o processo organizativo do movimento para que possa ser criada uma Rede Intersetorial em saúde mental com a participação do Poder Público e da Sociedade Civil Organizada para atender as necessidades dos usuários de forma mais ampla, incluindo Secretaria de Saúde, de Educação, Cultura, Turismo e Lazer, Secretaria Desenvolvimento Social, Secretaria da Agricultura, Emprego e Renda, Ministério Público, Câmara de Vereadores, Sindicatos, Associações, Clubes de Mães, Grêmios Estudantis, Cooperativas, etc.

O que se busca, resumidamente, segundo o relatório da IVCNSM (p. 45) é integrar e fortalecer os sistemas SUS e SUAS para melhoria do atendimento aos usuários e às famílias acompanhados pela rede de saúde mental, incluindo os CAPS, construindo de forma integrada programas e política direcionados para a realização de atividades comunitárias propostas pelos serviços substitutivos e demais segmentos intersetoriais, notadamente a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e os Ministérios da Cultura, Esporte e Lazer, contemplando seus usuários e familiares, territórios e demais espaços disponibilizados diariamente para a sociedade como um todo, incluindo os finais de semana.

Para que isso seja possível é necessário que o financiamento seja garantido no Pacto pela Saúde para que as fontes de financiamento oriundas da intersetorialidade possibilitem a sustentabilidade financeira, ações e serviços de saúde mental.

Para finalizar o artigo 183, destaca que é necessário assegurar que as políticas públicas sejam elaboradas integralmente, prevendo ações e financiamento intersetorial, em especial nos campos da infância e adolescência, no que se refere à violência doméstica, exploração sexual, uso de álcool e outras drogas, moradores e em situação de rua, em cumprimento de medidas socioeducativas e em situação de risco, seguindo a Política Nacional para cada área.

Somente a partir de pressão social para que o financiamento a essas políticas públicas sejam garantidos, conforme o contexto do Sistema Único de Saúde e do Brasil analisados em capítulos anteriores.

Existe, segundo vários autores, dentre eles, Vasconcelos (2010) certas limitações estruturais para a viabilização do processo de reforma hoje. Na área pública, as condições estruturais criam obstáculos duros para a produção de um sistema intersetorial e integrado de bem-estar social e de direitos humanos, capaz de oferecer cuidado social personalizado e salvaguardas de direitos na comunidade, particularmente para todos os indivíduos que apresentam alguma forma de fragilidade ou dependência.

5.1.5 Política de comunicação, divulgação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações

Comunicação e Cultura são direitos inalienáveis dos seres humanos. Segundo Gindre (2009, p. 53) “a ideia de que se, se o ser humano é privado de sua capacidade de produzir cultura e de intercambiar essa cultura, de estabelecer trocas com outros seres humanos, de estabelecer processos comunicacionais, é privado de humanidade”.

Nos últimos séculos, e mais especificamente, no século XX, essa possibilidade de contato com o outro não está mais só no estado interpessoal, mas é cada vez mais preponderante, realizada através das mídias. Portanto, ainda segundo Gindre (2009) a capacidade de ter acesso aos meios de comunicação, não apenas de ser informado, mas de poder utilizar esses meios e se comunicar, é, no século XX e no século XXI, com certeza, a expressão de um direito humano. Deste modo, é que há a organização através de movimentos sociais que procuram construir e garantir o acesso de todos aos meios de comunicação, para que possam não só receber informação, mas também produzir informação, sob pena de privar a humanidade da sua própria humanidade.

Partindo dessa premissa, é muito importante que a Comunicação seja o mais democrática possível, pois é um dos fatores fundamentais no mundo atual de “produção de subjetividade”. Essa expressão, de acordo com Novaes (2009) foi cunhada na filosofia francesa, e aponta o fato de que a subjetividade significa maneiras de perceber, de representar, de reagir afetivamente e agir no mundo, o que já foi denominado pelo pensamento tradicional de “personalidade”, “sujeito”, “pessoa”, “indivíduo”.

As sociedades são produzidas socialmente por máquinas, por fábricas, como se faz com os gêneros alimentícios em geral, com o vestuário, os automóveis, os bens necessários à vida moderna. E, entre os aparelhos de produção de produção de subjetividade, um dos mais importantes é justamente a mídia.

Os meios de comunicação em massa produzem indivíduos, pessoas, personalidades, sujeitos, enfim, o que a filosofia francesa contemporânea chama de subjetividade, e como esses instrumentos produzem subjetividades padronizadas, moldadas, serializadas, conformistas, passivas, obedientes, disciplinadas; no entanto, também podem ser usados para produzir subjetividades que escapem a essa serialização, a essa padronização e representem singularidades, pontos de fuga (NOVAES, J; 2009, P.23).

No que diz respeito especificamente à articulação entre a política de saúde mental e a política de comunicação, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Junho de 2010 em Brasília (DF), apontou em seu relatório final uma série de princípios e diretrizes gerais no que diz respeito à área da Comunicação, Informação e Relação com a Mídia, setores importantes e que nem sempre têm tido o destaque devido em termos de políticas públicas.

A ampliação do conhecimento e a consolidação da reorientação da política de saúde mental no país requerem a criação de dispositivos e mecanismos de comunicação social voltados para a difusão, na sociedade brasileira, das diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira. Tais dispositivos devem visar ocupar espaços e atingir, inclusive através de parcerias, os diversos canais e veículos da mídia (televisiva; Internet; rádios, incluindo comunitárias; meios audiovisuais, mídia impressa e outras, públicas e privadas); em escala ampla, municipal, estadual e nacional, e de forma o mais extensiva possível, e adequada e acessível aos diversos segmentos sociais, divulgando os princípios antimanicomiais, as novas políticas de saúde mental, a atenção psicossocial, os novos serviços substitutivos, as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental, o combate ao preconceito e ao estigma contra pessoas com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas e as ações para a sua inclusão social, evidenciando sua condição de sujeitos e cidadãos de direitos.

Para isso, é necessário que as entidades representativas da mídia e os profissionais da área de comunicação sejam sensibilizados e tenham conhecimento de causa e dos princípios éticos e políticos do campo da saúde mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas, inclusive relativos à periculosidade do louco e à marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas. Nesse último aspecto, preconizam-se campanhas

nacionais visando à desmistificação do lugar da loucura na sociedade e a abordagem de temas sobre prevenção, tratamento do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos.

Neste último campo, em particular, é dada especial relevância à necessária discussão e criação de normas para coibir a veiculação de propagandas de incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas, bem como à sensibilização da população sobre a venda de bebidas alcoólicas e cigarros para crianças e adolescentes. Entende-se, assim, que a democratização da informação e o bom uso dos meios de comunicação são armas poderosas contra a violação de direitos humanos.

As diretrizes também são detalhadas em alguns de seus contornos mais específicos. As ações e campanhas de comunicação devem dar ênfase particular à veiculação de denúncias e o combate aos diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres, e à sensibilização da sociedade para a valorização das diversidades, com ênfase na autonomia, fortalecimento e não discriminação do usuário.

A IV CNSMI salienta também a importância do Ministério da Saúde e como sugestão, secretarias estaduais e municipais, criarem um sistema de informação, comunicação e divulgação sobre a Política Nacional de Saúde Mental, através de *home page* ou *site*, com banco de dados acessível aos gestores, trabalhadores e à sociedade civil – usuários e familiares – objetivando democratizar as informações gerais sobre a política de saúde mental, normas, formas de financiamento, rede de serviços, resultados das ações e a divulgação dos trabalhos científicos e de pesquisa na área de saúde mental. Outra diretriz possível neste sentido é a criação de um serviço 0800 para orientação sobre transtorno mental, rede de serviços, uso racional de medicamentos e denúncias de maus tratos.

As ações em comunicação social devem incluir também programas de inclusão digital, formas diferenciadas de divulgação e exibição da produção cultural e artística dos usuários de saúde mental, eventos e fóruns públicos, e produção de diversos tipos de material de educação popular.

Neste amplo campo, é reafirmada também a importância das ações na área de comunicação e difusão da informação para que as políticas nacionais de saúde mental fortaleçam e assumam efetivamente – e não apenas propositivamente – a sua dimensão

intersetorial. Assim, é possível utilizar os espaços da mídia comercial, governamental, alternativa e comunitária, por meio de jornais, propagandas, folders, cartilhas, peças teatrais, filmes, cartazes, dentre outros, sob responsabilidade no âmbito federal dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Cultura e da Comunicação.

Além destes princípios mais gerais, foram também discutidas e aprovadas as seguintes propostas:

a) Campanhas Públicas e Informação sobre Direitos e Ações em Saúde Mental

1. Elaboração e aprovação de lei que contemple a promoção de campanhas nacionais para tratar de assuntos referentes à saúde mental que estejam associados às portarias já existentes.
2. Criação de instâncias intersetoriais e participativas municipais, estaduais e federais que permitam discutir e encaminhar propostas concretas e legítimas sobre campanhas veiculadas na mídia referentes a medicamentos e outras drogas (lícitas e ilícitas).
3. Criação de comitês de comunicação acerca da temática da saúde mental, álcool e outras drogas, a fim de divulgar nas diversas mídias, e com clareza e coerência, as ações de saúde mental, ampliando o espaço de discussão sobre o tema, que hoje vem sendo tratado de forma excessivamente medicalizadora.
4. Promoção de campanhas educativas nacionais de divulgação das políticas, ações e direitos em saúde mental, utilizando cartilhas, cartazes, panfletos e propagandas, enfatizando os direitos de cidadania à moradia, trabalho e inclusão social de pessoas em sofrimento psíquico, divulgando o trabalho dos profissionais e as ações em saúde mental com enfoque positivo, objetivando o fim da discriminação e do preconceito em relação às pessoas com transtorno mental, e informar as pessoas sobre qual serviço procurar em cada situação, garantindo a ampliação do acesso e favorecendo a cultura antimanicomial e as práticas de fortalecimento e cidadania.
5. Continuidade aos mecanismos de comunicação permanente entre os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais que possibilitem a difusão de informações

necessárias para aumentar a qualidade da participação dos usuários na regulação do SUS.

6. Desenvolvimento, dentro do tema saúde mental, de processos e materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema saúde mental da população negra, que desconstruam estigmas e preconceitos, que estimulem o respeito a seus diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas, que fortaleçam uma identidade negra positiva e que contribuam para redução de vulnerabilidade social.
7. Fortalecimento do engajamento nas lutas pela democratização da comunicação e contra as violações aos direitos humanos.

b) Campanhas e Denúncias de Discriminação, Abusos e Violências contra os Usuários

1. Desenvolvimento nos meios de comunicação falada, televisionada e escrita campanhas de informação e de mobilização para encaminhamento de denúncias e combater os diversos tipos de violência física e psicológica (preconceito, assédio moral, discriminação, violência verbal, entre outros), abuso, cárcere privado e exploração das pessoas com transtornos mentais e do usuário de álcool e outras drogas, especialmente as mulheres.
2. Elaboração e aprovação de lei que proíba a veiculação nos meios de comunicação de mensagens pejorativas e discriminativas sobre pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, com penalização, em caso de descumprimento, inclusive cassação de alvará de funcionamento.
3. “Não admitir” (sic) intervenções da mídia que desqualifiquem e propaguem o preconceito sobre o cidadão com sofrimento psíquico, apresentando o como perigoso, incapaz ou violento.

c) Sensibilização e Ocupação de Espaço na Mídia

1. Sensibilização de entidades como a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e o Sindicato dos Jornalistas de modo a aumentar a visibilidade da reforma psiquiátrica e favorecer a desconstrução dos estigmas e preconceitos em relação aos usuários de saúde mental.
2. Garantia de espaços na mídia e na programação cultural geral (Rádio Nacional, Roquete Pinto, TV Educativa, TV Senado e TV Câmara TV Municipais e Estaduais, por exemplo) para programas relacionados aos temas da saúde mental na perspectiva antimanicomial; ter legalmente garantido espaços e programas específicos dentro dos canais oficiais existentes de comunicação (TV educativas, boletins e publicações dirigidas, etc.), bem como em outros meios alternativos (incluindo rádios comunitárias e de diversas outras modalidades, como no COMUNICASUS), para veiculação de matérias da área de saúde mental, na perspectiva dos direitos humanos, que contemplem a diversidade humana.
3. Promoção da articulação entre o setor saúde e os meios de comunicação, visando o fortalecimento dos profissionais da mídia a se expressarem com conhecimento de causa, dotados de princípios éticos e políticos acerca da Saúde Mental, não reproduzindo preconceitos e estigmas, principalmente relativas à periculosidade do louco e marginalidade dos usuários de álcool e outras drogas.
4. Garantia de espaço de divulgação em jornal impresso com informe da Saúde Mental, abrindo assim mais espaço para conhecimento da população sobre pessoas com transtorno mental e usuário de álcool e outras drogas, tendo como pessoas entrevistadas os trabalhadores e usuários da Saúde Mental.
5. Estruturação e aproximação dos conselhos de comunicação nas três esferas de governos para buscar espaços e projetos que divulguem questões voltadas a saúde mental.
6. Realização de seminário de sensibilização da mídia sobre a reforma psiquiátrica brasileira.

A Partir de agora, após tomar conhecimento das deliberações da IV Conferência no que toca à importante área da comunicação, é importante destacar o que aconteceu na área entre 2007 e 2010 no Pará no ponto de vista dos sujeitos da pesquisa.

Segundo o coordenador de Saúde mental, V:

[...] É, por exemplo, onde o movimento social conseguiu ter um apoio importante, nós conseguimos fazer um jornal semestral chamado “Saúde Mental em Rede”, onde nós mandávamos as informações pelo menos de 6 em 6 meses pra colocar os municípios, o movimento social a par do que estava acontecendo em saúde mental no estado. Nós conseguimos colocar essa situação adiante. E os CAPS também conseguiram fazer os seus jornais internos, incentivando a discussão. Havia o site da SESPA e do Conselho de Psicologia que havia um link sobre a luta antimanicomial. Então eu acho que a gente tinha informações pra ir buscando de alguma forma. E eu não posso esquecer aqui de forma nenhuma a importante contribuição do Conselho Regional de Psicologia pra Luta Antimanicomial e pra discussão da reforma aqui no Estado porque eles deram uma ajuda e foi um apoio crítico considerável, com dinheiro, com chamadas de discussão, com passeatas[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Houve, segundo o coordenador estadual, o esforço para comunicar as ações que estavam sendo implementadas, ao que se pode perceber, esta foi a compreensão do papel da “comunicação” no período 2007 a 2010, informar os municípios e o movimento social, das ações de governo. Para isso foram utilizadas as estratégias do site institucional da SESPA, que tem esta função propriamente dita, porém obtiveram apoio estrutural do ponto de vista da comunicação (espaço no site e assessoria de comunicação a disposição do MLA e assuntos da saúde mental) do Conselho Regional de Psicologia.

Sobre esta questão, Vasconcelos (2010), quando fala sobre o perfil das associações de usuários e familiares e de sua relação de dependência econômica às vezes com governos alinhados com a reforma, às vezes com outros parceiros, destaca que uma estratégia tem sido utilizar as organizações corporativas dos profissionais, o que pode até mesmo constituir um avanço político para as suas respectivas categorias (como a dos psicólogos). Contudo, do ponto de vista do movimento, pode também representar vários riscos, particularmente, se for centralizada em apenas poucas categorias profissionais. Isso pode gerar dependência em relação aos recursos de seus aparelhos institucionais, centralização política nos principais detentores de cargos e

lideranças, descolamento das bases do movimento e continuidade da concentração do poder nas mãos dos profissionais.

Tanto o diretor do 1ª RPS quanto o diretor do Hospital de Clínicas afirmaram desconhecer qualquer política de comunicação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações ou mesmo ao movimento social.

Para a Diretora do CAPS Renascer, M:

[...]Eu acho que isso foi muito deficiente. Não foi suficiente, as ações que foram divulgadas, foram divulgadas porque a gente foi atrás, a gente que levava a notícia por exemplo se ia ter uma feira dos produtos criados pelos usuários em alguma praça, a gente que ia lá na assessora de comunicação divulgar[...]

Assim como o coordenador de saúde mental, a concepção de comunicação ainda parece estar muito ligada à de divulgação das ações, ao passo que um plano de comunicação que envolvesse “Campanhas Públicas e Informação sobre Direitos e Ações em Saúde Mental”, “Campanhas e Denúncias de Discriminação, Abusos e Violências contra os Usuários” e “Sensibilização e Ocupação de Espaço na Mídia” com todas as suas possibilidades parecem ainda muito distantes da realidade dos executores da política pública de saúde mental no Pará.

Quando se parte para o ponto de vista dos membros do movimento social, a perspectiva não é diferente. Quando perguntada sobre a existência de uma política de comunicação social que apoiasse o MLA entre 2007 e 2010, A Diretora do MLA, categoria trabalhadora, B fala sobre o apoio oferecido pelo Conselho de Psicologia nesta área:

[...] Especificamente, não, mas teve uma época que a gente teve um apoio do Conselho Regional de Psicologia.. Teve uma época, durante uma gestão do conselho que eles emprestavam todo o aparato do conselho pra gente do movimento fazer o que precisasse, telefone, reuniões, os meios de comunicações deles, e-mails, enfim, usufruir da estrutura física do Conselho de Psicologia[...]

Esta Informação é confirmada pela usuária, A: “Houve sim. Já liberaram salão pra simpósios, isso sim já houve.” e quando perguntada sobre quem teria apoiado o movimento, A: “Nessa parte eu não sei, mas acho que ordens de psicólogos que ajudam o movimento.”

Quando perguntado sobre a questão comunicação, a Liderança do MLA, usuário, S afirma que sente que esta área é muito problemática e sente que se houvesse mais

apoio poderiam obter mais avanços do ponto de vista da militância: “S. *Eu acho que não e é nisso que a gente emperra. Por exemplo ano passado em 2011 nós não viajamos pra Goiânia por falta de ajuda.*”

A conferência estadual de saúde mental aponta em seu Sub-Eixo 8 - COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E RELAÇÃO COM A MÍDIA:

01. Construir um caminho de aproximação com a mídia através de seminários, a fim de criar canal de publicização das ações de saúde mental (divulgação dos serviços, rede de atenção psicossocial, trabalhos das instituições CAPS, principalmente atividades realizadas pelos usuários), além de repassar à população os recursos e gastos utilizados na saúde mental, nas três esferas de governo;
 02. Garantir aos usuários de Saúde mental a inserção nos Infocentros;
 03. Criar o setor de comunicação nos serviços, instituições e dispositivos de Saúde mental para garantir ações nas comunicações;
 04. Criar centros de documentação e cultura em Saúde mental em parceria com ministério da Cultura.
 05. Divulgação dos resultados das ações em saúde mental através de relatórios semestrais, e apresentação das propostas para os conselhos, secretarias, sociedade em geral para melhoria e solução dos problemas.
- (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial, 2010 P.36)

Mais uma vez, os rumos estão apontados, cabe aos gestores “a vontade política” de executarem as políticas públicas, e cumprirem os direitos dos cidadãos.

5.1.6 Criação de equipes específicas para a produção de material de educação popular no campo da saúde mental

Segundo o relatório final da IVCNSM a divulgação dos Direitos dos Usuários e da existência de uma rede substitutiva da atenção à saúde mental é uma forma de contribuir com o processo de conhecimento da comunidade sobre sua responsabilidade, bem como a do poder público, e sua importância na sociabilidade do usuário de saúde mental na sociedade, na diminuição do estigma associado ao transtorno mental. Por isso, algumas deliberações propõem promover campanhas governamentais de sensibilização popular que tratem das temáticas do sofrimento mental e humanização, com objetivo de resgatar a cidadania e promover a inclusão social.

Sendo assim, “Processos educacionais e divulgação” é um subitem do eixo 1. Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais e conta com as seguintes deliberações: 144. Implantar programa de educação popular em saúde mental;

145. Implantar no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) do Programa Saúde na Escola (PSE) o trabalho com o tema “saúde mental e violência”.

O item 146 relaciona-se com a Comunicação, pois sugere usar a mídia de modo favorável para difusão do movimento da reforma da assistência em saúde mental, criando mecanismos junto aos meios de comunicação (TVs, rádio, jornais, internet), de órgãos públicos e privados para divulgar maiores informações sobre a doença mental e suas implicações na vida cotidiana, sendo iniciativas e direitos de usuários, familiares e profissionais da rede de saúde mental, através da produção de programas, cartilhas educativas e campanhas publicitárias.

Outra ação determinada pelos delegados na IV conferência no que toca à área Educação e Saúde Mental é “Capacitar usuários e familiares, assim como, conselheiros municipais e estaduais de saúde, assistência social, criança e adolescente, dentre outros, para a formulação de políticas, para a temática da saúde mental e a importância e papel do controle social, garantindo financiamento nas três esferas do governo.”

No relatório da Conferência estadual de saúde mental não foram encontradas quaisquer deliberações relacionadas à área de maneira específica.

De uma maneira prática, sobre o assunto, durante o tempo pesquisado, o Coordenador de saúde mental responde que não foram criadas equipes específicas para produção de material popular no campo da saúde mental, porém tanto o diretor da 1ª RPS quanto o membro da diretoria executiva do MLA na categoria usuário, S, fizeram menção a uma experiência exitosa de produção de material de educação e saúde no CAPS Grão-Pará. Assim, afirma S:

[...] Olha, eu tive uma experiência muito boa, aqui quando o CAPS Grão-Pará foi se apresentar no coral e dança na praça e algumas pessoas perguntavam eu explicava alguma coisa, quando eles se aprofundavam eu chamava alguém com mais gabarito pra responder as perguntas. Quer dizer, povo conscientizado é povo atuante, mas é um trabalho de formiguinha[...] . (S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará – Belém, 2012).

Mais uma vez, como parece ter ocorrido em outros momentos, como no caso dos cursos de capacitação em informática no CAPS Amazônia ou dos Conselhos Gestores do CAPS Renascer e CAPS Grão-Pará, as soluções parecem vir dos próprios usuários, trabalhadores e gestores dos serviços, que com criatividade vão enfrentando as dificuldades do dia-a-dia e criando novas possibilidades. Algumas experiências

encontram “escuta” e respaldo da gestão, como os conselhos gestores, outras fenecem sem terem tido tempo de serem vivenciadas por outros sujeitos, aperfeiçoadas ou deixadas de lado, enfim. A importância do planejamento e da gestão em saúde pública seria permitir que essas experiências exitosas pudessem ser experimentadas por outros serviços de forma planejada, calculada na medida das possibilidades.

5.1.7 Implantação de grupos de ajuda e suporte mútuos facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação e por familiares com mais experiência, com capacitação e supervisão específica, para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica

No que diz respeito à implantação de grupos de suporte facilitados por usuários para atuar na comunidade, em especial na atenção básica, a IV Conferência, com a sua prioridade à intersetorialidade privilegiou atenção em vários setores. A saber: 1) Redes intersetoriais e sociais; 2) Educação; 3) Estratégia Saúde da Família; 4) Cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores.

Sobre a criação de redes intersetoriais, os itens 178, 179 e 180 já foram citados na discussão sobre a criação de fundos públicos para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares.

No que diz respeito à Educação, o relatório da IVCNSM, na pág 48, delibera no item 200. “Criar agentes multiplicadores acerca da temática de saúde mental, nos setores de educação e assistência social.” E no item 201. “Garantir políticas que promovam formação em controle e integração social visando à atuação em rede e o fortalecimento do apoio matricial.”

Na realidade do Pará, entre 2007 e 2010, segundo a fala do Coordenador de saúde mental, quando perguntado sobre esse processo de ajuda e suporte mútuos facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica, “V responde: *“Sempre teve esse processo. Eu percebi muito isso, aqui mesmo no CAPS que eu estou há o que se chama de parceiros do CAPS, usuários que estão de alta e que retornam pra coordenar oficinas.”*

Esta fala é corroborada pelo Diretor da 1ª RPS, L quando afirma que *“Todos os CAPS trabalharam com essa lógica, os pacientes egressos continuavam interagindo, as*

peessoas voltavam pra dar relato de experiência “olha como eu fiquei bem” e isso dava estímulo pra que as pessoas continuassem acreditando no serviço” e também pela Diretora do CAPs renascer:

[...]Olha, isso aconteceu. Tem a experiência de uma senhora que fez o tratamento, eu acho que de uns dois anos no CAPS e quando ela saiu continuou dando apoio pros usuários que continuavam, então ela reunia na casa dela, ela formou um grupo de dança folclórica, então as pessoas se aproximaram muito. E através do conselho gestor as pessoas se aproximaram. As pessoas que participaram do conselho gestor, elas também eram pessoas que foram monitora depois de oficinas terapêuticas ou então que acompanharam outros usuários pra irem fazer um curso em outro lugar no curro velho ou em alguma igreja[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Quando perguntado sobre este assunto, o diretor do Hospital de Clínicas afirmou desconhecer quaisquer iniciativas nesse sentido que estivessem ocorrendo no momento.

As falas dos membros dos MLA vão em uma direção bem diferente das falas dos gestores neste quesito.

Por exemplo, para B:

[...]A gente começou a fazer uma discussão a partir da realidade aqui da casa A.D em 2010, mas não houve uma compreensão da equipe neste setor álcool e outras drogas pra estar construindo com a própria comunidade, mas entre os usuários existe uma real demanda. Por exemplo, dentro da executiva do movimento, tem um usuário que tem essa demanda, de estar contribuindo com a sua experiência e no processo de conferência estadual de conferência a gente sentiu essa necessidade e tentou, mas não conseguiu ter fôlego pra manter essa proximidade depois, mas tem demanda pra isso (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial,[...] Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

Um dado interessante é a dificuldade da equipe para compreender a necessidade de se construir com a comunidade, apesar de reconhecer a real demanda entre os usuários. Mais uma vez fica clara a necessidade expressa de capacitação e formação permanente das equipes que trabalham com saúde mental, inclusive que possam contar com o dispositivo de supervisão clínico-institucional.

Sobre este assunto, o relatório da IVCNSM é claro quando fala sobre Educação Permanente. No artigo 221 determina Promover, nas três esferas de governo, a educação permanente em saúde mental para os profissionais de saúde, educação, cultura, arte, esporte, lazer, previdência e assistência social, objetivando a articulação da rede de

proteção social e promoção de ações de integração junto à comunidade e no 222. Garantir acesso e liberação para acompanhar as atividades de educação permanente de todos os trabalhadores da rede de serviços. Há outros itens abordando o assunto, mas o enfoque aqui é o usuário e sua relação com a comunidade, portanto, não será aprofundada a discussão neste momento.

Quando perguntada sobre esta relação com a comunidade, Liderança do movimento, categoria usuária A, em uma fala expressando angústia e revolta declarou:

[...]Olha, isso aí eu dei a ideia e queria fazer aqui, mas botaram dificuldade porque tinha que fazer crachá e me barraram. Fui lá com a Dra. B e com o movimento, mas ficou por isso mesmo. Cada CAPS tem o seu sistema. Eu sei que o que o V está vai deixar, o da Dra. B também, mas nem todos. (A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial[...] Movimento Social – Usuária CAPS municipal- Belém, 2012).

A fala de A é a fala de quem tem o seu conhecimento negado, de quem é tratado como objeto e não como um sujeito capaz de produzir transformações sociais a partir de suas próprias experiências. Vale ressaltar que o CAPS que a usuária tem algum vínculo, mesmo que de alta é um CAPS municipal.

Quando perguntado sobre o mesmo assunto, S, Liderança do movimento, categoria usuário S afirma:

[...]Olha, no CAPS Renascer tem o paciente que pega alta e volta pra ajudar, vira colaboradora. Eu estou lutando com a atual gestão do Grão-Pará pra introduzir isso. Eu disse que coisa boa a gente tem que copiar. Estou batendo nisso em reunião do conselho. Vou te dar um exemplo, a AC, que está em alta do Grão-Pará, mas participa ao mesmo tempo do grupo de dança do CAPS, do teatro e ainda está militando. Tem o A está em alta da casa mental e chegou junto da gente e hoje está diretor atuante. E tem outros exemplos também, uma paciente do CAPS Ananindeua, que diz que hoje é MLA[...]. (S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará – Belém, 2012).

Neste caso o que chama a atenção são as falas dos usuários que vão de encontro à fala, por exemplo do diretor da 1ª RPS, que afirmou que este sistema dos usuários saírem de alta retornarem para colaborar com o serviço através de sua experiência com a comunidade já estava funcionando. Porém, convém lembrar que A se refere a uma experiência em um CAPS municipal, ou seja, fora da área de gestão estadual e que S se

refere a uma dificuldade **atual**, ou seja, de 2012. O usuário afirma estar “lutando com a atual gestão do Grão-Pará” para a introdução de uma experiência bem sucedida do CAPS Renascer, que foi o que foi citado tanto por V, quanto por M.

Todas essas ações, segundo a IV Conferência têm relação com a Estratégia Saúde da Família, no sentido de “Fortalecer as ações de saúde mental com a Estratégia Saúde da Família, através da intersetorialidade com Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e “Criar fórum intersetorial anual que promova a discussão dos assuntos relacionados à inclusão e reinserção do cidadão portador de sofrimento mental na Estratégia de Saúde da Família.”

No que diz respeito ao cotidiano dos serviços e fortalecimento do protagonismo dos atores, essas ações, segundo o relatório da IV CNSM (p. 64) tem como objetivo “Identificar e valorizar o saber popular em nível regional e local com o objetivo de agregar conhecimentos no tratamento em saúde mental” ; “ Realizar eventos, palestras, oficinas e encontros para a comunidade e famílias, visando o esclarecimento e a orientação sobre transtornos mentais, formas de tratamento e “quebra” de preconceito”; “Promover a participação de usuários como facilitadores de cursos e oficinas que tenham por objetivo favorecer a visão sobre as pessoas com sofrimento psíquico, sua autoestima e desempenho ocupacional.”

Outros objetivos desta relação usuários em processos mais avançados e comunidade, trata-se, ainda, de: promover e estimular o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar; ampliar o apoio matricial; potencializar a missão dos CAPS no território; e de fortalecer as ações e o cuidado no território, através de espaços, estratégias, e dispositivos diversos, valorizando as potencialidades dos usuários e considerando a cultura local, para viabilizar o acompanhamento dos usuários de forma itinerante.

Para encerrar este item, em paralelo é fundamental fomentar a implementação da Política Nacional de Humanização diretrizes e dispositivos na saúde mental e atenção básica, e implantar o acolhimento como diretriz nos serviços de saúde, destacando a atenção às questões de saúde mental, e garantindo porta aberta para entrada nos serviços em saúde mental.

De modo especial, segundo o relatório da IVCNSM (p. 67) essas diretrizes implicam qualificar os espaços de atenção em saúde mental com o desenvolvimento de

educação permanente dos profissionais de saúde, promovendo o diálogo entre o saber acadêmico e o saber popular.

5.1.8 Sobre experimentação e implantação de dispositivos variados de apoio à familiares na rede, de forma orgânica com as associações de usuários e familiares

Nas Conferências Estaduais e na Conferência Nacional, o papel dos familiares na rede de atenção psicossocial foi destacado. Ao se abordar o “cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado”, foi possível observar como princípios e diretrizes gerais que o processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer em a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio.

Para tanto, é necessário (IVCNSM, p. 63) adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, a garantia e promoção d a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental.

Com essa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSMI) ratifica a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários, envolvendo todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede por exemplo, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Assistência Social, Atenção Primária, Educação, compartilhando e multiplicando o cuidado em saúde mental, fortalecendo a co-responsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todo os atores.

No âmbito do Pará, a IV Conferência estadual de saúde mental, **delibera por** “Capacitar usuários e familiares para garantir maior autonomia na formulação de políticas e no controle social.”; “Incentivar e apoiar os movimentos sociais, associações,

familiares que desenvolvam atividades direcionadas à saúde mental.”. “incrementar o atendimento ao familiar por meio da melhoria do financiamento dos CAPS e do aumento da equipe mínima” e finalmente no que diz respeito à Fortalecer a representação dos usuários e familiares no aprimoramento dos serviços em saúde mental; promovendo a qualificação político pedagógico através de cursos, oficinas, encontros garantidos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Direitos Humanos na perspectiva do protagonismo social.

Deste modo, a ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências.

Sobre esta questão, partindo para a análise da prática do Pará entre 2007 e 2010, o Coordenador estadual de saúde mental, V afirmou que foi estratégico e que inclusive foi pensado na órbita no movimento social e da gestão a importância da família. A família era percebida como importante, porém era pouco requisitada. Então em função dos encontros, dos debates, dos próprios questionamentos internos dos trabalhadores e dos familiares a situação de montar grupos de apoio a familiares foi cada vez mais enfatizada. Afirmou então, que quando cada CAPS era implantado era priorizado um grupo de escuta aos familiares.

Já o Diretor da 1ª RPS, L afirmou que se fazia uma gestão muito participativa, então tudo o que estivesse ao alcance dos gestores dos serviços era permitido. Não tinha impedimento, tudo que fosse pra melhorar o serviço, tinha o aval sempre que possível

Para a Diretora do CAPS Renascer, M o apoio aos familiares era feito na dinâmica do serviço, na rotina do CAPS, no grupo de familiares, nos grupos de referência e nos atendimentos individuais também com os familiares. Todas as orientações de manejo de como lidar com essa situação. Para ela, isso era visto como

uma ação em serviço, como parte do tratamento, mas não como algo externo ou autônomo.

O Diretor do HC, J afirmou: *“Eu acredito que tenha havido, a partir do momento em que o paciente estava fazendo parte do CAPS, e por isso o familiar deve ter sido orientado nessas unidades”*. Como em outros momentos da entrevista, a direção do hospital de clínicas pareceu não acompanhar o que vinha sendo implantado em termos de política pública de saúde mental, do ponto de vista extra-hospitalar. Para além disso, a importância da família no processo de recuperação terapêutica durante o processo de internação breve é fundamental, ainda que este não tenha sido o foco da pergunta.

O contraponto a essas ideias vem do movimento social. B, Diretora do MLA – categoria trabalhadora afirmou quando perguntada se os familiares recebiam suporte na rede:

[...]Não. Os serviços não dão os suportes necessários às famílias em termos pra até mesmo como cuidar das pessoas, eu acho que os CAPS fazem um atendimento muito pontual a essas famílias. Eu não sei como é dentro da questão da internação, mas os CAPS não conseguem fazer um trabalho muito efetivo e eu não vejo também isso como diretriz da coordenação de saúde mental [...](B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

A usuária A, Diretora do MLA usa sua experiência pessoal para dar conta da resposta a esta pergunta:

[...] Não, porque se tivesse lá em casa seria necessário porque até hoje meu irmão tentou furar meus olhos. Não me suporta, me chama de louca, e eu tenho aguentado porque ele quer só um pé pra me desequilibrar por causa de dinheiro. Então se houvesse esse tipo de apoio a família não haveria mais isso. O que pode acontecer? Eu poderia ir na CESUPA (assistência jurídica) pra ele assinar um termo de comportamento, lá eles dão apoio a qualquer pessoa, e eu ainda não fui, mas se houvesse esse sistema na saúde, seria muito bom, mas não tem[...] (A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuária CAPS municipal- Belém, 2012).

E para finalizar a experiência do usuário S:

[...] No CAPS Grão Pará tem um grupo de família em que são trabalhados como tratar o paciente. Apesar de ter um apoio, mas a

vida acaba levando as vezes ao familiar virar paciente. É triste[...](S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará – Belém, 2012).

Sobre esta questão do apoio aos familiares na rede, mas ainda além, ao reconhecer a fragilidade da organização e a ambiguidade política do segmento familiares no contexto da reforma psiquiátrica, Vasconcelos (2010) afirma que é preciso a despeito dessas dificuldades, reconhecê-los como atores políticos e conhecer suas necessidades específicas.

Processos de reforma que não fizerem este reconhecimento e não proveem o devido suporte aos familiares podem gerar privatização do cuidado e desassistência, em um contexto de limitações cada vez maiores para sua produção no âmbito da família, dada a sua fragmentação hodierna, a participação das mulheres no mercado de trabalho e ainda a forte resistência dos homens em também se responsabilizar.

Segundo Rosa (2009) *apud* Vasconcelos (2010) o tema do cuidado na família está intimamente ligado às lutas femininas contra as formas mais sutis de opressão de gênero. Assim, sem a devida atenção aos familiares na rede de saúde mental, estes ficam cada vez mais disponíveis para serem capturados por posturas e forças políticas contrárias à reforma psiquiátrica.

Este ponto do trabalho é importante, pois os executores da política parecem acreditar, de acordo com suas falas, que mesmo que pontualmente, estão oferecendo apoio aos familiares dos usuários, mas o movimento social, os usuários para quem a política é construída e o objetivo final dos serviços afirmam que suas famílias não tiveram o apoio necessário. Várias podem ser as consequências desse fato, algumas já enumeradas por Vasconcelos (2010).

Os dados de um estudo de uma ONG norte-americana *Essencial Action*, dedicada à saúde pública e resenhada pela Folha de São Paulo (18.05.2008), segundo Vasconcelos (2010) indicam que pelo menos nove entidades brasileiras de defesa dos direitos de usuários da saúde (hemofílicos, diabéticos e usuários com câncer e hepatite) são financiadas por fabricantes de medicamentos. As entidades passam, então a defender os interesses do setor farmacêutico, realizando campanhas pela proteção de patentes de remédios ou contra genéricos, pela compra estatal de remédios de alto custo ou estimulando usuários a entrar na justiça para adquirir medicamentos novos e caros.

5.1.9. Sobre o estímulo às metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários

Sobre a Política de assistência farmacêutica, a IVCNSM (p. 33) aponta em seus Princípios e diretrizes gerais a necessidade de sustentação e garantia de fornecimento de medicamentos aos usuários de saúde mental na rede de serviços do SUS, visando qualificar a oferta do acesso gratuito e integral a medicamentos diversificados, eficazes, seguros e de qualidade. A articulação entre a Política Assistência Farmacêutica e a Política de Saúde Mental deve atentar para a adequação da programação ao perfil epidemiológico regional, de forma a garantir o abastecimento pleno e contínuo dos medicamentos de Saúde Mental de modo descentralizado para os municípios, sem desprezitar o princípio geral da desmedicalização do sofrimento psíquico.

A fim de garantir os direitos dos usuários, as propostas aprovadas na IV CNSMI visam assegurar os recursos financeiros, com os reajustes necessários e justificados pela crescente demanda para a compra de medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental. É necessário que se garantam mecanismos junto às três esferas de governo que concorram para a ampliação e desburocratização do acesso gratuito ao elenco de medicamentos de alto custo da saúde mental, tanto quanto aos medicamentos da lista básica da saúde mental, ampliando o elenco de medicamentos padronizados e melhorando a sua distribuição e regulação.

O aumento dos incentivos financeiros reivindicado para garantir os medicamentos necessários à integralidade da atenção de todos pacientes com sintomas psicóticos graves não deve excluir, entretanto, a utilização de recursos terapêuticos integrados. Foi destacada também a importância de se estimular o uso racional de medicamentos, evitando o tratamento medicamentoso como principal intervenção.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial reafirma que para o processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país avançar no sentido da consolidação de uma rede de cuidados psicossociais, é imprescindível garantir o caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/ efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento

psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação. A assistência farmacêutica está incluída neste contexto.

Segundo Vasconcelos (2010), a experimentação e difusão de metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários, dentro desta lógica do fortalecimento dos usuários tem com base a experiência bem-sucedida realizada no Canadá, no sentido de capacitar os usuários para identificar melhor os seus efeitos desejáveis e indesejáveis, discuti-los em consultas com os psiquiatras, melhorando o monitoramento e seu efeitos colaterais. Parte do pressuposto, portanto, de que informação é poder.

Quando perguntado sobre experiências similares no Pará, entre 2007 e 2010, o coordenador de saúde mental, V referiu ter conhecimento da utilização do “... *Particularmente o exemplo do mecanismo das cores no CAPS Renascer é o que me salta mais a lembrança. Combinar o medicamento com a cor e falar olha: “essa hora você vi tomar esse aqui dessa cor e tal...”*”.

O Diretor da 1ª RPS e o diretor do Hospital de Clínicas afirmaram que acreditavam que nos CAPS existissem esse tipo de trabalho de acordo com o perfil do paciente.

A diretora do Diretora do CAPS Renascer, M, explica o mecanismo referido pelo coordenador:

[...]Olha, metodologia pro usuário conseguir tomar a medicação existia dentro do CAPS, por exemplo, eu presenciei a farmacêutica fazendo um código com o usuário porque o usuário era analfabeto. Ela fez, então, um código com cores. Então isso é uma metodologia pra que a pessoa seja autônoma.[...]

Para a liderança do MLA – categoria trabalhadora, B. “*Eu acho que os usuários eles tem o controle de auto administrar o seu remédio, esses usuários de CAPS, que não estão em crise. Eu não sei te relatar, mas eu acho que é estimulado pra eles tenham autonomia*”.

Para a diretora do MLA – categoria usuária: “*Isso aí, o próprio médico quando vê que o paciente está muito grave ele não indica, mas quando mesmo quando ele melhora, eles sempre continuam orientando a família a dar o remédio. No meu caso, eu mesma administrava o remédio.*”

O que é possível perceber é que ainda que os trabalhadores e usuários usem de sua criatividade para a resolução dos problemas, o que parece é que essas “metodologias

de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários”, demandas dos movimentos em nível nacional, não foram alvo de discussões entre os gestores e mesmo entre os membros do movimento.

Novamente, o item 122 da IVCSM há de ser destacado: a ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências. Este é um tópico, como sugestão, a ser abordado pela gestão, movimentos de usuários junto às universidades em forma de parcerias, projetos de pesquisa, ensino e extensão.

5.1.10 Realização de cursos de capacitação de conselheiros em saúde mental, incluindo itens de educação e formação política.

Ao pensar a capacitação para atuação dos usuários, trabalhadores e usuários em Conselhos de saúde e a efetivação do controle social, conforme destacado pela lei 8142/90, o relatório final da IVCNSM (p. 137) indica no subeixo “Participação social, formulação de políticas e controle social Princípios”, como e diretrizes gerais a consolidação de uma rede de cuidados psicossociais e portanto a garantia do caráter público das políticas implicadas na saúde mental. Além da garantia de que serviços substitutivos sejam exclusivamente de caráter público estatal, deve-se ampliar a participação/envolvimento da sociedade na formulação/ efetivação das políticas de saúde mental, para dessa forma viabilizar a inclusão das pessoas com sofrimento psíquico no convívio social, mercado de trabalho e educação. Deste item, já se tem justificativa para a realização de cursos de capacitação de conselheiros em saúde mental.

A IV CNSMI, entretanto, no seu item 118, preocupa-se também em assegurar, através de dispositivos legais, a continuidade, inclusive nas mudanças de gestão, dos projetos legitimados pela população, deliberados pelas Conferências de Saúde Mental e aprovados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. Para tanto, são ressaltadas as conquistas legais que devem ser preservadas e reafirmadas, mas também a necessidade de criação de novos mecanismos de participação popular, que assegurem a transparência, o monitoramento e controle social nos sistemas de atenção à saúde mental. Entre eles, é reiterada a necessidade de garantia do compromisso tripartite, especialmente dos governos federal e estaduais, juntamente com os Conselhos de Saúde, no monitoramento, fiscalização e integração de recursos, para execução dos serviços e ações de Saúde Mental.

A questão de financiamento, acompanhada de programas de avaliação e controle, é um dos temas que permeia os debates nesse sub-eixo de formulação de políticas e controle social. As exigências de fiscalização e garantia de total transparência sobre os recursos destinados à saúde mental, após instrumentalização e capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde para este fim, são pontuadas em diversas teses.

As propostas indicam a progressiva apropriação por parte da população acerca do que se passa com os recursos financeiros e com as práticas dos serviços substitutivos da rede de saúde mental e a IV CNSMI reivindica cada vez mais espaços de participação cidadã. Entre as propostas que apontam para esta direção aparecem aquelas que querem garantir o controle social conforme a lei 8.142/90, em todos os equipamentos de saúde que utilizam recursos do SUS, assim como a autonomia dos conselhos como órgão gestor, democrático e de participação popular.

No item 122, pág. 138 do relatório da IVCNSM, encontra-se que a ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à

organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências.

Sobre este assunto, entre 2007 e 2010, o Coordenador de saúde mental, V faz a análise de que foi conquistada uma situação especial de protagonismo dos atores no campo da reforma psiquiátrica no sentido de se conseguir com o apoio da 1ª Regional de Proteção Social de saúde a agenda de que os CAPS deveriam ter o seu Conselho Gestor. E afirmou que muitos conseguiram fazer esse processo de discussão. E mais, que para se conseguir formar Conselho Gestor é necessário um processo de discussão interno da importância do protagonismo de usuários, familiares e trabalhador. O processo também da formação desse sujeito parte nos CAPS também das assembleias. Afirma que chegou a encaminhar o projeto pro Conselho Estadual de Saúde e foi aprovado, mas não houve tempo suficiente para a formação de conselheiros de saúde. E havia lá a especificidade da saúde mental. Termina a sua fala afirmando que o sucesso foi tanto que apesar das mudanças de governo, o Conselho Gestor no CAPS Renascer, onde trabalha, continua a se reunir e existir.

Tanto o Diretor da 1ª RPS, L, quanto o Diretor do HC, J afirmaram que tinham conhecimento de algumas experiências neste sentido em alguns CAPS

A Diretora do CAPS Renascer, M acrescenta

[...] Sim, tenho conhecimento. O ministério da saúde tem um programa de capacitação para conselheiros. Então isto está na internet, eles mandavam e-mails e também tinham outras ações, a gente chegou a mandar pessoas que participavam do conselho gestor para irem em capacitações que foram promovidas pela coordenação de saúde mental, pelo governo do estado do Pará[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Para os membros do Movimento Social, MLA, segundo a B afirma “*Não, era pra participação e controle social e não especificamente para formar conselheiros*”, já a diretora do MLA na categoria usuária, A responde “*Não, mas em São Paulo já tem. Já houve, mas no movimento não tá tendo*”. O senhor S, usuário afirmou sobre o assunto: “*A Dra. S, logo que assumiu o CAPS formou tipo uma comissão política pra nos trabalhar, pra nós estarmos preparados. Não só ela, mas o grupo que estava com ela.*”

Capacitação é um dos assuntos mais “caros” à gestão 2007 a 2010 na saúde mental, e é interessante perceber que segundo a fala do Coordenador de Saúde mental,

por exemplo, a experiência de uma gestão democrática, através dos Conselhos Gestores, de treinamentos em serviços. Um destaque importante na fala de V é

Segundo o relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental (p. 36), foi deliberada a garantia e fortalecimento da implantação de Conselhos Gestores nos serviços de saúde mental. Estes conselhos gestores tiveram antes de tudo o sentido de organizar e mobilizar os usuários e familiares de saúde mental para o controle social, inclusive a participação em conselhos de saúde.

5.1.11 Implementação de “plano de crise” pelo qual o usuário estabelece as matrizes e medidas necessárias para seu cuidado em períodos de crise aguda

Em primeiro lugar é preciso definir o que os movimentos sociais chamam de “plano de crise”. Neste plano, segundo Vasconcelos (2010) o usuário estabelece as diretrizes e medidas necessárias para o seu cuidado em períodos de crise aguda, conforme a experiência internacional já consolidada em países como a Holanda, Inglaterra, Estados Unidos, etc.

O relatório da IVCNSM (p. 74), ao tratar da atenção às pessoas em crise na diversidade dos serviços, nos seus Princípios e diretrizes gerais aponta em seu item 396 para a “A consolidação da reforma psiquiátrica que exige a priorização, por parte dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal, da atenção à crise no âmbito da rede substitutiva em saúde mental, considerando sua importância fundamental na implementação de um processo efetivo que possibilite a extinção dos hospitais psiquiátricos e de quaisquer outros estabelecimentos em regime fechado.

Dessa forma, a IV Conferência ratifica a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas saúde mental na atenção básica, ambulatoriais de saúde mental, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, CAPS I, II, III, CAPSi, CAPSad, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Atendimento, e leitos em hospitais regionais e gerais ,destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo.

Em paralelo, a Conferência enfatiza o descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos da rede privada e a desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos

públicos, com o cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/ Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), e a necessidade de garantir a participação das organizações de usuários e de familiares, assim como o deslocamento dos recursos financeiros para a criação e manutenção dos serviços substitutivos.

A garantia de atenção qualificada e humanizada às pessoas que vivenciam situações de crise, assegurando, aos usuários e familiares, a continuidade do acompanhamento na rede de atenção psicossocial, requer considerar as necessidades das diversas realidades locais, em particular as dos municípios de pequeno porte.

Para isso é imprescindível garantir e ampliar a atenção 24 horas às situações de crise em saúde mental, assegurando o atendimento às emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, em Prontos Socorros Geral/Pronto Atendimento, em hospitais gerais, e em CAPS III.

Dessa forma é fundamental melhorar, ampliar, capacitar e fortalecer as parcerias e interlocução entre a rede de saúde mental e atenção básica, SAMU 192, serviços de segurança pública e universidades que operam nas intervenções de emergência, garantindo, em todo território nacional, a atenção cuidadosa e ágil aos cidadãos com sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas, incluindo as pessoas em situação de rua, e, quando necessária, a remoção com acolhimento qualificado.

Nesse sentido, adquire especial importância assegurar financiamento nas três esferas de governo, e desenvolver processos de educação permanente, para o manejo e a atenção à crise, a todos os atores envolvidos intra e intersetoriais, comunitários e familiares/cuidadores, promovendo ações que possibilitem atenção humanizada e construção de redes intersetoriais.

Sobre a questão de atenção à crise, o relatório da IV Conferência Estadual de Saúde Mental no Sub-Eixo 4 – ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM CRISE NA DIVERSIDADE DOS SERVIÇOS aponta a necessidade de

- 01 - Assegurar a retaguarda hospitalar aos usuários de saúde mental com morbidade clínica em ação compartilhada com equipe especializada
- 02 – Garantir a criação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais de acordo com a portaria, garantindo a efetivação do atendimento à crise;
- 03 – Garantir transporte em ambulância para atendimento de urgência psiquiátrica;

04 – Garantir a capacitação dos hospitais da rede SUS para o atendimento de urgência/emergência psiquiátrica, dentro dos princípios da Humanização e da Reforma;

05 – Garantia de implantação de ações de apoio ao atendimento e remoção qualificados de pacientes com transtorno mental grave (atendimentos de urgência e emergência) pelo SAMU e seu deslocamento para unidades de pronto atendimento no âmbito local e/ou nos CAPS III, inclusive com capacitação e treinamento em saúde mental para as Equipes do SAMU, a fim de que realizem esses atendimentos, em todo país.

(SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial, 2010, p.32)

De acordo com o que é possível perceber nos dois relatórios, nada há de específico sobre a criação de planos de crise pelos próprios usuários, porém os princípios e diretrizes apontam para o atendimento integral e para uma atenção qualificada e humanizada. Os planos de crise, experiências bem sucedidas em outros países, com uma função, inclusive de dar autonomia ao usuário é uma demanda nacional dos movimentos da causa antimanicomial que podem representar um avanço no tratamento da crise a partir da perspectiva do usuário.

Quando perguntado durante a entrevista sobre esta questão, se tinha conhecimento da existência no Pará de planos de crise, o coordenador de saúde mental respondeu que não, apesar de considerar o plano de crise uma coisa fantástica que está dando certo em muitos lugares, mas aqui no Pará haviam muitas outras tarefas a serem executadas, inclusive fazer as pessoas entenderem que o CAPS era “o lugar” da crise.

Assim como o coordenador estadual de saúde mental, todos os outros entrevistados negaram a existência de um plano de crise pelo usuário no Pará no período pesquisado, porém não fizeram mais comentário algum.

O entendimento de que o CAPS também é o lugar da crise parece ter sido o grande desafio da gestão 2007 a 2010 do ponto de vista da mudança da perspectiva de modelo de assistência.

De fato, parece ser um desafio construir uma rede em que ainda não está consolidada nas consciências dos executores das políticas públicas o papel dos CAPS de acordo com o que foi definido nas conferências.

Assim, para que não fiquem dúvidas, o relatório da IVCNSM (pág 75), fruto de debates entre amplos setores sociais delibera como propostas para atenção à crise:

- a) Extinguir definitivamente toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros

estabelecimentos de regime fechado, acabando também com a eletroconvulsoterapia no Brasil.

b) Garantir e ampliar o atendimento das situações de crise em saúde mental 24 horas, priorizando CAPS III, no Pronto Socorro Geral em articulação com a rede SAMU 192; em municípios que não tenham estes dispositivos, garantir que os serviços de emergência atendam às situações de crise em saúde mental facilitando o acesso aos demais serviços de saúde.

c) Garantir, sempre que o usuário com sofrimento psíquico estiver em crise e que se faça necessária a intervenção em emergência hospitalar, esta ocorra nos hospitais gerais que tenham serviço de urgência e emergência.

d) Atender as emergências psiquiátricas em unidades gerais 24 horas, contando ainda com equipes volantes para dar suporte matricial às unidades básicas e secundárias de saúde.

e) Garantir, em todo território nacional, a implantação imediata de CAPS III, conforme a legislação vigente, dando ênfase à importância desse dispositivo na atenção à crise na rede substitutiva de saúde mental, dispensando o recurso ao hospital psiquiátrico.

f) Garantir leitos de retaguarda noturna, finais de semana e feriados, em Hospitais Gerais, inclusive em municípios de pequeno porte, para cidadãos com sofrimento psíquico, assim como leitos para síndrome de abstinência e desintoxicação para adultos, crianças e adolescentes, com equipe capacitada possibilitando tratamento humanizado.

g) Garantir o atendimento intensivo e qualificado à crise nos serviços da rede de saúde mental às pessoas com transtorno mental egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, de maneira a evitar a reinternação em hospital psiquiátrico ou em qualquer outro estabelecimento de regime fechado.

h) Assegurar a integração entre os serviços substitutivos e os Hospitais Gerais na atenção aos usuários de saúde mental em comorbidade clínica em ação compartilhada com equipe no plano terapêutico.

i) Ampliar as equipes de Núcleos de Apoio à saúde da Família para 100% de cobertura das ESF incluindo profissionais, conforme Portaria n. 154/2008.

j) Implantar de forma imediata, a política de redução de danos e/ou risco do Ministério da Saúde, adequando à realidade local, considerando a população em situação de vulnerabilidade social, através da contratação de agentes redutores

de danos com a possibilidade de que estes sejam selecionados entre os usuários dos serviços.

k) Garantir acompanhamento por familiares ou pessoas de vínculo próximo aos usuários no período de internação, propiciando redução de danos afetivos e do tempo de internação.

l) Garantir que a ausência de familiar e/ou responsável durante a situação de crise e/ou internação psiquiátrica em hospital geral não seja impedimento à realização e garantia do atendimento ao usuário, respeitando a singularidade de cada um.

m) Garantir o acompanhamento do usuário e familiares após a situação de crise e/ou internação na rede de atenção psicossocial. Nos municípios onde não exista demanda populacional para CAPS, garantir a contratação, através de concurso público, e a capacitação de profissionais para atenção básica para acompanhamento dos egressos de internação e dos usuários após situação de crise.

n) Garantir, em todo país, contemplando as particularidades geográficas e regionais: cobertura eficaz de transporte móvel para atendimento às emergências em saúde mental com acolhimento adequado; o atendimento e a remoção qualificados de pessoas que vivenciam situações de crise (urgência e emergência psiquiátrica) pelo SAMU 192; e o deslocamento para unidades gerais de pronto atendimento no âmbito local e/ou nos CAPS III, inclusive com capacitação e treinamento em saúde mental para as equipes do SAMU 192.

o) Garantir o transporte adequado para usuários em crise e profissionais, priorizando o atendimento desses usuários nos serviços de pronto atendimento e emergência.

Obviamente que há o entendimento que a efetivação de todas essas propostas não ocorrerá de forma fácil, conforme se pode abstrair do contexto da saúde pública no Brasil e as preocupações com a retaguarda ao atendimento de emergência por parte do diretor do HC parecem justificáveis tendo em vista a não-efetividade dos CAPS em atender usuários em crise.

O que não pode acontecer é tomando como partida as dificuldades, a sociedade deixar de olhar e buscar os direitos dos usuários, expressos aqui no relatório da Conferência e na legislação pertinente.

5.1.1.12 Criação de ouvidorias em saúde mental no estado do Pará

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental e seus dispositivos para gerar fortalecimento dos usuários apontam no tópico “Gestão e institucionalidade da participação” os seguintes itens que tem relação com controle social e seus mecanismos de operacionalização, como ouvidorias, por exemplo.

O relatório aponta a necessidade de garantir que o Conselho Nacional de Saúde junto com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental faça gestão com as Comissões Estaduais e Municipais de Saúde Mental para implementação e monitoramento das deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial com o Ministério da Saúde.

Como medida fundamental para a institucionalização do controle social, o relatório delibera “Intermediar junto ao Conselho Nacional de Saúde, mais precisamente junto à sua Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM – a recomendação enfática – via Resolução Conselho Nacional de Saúde e através de implementação de Lei federal, estadual e municipal – da criação e financiamento de Comissões paritárias intersetoriais de Saúde Mental em todas as esferas do governo, vinculadas aos conselhos de saúde, com fins de fomentar, planejar e fiscalizar, em parceria com outros órgãos, ações prestadas aos usuários dos serviços de Saúde Mental.”

Para que este controle social comece a se efetivar na prática dos serviços, o relatório da IVCNSM (p. 39) propõe “Implantar conselhos de gestão participativa, colegiado gestor, colegiado gestor de unidade de saúde, mesa de negociação permanente, contrato de gestão em todos os serviços públicos de saúde e conveniados., além de ampliar e divulgar a criação de fóruns de Saúde Mental em todas as regiões do Brasil de forma permanente e mais frequente, assegurando o direito à participação dos trabalhadores, gestores, operadores do direito, ONGs, instituições, usuários e familiares, para o encaminhamento de suas reivindicações aos órgãos competentes.

Somente no item 129. do relatório da IVCNSM surge a deliberação “Possibilitar e divulgar aos usuários, espaços, meios e instrumentos para reclamação, sugestões, críticas e elogios nos serviços do SUS (ouvidoria).” e Acionar o Ministério Público nos municípios e estados que não cumprem a Lei Federal n.º10.216 (Lei Paulo Delgado) e a Portaria 336 (CAPS), com relação ao número mínimo de equipamentos de saúde mental em cada município.

Tendo em vista a realidade do estado do Pará entre 2007 e 2010, quando perguntado sobre a existência de ouvidorias em saúde mental, responde Coordenador de Saúde Mental, V que havia uma ouvidoria geral na SESPA, mas não uma específica em saúde mental, que os próprios serviços criavam seus espaços de ouvidorias ou as suas assembleias.

Para o Diretor da 1ª RPS, L, a proposta dos conselhos de gestão dos serviços era que eles fossem um modelo de participação em que os usuários pudessem ser ouvidos. Eram usuários, trabalhadores, e gestores tomando decisões sobre o serviço. Um exemplo é o CAPS renascer que foi pioneiro nesse serviço e trabalhou com essa lógica de conselho. Dentro da 1ª regional nós instalamos a 1ª ouvidoria geral do SUS para área.

O Diretor do HC, J afirma que no hospital de clínicas possuem uma ouvidoria, mas em saúde mental especificamente, desconhece.

No CAPS Renascer, espaço que parece ter exercitado uma gestão bastante democrática, com a realização de assembleias, criação de ouvidorias e de um conselho gestor, conforme recomendado pela IVCNSM (2010), afirma a sua gestora:

[...]Esse exemplo do CAPS Renascer, que a gente fez uma ouvidora, uma caixa de sugestões. Mas todos os recados recebiam respostas, nenhum ficava sem resposta. Quando a pessoa se identificava a resposta era diretamente pra ela, quando não a resposta era no coletivo no momento das assembleias[...]
(M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Quando perguntada se recebeu alguma orientação da gestão ou se havia sido uma decisão do serviço a criação da ouvidoria, M respondeu:

[...]Olha, isso não era uma ação de todos os serviços, então a gente implantou isso, a gente que implantou conselho gestor e depois outros serviços foram implantando também. A coordenação de saúde mental fazia encontros com gestores e a gente discutia a necessidade deste tipo de mecanismo de comunicação entre usuários, trabalhadores e gestão então a necessidade todos discutiam, mas assim pra executar a ação cada serviço fazia da maneira que achava que devia. Então, a gente implantou o conselho gestor e eu ainda cheguei a ir a outros serviços pra fazer tipo um estudo com a equipe pra que eles entendessem como a gente começou, como a gente tinha implantado o conselho gestor, etc.[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Das lideranças do movimento social, somente a diretora do MLA na categoria trabalhadora responde a pergunta com “B: Não. Só tem uma ouvidoria geral na SESPA”

A importância de uma gestão democrática vem no sentido de fortalecer os movimentos sociais como protagonistas da Reforma Psiquiátrica e interlocutores da gestão da política, estabelecendo canais de diálogo sistemáticos entre estes e os gestores executores das políticas públicas.

Segundo Vasconcelos (2010), a abertura de ouvidorias em saúde mental nas áreas programáticas e serviços mais complexos podem funcionar no sentido de garantir escuta da demanda e defesa dos direitos dos usuários e familiares com encaminhamentos que podem ser monitorados pelas associações, assembleias dentro dos serviços e pelos conselhos distritais.

5.1.13. Oficialização de grupo de trabalho de demandas de usuários e familiares ligados à coordenação estadual de saúde mental

A lógica da reivindicação por parte do MNLA, de um grupo de trabalho junto ao Ministério da Saúde com representação plural de todas as tendências do movimento de usuários e familiares e da CISM (Comissão Intersetorial de Saúde Mental) do Conselho Nacional de Saúde, como uma instância de debate e amadurecimento das propostas a serem implementadas nos novos caminhos da reforma psiquiátrica brasileira resultaram no que Vasconcelos (2010) denominou como Oficialização de grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares ligados à Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A intenção é que este modelo pudesse ser encaminhados, a partir da experiência, ao controle social e às coordenações executivas da área nas três esferas de governo, como política do país.

Foi neste sentido que foi feita na entrevista a pergunta sobre o conhecimento criação de algum grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares ligados à Coordenação Estadual de Saúde Mental. Na realidade, o que se esperava com essa resposta era começar a compreender o relacionamento entre gestão e movimento social.

Quando perguntado sobre o assunto, o coordenador de Saúde Mental respondeu diretamente que não foi criado nenhum grupo de trabalho, porque como considerava que havia uma gestão muito próxima das demandas sociais, eles iam, chamavam pra reunião nos serviços, então ficava muito mais fácil ir até eles do que oficializar grupo de trabalho específico. O acesso era fácil e a gente também incentivava dando

apoio ao encontro de usuários e trabalhadores, sugerindo aos gerentes que liberassem pra participação, entrando com alimentação, entrando com passagem aérea, então houve sim esse incremento a participação de usuários e trabalhadores.

Os diretores da 1ª RPS e do Hospital de Clínicas afirmaram não saber responder a esta pergunta. A resposta da diretora do CAPS Renascer vai na mesma direção da resposta fornecida pelo coordenador estadual. Segundo M:

[...]A coordenação de saúde mental ela se aproximou muito do movimento social nessa época, então era uma relação direta, inclusive a própria pessoa que assumiu o cargo de coordenação de saúde mental foi uma pessoa que o movimento social indicou. Então isso abriu as portas para que o movimento social pudesse entrar nos serviços, porque antes isso não era uma realidade. Jamais um diretor de serviço admitia e eu cheguei a viver isso como trabalhadora, da gente querer fazer uma discussão dentro do CAPS com os usuários sobre a luta antimanicomial e nós fomos impedidos pela gestão de fazer isso. Então a partir desta outra coordenação, deste outro governo, iniciado em 2007 este olhar mudou totalmente. Foi o olhar do movimento social pra dentro dos serviços. Por exemplo, as portas da direção dos serviços, da coordenação de saúde mental era abertas para o movimento social, pra usuários irem conversar. Eu sei de vários exemplos de usuários que foram à coordenação e ações em conjunto com os usuários pra fazer eventos, encontros, cursos. Então foi uma aproximação muito grande. A prova disso foi a conferência municipal e estadual que o movimento social ajudou na organização junto com a coordenação[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Um fala importante porque destaca que a relação entre gestão e movimento social foi modificada a partir do momento em que uma pessoa integrante do movimento passou a assumir o cargo público no lugar de gestor da política. E enfatiza o fato de que em anos anteriores a 2007 (governos PSDB/DEM), o Movimento da Luta Antimanicomial era impedido de fazer discussões com a temática da Reforma Psiquiátrica dentro dos serviços. Isto pode representar uma mudança grande no que se refere às expectativas do movimento de ter suas demandas atendidas

A diretora do MLA, categoria trabalhadora, B responde: “B- Oficializado, acho que não.”, porém a usuária A afirmou sobre o assunto: “A. Não, era fácil chegar ao V. Não tinha dificuldade nenhuma em chegar até ele, era só tentar o contato e ele atendia na hora.

Quando perguntado, o diretor do MLA, categoria usuário, S responde:

[...] Foi uma relação tranquila, a Dra S plantou essas sementes do conselho gestor que foram tão elogiados em uma reunião com a

coordenação de saúde mental em 2011. Que a coordenadora disse que nunca tinha visto um grupo tão atuante. Tudo isso começou lá atrás, com o trabalho da Dra S na formação do conselho gestor[...] (S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará - Belém).

Neste ponto, ao que foi possível perceber, apesar de não ter sido criado nenhum grupo oficial de encaminhamento de demandas dos usuários e familiares, isto parece ter ocorrido em função da abertura da gestão com o movimento social. Entretanto, a demanda do movimento nacional tem sua razão de ser, pois nem sempre será possível encontrar coordenações técnicas de saúde mental comprometidas com os ideais da reforma psiquiátrica.

5.1.14 Demandas específicas do movimento da luta Antimanicomial – Pará

Este tópico do trabalho responde a uma expectativa de encontrar pontos de demanda específicas do MLA no que diz respeito às particularidades regionais da Amazônia e do Pará.

Antes do início da gestão 2007 a 2010, após a vitória eleitoral do Partido dos Trabalhadores para o governo executivo estadual foi realizado um seminário do Movimento da Luta Antimanicomial. O seminário ocorreu dia 29 de novembro de 2006, com o título “Seminário Paraense de Saúde Mental” promovido pelo Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – MLA e o que seria uma tentativa de formação de associação já citada pelos entrevistados, a Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental do Pará – PRÓ-CURAR.

O documento do MLA (apêndice 8.5) descreve a “Associação PRÓ-CURAR” como uma organização da sociedade civil, com caráter reivindicatório e educativo, tendo como objetivo organizar os usuários e familiares de saúde mental na luta pela extinção da lógica manicomial e pelo resgate da cidadania e inclusão do portador de sofrimento mental. O MLA e a Associação PRÓ-CURAR têm como objetivo em comum, a LUTA em prol de um investimento efetivo na Reforma Psiquiátrica por parte do Poder Público, para o fortalecimento de uma Política Pública capaz de consolidar uma rede e cuidados em saúde mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, Saúde Mental na Atenção Básica, Programa de Geração de emprego e Renda, etc.

O documento do MLA afirma:

[...]A eleição de Ana Júlia Carepa ao Governo do Estado nos coloca enquanto movimento social, a perspectiva de um diálogo mais democrático e participativo na construção e condução da Política Pública de Saúde Mental em nosso estado, marcado nestes últimos anos por **estagnação e retrocesso** em sua condução. Foi neste contexto que se ganhou grande importância a produção de espaços de discussão e mobilização – como o SEMINÁRIO “A Saúde Mental no Pará: uma proposta antimanicomial”, que foi promovido com intuito de reunir as forças comprometidas com a Reforma Psiquiátrica em nosso estado, de forma a possibilitar avaliações e entendimentos estratégicos que possam conduzir ao seu avanço. E desta forma contribuir “Por um Pará sem Exclusão e com Saúde Mental[...] (MLA, RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO PARAENSE DE SAÚDE MENTAL, 2006, p.1).

O evento contou, segundo o seu relatório, com aproximadamente 200 pessoas, entre trabalhadores, usuários, familiares e outras pessoas da sociedade que buscam efetivar a Reforma Psiquiátrica no Pará. Foram discutidos temas como: O Pará no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Avaliação e Desafios; Geração de Emprego e Renda em Saúde Mental; Qualificação da rede de atenção em saúde mental e a Atenção aos usuários de álcool e outras drogas e prevenção de suicídio.

Durante o debate desses temas, se discutiram e aprovaram propostas antimanicomiais para serem implementadas na Política de Saúde Mental no Pará, a saber:

- a) Reestruturar e implementar a Política de Saúde Mental no Estado do Pará, tendo como fundamento os princípios e diretrizes da REFORMA PSQUIATRICA BRASILEIRA;
- b) Prestar Assessoria Técnica aos Gestores Municipais na Implantação e Implementação das políticas municipais de saúde mental;
- c) Incentivar os Gestores Municipais a Implantar os Serviços Residenciais Terapêuticos, Programas de Geração de Renda e Centros de Convivências – dispositivos necessários para a consolidação de uma Rede de Cuidados em saúde mental;
- d) Implantar Residências Terapêuticas, como dispositivos de moradia e cuidado aos portadores de transtornos mentais que se encontram em situação de risco social (moradores de rua e pacientes institucionalizados);
- e) Transformar o CIASPA em Serviço Residencial Terapêutico possibilitando outra perspectiva de vida, através de uma outra forma de cuidado para os moradores que lá se encontram;

- f) Implantar CAPS FLUTUANTE, equipamento capaz de dar conta de nossa peculiaridade regional;
- g) Criar CAPS MISTOS (CAPS que atendam clientela diversificada: adulto, criança e AD) nos municípios onde houver pouca demanda para atendimento específico;
- h) Possibilitar equipamentos adequados a cada realidade encontrada no Estado, como a realidade dos quilombolas, indígenas e população ribeirinha: Redefinir a atuação dos CAPS, estimulando os Gestores Municipais a construir CAPS III, que são equipamentos fortes capazes de dar o suporte necessário às pessoas com intenso sofrimento mental;
- i) Implantar CAPS AD para atender demanda de crianças e adolescentes, que sabemos ter nos centros urbanos (nas esquinas das avenidas, praças e fora da escola) um elevado índice dessa demanda com problemas de dependência química;
- j) Criar Centros de Convivência e Cultura;
- k) Estimular e fortalecer nos municípios, as ações de saúde mental na atenção básica, com interface de atendimento nos PACs e PSFs;
- l) Promover capacitação dos médicos clínicos da Atenção Básica, para que possam trabalhar nos municípios de pequeno porte, onde não se tem possibilidade de criar um CAPS;
- m) Enfatizar a necessidade da intersetorialidade das políticas públicas (saúde, educação, economia, cultura, habitação e assistência social)
- n) Estimular a criação de Leitos em Hospitais Gerais para atendimento de usuários de saúde mental nos municípios com maiores densidades populacionais, descentralizando este atendimento, hoje existente somente no HCGV;
- o) Reorganizar o Atendimento de Urgência e Emergência – com Treinamento e Capacitação para os profissionais dos CAPS, SAMU 192, Corpo de Bombeiros e Guardas Municipais;
- p) Criar uma Política de Capacitação para os Usuários e Familiares de Saúde Mental exercer sua cidadania plena, particularmente fomentando a Geração de Emprego e Renda;
- q) Reorganizar a situação de Emissão de Laudo para fins de Benefícios dos Portadores de sofrimento mental, que hoje se concentra apenas no Instituto

de Perícias Renato Chaves, o que vem dificultando o acesso do referido documento para a maioria dos usuários;

- r) Criar uma Política de valorização dos Profissionais que atuam na saúde mental, através de capacitação/educação continuada, Cursos de aperfeiçoamento nos princípios da Reforma Psiquiátrica e regularização do Recesso de 15 dias;
- s) Tornar o Pará “uma zona livre de manicômios” com o fechamento do CIASPA e transferências de seus pacientes aos Serviços Residenciais Terapêuticos e familiares;
- t) Instituir no estado o “Programa de Volta Pra Casa”, através de bolsa-auxílio e Residências Terapêuticas, destinado aos pacientes institucionalizados no CIASPA;
- u) Instituir Bolsa Trabalho aos portadores de sofrimento mental;
- v) Reestruturar as ações de Álcool e Outras Drogas no Estado, fortalecendo as ações de Prevenção e Promoção de saúde;
- w) Instituir o Programa Estadual de Prevenção ao Suicídio;
- x) Investir em Campanhas de esclarecimento para sensibilização dos sinais e sintomas do adoecimento mental, desta forma desenvolver ações de promoção e prevenção;
- y) Investir na formação dos novos profissionais, implementando uma política de estágios nos serviços substitutivos para as áreas que compõem a formação das equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental;
- z) Implantar o Curso de Especialização em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, na UEPA.

A maior parte das propostas, com exceção da que busca “Reorganizar a situação de Emissão de Laudo para fins de Benefícios dos Portadores de sofrimento mental, que hoje se concentra apenas no Instituto de Perícias Renato Chaves, o que vem dificultando o acesso do referido documento para a maioria dos usuários” e a Implantação de Curso de Especialização em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, na UEPA são propostas já vislumbradas e discutidas em nível nacional.

Quando se retorna à fala dos sujeitos da pesquisa, B, diretora do MLA e trabalhadora de um CAPS municipal afirma sobre as demandas específicas do Pará:

[...] Além dessa demanda de organização, existe uma demanda que eu já falei anteriormente que é a de os usuários serem atores principais

nesse processo, pra reivindicar uma política de saúde mental dentro do Estado mais eficaz, com mais qualidade, com mais entrelaçamento das ações. Tem uma demanda muito grande e como eu coloquei, como demanda do movimento, fortalecer esse movimento, o desenvolvimento deles dentro do processo. Eu considero um avanço dentro do processo fazer uma eleição em 2010 com a participação ativa dos usuários. Ainda não é o que poderia ser essa participação. Porque eu sinto que esses usuários ficaram muitos anos sendo tutelados, especialmente esses usuários cuidados dentro dos CAPS do Estado, eles tem muito esse “A palavra do Dr é a que vale” e de não se empoderar, então isso ainda tem muito. Eu vejo que está tendo um avanço, quando teve as eleições e eles participaram e eles efetivamente buscam participar. Hoje, por exemplo, é importante ter os conselhos gestores dentro dos caps. Ano passado a gente até participou do processo de eleição da escolher o conselho gestor do CAPS renascer, então isso é uma experiência legal. No CAPS Grão-Pará eles têm o conselho gestor que funciona no âmbito de CAPS com a participação dos usuários, trabalhadores e gestores. Aí tem a experiência do Renascer. A gente entende que esse é um compromisso dos usuários com a direção do movimento hoje é fortalecer para que haja participação e que todos os CAPS tenha conselho gestor funcionando[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad -Belém).

B, trabalhadora do MLA faz análise extremamente crítica sobre o papel dos usuários e dos trabalhadores no movimento, colocando que existe a demanda de que os usuários sejam os protagonistas no processo de luta, e afirma ainda que percebe, especialmente dentro dos CAPS sob gestão estadual a tutela do trabalhador sobre o usuário (“*A palavra do Dr é a que vale*”). Entretanto, apesar desses desafios que E coloca como desafios locais, é possível falar em avanços no sentido da organização a partir do momento em que existem dispositivos como Conselhos Gestores e eleições para que este mecanismo democrático funcione.

De acordo com a usuária e diretora do MLA, A, ao fazer uma crítica sobre a participação dos trabalhadores no processo de luta de organização dos usuários e familiares afirma:

[...] Eu acho que se o movimento, junto com os trabalhadores, os CAPS fizessem assim um trabalho tinha muita facilidade de movimentar isso, porque as pessoas estão mal informadas. Elas não tem muito conhecimento sobre o que é o SUS e sobre a doença mental. A pessoa sai daqui, de alta e muitas vezes é tratada como um nada, como um “ah, coitado dele”. E muitas vezes ele regride. Por que? Por falta de conhecimento Na reunião que a gente faz a gente fica entre a gente, mas tinha que ter uma abrangência maior. Eu as vezes convido outras pessoas pro movimento, mas eles dizem “não vou”, porque eles acham que o movimento não é nada, ao passo que se eles se interessassem pelo movimento teriam muito a fazer no

CAPS que frequentam e que trabalham. A maior parte não tá nem aí. Quando é dia nacional da luta, a gente faz passeata, dificilmente vai um trabalhador daqui, agora quando teve esse negócio da diretora daqui que estava perseguindo eles (trabalhadores), aí eles tiveram interesse, aí eles resolveram se juntar à gente, mas terminou, conseguiram o que queriam, parou. Eu acho isso assim uma ignorância porque se eu sou trabalhadora, uma enfermeira, uma psicóloga, eu tenho interesse, até pra eu fazer melhor o meu trabalho porque a minha remuneração vai ser melhor pra mim[...] (A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social –Usuária de CAPS municipal- Belém).

A fala de A é uma fala de crítica ao lugar do trabalhador nos processos de organização dos usuários e familiares.

Segundo S, diretor e usuário do MLA, quando perguntado sobre alguma demanda específica:

[...]Eu ainda tenho um sonho de organizar a associação dos pacientes com a cooperativa. Porque o que eu digo, dá pra fazer a associação e a cooperativa, porque a associação vai lutar contra a discriminação e a cooperativa vai lutar pela inclusão social. Tenho fé em Deus de alcançar esse sonho. Seria algo voltado para inclusão social, reciclagem, capacitação. Por exemplo, nos supermercados, tem cegos, deficientes físicos e tem paciente que diz olha a gente não vê paciente com transtorno mental[...] (S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará - Belém).

Neste momento da entrevista, a pesquisadora, tentando compreender exatamente o objetivo do MLA pergunta se o movimento gostaria de cotas e obteve como resposta: S. “*Não, a gente quer respeito. Quer que eles contratem mesmo sabendo que a gente tem transtorno mental e a cooperativa ajudaria nisso aí, mais ou menos isso*”.

5.2. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE GESTÃO E MOVIMENTO SOCIAL, REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO PARÁ, SEUS AVANÇOS E DESAFIOS.

Antes de qualquer análise é preciso demarcar o que está neste trabalho sendo chamado de movimento social, incluindo aí a compreensão teórica do Movimento da Luta Antimanicomial.

De acordo com Gohn (2010), os movimentos sociais são vistos como ações sociais coletivas de caráter se sócio político e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Na ação concreta, essas formas adotam diferentes estratégias que variam desde a simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilização, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações, etc.), até as pressões indiretas.

Para a autora, os principais movimentos sociais atuam por meio das redes sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais, e utilizam dos novos meios de comunicação e informação, com a internet. “Por isso, exercitam o que Habermas denominou como o agir comunicativo. A criação e o desenvolvimento de novos saberes são produtos dessa comunicabilidade”.

Para Gohn (2010), os movimentos expressam energias de resistência ao velho que os oprime, e fontes revitalizadas para a construção do novo, porém não se pode ignorar que existem tipos de movimentos sociais conservadores, muitos deles fundamentados em xenofobias nacionalistas, religiosas, raciais, etc. Esse tipo de movimento não deseja mudanças sociais emancipatórias, mas impor mudanças segundo seus interesses particularistas, pela força e utilizando a violência com estratégia de suas ações.

Os movimentos sociais progressistas atuam segundo uma agenda emancipatória, realizam diagnósticos sobre a realidade atual e constroem propostas. Atuando em redes, segundo Gohn (2010, p. 15) “articulam ações coletivas que agem como resistência à exclusão e lutam pela inclusão social”. Eles constituem e desenvolvem o chamado fortalecimento de atores da sociedade civil organizada à medida que criam sujeitos sociais para esta atuação em rede.

De acordo com Zibechi (2005), os movimentos sociais na América Latina estão tomando novos rumos, assumindo caminhos que os separam não apenas do velho movimento sindical, mas também dos novos movimentos em países centrais. Ao mesmo tempo, começam a construir um mundo novo por entre as brechas que conseguiram abrir no meio de dominação. Para o autor, estas são as respostas ao “terremoto social” causado pela avalanche liberal nos anos 80, que mudou as formas de vida de setores populares ao dissolver e descompor as formas de produção e reprodução, territoriais e simbólicas, que configuravam seu ambiente e sua vida cotidiana.

Os novos caminhos pelos quais os movimentos sociais na América Latina e no Brasil em particular transitam são fruto de um longo período de reviravoltas. Até a

década de 1970, a ação social ocorria em torno das demandas dos direitos dos estados, do estabelecimento de aliança com outros setores sociais e partidos políticos e do desenvolvimento de planos de ataque para modificar a correlação de forças em nível nacional.

O Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, em uma Carta Aberta à Sociedade Paraense (apêndice 8.7) , distribuída por ocasião do dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de Maio) em 2012, com o lema “Saúde não se vende, Gente não se Prende; Quem está Doente é o Sistema Social!” faz uma apresentação com o resgate histórico do início dos movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil, seu início a partir do final da década de 70 como fruto da intensificação pela luta contra a ditadura militar, reivindicando direitos, entre eles o movimento da reforma sanitária (Saúde como Direito de Todos) e a partir de 1987, com a incorporação do lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

O MLA reivindica para si essas características emancipatórias, citadas por Gohn (2010), ao lutar, por exemplo pela defesa da saúde como um direito universal e dever intransferível do Estado. Afirma na carta aberta (2012) que o SUS faz parte da vida de milhões de brasileiros através de campanhas de vacinação, transplante de órgãos, farmácia popular, redução da mortalidade infantil, programas de promoção e tratamento ao combate HIV/AIDS e outros e no que tange à assistência à saúde mental afirma que os avanços na assistência, do modelo manicomial e segregador para o da atenção psicossocial na comunidade só foi possível devido à existência de um sistema de saúde aos moldes do SUS.

Vaconcelos (2010) ao pesquisar sobre o quadro de organização de usuários e familiares de saúde mental no Brasil afirma que há uma considerável escassez de pesquisas na área, daí a importância desta análise sobre o MLA no Pará, a descrição de alguns lances históricos, suas dificuldades e avanços.

5.2.1. O papel do movimento social para condução da política pública em saúde mental no Pará

Como se sabe, o Coordenador de Saúde Mental durante o período de 2007 a 2010 se declara como um militante do MLA que assumiu o lugar da gestão da política

pública de saúde mental enquanto executor. Quando perguntado sobre qual a sua opinião sobre o papel do movimento para a construção das políticas, afirmou:

[...]Eu acho que sem movimento antimanicomial no Brasil não haveria esse processo tão bonito e tão complexo e forte chamado de reforma psiquiátrica. Na verdade houvesse só uma reforma da política de saúde mental. Porque o processo que a gente considera como reforma psiquiátrica, o principal ator foi o movimento social. Tanto é que a gente conseguiu através do movimento social tirar a IV conferência estadual de saúde mental e a IV conferência nacional de saúde mental através de um movimento importante que foi a marcha dos usuários em Brasília em 2009. Então a gente considera que o movimento social é um ator que eu considero mais importante no processo de implementar a política de saúde mental. Então nós tivemos sucesso em relação a isso. A gente chamava esses atores, conselho estadual, chamava o movimento antimanicomial, sindicato, conselho regional de psicologia, grupos de trabalhadores, pra poder ir construindo esses avanços. Então não foi um momento de tensões, de desgastes, muito pelo contrário, a gente foi se modificando e eles tiveram um papel que eu considero muito importante., de apoiadores, de críticos também. E isso nos serviu inclusive até pra levar demandas importantes à frente junto à secretaria estadual e aos demais órgãos de governo[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

A fala do coordenador parece ser a fala do militante, ele reconhece que o movimento foi o principal ator nos avanços conseguidos até então, as quais destaca: “marcha dos usuários à Brasília” e as consequentes “Conferências de Saúde Mental”. Afirma entretanto que costumava “chamar” esses atores (*conselho estadual, chamava o movimento antimanicomial, sindicato, conselho regional de psicologia, grupos de trabalhadores*) para o diálogo, porém ao longo do trabalho o que vimos na análise do próprio coordenador de saúde mental é que esses avanços demandados não puderam ser totalmente atendidos. E talvez não puderam ser atendidos não por falta de vontade política das pessoas que estavam na execução da política, tais como os sujeitos entrevistados neste trabalho, mas não puderam ser atendidos em função de uma conjuntura político-econômica de sub-financiamento à saúde, inclusive saúde mental e má gestão de recursos públicos.

Segundo o Diretor da 1ª RPS, L

[...]Eu vou falar pelo tempo que eu estive a frente da gestão, mas a experiência que nós tivemos foi positiva na minha opinião porque nós trabalhamos par-e-passo com a coordenação de saúde mental, com o debate com o movimento da luta antimanicomial, um debate com os

próprios usuários que participavam dos serviços na área de abrangência dos CAPS e isso foi muito positivo e eu acho que foi a forma que o governo trabalhou com o movimento social, foi nessa linha. Nós realizamos a Conferência Estadual de Saúde Mental que foi um momento importante dentro do governo para nós ratificarmos o nosso entendimento e também o respeito a um tratamento adequado aos portadores de sofrimento mental. O Estado aumentou a sua cobertura em termos de serviços em saúde mental de uma forma primorosa, nós saímos de 26 serviços pra mais de 50 serviços instalados de forma adequada dentro do Estado para atendimento de sofrimento mental em termos de CAPS. Isso foi muito positivo. O diálogo com o movimento social foi mais pontual, no meu entendimento. Ele foi um exercício da coordenação estadual, da direção do 1º centro e dos diretores dos CAPS. Ele poderia ter sido uma bandeira de governo. Podemos dizer que foi uma bandeira de governo se nós tivermos esse olhar que esses gestores fizeram esse exercício[...] (L, Diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor).

A fala do diretor do 1ª regional é muito próxima à do coordenador estadual de saúde mental e a à Diretora do CAPS Renascer, M:

[...]Olha, eu sou do movimento social, desde que eu comecei a trabalhar em saúde mental me engajei no MLA e no período que fiquei na gestão me ausentei um pouco do movimento, mas não deixei de ser uma militante, não me afastei, pelo contrário, a gente aproximou o movimento. Assim, eu acho que é fundamental a participação do movimento social na gestão. Além disso, é lei, né? Desde a constituição até a legislação do SUS, e cada gestão faz de um jeito. Uma gestão que é participativa, democrática ela vem e valoriza a fala do usuário, mas uma outra gestão que não tem essa visão, que tem uma visão mais autocrática ela não tem o mesmo procedimento. Eu acho que isso é uma perda enorme pra política. Se a gestão estivesse aliada ao serviço ela estaria mais perto das necessidades da comunidade. É muito diferente de fazer um trabalho dentro dos gabinetes, sem conhecer a realidade, que só vai ser um trabalho “pra inglês ver”, não vai ser um trabalho necessário pra que as coisas mudem[...].

De acordo com Vasconcelos (2010) neste contexto podemos ter casos de lideranças extremamente capazes e que se politizaram no processo, mas a tendência é de se autonomizarem no cotidiano das associações de usuários, passando à militância social e política mais ampla dos conselhos de políticas sociais e de saúde, ou na própria militância antimanicomial. Entretanto, estas lideranças não têm mais tempo, recursos ou paciência de acompanhar o processo de base, deixando a associação com os padrões organizacionais de fragilidade indicadas acima.

Além disso, o engajamento e participação política nas esferas institucionais apresentam enormes desafios de conflito, competição, ritmo de militância, aparelhamento e cooptação política, em certas fases incompatíveis com os limites existenciais e psíquicos de usuários e familiares de saúde mental. Por isso, segundo Vasconcelos (2010), mesmo para essas lideranças mais avançadas é necessário pensar espaços de acolhimento e elaboração na retaguarda, junto aos seus pares, para que possam recuperar-se e retomar mais tarde a militância política. Assim, ainda que as atividades públicas regulares em torno do 18 de maio, ou os eventuais momentos de mobilização possam dar uma primeira impressão de força, a fragilidade organizacional nas bases do movimento se mantém.

O Diretor do Hospital de Clínicas, J, faz uma crítica à atuação do MLA, especialmente em relação a postura do movimento em relação à alta complexidade. Segundo o diretor, o movimento poderia ter sido mais presente, a sua atuação teria sido “tímida”.

[...]Eu acho que o movimento social tem a função de fiscalizar a qualidade da assistência. Sabemos que tem um estigma social, então a proposta é nesse sentido, de acabar com o estigma e melhorar a assistência, de se evitar as internações prolongadas dos pacientes, enfim...conheço a atuação do movimento social e na minha opinião ela ainda é tímida. Eu acho que no período de 2007 e 2010 houve uma aproximação dos movimentos sociais com a coordenação e essa aproximação foi considerável, mas acredito que a atuação do movimento social para o hospital que é o único serviço de alta complexidade em psiquiatria no Estado ainda foi tímida, eu acho que poderia ter sido mais presente[...] (J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012).

Neste ponto é interessante retomar o debate do 4º capítulo, ao serem analisados os eventos, cursos e capacitações ocorridos entre 2007 e 2010, das 51 capacitações registradas pelos relatórios de gestão da SESPA, pelo menos três ocorreram nas dependências físicas do Hospital de Clínicas, com o tema “Reforma Psiquiátrica” e balanço político, contando com a presença do MLA.

Quando se passa ao debate com a Diretora do MLA, categoria trabalhadora, B, a contradição com os discursos dos gestores é evidente:

[...] Eu vejo assim, infelizmente não houve uma relação muito boa, especificamente com a coordenação. A gente teve uma crise no movimento nessa época de transição de governo, de mudança, quando a gente dentro do movimento não conseguia se comunicar. Eu acho assim que o movimento poderia contribuir bem melhor se a

coordenação fosse mais receptiva e democrática, de fato. Então assim, eu acho que a coordenação não deu muita escuta pro movimento, ela foi fazendo as coisas da cabeça dela e algumas vezes dizendo que era o movimento. Então não foi uma relação muito fácil. Eu vou te citar um exemplo, sobre o processo de indicação do coordenador de saúde mental, foi um processo muito difícil, teve até separações de pessoas que faziam parte da história do movimento porque digamos assim, interesses pessoais foram colocados à frente de interesses coletivos. Então assim, ali fragilizou, quebrou um pouco, mas nem por isso o movimento deixou de dialogar com a gestão. De dialogar e propor. E assim, uma coisa importante e que faço questão de ressaltar é que se não fosse o movimento o processo de construção da IV conferência não teria rolado porque a própria gestão não tomou iniciativa, então foi um processo difícil em termos de condução do processo, muitas coisas foram passadas por cima. Nós fizemos toda uma mobilização, desde a marcha, para ir em 2009, com muito sacrifício, conseguimos. Nós tivemos apoio do governo, mas foi com muita discussão. Em 2010, quando a conferência tinha que acontecer, só aconteceu porque a gente foi pra cima do Estado pra exigir a discussão das etapas porque nem o Conselho Municipal que mandou conselheiros pra lá se “atentou” pros prazos da mobilização da conferência. E a conferência foi assim um momento de crise, isso já foi em 2010, então assim nesse período a gente não se furtou, mas eu acho que assim, se não tivesse tido aquele primeiro momento logo no início de 2007, talvez a gente tivesse contribuído enquanto movimento um pouco mais para melhorar a rede de cuidados, então a gente ficou um pouco afastado, um pouco ausente, em que pese que em algumas situações a gente estava discutindo[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad -Belém).

A análise da diretora, categoria trabalhadora, B, vale destacar é a única, entre os três entrevistados por parte do movimento social que considera a relação com a gestão como ela afirma: *“Eu vejo assim, infelizmente não houve uma relação muito boa, especificamente com a coordenação.”* A trabalhadora destaca um conflito de comunicação dentro do movimento durante a transição de governo (2006 -2007) e afirma que a relação poderia ter sido melhor se a pessoa que assumiu a coordenação tivesse sido mais receptiva, democrática. O principal conflito de entendimentos que pode ser percebido no trabalho é em relação à implantação de CAPS com os recursos mínimos exigidos pela portaria que o coordenador empreendeu e gerou aumento de 96% do número de serviços substitutivos, porém com efetividade questionável, inclusive por ele. Ainda assim, como B pontua que em momento algum o canal de diálogo foi cortado e as Conferências de Saúde Mental parecem ter sido para a trabalhadora prova máxima do poder de pressão do movimento social sobre a gestão. Vale destacar que a própria

gestão coloca o tempo inteiro durante as entrevistas que as bandeiras de luta são as mesmas do MLA, inclusive a realização da Conferência.

E continua a sua análise:

[...]A preocupação (da coordenação) foi em implantar outros e novos equipamentos e esses equipamentos na nossa avaliação enquanto movimento, ineficazes, muitas vezes porque não atende a real necessidade e não se melhorou a rede de assistência. A questão da população de rua são situações críticas, até hoje, tem a situação de uma moça com problema mental que está aqui no Estado vivendo na rua, mas não é daqui e a gente conseguiu articular com a coordenação, porque era uma questão de coordenação que precisava de um cuidado antes de ir pra lá e o outro estado querendo fazer. Coisas assim, que no meu entendimento era uma questão de vontade política, então não se fez, não se correu, não se pensou, não se discutiu essa questão das pessoas com intenso sofrimento em situação de rua. Isso não é um problema só de Belém, porque Belém concentra inúmeras pessoas que vem de outros municípios, então isso deve ser uma política de Estado. Outra questão é a do Hospital de clínicas que continua abarrotado, então várias coisas que eu tenho conhecimento, muito pouco mudou com relação à demanda que chega lá no HC e à qualidade da assistência que é prestada lá. E ainda hoje, porque está lotado lá? Porque os CAPS não estão atendendo e isso vai contra toda uma lógica de rede, então assim, não está caminhando. A gente já foi chamado pela atual coordenação pra discutir um pouco essa rede de assistência no que diz respeito à criação de residências terapêuticas para desativação do CIASPA, então está nesse processo e também questão de repactuação dos CAPS, que os CAPS sejam CAPS, que eles realmente atendam a real necessidade dos usuários. O que nós discutimos enquanto estratégia do movimento é que os CAPS sejam CAPS fortes e nunca houve, se buscou, “ah, nós vamos mudar a estrutura do CAPS Grão-Pará e renascer, mas na minha avaliação não funciona.” Então volto a frisar, se apostou em quantificar e não em qualificar e ainda somente centrado em CAPS e não em uma lógica de rede, que se pensasse na Atenção básica, no apoio matricial, em um centro de convivência talvez, de diversificar a rede, talvez[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad -Belém).

É interessante como mesmo com alguns pontos de discordância, a maior parte do conteúdo da fala de V, Coordenador de saúde mental está em consonância com a fala de B. Sobre o papel do MLA, V afirma:

[...]Eu acho que o movimento antimanicomial desde 97 no Estado, e particularmente em Belém tem sido o principal ator da reforma psiquiátrica. Não apenas sobre montar serviços, estou me referindo ao modelo, que se destina, o modelo de rede, as ações, aquilo que eu te falei ainda agora, a própria 4ª conferência foi arrancada pelo movimento antimanicomial que foi pra dentro do conselho e pautou. “Vem cá, não vai ter conferência? O estado do Pará vai ser o único

estado que não vai ter conferência? O que que é isso?” o que tá acontecendo? Então o movimento tem sim conseguido colocar uma agenda de saúde mental importante, e eu acho que ele é o ator que independendo de governo tem se mantido aí e deve se fortalecer cada vez mais. Então pra mim, o papel dele é assim na história da saúde mental é estratégico[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Há que se considerar o que vários autores citados no trabalho apontam como uma conjuntura de dificuldades para implementação de políticas sociais em função do próprio contexto do Brasil. Um desafio que para Vasconcelos (2010) possui dimensões amplas. As dificuldades nos avanços do SUS, da assistência social, do ECA e das demais políticas sociais não são somente o que o autor aponta como “descalabro” do governo Collor e dos dois governos Fernando Henrique Cardoso, mas também estão ligadas às limitações políticas em relação às expectativas que o governo Lula mobilizara e de traços estruturais do capitalismo em nível global e na sua periferia, particularmente.

Assim, o autor destaca que apesar de alguns avanços setoriais como na distribuição de renda e diminuição da pobreza, os problemas estruturais permanecem e se aprofundam no Brasil, sendo que os serviços substitutivos sofrem esses impactos.

Para a Diretora do MLA, categoria usuária, A responde : *“Era uma relação boa porque no movimento todo mundo tá na mesma intenção de melhorar. Como a gente tá na mesma intenção todo mundo tem a mesma facilidade”*

Liderança do MLA, usuário, S preferiu falar sobre as relações dentro do movimento ou entendeu assim a pergunta

[...] Serve como base, né? Eu costumo dizer pra Dra B, ” a senhora é uma benção, se não fosse a senhora, o que seria do movimento?” E ela responde, “não S, seria outra pessoa”. E eu acho que ela deve ser sempre lembrada. Mas eu costumo dizer que a sociedade organizada é outra coisa. Aquele exemplo da casa a.d, que deu até imprensa pra tirar o diretor. A K. do renascer fala que deveria os outros CAPS deveriam seguir o exemplo do grão-pará porque nos outros CAPS só vão lá aquelas atividades e pronto, aqui nós saímos do CAPS e as vezes vamos na casa de um, na casa de outro, estamos sempre nos comunicando[...] (S; Diretor Executivo do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social – Usuário CAPS estadual Grão-Pará - Belém).

O MLA, em sua carta aberta à população (2012) faz uma análise de conjuntura de que apesar do SUS ter como um de seus princípios a Universalidade, ela não conseguiu ser implantada porque os governos não têm cumprido o seu papel

constitucional de garantir saúde integral e de qualidade para toda a população, contribuindo para o “sucateamento” e para ameaças ao processo de reforma psiquiátrica. Afirma que o SUS não pode funcionar sem dinheiro e ser “inaceitável que as esferas de governo (federal, estadual e municipal) destinem tão poucos recursos à saúde. Complementa o documento a informação de que o governo federal teria cortado 5,4 bilhões de reais do orçamento da saúde para 2012 e denuncia que contrariando as deliberações da IV CNSM (2010) aprovou o financiamento de Comunidades Terapêuticas que tem como objetivo lucrar com a internação, não revendo relações sociais e demonstrando a omissão do Estado nas políticas sociais que provocam na população dor e sofrimento, e abandona muitos em condições de alta vulnerabilidade.

Esta carta, realizando uma análise de contraponto ao governo do PT em nível nacional remete ao que Algranati (2005) observa. Governos democraticamente eleitos que sofrem uma perda radical do apoio passivo destas populações quando assumem a cartilha neoliberal e se dispõem, de maneira cada vez mais previsível a dilapidar o seu capital político em tempos abreviados e ao calor da manifestação popular.

Vasconcelos (2010) lembra oportunamente que se o SUS atual é marcado por dificuldades estruturais de financiamento, difícil acesso, estrutura precária e baixa capacidade de absorver desafios, em patamares como esse toda a vez que eventualmente a capacidade organizativa dos movimentos sociais da área de saúde mental consegue aumentar o patamar de benefícios apenas no campo da saúde mental, ela vira desaguadouro de outras mazelas sociais, o que acaba gerando a psiquiatrização de problemas societários mais amplos.

Outras vezes, a desconsideração desse contexto, de acordo com o autor, pode se aliar a uma visão voluntarista e politicista, pela qual bastaria conquistar o poder político institucional e ter vontade política para acelerar o fechamento dos leitos manicomiais e sua substituição por uma rede de atenção psicossocial.

Para além deste contexto, Vasconcelos (2010) ainda afirma que para além da esfera nacional, as políticas sociais com base na gestão regional e local apresentam avanços significativos quando temos governos estaduais e municipais com maior compromisso político com os interesses populares.

Como se pode perceber, o contexto é complexo, bem como as relações desenvolvidas, tanto em relação ao movimento – gestão quanto em relação aos desafios próprios do processo de reforma psiquiátrica. Quando perguntado ao coordenador de saúde mental, sua opinião sobre os desafios do movimento, responde:

[...] Eu acho que o desafio do movimento hoje e que ele tem com relativo sucesso lidar. Tem momento que ele avança mais, e outros ele fica mais em uma posição desconfortável pelos obstáculos que ele tem que enfrentar. Em outra hora ele tem apoio. Então eu acho que quando ele consegue pegar um governo mais progressista, o movimento consegue pegar um pouco mais de apoio, ele consegue crescer mais e avançar mais. Em outros momentos, em outros governos que o governo não é favor do SUS, não é a favor da reforma, tem um modelo de saúde mental médico-hospitalocêntrico, então fica mais difícil. Então eu acho que agora ele tá vivendo um pouco esse momento. Mas o movimento já passou por outros momentos e eu acho que ele vai dar conta, então agora é preciso pautar mais do que nunca a integração dos serviços, é fazer com que as pessoas possam entender que as vida das pessoas, isso que a gente chama de CID ou transtorno mental, abuso de drogas ou tentativa de suicídio tem uma demanda social, tem uma história de uma sociedade que enlouquece as pessoas e não apenas um CID. Então eu entendo que o movimento antimanicomial ele tem que fazer uma discussão de uma perspectiva mais ética, ele carrega a perspectiva de um processo civilizatório diferente. Ou seja, uma sociedade sem manicômio não é essa sociedade, não é essa que tá aí, uma sociedade sem manicômio não haverá manicômio, mas a produção mesmo da loucura através da fome, do desemprego, do uso abusivo de drogas, ele tende a diminuir consideravelmente em razão de que as pessoas não vão enlouquecer em uma sociedade igualitária, não é isso, mas o impacto será menor e as pessoas terão bem mais cuidados porque terão outros recursos disponíveis. Então eu acho esse papel fundamental do movimento, ele tem um papel importante. E Ele conseguiu se espriar. Conseguiu sair de Belém. Castanhal, Ananindeua, Cametá conhece o movimento antimanicomial, Marabá conhece, Paragominas, Parauapebas[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Para o Diretor da 1ª RPS, L:

[...]Dentro do nosso governo, acho que foi o melhor momento que foi experimentado pelo MLA dentro do Estado de maior espaço para que as ideias, as intenções de trabalho fossem expostas e praticadas. As que não ficaram foram as experiências que não deram certo na gestão, mas a briga agora é pra manter as que foram plantadas e a 1ª residência terapêutica é um exemplo disso, de que vamos conseguir trabalhar mais desinstitucionalização ainda e conseguir tirar todos aqueles pacientes do CIASPA e um pouco mais dos anseios do movimento da luta antimanicomial[...] (L, Diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor).

Ou seja, para o entrevistado, o desafio maior do MLA é o de manter as conquistas e avançar na pauta de reivindicações, como por exemplo, a abertura de mais residências terapêuticas.

Para o Diretor do HC, J, o desafio do MLA parece ser o de intensificar seu perfil de cobrança e atuação, porém mantendo o seu perfil.

[...]Pra mim, o movimento social deverá continuar com o seu perfil de atuação de reivindicação, de atuação contra a discriminação, de se evitar certas atitudes que eram exercidas antes da reforma psiquiátrica em relação ao nível de assistência psiquiátrica, mas acredito mais que falta mais o empenho da luta antimanicomial na atenção primária porque assim, por mais que sejamos a média e alta complexidade, estamos tentando cumprir o que as portarias nos determinam em termos de estrutura, de recursos humanos, de assistência, de tempo de permanência, mas a grande dificuldade, o grande nó da assistência em saúde mental tá na atenção primária. Então é nesse sentido que a luta antimanicomial deve se deter. Que tipo de qualidade os CAPS que foram implantados estão ofertando à população? Será que eles estão prevenindo a crise? E se não estão prevenindo a crise, por que não? O que está acontecendo para os pacientes reagudizarem com tanta frequência? Pra isso o movimento social vai ter que estar mais presente na atenção primária. Na média e alta complexidade também, lógico, mas o problema maior está na atenção primária[...] (J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012).

A fala da diretora do CAPS renascer, M é explícita no que se refere a relação movimento *versus* gestão, porém bastante próxima da fala do coordenador de saúde mental e do diretor da 1ª regional:

[...]Olha, eu acho que o movimento se fortaleceu muito no governo passado, inclusive com apoio, suporte, estrutura mesmo. Quando o movimento foi pra marcha dos usuários em Brasília (que culminou com a realização da conferência nacional de saúde mental que não acontecia há muitos anos), o governo do estado chegou a doar o ônibus, alimentação. Então o governo facilitou a organização, mas não interferiu na gestão do movimento. O MLA era autônomo, ele não era parte do governo. Mas também tem uma outra questão. É, quando existem mais necessidade o movimento se agrega mais em torno das necessidades e é o que eu tô vendo hoje, o movimento com um trabalho contínuo, exaustivo até. Fazendo reuniões, documentos, protestos, eu acho que o movimento ele a partir desse momento de mais fragilidade da política o movimento se fortalece ainda mais, agora não apoiado, não parceiro do governo como antes[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Ao fazer um resumo do papel do movimento e da relação com a gestão, a liderança do MLA – Trabalhadora E afirma: “Bom, o papel do movimento é cobrar e propor essas implementações da rede. Apontar onde estão essas fragilidades da rede, trabalhando junto por exemplo ao Ministério Público pra essas coisas possam acontecer.” E quando perguntada se percebeu avanços no período, respondeu: “Olha, teve avanços sim, eu não descarto que não teve avanços, mas eu volto a frisar o avanço em termos de número de serviços e não de qualidade.

Foi perguntado então para a trabalhadora se movimento e gestão conseguiram conversar, conseguiram manter uma linha de entendimento, ao que respondeu: *“Teve um momento que sim, mas teve momentos que não, do processo de construção política e a gente tinha toda uma proposta, como a gente fez agora com o novo governo, de encaminhar as propostas, colocar a disposição da coordenação o que a gente pensa, o que a gente gostaria.”*

Quando perguntada sobre a continuidade das políticas e sobre a relação com o novo governo que assumiu em 2011, respondeu:

[...]Pois é, nós fomos chamados agora, né, 1 ano depois. (risos) Voltando, acho que houve avanços no período de 2007 a 2010 talvez em termos de melhorar o ambiente de trabalho de alguns serviços, por exemplo, pra Icoaraci não melhorou, mas pro pessoal do Grão-Pará, do Renascer, de outros CAPS melhorou. Então isso é positivo. Teve algumas situações interessantes, não sei se foi em 2009 que a gente fez um carnaval que a gente participou e isso foi muito legal. Em termos de políticas culturais, por exemplo, eu acho que houve um investimento do governo, ele dispendeu muita energia. Isso é positivo? É claro que é positivo, mas eu acho que a urgência, a prioridade talvez não fosse essa, mas é uma qualidade, uma ótima forma de articular, trouxeram aquela mostra da História da Loucura, aquilo foi formidável, então, mas cadê o depois? Isso é o que falta, cadê a continuidade? Acho que essa energia poderia também ter sido dispendida um pouco pra Assistência, pros moradores de rua, por exemplo[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

Quando perguntado para a diretora do MLA, categoria usuária A sobre o papel do movimento e seus desafios:

[...]O MLA tem cumprido seu papel. O problema do MLA é o que eu te falei, recursos. Já conseguimos botar pra correr daqui aquela criatura que eu te falei, já conseguimos indicar pessoas, já conseguimos no caso da R, vão ter que indenizar por danos morais, o movimento já teve a oportunidade de mostrar à sociedade a questão do que é o movimento busca recursos, o movimento tá indo, tá melhorando, agora a pessoa pensa duas vezes antes de falar alguma coisa. Os desafios é que o diretor de cada CAPS consiga entender o que o movimento quer que "melhoridade" pra cada CAPS. O movimento quer passar pras pessoas o melhor, porque as pessoas estão muito paradas. Como é que pode melhorar alguma coisa se as pessoas ficam paradas? Às vezes a gente chama pra reunião e não vem um... olha aí em volta, tudo parado, telefonando, os pacientes parados. Não tem condições. Entendeu? Se a pessoa não tem comida, vai com o diretor, chama o movimento, faça parte do movimento. Se nós tivéssemos dinheiro poderíamos viajar, encontrar com outros núcleos pra poder fazer melhor aqui, articular

uma caravana pra ir até Brasília como a gente já foi. Nós queremos até um lugar só da gente[...] (A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social –Usuária CAPS municipal- Belém, 2012).

Para a liderança do MLA, categoria usuário, S: “ *Eu acho que a gente tá cumprindo e tá tentando fazer inclusão social, respeito pelas pessoas com transtorno mental. Tipo, eu por exemplo, não tenho passe livre, por que? Porque dizem que o meu CID é pequeno. Eu até brinco com meu primo, não a minha patente no CAPS é baixa. (Risos)*

5.2.3 Pontos necessários para promover a qualidade da assistência no sentido de atender as necessidades efetivas da população

Ao finalizar as entrevistas, a pesquisadora procurou focalizar nos pontos positivos da experiência e a partir do que foi vivenciado, na busca de compreensão por parte dos sujeitos da pesquisa de que pontos seriam necessários para promover a qualidade da assistência e atender as necessidades efetivas da população. As respostas foram variadas, como é possível observar:

Para o Coordenador de saúde mental, V:

[...] Os serviços estão hoje ainda desintegrados. Por exemplo, o Hospital de Clínicas toma medidas, não conversa com ninguém da rede e manda adiante. Até 2010 o HC quando atendia um paciente em crise atendia esse paciente e dava medicação pra 5 dias para dar tempo a esse paciente se vincular a algum serviço. Hoje ele dá a receita e manda o usuário sem medicação. Se ele tiver dinheiro ele compra, se não tiver vai ter que entrar no serviço, agendar uma consulta com o médico e sei lá quando ele vai ter acesso a essa medicação. Ai a Unidade Básica da Pedreira diz “não vou atender saúde mental a partir de amanhã”, não conversa com ninguém e pronto. O CAPS da casa mental do adulto diz que não vai atender esse tipo de usuário e pronto. Então tá assim...a rede está esfacelada. Tu não sabes quem atende saúde mental em crise é o bombeiro ou o SAMU. Os dois dizem que fazem, mas ninguém faz. Então nós estamos sem direção. A impressão que temos e isso não é uma visão somente minha é que os avanços que tivemos e isso não é uma visão somente minha, é dos trabalhadores também e usuários é que hoje é cada um por si. A articulação que fizemos durante um tempo foi desfeita e hoje estamos sem um nó. A gente tem uma direção sem interlocução[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

Foi novamente, após estas críticas e de avaliação ao momento atual, repetida a pergunta inicial, do que o sujeito acredita que seria necessário para efetiva credita ainda que para a efetivação dos direitos em realidade tem uma coisa fundamental que é a pressão social acredita que para se conseguir efetivar políticas públicas complexas é somente com pressão social e acrescenta e vontade política mesmo, mas às vezes a vontade política não vem como uma coisa natural. Acredita que os trabalhadores precisam se unir mais, fazer encontros e fala sobre um debate que seria importante que é o da municipalização dos CAPS que é um debate que estaria sendo feito à revelia dos trabalhadores. Afirma o coordenador que os atuais gestores deveriam chamar os trabalhadores, deveriam chamar os usuários, deveriam chamar o movimento social pra ver o que é isso. Por que passar os serviços que hoje estão funcionando mais ou menos bem pra uma esfera de sucateamento.

O Diretor da 1ª RPS, L, lembra um aspecto muito importante que é o aspecto do financiamento para a saúde mental, que deve ser melhorado e muito. Afirma que muitas vezes o Estado teve que garantir o recurso até 4 meses atrasado nas vias da burocracia estatal, o que não deveria acontecer com os municípios em gestão plena.

Para o Diretor do HC, a questão de recursos humanos e estrutura física são fundamentais:

[...] O que está faltando pra mim é ter um profissional médico de qualidade, que seja investido nele cursos de capacitação. Porque assim, o que acontece, o CAPS , ele tem um médico, mas ele não necessariamente é psiquiatra, ele pode exercer o trabalho lá, mas contanto que ele tenha especialização em saúde mental, mas o que eu vejo na prática? A maioria dos CAPS não tem psiquiatra e também não tem esse especialista em saúde mental. Então a qualidade da assistência é comprometida. Precisamos fazer curso de capacitação. O treinamento do psiquiatra hoje é três anos. Parte desse tempo a gente aprende a diagnosticar e a outra parte a gente aprende a tratar, então a nível de rede básica está faltando essa iniciativa de fazer programa de capacitação para este profissional que está trabalhando nos CAPS e em unidades de saúde que tenha o programa de saúde mental. Falta investimento em recursos humanos de maneira geral, psicólogos, serviço social nesses CAPS, falta investimento em relação a material de trabalho, falta investimento, ou melhor, um cuidado melhor em relação às medicações. Se é um serviço que prima pela prevenção à saúde e a gente sabe que a maioria dos transtornos psiquiátricos são crônicos, então se faltar medicação o que acontece? Reagudiza. Esse paciente não está sendo muito bem assistido. Então assim, eu acho que falta estrutura, falta recursos humanos e falta

material pra trabalho[...] (J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012).

A Diretora do CAPS Renascer, M ao realizar suas intervenções finais afirma que acredita que

[...] Em primeiro lugar abrir as portas para os usuários, ouvir os usuários sobre suas necessidades. Em segundo lugar eu acho que os trabalhadores precisam de qualificação e é de qualificação de educação continuada mesmo porque na saúde mental sempre tem algo novo. Além disso, é necessário o aumento de investimentos na área de saúde mental. Porque não adianta só qualificar a gestão se não houver mais recursos pra que a política saia do papel. É isso[...] (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012).

Ou seja, o ponto de vista dos gestores executores da política são complementares e concordantes entre si. Sobre a visão do movimento social, a diretora do MLA, categoria trabalhadora, E afirma:

[...] Eu acho que o fundamental é a qualificação de profissionais, né? Eu tenho uma avaliação muito crítica em relação aos profissionais que estão atuando e quanto à identificação deles com a política. Eu acho que esse é um nó crítico. O outro é que realmente falta ter essa interação, o trabalho em rede. Isso não existe nem nos próprios CAPS quanto mais nos outros equipamentos internos de saúde e menos ainda com outras políticas públicas, por exemplo, com a questão da Assistência que eu vejo que é urgente a questão de dar uma resposta para os moradores de rua com sofrimento mental e para os usuários de álcool e outras drogas, é importante investir nisso. Hoje no nosso Estado não temos nem equipamentos para oferecer suporte. Em Belém só temos o Centro de Cuidados Para Dependente Químicos e a Casa Ad. Só. Tem outro equipamento...são 6 CAPS se não me engano Ad para todos os 144 municípios do Estado do Pará, é essa a cobertura e a qualidade da assistência. Dar resposta e qualidade a um tratamento digno no fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial. Não adianta só ter o CAPS, temos que ter o CAPS funcionando dentro da lógica antimanicomial, da não-segregação, que as pessoas possam fazer esse cuidado, mas esse cuidado com a escuta desse usuário enquanto sujeito ativo e não como paciente receptor. Precisamos então, tentar integrar esses dispositivos, interagir mais os trabalhadores uns com os outros, quem sabe assim a gente não possa rejuvenescer nas ideias, nas práticas. A gente não tem essa vivência de troca, não tem e acho que é uma aposta na qualificação. Os CAPS precisam sair dos seus muros, eles precisam estar na comunidade, fazer apoio matricial, eu aposto na organização da rede de saúde mental onde a gente pudesse, por exemplo, em que cada serviço pudesse se responsabilizar por uma área, mas que pudesse ter essa troca, mas trabalhar com a UBS que faz parte do seu território pra receber esse paciente e ficar com aquele que realmente precisa. Eu acho que isso que realmente vai fazer mudar uma lógica,

mas nem todo mundo pensa assim, então eu acho que tem que investir em uma política de qualificação para os trabalhadores. Tem que começar daí e partir daí, pensar em uma melhor rede, diversificada de cuidados, não só CAPS, bombeiros, SAMU, etc.[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

A Diretora do MLA, na categoria usuária, A, ao ser abordada para a mesma questão respondeu:” Aí já entra pelo lado do governo, prefeito. Se eles tivessem uma participação mais junto com o movimento eu acho que melhoraria muita coisa, se os prefeitos aceitassem o que o movimento pede, porque seria muito bom se todo mundo tivesse a informação.” E quando perguntada sobre o que seria necessário responde: *“precisa de recursos, né? Muita coisa. Como é que você vai fazer uma reunião você gasta muito, é sala, é muita coisa...”*

A pesquisadora procura então compreender melhor o ponto de vista da usuária, perguntando se na opinião dela, o governo deveria oferecer os recursos necessários para o movimento se manter e A responde com uma pergunta: *“Não, deixa eu te perguntar, será que se o governo dando o tudo o movimento não ficaria a mercê do governo? Será que o movimento não evita isso por esse motivo? O que você acha?”* e a pesquisadora devolve a pergunta à usuária que responde, enfim: *“Eu acho que sim. Se o movimento aceita certas coisas do governo seria uma forma de ficar na mão do governo e como o movimento não quer ficar na mão de ninguém prefere ficar apanhando, sofrendo, mas batendo com liberdade”*.

Quando perguntado ao diretor do MLA, categoria usuário, S responde: *“Eu acho que precisa mais respeito pelo portador de transtorno mental e inclusão social. A gente não ouve dizer que o paciente tá trabalhando. É triste.”*

Sobre os pontos positivos da experiência, sobre o que se levará adiante na vida a respeito da experiência de gestor ou de direção do movimento social que luta pela implementação da política pública de saúde mental, ficaram os seguintes depoimentos:

Para o Coordenador Estadual de Saúde Mental:

[...]Eu acho que o que ficou de positivo, embora eu tenha ficado muito cansado ao final, mas fiquei muito feliz, eu acho que pelo fato de você perceber que muitas pessoas ficaram a fim que desse certo, sabe? Você vai nos CAPS, você vai no Hospital de Clínicas, a minha relação contigo (com a pesquisadora) foi fruto disso aí também, né? A gente tinha um ideário, a gente foi se encontrando. Você vai em Marabá, você vai pegando várias pessoas que querem que isso aconteça. Eu

acho que isso foi o melhor, dar uma oportunidade para que essas pessoas pudessem pegar um microfone, pudessem escrever um texto, pudessem falar, eu acho que os usuários e os familiares também. Isso fez com que a gente entendesse que havia muito mais gente do que imaginávamos inicialmente e fez valer a pena cada dificuldade que passamos[...] (V, Coordenador Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Gestor, 2012).

O Diretor da 1ª RPS, L ficou com a impressão de que

[...] O caminho é esse, nós investimos de forma positiva, que passa pela estrutura de bons CAPS porque isso realmente reforça toda a lógica da reforma psiquiátrica e melhora o trabalho da saúde em rede realmente. Isso equaciona muito melhor a gestão e o tratamento que você dá ao ser humano, a atenção que você dispensa ao ser humano, que nos CAPS você consegue fazer um atendimento mais humanizado, atender por mais tempo, acompanhar aquela situação até o momento que consegue ter sucesso de desligar pessoas desses serviços. E isso é um dos grandes desafios na saúde mental, inclusive, como dar alta pra esse paciente, como você consegue dar alta e como seguir depois.
 [...] (L, Diretor da 1ª Regional de Proteção Social, Gestor, 2012)

Para o Diretor do HC:

[...] De positivo, de 2007 a 2010 eu acho que houve uma mudança. Ficou claro a necessidade de se ter uma rede em saúde mental, ficou claro a necessidade de se ter uma retaguarda de média e alta complexidade pro paciente em crise, porque eu entendo que por mais que a gente pegue todos os nossos esforços no sentido de promover a saúde, prevenir recaída, mesmo assim, o paciente ele vai recair, por um motivo ou outro. O que houve de lá pra cá, eu acho que um melhor entendimento do papel de cada um que compõe a rede. Eu acho que foi nesse sentido. O hospital referencia em saúde mental sabe o seu papel mais do que nunca e os CAPS sabem mais do que nunca qual é o seu papel e qual é a sua limitação. O que está faltando é mais investimento em atenção básica e também em retaguarda de leito. Eu acho que nós temos no Brasil como um todo em termos de assistência médica falta de leitos em todas as especialidades, em psiquiatria inclusive, tanto que o Ministério da Saúde entende que as ações devem ser em dois caminhos: atenção básica, prevenindo e atenção de média e alta complexidade, inclusive psiquiatria [...] (J, Diretor Assistencial do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Gestor, 2012).

Para a Diretora do CAPS Renascer não foi feita esta pergunta.

Quando esta pergunta a respeito do que havia ficado de positivo da experiência foi feita para a diretora do MLA, trabalhadora, B, veio a resposta:

[...]Olha, acho que o aprendizado. Eu não acho que o governo merecesse uma nota 10. Eu achava que era um governo em que tínhamos uma afinidade de ideais políticos deveria ter investido mais em termos da política de saúde mental como um todo, mas a vivência, a experiência, alguns processos de construção coletiva como a própria conferência. Pra ti ter uma ideia, até hoje não foi publicado o relatório da conferência de 2010. Então são situações que eu acho que por exemplo a partir da aproximação com o movimento houve alguns avanços. Em gestões anteriores a 2007 o movimento não tinha nem acesso aos serviços de saúde mental do Estado e neste período nós começamos a ter acesso, de entrar nos serviços, o movimento, e assim, por exemplo, gestores dos serviços se preocuparem de participar de uma programação do movimento, do Dia da Luta, ou do Dia da Saúde Mental, junto com o movimento, sabe? Se preocupando... em tempos anteriores isso não existia, o movimento não podia entrar dentro do CAPS, o movimento não tinha acesso a entrar nas dependências de um CAPS do estado e nesse período a gente conseguiu fazer reunião dentro dos equipamentos de saúde, dentro do CAPS renascer, dentro do CAPS Icoaraci, dentro do CAPS Grão-Pará, até no CIASPA, dentro do CCDQ, nós só não fomos dentro da internação psiquiátrica, mas também ir junto, já está fora do período, mas eu acho que é reflexo desse percurso de 2007 a 2010 quando eu fiquei sabendo por uma colega lá do hospital de clínicas que eles “tinham” que fazer uma programação porque o movimento tinha determinado que fizesse. E quanto tempo a gente levou pro movimento ter essa prerrogativa de determinar que o hospital de clínicas realizasse uma programação, era um evento alusivo ao dia da luta antimanicomial. Então foi maravilhoso ouvir isso, foi um momento de êxtase porque a direção que o movimento determinou e eles tinham que cumprir. Não é maravilhoso? Eu acho que isso é resultado de todo um processo que começou em 2007 quando houve a possibilidade do movimento entrar no espaço dos CAPS, a gente passou a circular nos CAPS, as ideias do movimento, começamos a participar de reuniões, assembleias, do cotidiano dos serviços. Eu considero isso um ganho. E o maior de todos culminou com essa situação lá do hospital de clínicas que o movimento disse que o hospital tinha quem fazer a programação[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

Sobre a relação do MLA com o Hospital de Clínicas, mas não necessariamente somente com o hospital, mas com a forma que a rede de serviços e os usuários percebem a atuação do movimento social, incide esta fala da B. Interessante ainda é perceber que o próprio movimento se vê atuando de uma forma combativa (... *Então foi maravilhoso ouvir isso, foi um momento de êxtase porque a direção que o movimento determinou e eles tinham que cumprir...*), mas para a própria direção do Hospital de Clínicas, a atuação ainda foi “tímida”. Este é um dado importante para o movimento que pode utilizar este retorno oferecido pelos resultados da pesquisa para pensar e repensar táticas e estratégias de atuação, se assim desejar. Ainda assim, para finalizar, foi

perguntado se afinal o movimento havia ou não pressionado o Hospital de Clínicas a realizar um evento alusivo ao Dia da Luta Antimanicomial:

[...](risos) Não. Necessariamente nós não dissemos isso. Mandamos um ofício dizendo que por conta da questão do dia da luta seria interessante que a gente se organizasse e fizéssemos nossas programações internas, e que nós estávamos chamando a rede pra organizar as nossas programações conjuntas, mas daí a obrigar, (risos)...nós não iríamos lá pra porta, né? Até então a gente não tinha essa abertura. Então, a partir de 2007, quantas vezes nós não fomos pra mesa lá naquele auditório Ronaldo Araújo? Então o movimento passou a ter outro lugar, não é mais aquela coisa que era o “bicho papão”. Era aquela coisa, o movimento que é parceiro, que quer contribuir, que quer estar junto, que quer discutir, que quer apoiar, que defende uma política que possa dar dignidade ao tratamento, que também busca dignidade pro trabalhador, então assim, acho que tivemos ganhos nesse sentido, de poder estar circulando. E com certeza eu acho que muita gente começou a olhar e se interessar um pouco mais. Espero que possa ter frutos, né? Que o nosso ideal, o ganho maior seria que os trabalhadores realmente quisessem implementar um novo modo de cuidar e não esse modo da perspectiva manicomial. Queremos um modelo participativo, um modelo inclusivo, um modelo capaz de olhar pra pessoa que está em sofrimento e não rotular somente como uma patologia[...] (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad –Belém, 2012).

Ao perguntar para a Liderança do MLA, usuária A, a resposta sobre os pontos positivos é:

[...]O que fica é porque tu sabes que na vida a pessoa tem que lutar por alguma coisa. No mundo a pessoa se quer um país melhor, você tem que fazer a sua parte. Então, mesmo com todos os sacrifícios, mesmo com todos os problemas você tem que ir à luta, e isso é o movimento. Então, um pouquinho daqui, um pouquinho dali, como uma tartaruga, mas a gente vai devagar, a gente vai com essa fé de que vai melhorar pra gente mesmo, por um futuro melhor, pra novas gerações, pra quando chegarem e encontrarem um país melhor [...](A; Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial Movimento Social –Usuária CAPS municipal- Belém, 2012).

E na mesma linha , a Liderança do MLA, usuário, S afirma: *“Na vitória e na derrota, lute sempre. Isso significa que a gente sempre tem que lutar porque as necessidades são grandes”*.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...]Roda mundo, roda gigante

Roda moinho, roda pião

O tempo rodou num instante

Nas voltas do meu coração[...]

(Chico Buarque)

No limite da roda viva da pesquisa e deste processo na vida pesquisadora, o processo de refletir “cientificamente” sobre algo tão próximo ao dia a dia não é simples e é alvo de muitos autores que escrevem ou escreveram sobre Pesquisa Social. Não é o objetivo deste final de texto. O objetivo aqui é outro, é afirmar que fazer essa “roda girar”, às vezes pode trazer alguma surpresa agradável ou até mesmo trazer dor ao forçar o pesquisador a se questionar e questionar os limites do que é certo, errado, e até os limites da razão.

Ao viver em uma era da primazia da razão, inclusive nas ciências, a reflexão sobre a loucura, mesmo que seja uma reflexão particularmente relacionada ao “Planejamento do Desenvolvimento Sustentável” pode oferecer a impressão (falsa) de que os limites entre razão e loucura são muito claros, muito distintos. Não é o que se observa nas falas dos sujeitos dessa pesquisa. Foram analisadas falas de usuários do Sistema Único de Saúde, pessoas portadoras de sofrimento mental, extremamente “racionais” do ponto de vista da sua subjetividade, do seu estar no mundo criticamente, do seu papel na condução da sociedade em que vivemos. Ao mesmo tempo, foram analisadas falas de gestores (que não deixam de ser trabalhadores e também usuários do sistema) confusas, em que foi possível também observar foi o papel de militante sendo exercido ao mesmo tempo que o papel de gestor. Não que isso seja impossível. Desempenhar vários papéis sociais ao mesmo tempo ocorre o tempo inteiro...o que se questiona aqui é que o limite entre racionalidade *versus* loucura nem sempre é tão claro.

Retomando a análise final de vários aspectos que foram discutidos ao longo do texto, no dia 24 de abril de 2012, a política pública de saúde mental entrou na pauta discussões do Conselho Estadual de Saúde do estado do Pará, porém o caminho para que este assunto “entrasse em pauta” parece não ter sido simples.

Foi um caminho que teve origem em todo o movimento expresso nas contradições entre os executores da política - gestão e movimento social - analisados nos capítulos anteriores da pesquisa.

É preciso destacar que os Conselhos de Saúde, a despeito de quaisquer problemas nas suas dinâmicas de funcionamento têm por objetivo atuar na formulação, proposição de estratégias e no controle da execução das políticas, inclusive nos aspectos político-financeiros. Assim, torna-se um campo privilegiado no sentido de gerar pressão para a efetivação/controle das políticas públicas.

Como se sabe, o grupo político que venceu as eleições em 2010 no Pará foi o da coligação PSDB/DEM, que além de ter um programa de governo de orientação neoliberal não dispunha até então de um acúmulo histórico de aproximação com os movimentos sociais da área de saúde mental, como os entrevistados afirmaram. Muito pelo contrário, durante os 12 anos anteriores ao período analisado na pesquisa (gestão do PSDB/DEM), o Movimento da Luta Antimanicomial era proibido de entrar nos serviços e as discussões em torno do tema eram tratadas como “tabu”, como é possível perceber através da fala de (B, Diretora Executiva do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, Movimento Social – Trabalhadora CAPS municipal ad – Belém, 2012): “ *Em gestões anteriores a 2007 o movimento não tinha nem acesso aos serviços de saúde mental do Estado*” ou de (M, Diretora do CAPS Renascer, Gestora, 2012):

O movimento anteriormente ele era marginalizado, ele nunca foi ouvido pelo governo, então as pessoas do governo anterior ainda falavam assim: - Ah esse pessoal é arruaceiro, só vem fazer bagunça! e não aceitava a participação popular na gestão da política de saúde mental e a partir deste governo que iniciou em 2007 houve essa abertura para conversar com os movimentos, mas isso não quer dizer que foi fácil.

Se os anos de 2007 a 2010 não tinham ocorrido conforme o movimento social havia planejado em termos de relação com a gestão e efetivação das políticas públicas (com o PT no governo do estado), a expectativa para o período 2011 a 2014 não era das melhores. Foi o que foi possível constatar na fala dos entrevistados e nos documentos elaborados pelo MLA pós-2010.

No estado do Pará a saúde está agonizando. Dados do Ministério da Saúde contidos no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – SUS (IDSUS 2012) revelam que o Pará tem os piores serviços de saúde do país. (...) O reflexo dessa situação na saúde mental no estado é **estagnação** e **retrocesso**, particularmente na capital pois construída pelos esforços dos movimentos de usuário (as), trabalhadores e gestores, a política pública de saúde mental está sendo sucateada como forma de desacreditá-la perante a

opinião pública para em seguida entregá-la a setores que lucram com o direito à saúde da população (MLA, Carta Aberta à Sociedade Paraense sobre o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, 2012).

Assim, se a expectativa não era das melhores, talvez não tenha sido grande a surpresa quando os trabalhadores e usuários dos CAPS sob gestão estadual tomaram conhecimento que entre o Termo de Compromisso de Gestão 2011 entre Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESMA) havia sido agendado um calendário de repasse dos serviços para o município de Belém (municipalização) sem qualquer discussão prévia com os trabalhadores, usuários ou mesmo com o Conselho Estadual de Saúde.

Este calendário de repasses gerou graves consequências nos serviços, entre os quais, “instabilidade nos trabalhadores e usuários frente à incerteza e o medo de serem repassados para a gestão do município de Belém na atual gestão”, além disso, gerou atrasos sistemáticos no pagamento de uma gratificação de produtividade, a Gratificação de Desempenho Institucional (GDI).

A situação foi ficando tão grave, que aliada a precarização das condições de trabalho, à não transformação efetiva dos CAPS Renascer, Amazônia e Icoaraci em CAPS III (o que deveria ter ocorrido entre 2007 e 2010), a ausência de sequer um curso ou capacitação em um período de dois (2) anos, à graves denúncias de violações de direitos humanos no hospital de custódia (manicômio judiciário), ao retorno da superlotação excessiva da emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas, aos moldes do que ocorreu em 2008 demonstrando a falência da rede estadual foi que em 07 de março de 2012 todos os CAPS estaduais paralisaram as suas atividades em um movimento de greve com apoio do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Pará – SINDSAÚDE.

A Constituição de 1988 dispõe em seu art. 9º: "É assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender". O direito de greve é um dos direitos sociais discutidos no 3º capítulo conquistados pelos trabalhadores a partir de lutas históricas no contexto da revolução industrial. No Brasil, do ponto de vista constitucional, só foi assegurado pela constituição de 1988.

Assim, é o movimento de conquista de direitos, de efetivação de conquistas sociais, um processo dialético, de idas e vindas. Com a política de saúde mental não é diferente.

A greve dos trabalhadores dos CAPS durou duas semanas e foi vitoriosa do ponto de vista de suas reivindicações mais urgentes. A SESPÁ realizou o pagamento da gratificação que estava em atraso e foi agendada uma reunião entre o secretário de saúde, SINDAÚDE e representantes dos trabalhadores para discutir a pauta “saúde mental”.

Além disso, o movimento dos trabalhadores protocolou um documento no CES solicitando que fosse revisto o calendário de municipalização, alertando, contudo que os não estavam se colocando contrários à municipalização (até porque entendiam que este é um dos princípios do SUS), mas esperavam participar do processo de discussão. Além disso, solicitavam que a saúde mental entrasse na pauta de debates do conselho. Foi o resultado deste processo de pressão dos trabalhadores, que contou com o apoio do Movimento da Luta Antimanicomial que resultou na reunião ocorrida em 24 de Abril de 2012 no CES com o tema “Saúde Mental” e uma representação do movimento dos trabalhadores e outra do MLA presentes.

No dia 18 de Maio de 2012, dia Nacional da Luta Antimanicomial, através de um calendário de eventos, com a realização do MLA, e contando com os apoios do Boi da Terra, Conselho Regional de Psicologia 10ª região, Centro Integrado de Inclusão e Cidadania (CIIC), Secretaria Estadual de Saúde Pública, Secretaria Estadual de Assistencial Social e Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos pautaram “Saúde Mental e o SUS: o cotidiano da cidade”.

Segundo o MLA “Nossa manifestação do 18 de Maio desse ano sustentará o SUS cujos princípios reafirmam o direito à vida em plenitude ao considerar a saúde em seu sentido mais amplo, ou seja, como também o direito ao trabalho, lazer, moradia e cultura. Esta escolha vem no sentido de fortalecer a de um outro mundo possível, mais justo, igualitário e acessível a todos, corroborando para transformações sociais pelas quais lutamos. Um sistema único sensível à diferença, para que seja mais sensível em seu fazer...”

Sobre o impacto das ações entre 2007 e 2010 da rede de saúde mental, muito dificilmente será um caminho retilíneo, de crescimento contínuo que os equipamentos substitutivos encontrarão pela frente: CAPS de todos os tipos, centros de convivência, programa de volta pra casa, residências terapêuticas, consultórios de rua, leitos de atenção integral, integração com a atenção primária, NASF, etc.

A história da humanidade é uma história de contradições porque o movimento tese – antítese – síntese (a gira da roda) está em tudo. Muito provavelmente o

movimento será de avanços e recuos, como a história tem mostrado que tem ocorrido com as outras políticas públicas, e esses avanços e recuos vão ter relação direta com o grau de organização da sociedade para em primeiro lugar fazer valer seus direitos em formas de leis, depois efetivá-las na prática a partir de um processo de mobilização e de entendimento da sociedade que vivemos. Uma sociedade que está em construção, em que nada pode ser visto como “imutável”, nem mesmo o modo de produção perverso e excludente em sua radicalidade.

Ao pensar na dialética de todo este processo de pesquisa, há a percepção da importância real para esta pesquisadora porque, além do acúmulo de conhecimento teórico e de sistematização metodológica, permitiu o distanciamento vivencial necessário para entender que ainda que nunca devamos nos conformar com o que não está correto, com o que falta no sentido da não efetivação de direitos da população, tudo tem o tempo necessário para ocorrer. O movimento social é um ator fundamental na luta por esta garantia de direitos e somente com este movimento forte e independente de governos é possível pautar com mais firmeza a política como está acontecendo neste momento no Conselho Estadual de Saúde e em outras instâncias da sociedade, como a mídia ou os governos.

É óbvio que tudo faz parte de um processo e as experiências que se acumularam no período de 2007 a 2010 foram fundamentais para o aprofundamento e amadurecimento do MLA no Pará. É preciso reconhecer que os executores da política que ocuparam cargos de gestão, ainda que não tivessem governabilidade (do ponto de vista político-financeiro) para gerar mudanças estruturais no quadro da saúde mental, mantiveram a linha política da Reforma Psiquiátrica e buscaram implementar ações que aproximavam e fortaleceram os usuários e familiares, tanto nos serviços quanto nas atividades externas, os conselhos gestores e o apoio à marcha dos usuários à Brasília são exemplos.

Assim, respondendo mais diretamente à questão central que permeou este trabalho, o modelo de Política do estado do Pará no período de 2007 a 2010 possuiu aspectos do modelo manicomial e aspectos do modelo da Reforma Psiquiátrica, caracterizando um período de transição, porém a correlação de forças entre os defensores dos dois modelos pautaram e ainda continuam a pautar o estado de avanço maior ou menor da Reforma Psiquiátrica.

Outras conclusões que puderam ser percebidos a partir do trabalho de análise dos dados foi o baixo nível de satisfação dos gestores com transformações nos serviços,

o que provavelmente tem uma relação com a sua relação de militante político(a) da causa antimanicomial ou do Partido dos Trabalhadores. Isso expressa uma franca contradição entre papel de militante e gestor, contradição percebida em todos os movimentos nesta pesquisa.

Do ponto de vista do movimento social, foi possível perceber um certo grau de dependência do grupo, em especial dos usuários em relação a uma liderança específica, pertencente ao grupo dos trabalhadores, o que pode refletir o baixo nível de organização do MLA no Pará, condizente com o que a literatura aponta acontecer em outros estados brasileiros.

No que diz respeito às demandas específicas por fortalecimento organizacional do movimento e sobre a relação com a gestão é preciso fazer um balanço de que nenhum item analisado foi plenamente atendido, pois o Estado continua adotando uma orientação neoliberal (Estado Mínimo), apesar de apresentar alguns avanços focalizados em termos de superação da pobreza absoluta.

Em relação aos avanços no que diz respeito à relação movimento social- gestão é preciso destacar a facilidade de acesso e de diálogo com a coordenação estadual de saúde mental, álcool e outras drogas do período pesquisado, a implementação dos conselhos gestores nos CAPS Renascer e Grão-Pará e tentativas nos outros CAPS estaduais, realização de alguns cursos de capacitação em controle social com a participação de membros do MLA, apoio à marcha dos usuários em 2009, realização da IV Conferência Estadual de Saúde Mental em 2010.

Em relação aos desafios, muito já foi falado, mais vale destacar como prioritários a articulação entre os níveis de assistência com a real formulação de uma rede de atenção (a atenção básica e o Hospital de Clínicas em alguns momentos pareceram isolados das ações da coordenação estadual de saúde mental), além da instalação de canal de diálogo permanente entre gestão e movimentos sociais com apoio do CES.

A partir de agora, muitos dos desafios de 2007 a 2010 terão que ser retomados, porém o movimento tem mais experiência, inclusive com algumas pessoas que hoje compõem seus quadros tendo ocupado cargos de gestão ou tendo participado como delegados das conferências de saúde mental em 2010. Isso dá fôlego para pensar em

novos desafios, para pensar na efetivação de uma política de intersetorialidade de fato, que envolva a assistência social, a cultura, esporte e lazer, habitação, emprego e renda, etc.

No que diz respeito a novas pesquisas, o campo da saúde mental na Amazônia ainda permanece carente de pesquisas. As possibilidades e necessidades são inúmeras. Somente a título de exemplo, sugiro que esta dissertação inspire a curiosidade para se conhecer mais de perto a realidade dos movimentos sociais na área da saúde mental, a partir do ponto de vista de várias áreas das ciências.

Do mesmo modo, a área da gestão da saúde pública necessita conhecer sobre a utilização de recursos financeiros para a saúde mental do estado do Pará. Somente a partir do conhecimento será possível prever a necessidade de investimentos.

Os caminhos estão apontados pelas conferências, não há segredo sobre o que fazer, a luta é pelas estratégias certas e pela tranquilidade necessária para lidar com o sentimento de inquietação ao se deparar com tanta dor sem continente. De resto, fica a inspiração de Bertold Brecht: “Que nunca se diga: isso é natural, para que nada passe por imutável...”

REFERÊNCIAS

- ALGRANATI, C. Lutas Sociais e “neoliberalismo de guerra” na América Latina. In: **Pensamento Crítico e Movimentos Sociais: diálogos para uma nova praxis** / LEHER, R & SETUBAL, M (Org) . São Paulo: Cortez, 2005.
- ALMEIDA, P.F. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa.** Rio de Janeiro:[s.n], 2002.
- AMARANTE, P. & CARVALHO, A. L. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**, v52, 74-82, 1996.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/** coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- AMARANTE, P.(Org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 a.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 b.
- ANDRE, M.E.D.A. **Textos, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos.** Cadernos de pesquisa, São Paulo (45), 66-71, maio 1983.
- AZEVEDO, R. Saúde: Dilma Sanciona Emenda 29; “Não muda absolutamente nada, é inócua”, diz Alckmin. **Blog do Reinaldo Azevedo – Revista Veja (Acervo Digital).** Disponível em <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/saude-dilma-sanciona-emenda-29-nao-muda-absolutamente-nada-e-inocua-diz-alckmin/>> Acesso em 03 de maio de 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Ed 70, 1977.
- BARROS, D.D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste.** São Paulo: EdUSP/Lemos, 1994
- BARROS, R.B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais In: **Loucura, Ética e Política: escritos Militantes.** São Paulo:[s.n], 2003.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** Conferências no Brasil- São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.
- BATISTA JR, F. Qual o papel dos Conselhos nas políticas públicas. **Revista Brasileira Saúde da Família.** Brasília, DF, V.8, set, 2007. Edição Especial.
- BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.

BIRMAN, J; FREIRE COSTA, J. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAGA, D. Lances Históricos da História da Psiquiatria no Estado do Pará In **História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”** / Magda Ricci; Rodolfo Valentim (Org). Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2000a. **Portaria GM/MS nº 106**, de 7 de novembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2000b. **Portaria nº 1220**, de 07 de novembro de 2000.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a Proteção e os Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002a. **CAPS – Nova Sistemática de Cadastramento, Funcionamento e Registro de Dados Epidemiológicos**. Secretaria de Assistência à Saúde. Documento elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde 2002b. **Portaria nº 336/GM**, Brasília, DF, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002c. **Portaria nº 251/GM** Brasília, DF, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Assessoria Técnica, Área Técnica de Saúde Mental **Relatório: Saúde Mental no SUS – 2001 – 2002**. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2003a. **Saúde Mental no SUS: Informativo da Saúde Mental**. Ano II, número 9 (02-2003), 01-03 a 22-05 de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2003b. **Saúde Mental no SUS : Informativo da Saúde Mental**. Ano II, número 10 (03-2003), 23/05 a 11/07 de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2 ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria Ministério da Saúde SNAS 189/91, de 19 de Novembro de 1991. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 20 de Nov. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**, Brasília, DF, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados referentes à Reforma Psiquiátrica: redução de leitos psiquiátricos e ampliação da rede extra-hospitalar**. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Reforma.pdf> (acesso em 27/01/08).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes**.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_31_outubro_2008.pdf. Acesso em 11 de Julho de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 8**. 2003-2010 - Governo Lula, v.6, n.8, jan 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

CASTRO, E. Políticas de Estado e Atores Sociais na Amazônia Contemporânea. In BOLLE, W. CASTRO, E e VEJMEKKA, M (Org). **AMAZÔNIA: Região Universal e Teatro do Mundo**. São Paulo: Ed. Globo, 2010a.

CASTRO, E. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**. Santarém: UNIFOP, 2010b.

CHELALA, F.A. **Saúde Suplementar: um estudo da ampliação dos planos e seguros de saúde na região metropolitana de Belém**. Belém: [s.n], 2012.

COOPER, J. E. *Services D'urgences Psycho-Sociales et Psychiatries*. Copenhague: OMS, 1982.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p 319-328, 2001.

COSTA, Nilson de Rosário. O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: **Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda Para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

COUTINHO, J.P.M. **Perfil Epidemiológico de Pacientes Internados na Clínica Psiquiátrica de um Hospital Público em Belém-Pa**: contribuições para a gestão em saúde mental. Belém: [s.n], 2008.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação, In MINAYO, M.C.S. (Org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3 Ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. São Paulo: Cortez, 1988.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERNANDES, L. Globalização e agenda neoliberal. In: **Dilemas da atualidade**, Rio de Janeiro: CES, FITEE, 1997.

FIGUEIREDO, A; e RODRIGUES, S. Alienados, Pajés e Leprosos: medicina, estigma e exclusão social na Amazônia (1830-1930) In: Magda Ricci, Rodolfo Valentim (Org). **História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico "Juliano Moreira"** Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

FIGUEIREDO, A. M. e TANAKA, O. **A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde**. Cadernos Fundap, n.19, p.98-105,1996.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIBSON, P. **Mulher com problemas mentais é espancada no mercado Ver-o-Peso em Belém.** Disponível em <<http://youtu.be/DAFV-x6JX E>>. Acesso em 23 de maio de 2012.

GINDRE, G. A Tecnologia das Mídias: a relação dos sujeitos com os meios tecnológicos de comunicação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mídia e Psicologia: produção de subjetividade.** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

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

GOHN, A.G. (Org). **Movimentos Sociais no início do Século XXI – antigos e novos atores sociais.** Petrópolis: Vozes, 2010.

GULJOR, A.P.F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

HÖFLING, E.M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Caderno Cedex**, ano 21, n.55, Nov. 2001.

KERTENETZKY, C.L. Welfare State e Desenvolvimento. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n.1, 2011.

LEHER, R. & SETÚBAL, M. (Org). **Pensamento Crítico e Movimentos Sociais: diálogos para uma nova prática.** São Paulo: Cortez, 2005.

LEMONS, I. **Senado aprova regulamentação da Emenda 29, que vai à sanção.** G1, Política, Brasília. Disponível em :<<http://g1.globo.com/politica/noticia/2011/12/senado-aprova-regulamentacao-da-emenda-29.html>>. Acesso em 03 de maio de 2012.

MACHADO, D.M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Brasília, DF, :[s.n], 2006.

MACHADO DE ASSIS, J. A. O Alienista. In:____. **Obras completas III**, Rio de Janeiro: Aquilar, 1962.

MACHADO, R. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Foucault.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MATOS, M. **O protagonismo do STF e o silêncio dos demais Poderes.** Política. Fórum de Interesse Público. Carta Capital, 03/05/2012. Disponível em :<<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-protagonismo-do-stf-e-o-silencio-dos-demais-poderes/>>. Acesso em 03 de maio de 2012.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MATHIS, A.A; e MATHIS, A. Reorientação de Políticas Públicas Sociais e Novas Estratégias de Desenvolvimento: um estudo realizado na região de Carajás/Pa. Texto mimeo a ser publicado pela EDUFPA em uma Coletânea: **“Questão Social na Amazônia”**. Belém, 2012.

MLA, **RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO PARAENSE DE SAÚDE MENTAL**, 2006, p1.

MLA, **Carta Aberta à Sociedade Paraense sobre o Dia Nacional da Luta Antimanicomial**, 2012

MELO, M.A. As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira. In: **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. Elizabeth Melo Rico (Org). São Paulo: Cortez, 1998.

MENDES, E, **V.O sistema único de saúde um processo social em construção**. Uma Agenda para a Saúde. Hucitec, São Paulo, 1996.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista Brasileira Saúde da Família** – Ano VIII, Edição Especial (Nov 2007). Brasília, 2007.

NASCIMENTO, R.V.C. Por uma Outra História da Loucura. In: **História, Loucura e Memória: o acervo do hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”** / Magda Ricci, Rodolfo Valentim (Org). Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará, 2009.

NOVAES, J. Seminário Nacional Mídia e Psicologia: Produção de Subjetividade e Coletividade. IN CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Mídia e Psicologia: produção de subjetividade/Conselho Federal de Psicologia**, Brasília: Conselho Federal, 2009.

ONOCKO-CAMPOS R.T; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, maio, 2006.

OLIVEIRA, J.B. **Uma Metodologia de Avaliação de Impacto de Políticas Públicas no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. RJ, [s.n.], 2002.

Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção**. Nova Esperança. 2001.

PEDROSA, J.I. dos S. **Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública do Piauí: espaço e movimento**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1997.

PEDROSO, J.S. **Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará (1833 – 1984)**. Belém: NAEA, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 1995.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Aparelho de Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília:MARE/ENAP, 1995.

PITTA, A. *et al.*, 1995. **Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros** – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.9, n.44, p.441-452.

PAIM, J.S. **Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira**. Saúde em Debate, rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/31739_4099.PDF.> Acesso em: 03 de maio de 2012.

PARÁ. Agência Pará de Notícias. **Saúde Mental do Pará tem novo Centro de Atenção psicossocial**. <[Http://www.agenciapara.com.br/exibe_noticias.asp?id_ver=44933](http://www.agenciapara.com.br/exibe_noticias.asp?id_ver=44933)>, acesso em 11 de Julho de 2009.

PRATA, P. R. Economic Development, Inequality, and Health. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v.3,n,10,p.387-391, jul/set.1994

RIBEIRO, J. M. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as Políticas de Saúde Mental Direcionadas para Portadores de Enfermidades Mentais Severas**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAatencaoasaude/09_JMendes_SaudeMental.pdf>. Acesso em: 11 de Julho de 2009.

RODRIGUEZ, J.J. **Brasil está na vanguarda do atendimento em saúde mental , diz coordenador da OPAS**, Entrevista concedida à Agência Saúde em 28/06/2010. Brasília/DF, disponível em <http://www.jornaldiadia.com.br/jdd/brasil/36789-brasil-esta-na-vanguarda-do-atendimento-em-saude-mental--diz-coordenador-da-opas> Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

ROTELLI, F. et al., Desinstitucionalização, uma outra via. In: **Desinstitucionalização** (M.F.Nicácio, org), São Paulo: HUCITEC, 1990. p 27 - 59

SOUZA, A.A. Pra que serve a Conferência de saúde? In MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista Brasileira Saúde da Família** – Ano VIII, Edição Especial (Nov 2007). Brasília: 2007.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2010. 210 p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Estadual de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental todos**– Intersetorial, Saúde Mental – Direito e Compromisso de Todos: Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios, 2010

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**. V.3 n. 39, p.507 – 14, 1981..

VASCONCELOS, E.M. (org) **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2010.

VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M. & DELGADO, P. G. **O Campo da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora, 1997.

WEBER, M. A Ciência como Vocação. In: _____. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 5 Ed., 1982.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em Saúde Mental**: a construção de um processo participativo. Ribeirão Preto, 2005.

ZIBECHI, R. Os Movimentos Sociais latino-americanos: tendências e desafios. In **Pensamento Crítico e Movimentos Sociais: diálogos para uma nova praxis** / LEHER, R & SETUBAL, M (Org) – São Paulo: Cortez, 2005.

APÊNDICE 1. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Roteiro de Entrevista semi-estruturada (Gestores)

Iniciais do nome:

Idade:

Cargo que ocupa (ou):

Profissão:

1. Desde quando você passou a ocupar este cargo? (mês/ano)
2. Em relação à estrutura física, número de funcionários e dinâmica de funcionamento do serviço ou dos serviços que você coordenou, você avalia que estavam adequados às demandas dos usuários?
3. Qual a sua avaliação acerca da qualidade do serviço em saúde mental prestado à população do período de **2007 a 2010**? Dê uma nota de 0 a 10
 - () Ruim – de 0 a 4,9
 - () Razoável – de 5 a 7,9
 - () Bom – de 8 a 8,9
 - () Excelente - de 9 a 10

Justifique:

4. Você percebeu alguma iniciativa no sentido de ampliar e fortalecer o Cadastro Nacional de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental?
 - 4.1 Você tem conhecimento da existência de algum programa de inclusão digital para usuários e familiares nos CAPS e para as suas associações?
 - 4.2. Você tem conhecimento da existência de algum programa de estímulo a pesquisas sobre a realidade do movimento de usuários e familiares?
 - 4.3. Você tem conhecimento da criação de algum fundo público para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares?
 - 4.4. Existiu alguma política de comunicação, divulgação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações?
 - 4.5. Foram criadas equipes específicas para a produção de material de educação popular no campo da saúde mental?
 - 4.6. Foram implantados grupos de ajuda e suporte mútuos facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação e por

familiares com mais experiência, com capacitação e supervisão específica, para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica?

- 4.7. Houve experimentação e implantação de dispositivos variados de apoio a familiares na rede, de forma orgânica com as associações de usuários e familiares?
- 4.8. Foram estimuladas e difundidas metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários?
- 4.9. Foram promovidos cursos de capacitação de conselheiros em saúde mental, incluindo itens de educação e formação política?
- 4.10. Foram criados e implementados “planos de crise” pelo qual o usuário estabelece as matrizes e medidas necessárias para seu cuidado em períodos de crise aguda?
- 4.11. Foram criadas ouvidorias em saúde mental no Estado do Pará?
- 4.12. Foi oficializado algum Grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares ligados à Coordenação Estadual de Saúde Mental?

5. Como se deu a relação entre Movimento Social e gestão entre 2007 e 2010? Na sua opinião, qual é o papel do movimento social para a condução da política pública em saúde mental?

- 5.1. Acredita que o MLA cumpriu ou tem cumprido este papel? Que avanços você destacaria e quais os desafios a serem enfrentados?
6. Você participou de alguma formação ou capacitação em gestão durante o período que ocupou o cargo? Pensa que seria necessário? Por que?
7. Que pontos você destacaria como necessários para promover a qualidade da assistência no sentido de atender as necessidades efetivas da população?
8. Para encerrar, na sua opinião, o que ficou de positivo da experiência?

APÊNDICE 2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Roteiro de Entrevista semi-estruturada (MLA)

Iniciais do nome:

Idade:

Cargo que ocupa (ou):

Profissão:

1. Desde quando você passou a ocupar este cargo? (mês/ano)
2. Que categoria você representa? Usuários, familiares ou trabalhadores da área de saúde mental?
3. Como foi o processo de convite/escolha/eleição para que ocupasse este cargo?
4. Você avalia que esta estrutura/dinâmica do serviço que você frequenta / trabalha está adequada às reais necessidades da população?
5. Qual a sua avaliação acerca da qualidade do serviço prestado à população do período de **2007 a 2010**? Dê uma nota de 0 a 10
 - () Ruim – de 0 a 4,9
 - () Razoável – de 5 a 7,9
 - () Bom – de 8 a 8,9
 - () Excelente - de 9 a 10

Justifique:

4. Você percebeu alguma iniciativa no sentido de ampliar e fortalecer o Cadastro Nacional de Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental?

4.1 Você tem conhecimento da existência de algum programa de inclusão digital para usuários e familiares nos CAPS e para as suas associações?

4.2. Você tem conhecimento da existência de algum programa de estímulo a pesquisas sobre a realidade do movimento de usuários e familiares?

4.3. Você tem conhecimento da criação de algum fundo público para financiamento de pequenos projetos autônomos de associações de usuários e familiares?

4.4. Existiu alguma política de comunicação, divulgação e apoio estratégico às ações e projetos desenvolvidos pelas associações?

- 4.5. Foram criadas equipes específicas para a produção de material de educação popular no campo da saúde mental?
- 4.6. Foram implantados grupos de ajuda e suporte mútuos facilitados por lideranças de usuários em processos mais avançados de recuperação e por familiares com mais experiência, com capacitação e supervisão específica, para atuar principalmente na comunidade e na rede de atenção básica?
- 4.7. Houve experimentação e implantação de dispositivos variados de apoio a familiares na rede, de forma orgânica com as associações de usuários e familiares?
- 4.8. Foram estimuladas e difundidas metodologias de gestão autônoma da medicação psiquiátrica para usuários?
- 4.9. Foram promovidos cursos de capacitação de conselheiros em saúde mental, incluindo itens de educação e formação política?
- 4.10. Foram criados e implementados “planos de crise” pelo qual o usuário estabelece as matrizes e medidas necessárias para seu cuidado em períodos de crise aguda?
- 4.11. Foram criadas ouvidorias em saúde mental no Estado do Pará?
- 4.12. Foi oficializado algum Grupo de Trabalho de Demandas de Usuários e Familiares ligados à Coordenação Estadual de Saúde Mental?
- 4.13. Além de todas essas demandas que citei acima, há alguma específica do estado do Pará que você gostaria de destacar? É importante esclarecer se a demanda ou necessidade foi atendida ou não entre 2007 e 2010.
5. Como se deu a relação entre Movimento Social e gestão entre 2007 e 2010? Na sua opinião, qual é o papel do movimento social para a condução da política pública em saúde mental?
- 5.1. Acredita que o MLA cumpriu ou tem cumprido este papel? Que avanços você destacaria e quais os desafios a serem enfrentados?
6. Você participou de alguma formação ou capacitação para o controle social, por exemplo, durante o período? Pensa que seria necessário? Por que?

7. Que pontos você destacaria como necessários para promover a qualidade da assistência no sentido de atender as necessidades efetivas da população?
8. Para encerrar, na sua opinião, o que ficou de positivo da experiência?

APÊNDICE 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado(a) “**Saúde Mental no Estado do Pará**: analisando a política estadual a partir dos pontos de vista dos seus executores”, desenvolvida(o) por Josie Pereira da Mota. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof^a Dr^a. Adriana Azevedo Mathis. Caso seja necessário, poderei contatar / consultar a pesquisadora responsável qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (91) 99888919 ou e-mail josiepmota@yahoo.com.br. Caso existam dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Saul Rassy Carneiro, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas pelo telefone 4005-2676, endereço T v. Alferes Costa s /n, 1 ° andar.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é compreender qual o modelo aplicado e quais os resultados da política de atenção à saúde mental do Estado do Pará, no período de 2007 a 2010?

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Nesta pesquisa será garantido o sigilo de meus dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos, porém estou ciente que embora exista a intenção de tornar anônimo o material ou dados obtidos, em função dos critérios de análise dos dados privilegiarem a posição (cargo) ocupada pelo sujeito da pesquisa na rede de atenção / movimento social e em função da possibilidade de identificação por conta do recorte temporal estabelecido não pode ser garantido aos participantes o anonimato **total** de suas declarações,

Assim, minha participação acontecerá por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es). Estou ciente que a participação na pesquisa envolve riscos mínimos,

como por exemplo, desconforto emocional ao entrar em contato com tema potencialmente conflituoso. Caso me sinta prejudicado (a) neste sentido, terei direito a receber atendimento psicológico de orientação/apoio por parte da pesquisadora, que é psicóloga (CRP 10/01861). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Estou ciente que os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Belém, Pa, ____ de _____ de 2011

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____



Assinatura do(a) testemunha(a): _____

APÊNDICE 4. Quadro com os documentos a serem analisados na pesquisa

Documento	Fonte	Objetivo
Dados sobre a população do Estado do Pará e do município de Belém em 2011.	IBGE – Banco de dados digital disponível na internet	Obter informações básicas sobre a população do estado do Pará e da área metropolitana de Belém.
Dados epidemiológicos sobre população com transtornos mentais no Pará nos dias atuais	Pesquisa em Coutinho (2008) – versão impressa e Pedroso (2008)	Obter informações sobre a população com transtornos mentais no Estado do Pará, do ponto de vista epidemiológico.
Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001)	OPAS/OMS – versão digital disponível na internet	Conhecer o atual estado das políticas públicas e ter acesso a dados fidedignos sobre saúde no mundo.
Legislação sobre saúde mental no Brasil a partir de 1990	Ministério da Saúde – Banco de dados digital disponível na internet	Conhecer o atual estado das políticas públicas no Brasil e determinar os parâmetros para o que se considera atendimento efetivo das necessidades da população.
Relatório de Gestão da saúde mental no Brasil	Ministério da Saúde – Banco de dados digital disponível na internet	Conhecer dados relativos à política e assistência em saúde mental no Brasil e analisar a efetividade da condução da política em relação à realidade pesquisada.
Relatório de Gestão da saúde mental no Pará	Coordenação Estadual de Saúde Mental – versão impressa	Conhecer dados relativos à política e assistência em saúde mental no Pará e analisar a efetividade da condução da política em relação à realidade pesquisada.

Relatórios das I, II, III e IV Conferências Nacionais de Saúde Mental	Ministério da Saúde – Banco de dados digital disponível na internet	Conhecer dados relativos à política e assistência em saúde mental no Brasil e analisar a efetividade da condução da política em relação à realidade pesquisada, além de determinar os parâmetros para o que se considera atendimento efetivo das necessidades da população.
Relatórios da VI Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial	Conselho Estadual de Saúde – Versão impressa	Conhecer dados relativos à política e assistência em saúde mental no Pará e analisar a efetividade da condução da política em relação à realidade pesquisada, além de determinar os parâmetros para o que se considera atendimento efetivo das necessidades da população.
Documentos publicados pelo MLA durante o período pesquisado	MLA – Documentos impressos	Compreender os principais pontos de pauta do movimento social e suas avaliações sobre a efetividade da política de saúde mental no período de 2007 e 2011.

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


**FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA /**
 Trav. Alferes Costas s/n° - Bairro: Pedreira
 CEP:66.087.660 – FAX: (91) 4005-2676
 

Belém, 10 de Novembro de 2011

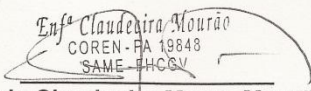
PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Protocolo: Nº 163 /2011 – CEP/FHCGV
2. Projeto de Pesquisa: “Saúde Mental no Estado do Pará: analisando a Política Estadual a partir dos Pontos de Vista dos seus Executores”.
3. Pesquisador Responsável: Josie Pereira da Mota
4. Instituição/Unidade: **Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna/Belém-PA**
5. Data de Entrada: 04/10/2011
6. Data do Parecer: 20 /10/2011
7. Data da Correção: 01/11/2011
8. Data do Parecer Final: 10/11/2011

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supracitado, de acordo com as normas da Resolução 196/96-CNS/MS e, conforme Parecer datado de 10/11/2011 por este CEP, verificaram-se que todas as recomendações solicitadas foram atendidas. Portanto, manifesta-se por sua Aprovação.

Revisado em 18/11/11 Josie P. Mota

PARECER: APROVADO


Maria Claudécira Moura Mourão
 Vice-Coordenadora do CEP/FHCGV

ATENÇÃO: Cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar a este Comitê de Ética os relatórios parcial (a cada seis meses) e final da pesquisa supracitada, conforme resolução nº 196/10, inciso IX, letra “c” do Conselho Nacional de Saúde/MS.

ANEXO B- RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO PARAENSE DE SAÚDE MENTAL – MLA EM NOVEMBRO DE 2006



NO MUNDO SÃO TODOS LOUCOS

MOVIMENTO PARAENSE DA LUTA ANTIMANICOMIAL

RELATÓRIO FINAL DO SEMINÁRIO PARAENSE DE SAÚDE MENTAL, cujo tema foi “A Saúde Mental no Pará: uma proposta antimanicomial”

Aos 29 dias do mês de novembro de 2006, ocorreu o Seminário Paraense de Saúde Mental promovido pelo Movimento Paraense da Luta Antimanicomial – MLA e Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental do Pará – PRÓ-CURAR, no Auditório da Igreja dos Capuchinhos.

É importante frisar que o Movimento Paraense da Luta Antimanicomial, presente no cenário paraense, desde 1997, na defesa dos Direitos Humanos dos portadores de transtornos mentais. O MLA é uma organização social composta por trabalhadores, usuários e familiares da saúde mental, que lutam pelo fim da exclusão institucional e subjetiva das pessoas com sofrimento mental, convidando a sociedade a construir, na cultura, no trabalho, no direito, na família, NOVAS FORMAS DE CONVÍVIO com a Loucura e a dependência química. E Associação PRÓ-CURAR é uma organização da sociedade civil, com caráter reivindicatório e educativo, tendo como objetivo organizar os usuários e familiares de saúde mental na luta pela extinção da lógica manicomial e pelo resgate da cidadania e inclusão do portador de sofrimento mental. O MLA e a Associação PRÓ-CURAR têm como objetivo em comum, a LUTA em prol de um investimento efetivo na Reforma Psiquiátrica por parte do Poder Público, para o fortalecimento de uma Política Pública capaz de consolidar uma rede e cuidados em saúde mental: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, Saúde Mental na Atenção Básica, Programa de Geração de emprego e Renda, etc.

A eleição de Ana Júlia Carepa ao Governo do Estado, nos coloca enquanto movimento social, a perspectiva de um diálogo mais democrático e participativo na construção e condução da Política Pública de Saúde Mental em nosso estado, marcado nestes últimos anos por **estagnação e retrocesso** em sua condução.

Foi neste contexto que se ganhou grande importância a produção de espaços de discussão e mobilização – como o SEMINÁRIO “A Saúde Mental no Pará: uma proposta antimanicomial”, que foi promovido com intuito de reunir as forças comprometidas com a Reforma Psiquiátrica em nosso estado, de forma a possibilitar avaliações e entendimentos estratégicos que possam conduzir ao seu avanço. E desta forma contribuir “Por um Pará sem Exclusão e com Saúde Mental”.

O evento contou com aproximadamente 200 pessoas, entre trabalhadores, usuários, familiares e outras pessoas da sociedade que buscam efetivar a Reforma Psiquiátrica no Pará. Discutiram-se temas como: O Pará no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Avaliação e Desafios; Geração de Emprego e Renda em Saúde Mental; Qualificação da rede de atenção em saúde mental e a Atenção aos usuários de álcool e outras drogas e prevenção de suicídio.

Durante o debate desses temas, se discutiram e aprovaram propostas antimanicomiais para serem implementadas na Política de Saúde Mental do nosso estado, a saber:

- Reestruturar e implementar a Política de Saúde Mental no Estado do Pará, tendo como fundamento os princípios e diretrizes da REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA;
- Prestar Assessoria Técnica aos Gestores Municipais na Implantação e Implementação das políticas municipais de saúde mental;
- Incentivar os Gestores Municipais a Implantar os Serviços Residenciais Terapêuticos, Programas de Geração de Renda e Centros de Convivências – dispositivos necessários para a consolidação de uma Rede de Cuidados em saúde mental;
- Implantar Residências Terapêuticas, como dispositivos de moradia e cuidado aos portadores de transtornos mentais que se encontram em situação de risco social (moradores de rua e pacientes institucionalizados);
- Transformar o CIASPA em Serviço Residencial Terapêutico possibilitando outra perspectiva de vida, através de uma outra forma de cuidado para os moradores que lá se encontram;
- Implantar CAPS FLUTUANTE, equipamento capaz de dar conta de nossa peculiaridade regional;
- Criar CAPS MISTOS (CAPS que atendam clientela diversificada: adulto, criança e AD) nos municípios onde houver pouca demanda para atendimento específico;
- Possibilitar equipamentos adequados a cada realidade encontrada no Estado, como a realidade dos quilombolas, indígenas e população ribeirinha;
- Redefinir a atuação dos CAPS, estimulando os Gestores Municipais a construir CAPS III, que são equipamentos fortes capazes de dar o suporte necessário às pessoas com intenso sofrimento mental;

- Implantar CAPS AD para atender demanda de crianças e adolescentes, que sabemos ter nos centros urbanos (nas esquinas das avenidas, praças e fora da escola) um elevado índice dessa demanda com problemas de dependência química;
- Criar Centros de Convivência e Cultura;
- Estimular e fortalecer nos municípios, as ações de saúde mental na atenção básica, com interface de atendimento nos PACs e PSFs;
- Promover capacitação dos médicos clínicos da Atenção Básica, para que possam trabalhar nos municípios de pequeno porte, onde não se tem possibilidade de criar um CAPS;
- Enfatizar a necessidade da intersetorialidade das políticas públicas (saúde, educação, economia, cultura, habitação e assistência social)
- Estimular a criação de Leitos em Hospitais Gerais para atendimento de usuários de saúde mental nos municípios com maiores densidades populacionais, descentralizando este atendimento, hoje existente somente no HCGV;
- Reorganizar o Atendimento de Urgência e Emergência – com Treinamento e Capacitação para os profissionais dos CAPS, SAMU 192, Corpo de Bombeiros e Guardas Municipais;
- Criar uma Política de Capacitação para os Usuários e Familiares de Saúde Mental exercerem sua cidadania plena, particularmente fomentando a Geração de Emprego e Renda;
- Reorganizar a situação de Emissão de Laudo para fins de Benefícios dos Portadores de sofrimento mental, que hoje se concentra apenas no Instituto de Perícias Renato Chaves, o que vem dificultando o acesso do referido documento para a maioria dos usuários;
- Criar uma Política de valorização dos Profissionais que atuam na saúde mental, através de capacitação/educação continuada, Cursos de aperfeiçoamento nos princípios da Reforma Psiquiátrica e regularização do Recesso de 15 dias;
- Tornar o Pará “uma zona livre de manicômios” com o fechamento do CIASPA e transferências de seus pacientes aos Serviços Residenciais Terapêuticos e familiares;
- Instituir no estado o “Programa de Volta Pra Casa”, através de bolsa-auxílio e Residências Terapêuticas, destinado aos pacientes institucionalizados no CIASPA;
- Instituir Bolsa Trabalho aos portadores de sofrimento mental;

- Reestruturar as ações de Álcool e Outras Drogas no Estado, fortalecendo as ações de Prevenção e Promoção de saúde;
- Instituir o Programa Estadual de Prevenção ao Suicídio;
- Investir em Campanhas de esclarecimento para sensibilização dos sinais e sintomas do adoecimento mental, desta forma desenvolver ações de promoção e prevenção;
- Investir na formação dos novos profissionais, implementando uma política de estágios nos serviços substitutivos para as áreas que compõem a formação das equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental;
- Implantar o Curso de Especialização em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, na UEPA.

Movimento Paraense da Luta Antimanicomial

ANEXO C. CARTA ABERTA À SOCIEDADE PARAENSE SOBRE O DIA NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL – 18 DE MAIO DE 2012

Carta Aberta à Sociedade Paraense
Sobre o Dia Nacional da Luta Antimanicomial

“Saúde não se vende, Gente não se prende; Quem está Doente é o Sistema Social!”

No final dos anos 1970, os movimentos sociais intensificam a sua luta contra a ditadura militar, reivindicando seus direitos, entre eles, o movimento de reforma sanitária que reivindica “a Saúde como Direito de Todos!”. No mesmo período surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental no ano de 1978 e, em 1987, se transforma no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, radicalizando sua luta ao incorporar os usuários de saúde mental e seus familiares na luta pelo direito à saúde mental ao adotar o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Neste mesmo ano é instituindo o *18 de Maio* como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Nossa manifestação do *18 de Maio* deste ano é a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), convocando todos à defesa da saúde como direito universal e como um dever intransferível do Estado, uma vez que o SUS faz parte do dia a dia de milhões de brasileiros, através de campanhas de vacinação, transplantes de órgãos, farmácia popular, redução da mortalidade infantil, programas de promoção e tratamento, como o combate ao HIV/AIDS, dentre outros. É sabido que os avanços na assistência em saúde mental, do modelo manicomial e segregador para o da atenção psicossocial na comunidade, só foi possível devido à existência de um sistema nos moldes do SUS.

Contudo, inspirado em belos princípios como o da Universalidade, cuja proposta é atender a todos, indiscriminadamente, o SUS deveria ser modelo para o mundo. No entanto, ele ainda não conseguiu ser implantado em sua totalidade e ainda não atende a contento, sobretudo os mais necessitados destes serviços. Isto porque os governos não têm cumprindo com seu dever constitucional de garantir uma saúde integral e de qualidade à população, contribuindo para o seu sucateamento. Daí nosso alerta: O SUS e as conquistas da Reforma Psiquiátrica estão ameaçados!

O SUS não pode funcionar sem dinheiro. É inaceitável que as diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal) destinem tão poucos recursos à saúde. O governo federal cortou 5,4 bilhões de reais do orçamento da saúde em 2012. E não para por aí: compactuando da lógica excludente, e contrariando as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), aprovou o financiamento das comunidades terapêuticas que lucram com a internação, sem se preocuparem de fato com o usuário em que muitas vezes são forçados e levados para internação, não revendo as relações sociais e a omissão do Estado nas políticas sociais que provocam na população dor e sofrimento e abandona muitos em condições de alta vulnerabilidade.

No estado do Pará a saúde está agonizando. Dados do Ministério da Saúde contidos no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS 2012) revelam que o Pará tem os piores serviços de saúde do país. A capital, Belém, supostamente de melhor estrutura de serviços de saúde do estado, não se comportou de maneira diferente: foi a penúltima capital em qualidade do sistema de saúde pública, perdendo apenas para o Rio de Janeiro.

O reflexo dessa situação na saúde mental no estado é o de estagnação e retrocesso, particularmente na capital, pois construída pelos esforços dos movimentos de usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as), a política pública de saúde mental está sendo sucateada como forma de desacreditá-la perante a opinião pública para em seguida entregá-la a setores que lucram com o direito à saúde da população. Citemos alguns fatos: o governo estadual ao invés de ampliar o cuidado em saúde mental na atenção básica fechou programa de saúde mental da UBS/Pedreira; ao invés de utilizar o dinheiro público para fortalecer e ampliar os CAPS III (com leitos 24h) está em vias de abrir convênio com clínicas privadas, enquanto que os municípios do interior do estado estão sem recurso para melhorar sua rede assistencial. No âmbito do governo municipal a situação é pior ainda, pois além de há oito anos não ter havido a inauguração de um único novo serviço de saúde mental, os existentes estão sucateados, com frequentes paralizações de suas atividades; os usuários têm restrições no acesso aos serviços por não possuírem passe livre independente de sua patologia; os trabalhadores submetidos às péssimas condições de trabalho; o abandono morador de rua com transtorno mental; a péssima situação do trânsito e da violência na cidade, dentre outras mazelas que contribuem para o sofrimento mental dos indivíduos.

O Movimento Paraense da Luta Antimanicomial ao trazer o tema do *SUS e da Saúde Mental no Cotidiano da Cidade* faz um convite a todos para uma reflexão séria sobre uma outra de vida possível na cidade que tenha por objetivo o fim da exclusão social, segregação e preconceito. Isso só se constrói investindo em serviços e políticas públicas inclusivas e comunitárias e que respeitem a autonomia do sujeito, o direito a liberdade e as diferenças regionais e individuais.

Por uma outra saúde mental possível na cidade onde o direito a humanidade seja de todos!

18 de Maio de 2012.