



25 ANOS DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL





**25 ANOS DA LEI
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
NO RIO GRANDE DO SUL**

**PORTO ALEGRE
2018**





25 ANOS DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL

**Simone Mainieri Paulon
Carmen Silveira de Oliveira
Sandra Maria Sales Fagundes
(Organizadoras)**

**PORTO ALEGRE
2018**

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO RIO GRANDE DO SUL
**A CASA DOS
GRANDES
DEBATES**
2015 - 2019



**Assembleia
Legislativa**

Estado do Rio Grande do Sul

Mesa Diretora

4ª LEGISLATURA - MESA 2018/2019 ANO 2018

Presidente: Dep. Marlon Santos (PDT)

1ª Vice-Presidente: Dep. Juliano Roso (PCdoB)

2º Vice-Presidente: Dep. Nelsinho Metalúrgico (PT)

1ª Secretária: Dep. Edson Brum (PMDB)

2º Secretário: Dep. Frederico Antunes (PP)

3º Secretário: Dep. Zilá Breitenbach (PSDB)

4º Secretário: Dep. Maurício Dziedricki (PTB)

1º Suplente de Secretário: Dep. Gilmar Sossella (PDT)

2º Suplente de Secretário: Dep. Liziane Bayer (PSB)

3º Suplente de Secretário: Dep. Missionário Volnei (PR)

4º Suplente de Secretário: Dep. Edu Olivera (PSD)

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte (CIP – Brasil)

V789 25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul / organização: Simone Mainieri Paulon, Carmen Silveira de Oliveira, Sandra Maria Sales Fagundes. – Porto Alegre : Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. -- 348p. : il.

ISBN: 978-85-66054-43-9

1. Saúde Mental – Rio Grande do Sul. 2. Rio Grande do Sul - Lei Estadual 9.716/1992. I. Paulon, Simone Mainieri. II. Oliveira, Carmen Silveira de. III. Fagundes, Sandra Maria Sales.

CDU 613.86

CDU: edição média em língua portuguesa
Bibliotecária: Loiva Serafini – CRB-10/1051



Presidente

Deputado Altemir Tortelli - PT

Vice-Presidente

Deputado Valdeci Oliveira - PT

Titulares

Deputado Tarcísio Zimmermann - PT

Deputado Edson Brum - PMDB

Deputado Gilberto Capoani - PMDB

Deputado Ciro Simoni - PDT

Deputado Gerson Burmann - PDT

Deputada Silvana Covatti - PP

Deputado Ronaldo Santini - PTB

Deputado Pedro Pereira - PSDB

Deputado Elton Weber - PSB

Deputado Sérgio Peres - PRB

SUMÁRIO

Prefácio

25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica

Deputado Altemir Tortelli – Presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente.....10

Apresentação

“Memórias inventadas” da Reforma Psiquiátrica no RS

Simone Mainieri Paulon, Carmen Silveira de Oliveira e Sandra Maria Sales Fagundes – (Orgs).....12

1. Política e Gestão com Pensamento Estratégico no Campo da Saúde Mental

Sandra Maria Sales Fagundes.....18

2. Leyes de Salud Mental: Sobre la legalidad y la legitimidad. La defensa y ampliación de los derechos en salud mental

Rubén Oscar Ferro.....43

Carta História Casa Ama

Lúcia Ottonelli Crescente, Taís Machado e Sirlei Fátima Gomes.....61

3. Notas Sobre a Aprovação da Lei e seu Contexto

Marcos Rolim.....65

Depoimento:

Pitacos Sobre a Primeira Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica no Brasil

Silvio Yasui.....86

4. Rizomas da formação para a Reforma Psiquiátrica: Educa-se para o cuidado em liberdade?

Simone Mainieri Paulon e Carmen Silveira de Oliveira.....89

Quitanda dos Loucos Saberes

Grupo Intervires de Pesquisa-Intervenção.....115

5. Residência em Saúde Mental: Interface da Luta Antimanicomial
Ricardo Burg Ceccim.....117

6. Inventando lugares, tempos e modos de cuidado frente ao incêndio na Boate Kiss: a atenção à crise como desafio para a Reforma Psiquiátrica
Volnei Antonio Dassoler, Gilson Mafacioli, Cristiane Holzschuh Gonçalves.....135

7. Avaliação da Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil
Luciane Prado Kantorski, Vanda Maria da Rosa Jardim, Valéria Cristina Christello Coimbra, Michele Mandagará de Oliveira, Janaina Quinzen Willrich, Ariane da Cruz Guedes e Valquíria de Lourdes Machado Billeman.....157

A AUSSMPE nos 25 Anos da Reforma Psiquiátrica Gaúcha - “A Nossa Luta Jamais Será em Vão....”
Construção Coletiva.....171

8. Territórios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul: “o cuidado que eu preciso”, lá onde a vida acontece.
Ana Carolina Rios Simoni e Károl Veiga Cabral.....175

Geração POA– Oficina Saúde e Trabalho
Adriane da Silva, Katia S. Barfknecht e Tanise Kettermann Fick.....198

9. O Cuidado em Saúde Mental em Territórios Gaúchos: das tradições às (des)dobras possíveis
Bernadete Maria Dalmolin e Miriam Mattos.....201

10. Redes de Cuidados em Liberdade no Território do Município
Judete Ferrari.....215

Depoimento:
Notas sobre o controle social e a construção da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial no RS – III CESMI
Ivarlete Guimarães de França.....234

11. 25 Anos Depois, Um Pouco da Estrada em Que Fiz Meu Chão: Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica
Analice de Lima Palombini.....245

12. As Histórias que a Liberdade nos Conta
Cristiane Knijnik e Rafael Wolski de Oliveira.....262

Mental Tchê: Um Encontro pelo Cuidado em Liberdade
Graziela de Araújo Vasques.....266

13. Vozes em Rede: A experiência da Rede Multicêntrica em Educação Permanente e Redução de Danos
Sandra Djamboladjian Torossian e Pedro Augusto Papini.....271

14. A Desinstitucionalização na Infância e Adolescência: O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Reforma Psiquiátrica (se) Movem
Carmen Silveira de Oliveira.....283

A Casa dos Cata-Ventos
Ana Maria Gageiro, Anderson Beltrame, Ângela Lângaro Becker, Eda Tavares, Helena Kessler e Laura Wottrich.....310

15. Reforma Psiquiátrica e a Política de Assistência Social: desafios para a garantia de direitos
Miriam Dias.....315

DES'MEDIDA – Saúde Mental e Direitos Humanos: Por um Acompanhar na Rede
Vanessa Panozzo, Simone Paulon e Miriam Dias.....332

Homenagens.....336

Lista de Autores.....341

AUDIÊNCIA PÚBLICA 25 ANOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA



25 ANOS DA LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Esse livro que a Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul ora apresenta busca contribuir no debate sobre a reforma psiquiátrica no RS, não sendo entendido como um ponto de partida ou chegada para as necessárias mudanças afetas ao tema. Ele é parte do trabalho intelectual dos autores e autoras que assinam os textos que o compõem, assim como suas militâncias e experiências foram a inspiração para sua construção.

Em 30 de julho de 1992, a Lei nº 9.716, Lei da Reforma Psiquiátrica, de autoria do ex-deputado Marcos Rolim, foi aprovada por unanimidade nesta Casa Legislativa, mesmo que haja na sociedade, em qualquer tempo, um alto nível de resistência a mudanças.

Conscientes da necessidade de que é preciso manter o diálogo e o debate vivos, realizamos Audiência Pública, em 16 agosto de 2017, em comemoração aos 25 anos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, e assim demos mais um passo na luta Antimanicomial em busca de avanços na Saúde Mental do nosso Estado.

Registro aqui, em forma de agradecimento, a presença na audiência dos palestrantes convidados Dr. Ruben Oscar Ferro, professor na Universidade de Córdoba, Argentina, e do ex-deputado Dr. Marcos Rolim, autor da Lei, e a todas as Instituições e Conselhos Estadual e Municipais de Saúde que são vigilantes na manutenção das conquistas e críticos nas denúncias de desmonte das políticas públicas de saúde.

Em nome das organizadoras desse livro, Simone Mainieri Paulon, Carmen Silveira de Oliveira e Sandra Maria Sales Fagundes, estendo a todos os autores o nosso agradecimento por nos trazer para “dentro” desse debate e nos fazer compreender que as inovações nos métodos de abordagem podem ser mais eficientes numa sociedade tecnológica, dinâmica e complexa.

Agradeço, por fim, aos meus colegas deputados que estiveram presentes na Audiência Pública: Valdeci Oliveira – vice-presidente da CSMA, Adão Villaverde, Miriam Marroni, Ciro Simoni, Manoela D’Ávila, Stela Farias e Zé Nunes. É pensando e agindo juntos que alcançaremos as conquistas necessárias para a saúde do Estado e do Brasil.

Lutar vale a pena!

Deputado **Altemir Tortelli**
Presidente da CSMA.



“MEMÓRIAS INVENTADAS” DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RS

Nos 25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no RS, essa publicação permite não apenas pôr em análise o processo de sua implementação, mas também dar visibilidade às transformações institucionais e culturais geradas pelos novos dispositivos.

Não se trata de um livro-arqueologia que tenha a pretensão de buscar uma origem ou de registrar um percurso em que as pessoas e as instituições são apenas extensão ou derivação de mapas de referências precedentes ao próprio caminho. Ao contrário, partimos do entendimento de que o caminho da Reforma é uma criação que não preexistia e que, por isto mesmo, comportou uma pluralidade de trajetos e permitiu derivações. Desse ponto de vista, a finalidade desse registro não é somente identificar os terrenos que foram capazes de fertilizar a Reforma Psiquiátrica no RS, mas, principalmente, cartografar os caminhos singulares que possibilitaram novos traçados e deslocamentos.

São, portanto, narrativas encarnadas as que seguem, recheadas de lembranças, depoimentos, imagens, expressões de jogos de força muitas vezes duros entre interesses divergentes na arena política em que se engendraram, mas também prenhes da alegria própria dos movimentos renovadores, em que cada conquista é festejada e cada novo passo vivido como vitória coletiva que merece co-memoração.

Celebrar a conquista de direitos de uma parcela da população historicamente alijada da pólis e demarcar a importância dos avanços no campo das políticas públicas assume, na atual conjuntura do país, especial significação. No último ano temos vivido perdas de garantias constitucionais e sucessivos retrocessos nas políticas públicas, com a desresponsabilização crescente de um Estado mínimo em relação às suas funções mais elementares de proteção aos cidadãos e de enfrentamento das iniquidades. O Sistema Único de Saúde, uma das mais ousadas e bem estruturadas políticas de saúde pública no âmbito mundial, segundo a Organização Mundial da

Saúde, vem sofrendo o maior ataque desde sua regulamentação de 1990, com a aprovação da Emenda Constitucional que congela investimentos públicos por 20 anos, à revelia de todo o clamor popular e das demandas epidemiológicas que, neste longo período, ainda se apresentarão. Se o cenário da política de saúde mental já era sombrio, considerando o subfinanciamento e tantos outros impasses em que o SUS está imerso, é ainda mais preocupante o redirecionamento dos (insuficientes) recursos em direção à oferta de serviços na lógica hospitalocêntrica e segregadora, na contramão da Reforma Psiquiátrica.

Tal conjuntura poderia indicar certo esgotamento de lutas como a do Movimento Antimanicomial que, em outros tempos, fizeram com que uma casa parlamentar inteira, como ocorreu na Assembleia Legislativa do RS naquele agosto de 1992, se debruçasse sobre a questão da saúde mental e entendesse a importância da construção de uma Rede pública, diversificada, gratuita, acolhedora que cuidasse das pessoas com transtornos psíquicos, sem submetê-las ao sofrimento adicional e estigmatizante do isolamento manicomial. Apostamos, entretanto, no paradoxo de que esta atual desconcertante conjuntura possa indicar, não o esgotamento, mas a potencialização das lutas que levaram a Reforma Psiquiátrica se constituir como Lei em nosso estado. Resgatar os acontecimentos e paixões que concorreram para a aprovação da primeira Lei de Reforma Psiquiátrica antimanicomial deste país, há um quarto de século atrás, pode nos ser útil justamente para lembrar, entre outras coisas, que não há caminho dado, pois nós o fizemos ao andar.

Os autores aqui reunidos foram parceiros desta caminhada em nossos pampas. Alguns, como os professores Ruben Ferro e Sílvio Yasui, se *agauderariam* no percurso e, desde então, integram a trupe dos *mentaleiros* tecelões da Rede de Atenção Psicossocial que a Reforma Psiquiátrica do RS viabilizou. Muitos outros são citados ao longo dos textos e mesmo aqueles que, por ventura, não tenham sido nominalmente aqui referidos saberão que uma vez *aquerenciados* em nossas redes serão sempre parte dela.

A abertura desta coletânea coube a uma das ativistas mais atuantes na estruturação e sustentação da Reforma Psiquiátrica Gaúcha, desde seu

nascidouro, que foi por isto uma das organizadoras deste volume: **Sandra Fagundes**. Seu texto faz uma retomada histórica sob o olhar da gestão, a partir de seus longos anos de experimentação em diferentes lugares e possibilidades de intervenções, no campo por ela nomeado de *Saúde Mental Coletiva* e que será repetidas vezes lembrado pelos autores da Reforma aqui reunidos. A ele seguem-se os escritos do *hermano* argentino **Ruben Ferro**, trazendo a palestra por ele proferida na Audiência Pública realizada na Assembleia Legislativa em agosto de 2017 para marcar o aniversário de aprovação de nossa Lei. O deputado, à época, **Marcos Rolim**, que tomou a luta antimanicomial como um de seus principais focos de luta pelos direitos humanos resgata, na sequência, a complexidade do jogo político e institucional que criou as condições de possibilidade para a aprovação da Lei por ele apresentada. Também remontando aos pilares da constituição desta Rede de Atenção que vai permitindo a substituição de um modo de atenção manicomial pelo Psicossocial, dois capítulos abordam a formação dos trabalhadores para o novo modelo: **Simone Paulon e Carmen Oliveira** analisam os movimentos fundadores de uma nova cultura de cuidado em saúde mental e como ela se associa à formação acadêmica; **Ricardo Cecim** aborda especificamente a contribuição que as Residências em Saúde Mental trouxeram à implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado, e **Luciane Kantorsi, com seu grupo** de pesquisadores da UFPel, apresenta outro desdobramento desta rede de formadores, a partir das pesquisas avaliativas da Rede de Atenção Psicossocial do Estado, que tem constituído seu campo prioritário de investigações.

As interfaces da saúde mental com a Atenção Básica e a importância da regionalização na composição do cuidado territorial foram trabalhadas nos capítulos de autoria de **Ana Carolina Simoni e Károl Cabral**; bem como por **Volnei Dassoler, Gilson Mafacioli e Cristiane Holzschuh Gonçalves** que enfocam a atenção à crise a partir da contundente experiência de apoio organizada em Santa Maria para as vítimas da tragédia ocorrida na Boite Kiss. **Bernadete Dalmolin e Miriam Mattos** também contribuem com a compreensão acerca das especificidades de estruturação de Redes de Atenção no interior do Estado, narrando a experiência na região de Passo Fundo, a partir da articulação entre a gestão de saúde

e a universidade comunitária. **Judete Ferrari** complementa este bloco, trazendo a narrativa de como a cidade do Alegrete estruturou uma política de saúde mental a partir das características territoriais que deram as condições de possibilidade para a mobilização da já tradicional Parada Gaúcha do Orgulho Louco que este ano vai para sua 7ª edição.

O capítulo de autoria de **Analice Palombini** se debruça sobre uma das metodologias de trabalho mais cruciais para que o modo de atenção psicossocial sustente o cuidado em rede, qual seja, o Acompanhamento Terapêutico (AT), situando o modo como ele foi se afirmando entre as tecnologias de cuidado no RS. O escrito de **Cristiane Knijnik e Rafael Wolski**, que segue o texto de AT, apresenta um desses acompanhamentos que traz a cidade como cenário e participe do processo de cuidado.

Algumas temáticas mais específicas emergem dos períodos mais recentes da Reforma e mostram como deveria ser de fato todo processo reformista, que ele permanece em movimentação, renovando demandas e colocando novos impasses aos atores afinados a seus princípios libertários. A professora **Sandra Djambolakdjian Torossian** e o **Pedro Augusto Papini** abordam o tema da redução de danos na política de cuidado a usuários de substâncias psicoativas e a experiência da Rede Multicêntrica em Educação Permanente. A proximidade entre a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente quanto à desinstitucionalização na infância e adolescência, bem como os importantes enfrentamentos que ainda se fazem necessários são os focos do capítulo escrito por **Carmen Silveira de Oliveira**. Na mesma linha, a professora **Miriam Dias** problematiza as relações SUS e SUAS, mostrando as articulações que a Reforma Psiquiátrica tem, e precisa ampliar, com o campo da assistência social.

Este conjunto de capítulos está entremeado por depoimentos – como o do psicólogo paulista **Silvio Yasui**, que acompanha nosso processo desde seu nascedouro ou da incansável militante, **Ivarlete França** que conta uma marcante experiência do movimento social à frente da organização da II Conferência Estadual de Saúde Mental. Além destes registros, alguns coletivos de trabalho (Casa AMA de Ijuí, Quitanda dos Loucos Saberes, Associação de Usuários de Saúde Mental de Pelotas – AUSSM-

PE , Geração POA, Mental Tchê , Casa dos Cataventos, DES'MEDIDA) apresentam suas produções em criativas frentes de intervenção que utilizam diferentes meios de expressão. São nós de uma imensa teia que compõem nossa rede. Uma homenagem póstuma é feita a quatro guerreiras do cuidado em liberdade em nosso estado que deixaram suas marcas muito vivas ao longo do percurso aqui lembrado.

Cabe-nos ainda, como organizadoras, um breve comentário acerca da alegria que acompanhou cada passo, agora transformados em páginas desta publicação. A agilidade frente ao exíguo prazo e o entusiasmo com que amigos *mentaleiros* responderam ao convite para narrar algo de sua participação nos 25 anos de aprovação da Lei da RP foi nos mostrando o quanto esta ainda é uma luta com capacidade de convocação e quão importante é insistirmos no sonho há tanto sonhado de uma sociedade inclusiva e sem manicômios.

Como sugere Deleuze, não se trata meramente de um livro de comemoração, mas de mobilização, ali onde as pessoas e as instituições mais do que permaneceram afundados na terra, levantaram voo. Ou, nas palavras de Manoel Barros, o que temos aqui são “memórias inventadas”.

Simone Mainieri Paulon,
Carmen Silveira de Oliveira
e Sandra Maria Sales Fagundes
(Organizadoras)

Porto Alegre, setembro de 2017.

SOBRE UM
SOCIEDADE
MAIS
CÔMUNIS
SEM
SOMOS

POLÍTICA E GESTÃO COM PENSAMENTO ESTRATÉGICO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Sandra Maria Sales Fagundes¹

Planejar é criar uma estrutura de comunicação que devolva ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação.

Mário Testa

A lei 9.716 foi aprovada por unanimidade. Por que? Quais caminhos já tinham sido trilhados para deputados estaduais de diferentes partidos a aprovarem em 1992?

A Audiência Pública realizada pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Rio Grande Sul em decorrência dos 25 anos da Lei Estadual de Saúde Mental reuniu múltiplos atores sociais para revisitar e analisar o processo de construção da reforma psiquiátrica no estado, bem como identificar os desafios atuais, desde seus vários modos de ver o mundo e andar na vida. A polifonia de suas vozes está registrada nesta publicação.

Em tempos de descrédito nos diversos poderes de Estado, de esvaziamento da democracia representativa, assim como de perda e de violação de direitos, a iniciativa desta Publicação é indicativo de que na Assembleia há desvãos que resguardam suas funções de mediação, de debate e de ressonância de questões sociais.

Uma das respostas à pergunta inicial é de que já havíamos aberto várias trilhas, algumas delas desde um país² chamado PAISMENTAL – Política Psicológica, mestre em educação, psicanalista, professora convidada da RIS Saúde Mental Coletiva da Ufrgs e do Mestrado em Saúde Mental da Universidade Nacional de Córdoba. Militante da luta-antimanicomial e integrante do FGSM. Coordenadora da Política Integral de Saúde Mental da SES/RS(1987-1990); Secretária Municipal de Viamão(1998-2002) e de Porto Alegre(2003-2004); Secretária Estadual de Saúde do RS (2014); Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição do Ministério da Saúde(2015-2016).

² Como bem-humoradamente referiu certa vez meu “vizinho” de estação de trabalho na gestão da SES-RS, Moacyr Scliar.

tica de Atenção Integral à Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Neste texto compartilho processos de abertura, dispositivos, acontecimentos, efeitos produzidos desde a gestão estadual da PAISMental no período de 1987 a 1990, bem como seus desdobramentos posteriores.

Tempos de Propósitos de Mudança de Processos de Abertura

No contexto da redemocratização do país e somente na segunda eleição pós-ditadura militar, os gaúchos elegeram representantes dessa luta por democracia, para o governo estadual. Assumiram a condução da Secretaria Estadual da Saúde e Meio Ambiente, pessoas vinculadas aos movimentos pelos direitos humanos e sanitário. A proposta era de mudança nos propósitos, conceitos e organizações. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 já havia deliberado sobre o conceito ampliado de saúde, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como seu financiamento e os recursos humanos necessários para sua efetiva implementação. Na SES/RS uma das medidas foi substituir a denominação de programas de saúde por políticas de atenção, para indicar a vigência de novos paradigmas ético-políticos na formulação e na autoria de políticas públicas. Nestas circunstâncias, fui a primeira mulher e primeira psicóloga a assumir a coordenação da política de saúde mental da SES/RS. Nas palavras do Secretário substituto, durante a posse, a primeira não-masculina e não médica a ocupar o cargo: duas negações reveladoras dos desafios a enfrentar.

Um dos primeiros desafios foi compor a equipe multiprofissional com disponibilidade para o trabalho participativo, interdisciplinar, transversal com as demais políticas de atenção à saúde, descentralizado junto às regiões e aos municípios. Equipe permeável à aprendizagem, à diversidade e ao enfrentamento das adversidades no processo de desconstrução dos manicômios e construção de uma rede de serviços produtora de cuidados em liberdade. Deste modo a equipe se constituiu de profissionais com múltiplas experiências em saúde pública, saúde comunitária, clínica, educação, pesquisa, movimentos sociais e sindicais. Traziam práticas multireferenciadas no planejamento participativo, na epidemiologia social e

da desigualdade, na psicanálise, na psicologia institucional e social de Pichon Rivière e Bleger, na psicoterapia do oprimido de Alfredo Moffatt, na anti-psiquiatria, na psiquiatria democrática italiana, na psiquiatria de setor francesa, na psiquiatria alternativa, na filosofia de Foucault, na pedagogia de Paulo Freire, na pesquisa participante. Tratava-se, portanto, de uma equipe com afinidades ético-políticas disposta a construir possibilidades e aprender com a experiência.

Os processos de abertura exigem a identificação, a constituição e ampliação de aliados, os quais podem ser ou vir a ser atores sociais com poder de abrir agenda de Estado. Neste sentido, gestores, trabalhadores, usuários, familiares, lideranças comunitárias e sindicais, legisladores, professores, pesquisadores eram potenciais aliados para a criação de serviços municipais de saúde mental inclusivos. A ação política foi de transformar potencialidade em realidade por meio de um agir cooperado, de um fazer com. A equipe da PAISMental foi até os municípios onde se reunia com os segmentos mobilizados pelos incômodos gerados por usuários com problemas graves, múltiplos e repetitivos para os quais não encontravam soluções cabíveis em seus territórios. Fazia uma escuta implicada e sem propostas a priori, construía com os participantes projetos terapêuticos singulares. Fazer caber a loucura na cidade sem excluir nem normalizar exige que a própria cidade modifique seus contornos, seus fluxos, seus modos de conviver e cuidar. Este foi o desafio ético-político de criar e ampliar espaços de liberdade que vimos sustentando no transcorrer dessas três décadas. Falar dele é remontar suas origens, revisitar as condições que tornaram possíveis implementar uma política pública desinstitucionalizante.

Identifico em 1987 três acontecimentos marcadores para a política de saúde mental do Rio Grande do Sul: a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), o Encontro de Bauru e o Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental em Concórdia, Argentina.

A I CNSM ocorreu no Rio de Janeiro, num cenário de disputa ético-política entre trabalhadores e a Direção Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, contrária à participação de usuários e aos conteúdos dos debates sobre saúde e sociedade; modelo excludente hospitalocêntrico

e psiquiaticocêntrico; criação de serviços substitutivos e garantia de direitos dos usuários. Ainda que nesta Conferência tenham participado apenas uma delegada usuária do Rio de Janeiro e um delegado líder comunitário do RS, pulsava vivo em ato o protagonismo dos mesmos e dos trabalhadores. Na incipiente democracia, a loucura criava caso e abria caminhos para denunciar os maus tratos e violação de direitos pelo Estado, para ter vez e voz, por encarnar sujeitos de desejo e de direitos. A questão que aqui se impunha era do exercício de certo protagonismo a que nenhum de nós ainda estava habituado ou havia exercitado. Na I CNSM a loucura exigiu passagem, pois sua exclusão e apartação não eram e não são compatíveis com democracia. A partir de então a política de saúde mental deveria ser formulada com usuários, familiares, trabalhadores e gestores. Vale reafirmar que não há democratização do Estado sem controle social, nem legitimação de políticas públicas sem participação social.

O Encontro de Bauru, ainda em 1987, foi um marco para o movimento social no Brasil, onde o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental decidiu transformar-se em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLAM), ao incluir por coerência ético-política os usuários e familiares. Os participantes foram às ruas em passeata assumindo publicamente a luta *Por Uma Sociedade Sem Manicômios* e também escolheram o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Desde então houve uma capilarização rizomática do movimento e se transformou em ator social decisivo nos rumos da reforma psiquiátrica brasileira. O Movimento esteve na origem da proposição da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica apresentada pelo então Deputado Federal Paulo Delgado de Minas Gerais e protagonizou a sustentação do projeto junto aos mais diversos segmentos da sociedade até sua aprovação. Processo propulsor para o projeto de Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica no RS de autoria do então Deputado Estadual Marcos Rolim. Com o Movimento a loucura foi para as ruas pelo direito a desarrazoar em praça pública.

O terceiro acontecimento em 1987 foi o Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental, uma realização da Política Nacional de Saúde Mental da Argentina com apoio da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) dirigido aos coordenadores das províncias daquele país,

com vagas para equipes de coordenação de saúde mental do Brasil e Uruguai. A sede era em Concórdia, província de Entre-Rios na fronteira com Uruguai e próxima ao Rio Grande do Sul. Decidimos fazer o curso e assumimos o compromisso de multiplicarmos a aprendizagem no estado. As metodologias ativas, a troca de experiências e a elaboração de um projeto final de intervenção na realidade foram definitivas para que a formação se tornasse a principal estratégia para desencadear processos loco-regionais da *PAISMental*.

Nesse contexto, se deram as condições propícias para elaborarmos coletivamente uma proposta para o Rio Grande do Sul, “Delineamentos da Política de Atenção Integral à Saúde Mental” (1987), que apresentamos como trabalho de conclusão do curso. A proposta foi constituída com a matéria da Bacia do Prata³: incluiu o conceito de saúde mental elaborado pela Coordenação de Saúde Mental⁴ do Ministério da Saúde da Argentina, psicanalista Vicente Galli, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, formulados na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986 e as propostas deliberadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental do Brasil. O que chamou a atenção dos colegas e coordenadores do curso foi o tema da participação social, que além de estar no conceito de saúde mental, se constituiu em uma das prioridades, um dos princípios e um dos objetivos da política, com propostas para viabilizá-la. A participação social, o controle social e o protagonismo dos usuários e familiares nas políticas públicas do Brasil, em especial no SUS e na saúde mental, é uma marca diferencial, ainda hoje, em relação a outros países dos diversos continentes.

O curso gerou três novas estratégias, das quais duas transcorreram na Argentina e uma no Brasil. Em Concórdia, Entre-Rios, ocorreram seminários bimestrais sobre planejamento e pesquisa, durante o ano seguinte e criamos o *Fórum Concordia de Salud Mental* integrado por argentinos,

3 Bacia hidrográfica constituída pelos rios Paraná, Paraguai e Uruguai e abrange territórios brasileiros, argentinos, uruguaios, bolivianos e paraguaios.

4 Saúde mental é um estado de relativo equilíbrio e integração entre elementos conflitivos constitutivos do sujeito da cultura e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, do qual as pessoas e os grupos participam ativamente, gerando suas próprias mudanças e do contexto social.(GALLI,1986)

brasileiros, uruguaios e paraguaios, com encontros anuais, nos quais debatíamos com os autores temas preparados previamente. O *Fórum* propiciou encontros com Manfred Max-Neef, chileno, que havia recebido o Prêmio Nobel alternativo de economia pelo trabalho sobre “Desenvolvimento em Escala Humana” (1986) e com Franco Rotelli e Augusto Debernardi, de Trieste, Itália, sobre o tema da desinstitucionalização (1992). Assim como a loucura transborda fronteiras, o Curso foi além-fronteiras e criou uma rede de diálogo num território chamado Ayuí (água que corre, em guarani) constituído pelo bioma Pampa, banhado pelo rio Uruguai da bacia do Prata e pelas águas subterrâneas do aquífero Guaraní. Rede como os aquíferos: com rochas porosas e permeáveis que absorvem os excessos das águas das chuvas e mantém estáveis os cursos dos rios na superfície. Fomos vivendo intensidades, aprendendo a olhar a loucura nos olhos, reconstituindo territórios existenciais e ressignificando saúde mental. Um dos maestros desses processos formativos, o professor Rubén Ferro, da Universidade Nacional de Córdoba, conceituou saúde mental como possibilidade de colocar-se na encruzilhada, pondo palavras ao desconhecido, ao que não se sabe, ao que se oculta porque não se suporta, escutando a cultura, entregando a técnica e recuperando a palavra para o que se funda num projeto político de transformação, para a melhoria da vida de nosso povo.

A terceira estratégia foi a da edição, pela Escola de Saúde Pública (ESP), do Curso de Administração de Serviços de Saúde Mental, no Rio Grande do Sul. O curso foi dirigido à equipe de condução da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, para profissionais das diversas regiões sanitárias do estado, para as coordenações de saúde mental das Secretarias Estaduais de Saúde de Santa Catarina e do Paraná e para trabalhadores de saúde mental do Uruguai (professores da Universidade de Montevideu). A Escola, coordenada pela professora Lucia Silva e Silva, foi aliada e deu suporte à proposta política-pedagógica do curso, a qual se transformou em uma política de educação permanente em saúde mental que transcendeu o período da gestão 1987-1990.

Entendemos como marcadores esses três acontecimentos para a política de saúde mental do Rio Grande do Sul, no sentido de que eles preparariam um solo teórico-metodológico para um trabalho em rede que

viria a sustentar um modo de cuidar da saúde mental a partir dali. Outros dispositivos seriam criados por dentro deles ou impulsionados por eles, que cabe também ressaltar.

Equipe Descentralizada e o Princípio da Descentralização Democratizante

Um dos desdobramentos do curso foi a constituição da *equipe descentralizada de saúde mental* (OLIVEIRA e SALDANHA, 1993), equipe que foi decisiva para desencadear processos de formação, de criação de serviços e de mobilização nas regiões e municípios gaúchos. A equipe configurou-se como coletivo e, mesmo tendo um coordenador: Delvo de Oliveira, psiquiatra de Bagé, operava de modo colegiado, cooperativo, com referentes nas diversas regiões do estado, oriundos de diferentes instituições, esferas de governo e setores: saúde, educação e assistência social. Cada referente era responsável pelas ações desenvolvidas em suas regiões, a elaboração, viabilização e realização eram construídas e sustentadas pelo coletivo.

A práxis da equipe dava materialidade à descentralização democratizante, expressão utilizada por Susana Belmartino, no VI Congresso de Medicina Social em 1989, ao discutir alternativas às políticas neoliberais na saúde. A autora refere que a descentralização para ser uma prática transformadora e não atenuadora de conflitos e mantenedora do *status quo* está relacionada à mudança nas relações de poder entre Estado e sociedade, às formas operativas e à elaboração de metodologias participativas. “Se trataria de una participación plena en un medio democrático dotado de estructuras formales y informales de manera a garantizar un proceso transaccional y creativo entre gobierno municipal y comunidad.” (BELMARTINO, 1990, p.35).

Este processo teve a constante assessoria do professor Ruben Ferro, que nos apresentou o pensador Mário Testa com seu planejamento estratégico: ambos se tornaram companheiros inseparáveis das construções gaúchas. Em 1991, quando criamos o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, em Bagé, estavam presentes. Em 1992, Ferro e eu fizemos a apresentação

da tradução do livro “Pensar em Saúde” de Mário Testa, publicado pelas Artes Médicas e lançado no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO - em Porto Alegre. A formulação do conceito de saúde mental coletiva ocorreu a partir dos encontros formativos em Santa Maria e Bagé, verdadeiras usinas de intensidades e ideias, com os dois professores e equipe descentralizada. Ainda nesse cenário, Mário Testa pôs em discussão suas elaborações iniciais sobre a relação entre vida cotidiana e ciências sociais, publicadas em 1997 no livro “Saber en Salud”. Referíamos, à época, a necessidade de constituição de sujeitos amorosos e epistêmicos em sintonia com a expressão *sentipensantes*, publicizada por Eduardo Galeano⁵. As afinidades e parcerias produzidas possibilitaram que tanto Mario Testa quanto a professora Liane Righi, da equipe descentralizada, integrassem a banca de minha dissertação de mestrado em 2006, orientada pelo professor Ricardo Burg Ceccim, na qual narro a trajetória da saúde mental no Rio Grande do Sul e proponho uma pedagogia da implicação a partir das intercessões da educação para as políticas públicas de saúde. Dissertação que recorro e extraio trechos para compor este texto (FAGUNDES, 2006).

A equipe descentralizada produziu um modo itinerante, nômade e mestiço de trabalhar, estudar, pensar e inventar. Ocorria mestiçagem entre poder aprender-decidir-fazer-participar, bem como intercessões entre educação, gestão, atenção e participação social. A partir das realidades socio-culturais, epidemiológicas e assistenciais loco regionais construíamos propostas de intervenções em saúde mental no sentido do cuidado inclusivo e em liberdade. Já trabalhávamos com o conceito de Testa de que estratégia é um modo de ganhar espaços de liberdade e que há mais de uma estratégia para chegar a um mesmo objetivo. Portanto, a equipe precisava estar atenta e sensível para os indícios, os sinais, a história, a cultura dos povos dos lugares para juntos produzirem desterritorialização, estranhamento, reterritorialização e invenção de possíveis em relação à loucura em cada

5 **Celebración de las bodas de la razón y el corazón:** Para qué escribe uno, si no es para juntar sus pedazos? Desde que entramos en la escuela o la iglesia, la educación nos descuartiza: nos enseña a divorciar el alma del cuerpo y la razón del corazón. Sabios doctores de Ética y Moral han de ser los pescadores de la costa colombiana, que inventaron la palabra **sentipensante** para definir al lenguaje que dice la verdad.(GALEANO,1989)

território. As propostas seriam múltiplas e variadas de acordo com as correlações de forças mobilizadas. A aposta era que os processos desencadeados teriam maior possibilidade de continuidade, de enraizamento por serem construídos de modo participativo e gerarem valor para a população. Assim, ao estudarmos a história da loucura no mundo, indagávamos sobre a história da loucura nos municípios com os quais estávamos trabalhando e quais outras e diferentes histórias gostariam de protagonizar.

A equipe descentralizada não constava na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde e muitos de seus integrantes sequer tinham vínculo empregatício com a mesma, trabalhavam em municípios e universidades públicas e comunitárias. O vínculo era ético-político-técnico e com a equipe já constituída na *PAISMental* criamos de fato uma equipe ampliada para coordenar a política estadual. Esta configuração mantinha a tensão instituinte viva no cotidiano do trabalho, com potência para o agir com complexidade, criatividade e diversidade, presentificava conflitos e contradições acerca de colonialismos teóricos e culturais, do exercício de poder social e institucional, do pertencimento sendo de fora da instituição e do estranhamento sendo de dentro. Deste modo, fomos aprendendo a escutar os ruídos, como propunham os institucionalistas, e a utilizar positivamente os conflitos e contradições, como indicou Testa. Engendramos um coletivo singular, no qual a autoria era compartilhada e o protagonismo circulava entre os participantes conforme o processo desencadeado. Ao término da gestão, muitos da equipe poderiam assumir a coordenação da *PAISMental* ou outros espaços diretivos, como de fato aconteceu.

O trabalho implicado, encarnado, afetado, itinerante provocou de modo sinérgico uma multiplicidade de acontecimentos no Rio Grande do Sul em sintonia com os processos de desinstitucionalização no Brasil, outros países da América Latina, em especial Argentina, e Europa, principalmente Itália e Espanha. Foram acontecimentos que fizeram a diferença tanto para os participantes quanto para os territórios onde ocorreram. Menciono a seguir alguns dos acontecimentos produzidos entre 1988 e 1990.

Em Santa Maria com a Universidade Federal, realizamos dois Simpósios Internacionais de Saúde Mental Comunitária – Sismec – com

os temas *Repensando o conceito de saúde mental e criando alternativas de liberdade*. No II Sismec, do qual participaram mais de 700 pessoas, fizemos uma caminhada pela cidade sob a chamada “*Por uma sociedade sem manicômios*”, que culminou com um “showmício” e a carta final foi redigida a 300 mãos em português, com trechos em espanhol e italiano.

Foram realizados cinco cursos de aperfeiçoamento em Administração de Serviços de Saúde Mental, quatro descentralizados com sede em Santa Maria, Passo Fundo, Ijuí e Bagé e um no hospital psiquiátrico São Pedro. Cada um com um título pertinente ao contexto da região ou da instituição. Os cursos foram disparadores de processos desinstitucionalizantes nos municípios e muitos criaram serviços locais de saúde mental com trabalhadores dispostos à mudança no cuidado. Os municípios utilizaram recursos financeiros e logísticos próprios incluindo a redesignação do gasto com deslocamentos e internações em hospitais psiquiátricos fora da cidade para a viabilização das novas modalidades de atendimento. Foram pioneiros os municípios de Novo Hamburgo, São Lourenço do Sul, Bagé, Alegrete, Santo Augusto, Dom Pedrito. Passo Fundo cunhou a denominação de CAISMental (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental) para os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O CAISMental do RS dialogava com o recém criado CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) professor Luís da Rocha Cerqueira de São Paulo. O primeiro CAPS do Brasil, instituído em 1987 pela Coordenação ambulatorial de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Ana Pitta, psiquiatra e professora que apoiou e integrou o processo da Reforma no RS. Pitta refere que em nosso estado aconteceu uma revolução cultural no campo da saúde mental ancorada na formação.

Em 1988 no Brasil foi promulgada a nova Constituição Federal, chamada de Constituição Cidadã, que considera a saúde como direito de todos e sua garantia dever do Estado, bem como institui o Sistema Único de Saúde. E para finalizar este ano de conquistas democráticas, pela primeira vez todos os municípios brasileiros realizaram eleições diretas, nas quais forças políticas de esquerda vencem em vários municípios incluindo as capitais. Em Porto Alegre é eleito Olívio Dutra, em São Paulo, Luiza Erundina e em Santos, Thelma de Souza, à época os três do Parti-

do dos Trabalhadores (PT). Estes prefeitos protagonizaram mudanças na atenção à saúde mental e especialmente Thelma, produziu uma revolução antimanicomial ao fazer a intervenção no hospital psiquiátrico Anchieta, no primeiro mês do mandato, em janeiro de 1989: hospital privado, com superlotação e diversas denúncias de violação de direitos humanos. David Capistrano Filho, secretário de saúde, Roberto Tykanori, coordenador de saúde mental, e Antonio Lancetti, psicanalista, foram os condutores deste processo, que conquistou apoio da população e teve potência convocatória para inúmeros trabalhadores de saúde mental e militantes do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial os quais se integraram no trabalho de desinstitucionalização que produziu a criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS)⁶. A intervenção é um marco da reforma psiquiátrica brasileira.

Ainda em 1989, houve eleições presidenciais com reais possibilidades de forças progressistas chegarem à presidência com Lula ou Brizola. Neste contexto de efervescência democrática é que o deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de lei da reforma psiquiátrica brasileira. O projeto teve melhor destino, que a nossa primeira eleição presidencial pós Constituição.

Em 1990 acontece a Declaração de Caracas, na qual a Organização Panamericana de Saúde manifesta a inadequação do modelo hospitalocêntrico, propõe mudança nas legislações dos países, a criação de uma rede de serviços comunitários de saúde mental e a formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. A Declaração se constituiu em um marco para as reformas psiquiátricas na América Latina e um documento tanto de referência como de resistência.

Em solo gaúcho um acontecimento em 1990 foi a exposição do Bispo do Rosário⁷, no Museu de Artes do Rio Grande do Sul (MARGS) a

6 Serviços territoriais, abertos 24 horas, 7 dias da semana, com leitos, refeições, diversas modalidades de cuidado, com equipe multidisciplinar e referência para uma população de aproximadamente 70 mil habitantes, incluindo os ex-internos do hospital psiquiátrico. Os NAPS foram os precursores dos CAPS III (Centros de Atenção Psicossocial -24h).

7 Bispo do Rosário, sergipano, foi da Marinha brasileira, foi internado, viveu a maior parte se sua vida e morreu na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, tempo onde produziu toda sua obra (que intitulava de reconstrução do universo) desafiando lençóis e

qual recebeu seis mil visitantes, o maior público naquele ano. Luis Eduardo Achutti, que fez o registro fotográfico da exposição, chamou-a de *bordado de uma existência*. Identifiquei o *efeito Bispo do Rosário* como a implicação produzida a marteladas com ressonâncias no Brasil e Europa por meio de exposições de seu trabalho, tema de Escola de Samba, de coleção de moda feminina, de uma série na televisão e de peças de teatro. No Rio Grande do Sul, a exposição do *Bispo do Rosário* politizou, pôs a loucura na “boca do povo”, invadiu a cultura, escancarou a agenda da sociedade, quebrou gelo dos preconceitos e aqueceu o caminho da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica no estado. Instalou-se entre nós, os *mentaleiros*, nas revistas, nas camisetas, nos adesivos e nos cartazes que produzimos. Bispo do Rosário passa a ser uma espécie de código às genialidades que não podem ser aprisionadas.

Outro acontecimento em 1990 foi o IV Encontro Estadual de Saúde Mental com o tema *Desconstruindo manicômios a caminho da municipalização* e contou com 1.200 participantes vindos de cem municípios gaúchos. Ocupamos múltiplos espaços de Porto Alegre para a realização de cursos e oficinas, inclusive alguns não disponibilizados ao público como o terraço do MARGS (graças ao Bispo do Rosário). Houve uma oficina-advento intitulada *o mundo das imagens* coordenada por profissionais do Museu de Imagens do Inconsciente, fundado por Nise da Silveira, do Rio de Janeiro. Desta oficina, que ocorreu no auditório da Assembleia Legislativa, participaram 600 pessoas. O Encontro terminou com os participantes no palco do salão de atos da Pontifícia Universidade Católica (PUC-RS), num movimento coletivo que abarcou todo o auditório expressando que a política pública de saúde mental era de autoria de todos. Neste momento afirmamos que o flerte com a loucura, próprio da implicação, reconfigura cidades e produz uma estética própria. Como nos ensinou Lourau (1993, p.18-19): “Isso não quer dizer que sejamos todos loucos; sequer sempre amorosos, infelizmente. Mas que o amor e a loucura são “engrenagens” imprescindíveis às mudanças.”

Autoria na Transformação de Política de Governo em Política Pública de Estado

A gestão da *PAISMental* iniciou em 1987 e terminou em 1990 com as eleições estaduais determinando a troca de governo, ainda que com forças políticas que lutaram pela democratização do país. Saía do governo o PMDB com raízes no MDB (Movimento Democrático Brasileiro), cujo governador era Pedro Simon, e assumia o PDT (Partido Democrático Trabalhista) com o governador Alceu Collares.

O encontro com o pensamento estratégico foi decisivo para que trabalhássemos durante a gestão com processos de abertura na perspectiva de gerar processos de avanço e de consolidação, para que a política de governo se transformasse em política pública de Estado. Neste sentido, o trabalho interfederativo, interinstitucional, intersetorial, participativo com os movimentos sociais e com o controle social via Conselhos e Conferências de Saúde, articulado nacional e internacionalmente foi uma potente via para o avanço da reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul.

Assim, experienciamos a continuidade de processos desencadeados desde nossa gestão, devido aos aliados conquistados, aos efeitos do trabalho realizado tanto na formação como na criação de serviços substitutivos e ao fato de que tínhamos nos constituído em atores sociais. Ou seja, saímos da gestão estadual, mas não do agir ético-político-técnico que com ela aprendêramos: transição facilitada em tempos de construção democrática.

Em 1991 realizamos um encontro em Bagé onde criamos o Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM). O Fórum integra o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e uma rede internacional que visa à transformação dos modos de pensar e de agir sobre a loucura. No Fórum todos seus integrantes são instigados à participação no sentido da mudança e da ocupação do lugar de atores de direitos e de desejos. Os técnicos, os usuários e os familiares não são constrangidos a reproduzir seus respectivos papéis enquanto tais, ao contrário, são desafiados a se (re)criarem como

atores e em singularidade. A nomeação criada, *mentaleiros*, que dá passagem aos integrantes do movimento é indicativa dessa (re)criação.

Mário Testa (1997), em seu livro “Saber em Salud”, escreveu sobre a constituição dos atores sociais, fazendo a articulação entre ciências sociais e vida cotidiana. Nessa articulação, ele propôs um percurso que parte do *sujeito da vida*, o qual, ao se indagar sobre essa vida, constrói hipóteses e pensamento, transformado-se em *sujeito epistêmico* que, ao avaliar e tornar pública sua produção, passa, respectivamente, a *sujeito avaliador* e *sujeito público*. Não estando concluída a sua trajetória, é preciso que seu trabalho contribua para a reconstituição da vida, transformando-se em *sujeito militante sócio-político*. Nesse livro, Testa refere o Fórum Gaúcho de Saúde Mental como um movimento que foi capaz de constituir essa militância com amor, trabalho e luta.

O FGSM é um ator social participante do controle social do SUS, defensor da reforma psiquiátrica no país e no estado, mobilizador de ações afirmativas de direitos, que incluem a denúncia de violação ou omissão de direitos. Hoje, em tempos de retrocessos e perda de direitos, o FGSM está na trincheira da resistência.

Em relação aos percursos formativos, em 1991, iniciamos mais dois Cursos de Administração em Saúde Mental, um na região da Serra, em Nova Prata e outro no Litoral Norte, no qual os módulos itineraram pelas cidades litorâneas. Numa itinerância coerente com a proposta pedagógica e ao mesmo tempo viabilizadora do curso, uma vez que o financiamento passou a ser dos municípios. Ainda neste ano, com apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Domingos Sávio do Nascimento Alves, e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), inauguramos um novo ciclo de formação com a Especialização em Saúde Mental Coletiva. O primeiro curso foi em Bagé e o segundo em Santa Maria iniciou em 1992.

Tivemos a oportunidade de debater o texto do projeto de lei estadual da reforma psiquiátrica com os alunos da especialização e de celebrar a aprovação em setembro de 1991 da primeira lei de desmanicomialização da América Latina, a lei de Río Negro, Argentina, a qual apoiávamos desde sua apresentação em 1989.

Na esteira das mobilizações, com as redes nacionais e internacionais ativadas, realizamos em outubro de 1991 um Seminário Internacional de Saúde Mental, promovido pela Assembleia Legislativa do Estado e Fórum Gaúcho de Saúde Mental, do qual participaram cerca de 2000 pessoas, com a presença de Franco Rottelli, uma das lideranças da reforma psiquiátrica e protagonista da elaboração da lei 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália. Evento significativo na pavimentação do caminho para a aprovação da lei estadual de saúde mental.

No Brasil durante o ano de 1991 ocorreram as etapas municipais e estaduais da IX Conferência Nacional de Saúde e em alguns estados, como no RS, inserimos a discussão e proposições para a reforma psiquiátrica no país, que foram aprovadas na etapa nacional no ano seguinte. No final de 1991 e janeiro de 1992 foram publicadas as primeiras portarias do Ministério da Saúde sobre CAPS/NAPS. Pela primeira vez o MS financiava outros procedimentos e serviços extra-hospitalares. O grupo de trabalho que participou da elaboração das mesmas era composto por profissionais protagonistas das experiências instituintes municipais e estaduais, entre elas as do RS. O MS começava efetivamente a financiar a rede substitutiva de serviços de saúde mental e durante o ano de 1992 foi desencadeado o processo de realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (IIC-NSM), no qual muitos municípios fizeram suas conferências e o RS realizou a Conferência Estadual em junho deste ano. Mais um acontecimento propulsor para a aprovação da lei estadual. Nossa participação na etapa nacional da II CNSM produziu mais um encontro que fez a diferença, com Manuel Desviat, a época coordenador da rede de serviços substitutivos de saúde mental em Leganés, Espanha, e consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS). Encontro registrado no livro “A Reforma Psiquiátrica” (DESVIAT, 1999) e que perdura até hoje.

Ainda no primeiro semestre de 1992 aconteceu em Porto Alegre, com apoio do governo do município, na qual a secretária de saúde era Maria Luiza Jaeger⁸, o III Congresso Nacional de Saúde Coletiva, da Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (ABRASCO).

8 Maria Luiza Jaeger, socióloga, primeira mulher no cargo, que de modo ousado promoveu concomitantemente ao congresso uma feira de saúde aberta ao público e, ainda mais,

organizamos um curso sobre *saúde mental nos municípios*, coordenado por Delvo Oliveira (ex-coordenador da equipe descentralizada e coordenador do curso de especialização em saúde mental coletiva de Bagé), com a participação de municípios pequenos (Lavras do Sul, Santo Augusto e São Lourenço do Sul), médios (Passo Fundo, Bagé e Santos) e grandes (Porto Alegre, São Paulo e Campinas), em processos de abertura, avanço e consolidação, pois já havia experiência nacional diversificada e complexa o suficiente para pôr em discussão. Uma das palestras do Congresso foi proferida por Rubén Ferro sobre Planejamento Estratégico em Saúde Mental. Estivemos presentes em comunicações coordenadas sobre o tema: *processo de desinstitucionalização: determinantes e democracia; planejamento e avaliação da política de saúde mental do Rio Grande do Sul e saúde mental: o problema da reinserção social* (ABRASCO, 1992). No Congresso circulou a camiseta *de militonto a militante*, título de trabalho apresentado por Carmen Oliveira (ABRASCO, 1992). Os referentes para a saúde mental da ABRASCO, Pedro Gabriel Delgado, Ana Pitta, Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante organizaram uma oficina sobre a reforma psiquiátrica. A densidade das discussões e sua abrangência nacional gerou o livro *Psiquiatria sem hospício* (1992), no qual está inserida a trajetória do Rio Grande do Sul.

Nomeamos a construção de autoria gaúcha de Saúde Mental Coletiva cujo amálgama se encontra nas intercessões entre gestão-atenção-educação-participação e que conceituamos como:

processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (FAGUNDES, 1995)

autorizou que a chaminé da Usina do Gasômetro fosse vestida com uma cobertura que simulava um preservativo (camisinha), prática inusitada até então.

Conquistas de Direitos Numa Democracia Incipiente e Produção de Resistência em Tempos Sombrios

Com este percorrido identificamos alguns vetores que convergiram para a aprovação da lei estadual de saúde mental no Rio Grande do Sul. O contexto de democratização produziu um reordenamento jurídico político no país mobilizador da sociedade brasileira desde as eleições para a Assembleia Nacional Constituinte em 1986, que promulgou a Constituição de 88, que por sua vez provocou a elaboração da Constituições estaduais e das Lei Orgânicas municipais. Concomitantemente, foram desencadeados processos de formulação e, portanto, de disputas, das leis federais setoriais, com a Lei Orgânica Federal da Saúde 8080/8142 de 1991. Foi um período de intensos debates, no qual decidíamos com que regras iríamos construir a democracia brasileira. Apresentar, elaborar e defender leis de saúde e de saúde mental estava em sintonia com este ambiente, além de indicar que queríamos outro patamar de inclusão cidadã.

O surgimento de um novo ator social protagonizado pelos usuários de saúde mental, os loucos de todo gênero, que além de impactarem a cena pública com os depoimentos sobre seu sofrimento, sobre o agravamento de sua situação pela violação de direitos nos hospitais psiquiátricos e pelo estigma social, se organizavam em movimento e reivindicavam mudanças para si e para sociedade. Era a hora e a vez do louco cidadão. Sua voz sempre fez diferença em todos os embates nos quais é posta em dúvida sua autonomia e possibilidade de viver em liberdade. Em 1992 muitos usuários e familiares já ocupavam a tribuna na defesa de seus direitos no país e no estado.

A capilarização dos serviços de saúde mental com trabalhadores corresponsabilizados com a reforma psiquiátrica era uma realidade nos municípios gaúchos. Era mais de uma centena de experiências de cuidado na comunidade com aproximadamente mil trabalhadores mobilizados nos cursos de administração de saúde mental. Muitos prefeitos participaram ou testemunharam esta transformação e alguns deles estavam no legislativo estadual. O voto de muitos deputados foi um voto a partir do experienciado e de todos, um voto dirigido a suas bases eleitorais.

O fantasma do manicômio também contribuiu para o voto dos deputados, nenhum queria ser o defensor da casa dos horrores que os hospitais psiquiátricos configuravam e que estava fartamente publicizada e denunciada. Em tempos de abertura democrática não convinha ficar associado a um dispositivo de aniquilamento de vidas.

A identidade histórico-cultural do Rio Grande do Sul com os países da bacia do Prata e a proximidade produzida a partir do final dos anos de 1980, em especial com Córdoba e Rio Negro, Argentina, na efetivação da reforma psiquiátrica vinculada aos direitos humanos, possibilitaram ativação, aceleração e facilitação de processos de mudança, inclusive no plano jurídico político. Um quê de cooperação e um quê de competição operou para que o Rio Grande do Sul fosse o segundo estado da América Latina a aprovar a lei antimanicomial, em 1992, logo após Río Negro ter aprovado sua lei da desmanicomialização, em 1991.

Por fim, a sinalização de organismos internacionais como a OPAS e nacional desde o Ministério da Saúde que direcionavam as políticas públicas em saúde e saúde mental para a participação social, para o cuidado em redes de base territorial com equipes multiprofissionais e ancoradas nos direitos humanos, também foram contribuições significativas para que a aprovação da lei gaúcha se desse naquele clima de celebração democrática e, fundamentalmente, para que contássemos com a totalidade dos votos naquele parlamento que pouca afinidade tinha com a temática da saúde mental até então.

Os anos seguintes foram de avanços e consolidação da reforma psiquiátrica no país e no estado. Tivemos mais duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, sendo que a última, em 2010, se caracterizou por ser intersetorial. Os anos 2000 foram anos de ampliação e diversificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a constituição das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). A concepção do cuidado no território emergiu com potência instituinte e tensionadora com a Atenção Básica de Saúde num profícuo encontro. Via políticas públicas, durante os governos Lula e Dilma, foram criadas muitas experiências intersetoriais com a cultura, com o mundo do trabalho, notadamente economia solidária, com

a educação e com o desenvolvimento social. No RS tivemos governos que assumiram o co-financiamento dos sistemas e serviços municipais de saúde, prática inaugurada com o governador Olívio Dutra (FERLA e FAGUNDES, 2002) e aprofundada no governo de Tarso Genro (FAGUNDES, AMORIM, RIGHI e HEINZELMANN, 2014).

Ainda, iniciamos o milênio com a construção da utopia de que *Um outro mundo é possível*, produzida pelo Fórum Social Mundial, realizado no Rio Grande do Sul em 2001, numa profusão de culturas, cores, sons, línguas em múltiplas atividades autogestionárias. O Fórum Social Mundial foi um importante cenário para intercâmbios e produções da saúde mental. Um representante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental integrou o comitê organizador estadual do Fórum Social Mundial nas suas três primeiras edições. Vários núcleos do Movimento realizaram atividades e o Fórum Gaúcho realizou oficinas em todas as edições que ocorreram em Porto Alegre. No primeiro, a oficina ocorreu no hospital psiquiátrico São Pedro e foi coordenada por Mário Testa. Nos demais, promoveu o encontro *Nau da Liberdade* com debates sobre exclusão, estigma e violência. A atividade ocorre num barco de passeio durante três horas pelas águas do lago Guaíba. O Fórum mobiliza-se em defesa das conquistas e pelo não retrocesso do conquistado.

Ao longo deste período de avanços e consolidação sempre ocorreram embates com forças antirreforma psiquiátrica de forte cunho corporativo e lucrativo. No RS em diversas legislaturas tentaram derrubar a Lei Estadual, o que sempre foi barrado pelo vigor da resistência do movimento social, das experiências municipais com cuidado em liberdade, das produções de conhecimento desenvolvidas e do apoio de múltiplas entidades profissionais. Porém, no governo Sartori, eleito em 2014, pela primeira vez em 28 anos é nomeado para a coordenação de saúde mental da SES/RS, um representante da antirreforma.

Ainda em processo de configuração das redes cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave, emergiu o problema relacionado ao uso de álcool e outras drogas, notadamente o crack. Emerge com toda a carga discriminatória agravada pela criminalização, com propostas políticas hi-

gienistas e proibicionistas, que, com o mesmo furor excludente e lucrativo dirigido aos “loucos”, pressionam para o repovoamento dos hospitais psiquiátricos e utilização de “comunidades terapêuticas”, fartamente denunciadas por maus tratos e violação dos direitos. Até 2015 a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde e integrantes da Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD) trabalharam no tensionamento para impedir que políticas proibicionistas fossem as políticas públicas implementadas pelo Estado brasileiro e, ainda, conseguiram apoiar e incentivar propostas de cuidados em liberdade e em rede. Após 2015, num cenário internacional de intolerância e com o golpe parlamentar-jurídico-midiático na democracia brasileira, o efeito dique que as equipes exerciam se desfez e há uma avalanche de medidas que avançam para a utilização em massa de comunidades terapêuticas, para a privatização dos serviços, para a reutilização dos hospitais psiquiátricos. Combinadas com o sucateamento da RAPS por congelamento ou não repasse de recursos, além da descontinuidade de processos inovadores em andamento pelo seu desfinanciamento. Tudo isto devidamente publicizado como meritório, travestido de cientificidade e competência gerencial, angariando apoio da sociedade que recebe diariamente doses maciças de medo. A cracolândia no centro de São Paulo é o cenário preferencial escolhido para este *reality show* a céu aberto.

A situação se agrava porque o desmonte de políticas públicas, a perda e a violação de direitos não é circunscrita à saúde e saúde mental. Atinge gravemente a maioria da população e o Estado tem utilizado sua força para reprimir, criminalizar, inibir, silenciar qualquer ação contra sua agenda neoliberal subordinada ao rentismo e às transnacionais. Nestas circunstâncias, as populações que já eram negligenciadas e invisíveis, agora podem ser exterminadas, o que já tem acontecido com tribos indígenas, quilombolas, população em situação de rua⁹, camponeses. O Atlas da Violência¹⁰ demonstra que a população que mais sofre violência no Brasil é a de jovens, do sexo masculino, pobres e negros. Por outro lado, a produção de conhecimento e o acesso à escolarização também é cerceado.

9 <http://www.alice.org.br/moradores-de-rua-articulam-audiencia-publica-para-denunciar-exterminio-e-violencia/>

10 http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf

Sem pesquisas¹¹, sem universidades e escolas com um ensino sem história, geografia, filosofia, está assegurado que não haverá futuro emancipatório para gerações de brasileiros.

Em tempos sombrios recorro a Mia Couto (2011, 129) que nos diz: “na luta pelas nossas independências era preciso esperança para ter coragem. Agora é preciso coragem para ter esperança.”

Felizmente há coragem e temos gerado protestos, ocupações e movimentos que se opõem ao retrocesso civilizatório em curso. O roteiro da cracolândia não pode ser concretizado em sua íntegra; o Conselho Nacional de Saúde se posicionou na defesa pela reforma psiquiátrica, contra qualquer retorno dos hospitais psiquiátricos. Em dezembro de 2017 faremos o Encontro Nacional dos 30 anos de Bauru – marco fundador do Movimento Antimanicomial brasileiro.

No RS, no transcorrer de 2017, os mentaleiros já realizamos o Mentaltchê da Resistência em São Lourenço do Sul; fizemos caminhadas e atividades em defesa da reforma psiquiátrica no dia 18 de maio: dia nacional da Luta Antimanicomial; apoiamos as ocupações Mirabal¹² e dos Lanceiros Negros¹³, protagonizadas pelo Movimento de Lutas nos Bairros e Favelas; participamos da exposição “Silêncios”¹⁴, produzida pelo Coletivo de Resistência e Arte, sobre as múltiplas manifestações de intolerância e violência, que configuram uma usina geradora de crimes de ódio; temos debatido e combatido as políticas higienistas em encontros com muita potência de vida em especial com a população em situação de rua de Porto Alegre e região metropolitana; estivemos no II Encontro Estadual de Usuários e Familiares organizado de modo autogestionário pela Casa AMA (Auto Mútua Ajuda) de Ijuí. Os grupos de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM), de Ouvidores de Vozes, de apoio e ajuda mútua continuam fazendo e acontecendo. Pelotas acolhe o I Congresso

11 <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2754&sid=32>

12 <https://www.sul21.com.br/jornal/ocupacao-mirabal-como-funciona-uma-ocupacao-de-mulheres-para-mulheres/>

13 <https://www.facebook.com/LanceirosNegrosRSMLB/>

14 <https://guia21.sul21.com.br/exposicoes/exposicao-silencios-fala-do-odio-e-da-intolerancia-na-sociedade-brasileira/>

Internacional de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Mental, presidido pela professora Luciane Kantorski. E estamos nos preparando para a Parada do Orgulho Louco em Alegrete, em sua sétima edição, desde 2015 transformada em lei estadual. Muitas destas ações de resistência, de produção de cuidado e de conhecimento estão relatadas nesta publicação.

Estamos em tempos de resistência com implicação e insurreição. Encontro-me, agora com o que escrevi em 2006, quando defendi minha dissertação, e vejo que ainda faz sentido falar daquilo que me faz percorrer todos estes caminhos, até aqui resgatados:

A implicação é marcadora de itinerância, é produtora de cumplicidade, leva à praça pública, é provocada a marteladas, tem estética própria, propicia celebrações, é encarnada, desacomoda, ativa linhas de fuga para a invenção, produz geografia própria, provoca autoria, convoca ousadia, tensiona contradições, gera pontes, produz resistência, é militante, provoca bifurcação, desconforto e oposição, produz possíveis e ancoragens, desavergonha, flerta com a loucura e instiga aprendizagem desejanete. (FAGUNDES, 2006, p.222)

Em 2017, encontro-me com outros insurgentes que parecem dialogar com todos nós, atores da Reforma Psiquiátrica gaúcha, que este texto lembrou, ao se dirigirem no livro “Aos nossos amigos - Crise e Insurreição”:

Aos que sentem que o final de uma civilização não é o fim do mundo; aos que veem a insurreição como uma brecha, sobretudo no reino organizado da estupidez, da mentira e da confusão; aos que advinham, por detrás da espessa nevoa da “crise”, um teatro de operações, de manobras, de estratégias – e portanto a possibilidade para um contra-ataque; aos que suportam golpes; aos que espreitam o momento propício; aos que buscam cúmplices; aos que desertam; aos que resistem com firmeza; aos que se organizam; aos que querem construir uma força revolucionaria; revolucionário porque sensível. (COMITÊ INVISÍVEL, 2016, contracapa)

Aos que assim sentem encerro parafraseando o poeta Pessoa: toda a vida vale a pena E a luta não é pequena.

REFERÊNCIAS

BELMARTINO, Suzana. Políticas neoliberales em salud: la discusión de uma alternativa. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro/São Paulo: Cebes - Abrasco, n. 2, p. 33-37, 1990.

BEZERRA Jr, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.57-68.

CAMARGO, Gabriel; FAGUNDES, Sandra, FISCHER, Maria de Fátima et al. Delineamentos para a elaboração da política de saúde mental do Rio Grande do Sul. **Encuentro latinoamericano de psicologia marxista y psicanálisis**: intercâmbio de experiências, práticas y teorías, 2, Havana, v. 5, fev 15-19, 1988, p.1-4.

COMITÊ INVISÍVEL. **Aos Nossos Amigos: Crise e Insurreição**. São Paulo: n-1 edições, 2016.

COUTO, Mia. **E Se Obama Fosse Africano?**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAGUNDES, Sandra. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p.2-4.

FAGUNDES, Sandra. **Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da Educação para Políticas Públicas de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação – Programa de Pós-Graduação em Educação, Ufrgs, Porto Alegre, 2006.

FAGUNDES, Sandra; AMORIM, Alexandre; RIGHI, Liane; HEINZELMANN, Ricardo (Org.). **Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa - Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

FERRO, Rubén O.: Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad. In: RODRÍGUEZ, MALVAREZ, GONZÁLEZ, LEVAV (Org.). **Salud Mental en la Comunidad**. Washington, OPS. 2009.

GALEANO, Eduardo. **El libro de los abrazos**. Montevideo: Ediciones del Chanchito, 1989.

GALLI, Vicente. **Salud Mental: definiciones y problemas**. Argentina: Ministério da Saúde, 1986. [texto fotocopiado]

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Uerj, 1993.

OLIVEIRA, Delvo; SALDANHA, Olinda. Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva. **Saúde Mental Coletiva**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, 1993, p.40-51.

TESTA, Mário. **Pensamiento estratégico y lógica de programación**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995. TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, Mário. **Saber en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.



FANTASMA
DO
MANICÊMIO

LEYES DE SALUD MENTAL. SOBRE LA LEGALIDAD Y LA LEGITIMIDAD.

LA DEFENSA Y AMPLIACIÓN DE LOS DERECHOS EN SALUD MENTAL¹⁵.

Prof. Dr. Rubén Oscar Ferro¹⁶

Introducción

La finalización de las dictaduras en el sur de las Américas, significó una posibilidad de volver a encontrarse y reiniciar caminos antes recorridos en la democratización de la asistencia en salud mental. Un hito importante fue la designación del Profesor Mauricio Goldenberg por parte del Presidente Argentino Raúl Alfonsín como su asesor personal en el tema, quien redactó los “*Lineamientos generales para un plan nacional de Salud Mental*” y designó al Profesor Vicente Ángel Galli como Director Nacional de Salud Mental y encargado de llevar a la práctica “los lineamientos”.

Estos lineamientos como el programa operativo fueron construidos con una amplia consulta a profesionales y organizaciones nacionales y extranjeras. En ese marco democrático en 1986 sucedió en Buenos Aires el III Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría con la presencia de las más grandes personalidades de Europa y América que se abocaban desde hace tiempo sobre el tema bajo la dirección del Psiquiatra Italiano Franco Basaglia quien había formado el Movimiento de la Psiquiatría Democrática y convocado a la Red Internacional de Alternativas a la Psiquiatría. Allí nos encontramos con muchos compañeros que habían pasado mucho tiempo en distintos exilios tanto externos como internos.

15 Texto redactado en base a la ponencia realizada en la Audiencia Pública: Saude Mental e os 25 anos da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa RS. 16 de agosto de 2017

16 Prof. Escuela de Salud Pública y director de la Maestría en Salud Mental. Universidad Nacional de Córdoba. Te. 54 351-6561552 / CE: rubenferro@gmail.com

Muchos Trabajadores de la Salud Mental (TSM) de Brasil, Uruguay, Paraguay, Bolivia y Perú, se encontraron en Buenos Aires en 1986 y desde entonces comenzamos un trabajo conjunto en la “Lucha Antimanicomial”, que algunos casos, hasta ahora seguimos compartiendo ideas y experiencias.

En nuestra región desde 1988 se realizan por cuatro años consecutivos los “Foro Concordia de Salud Mental de la Cuenca del Plata”, en la ciudad fronteriza de Concordia en Entre Ríos con profesionales de Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay, y con invitados internacionales donde se compartían experiencias y se intercambiaban producciones teóricas. En simultáneos se realizaron los Simposios Internacionales de Salud Mental en Santa María (RS/BR) con igual suceso que los Foros. En todos los países se realizaban congresos, seminarios, cursos, talleres y conferencias sobre los distintos ámbitos de abordaje a la Salud Mental. Fue un momento de salir de los círculos cerrados y del silencio para tomar la “Plaza Pública”, como lugar para, como dice Michel de Certeau, tomar la palabra. En este contexto conocí a los TSM de Brasil y en especial a los de Río Grande del Sur con los que mantengo, hasta la actualidad, un fructífero y afectivo intercambio.

O Alienista de Joaquim Machado de Assis

En mis estadias en Brasil, tuve oportunidad de conocer algunos cuentos del gran poeta brasileiro Joaquim Machado de Assis y en especial su cuento-novela O Alienista. Esta obra era muy citada por los intelectuales de la Reforma Psiquiátrica de Brasil,¹⁷ ya que Machado de Assis había escrito muy detalladamente las vicisitudes por la que atraviesa el poder psiquiátrico y el manicomio en las poblaciones, como una de las instituciones de la sociedad disciplinaria¹⁸ del cual el manicomio, junto con el cuartel, la cárcel, la escuelas y todas las instituciones cerradas eran el paradigma de la normalización de las personas.

17 Un ejemplo de los múltiples abordajes sobre este cuento de Machado de Assis lo encontramos en el trabajo de Paulo Amarante: Rumo ao fim dos manicômios. A luta antimanicomial, o mais importante movimento pela reforma psiquiátrica no brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. *Mente e Cérebro*. Setembro de 2006.

18 Para Michel Foucault, en *El poder psiquiátrico* (1978/1979), afirma que el manicomio

El cuento-novela *O Alienista* de Machado de Assis, fue abordado de diferentes maneras en el siglo pasado, quisiera reivindicar la genialidad de Machado de Assis, ya que nos permite ver en su cuento algunos de los componentes del “manicomio” en el siglo XXI, en especial en destino de los alienistas o directores de los manicomios en la actualidad. Finaliza su obra con estas palabras:

Era decisivo. Simão Bacamarte curvou a cabeça, juntamente alegre e triste, e ainda mais alegre do que triste. Ato continuo, recolheu-se à Casa Verde. Em vão a mulher e os amigos lhe disseram que ficasse, que estava perfeitamente são e equilibrado: nem rogos nem sugestões nem lágrimas o detiveram um só instante.

—A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática.

—Simão! Simão! meu amor! dizia-lhe a esposa com o rosto lavado em lágrimas.

Mas o ilustre médico, com os olhos acesos da convicção científica, trancou os ouvidos à saudade da mulher, e brandamente a repeliu. Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo. Dizem os cronistas que ele morreu dali a dezessete meses, no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. Alguns chegam ao ponto de conjeturar que nunca houve outro louco, além dele, em Itaguaí, mas esta opinião, fundada em um boato que correu desde que o alienista expirou, não tem outra prova senão o boato; e boato duvidoso, pois é atribuído ao Padre Lopes, que com tanto fogo realçara as qualidades do grande homem. Seja como for, efetuou-se o enterro com muita pompa e rara solenidade.

de la modernidad no nace con la conocida escena en la que Philippe Pinel libera de sus cadenas a los locos de la Bicetre en Paris, sino con el encierro en 1788 del Rey Jorge III en Inglaterra a la que denomina “La destitución de Rey”. Es el momento donde finaliza la Sociedad de la soberanía y comienza la Sociedad disciplinaria, y donde da inicio otro reinado, el reinado de las disciplinas del Saber-Psi, y la psiquiatrización de las personas.

Es importante rescatar de que O Alienista no solo trata a personas del poblado de Itaguaí, sino que sus teorías le permitían comprender a la población en su conjunto y termina -después de encerrar a su mujer y a la mayoría de los pobladores de Itaguaí- encerrado en su propio manicomio donde muere tratando de identificar una nueva teoría sobre las personas que según sus palabras “trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática”. Respondía así a la pregunta del rebelde barbero cuando se preguntaba: -Nada tenho que ver com a ciencia; mas, se tantos homens em quem supomos são são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado nao é o alienista?

En estas acciones sobre toda la población, ya no se trata de la sociedad disciplinaria sobre los cuerpos, sino las acciones de normalización biopolítica de las poblaciones por un lado y la Administración sobre Sí mismo de la Psicopolítica.

Nuevamente tenemos que recurrir a Michel Foucault cuando en uno de sus últimos trabajos “Nacimiento de la biopolítica” (1978/9) va a desarrollar los dispositivos biopolíticos del neoliberalismo sobre las poblaciones y en relación con las enfermedades mentales nos dirá:

Sobre esas técnicas comportamentales hay alguna literatura en Francia. En el último libro de Castel, **La sociedad psiquiátrica avanzada**, hay un capítulo sobre estas técnicas, y podrán advertir que se trata, con toda exactitud, de la puesta en acción, en el marco de una situación dada —en este caso un hospital, una clínica psiquiátrica—, de métodos que son experimentales e implican a la vez un análisis verdaderamente económico del comportamiento. (FOUCAULT, 1978/9)

La administración sobre sí mismo que describe filósofo coreano-alemán Byung-Chul Han, y que ha denominado *Sociedad del cansancio* y su estrategia sobre los sujetos como *Psicopolítica*, donde ya no es un poder externo el que ordena el mundo de la vida, sino el propio individuo, que por las exigencias a la que se somete inexorablemente termina en la depresión, el burnout y el suicidio.

Vemos en este trabajo del poeta Machado de Assis un atravesamiento de todas las sociedades que han trascendido en nuestra historia, desde la Sociedad de la soberanía del Rey de Portugal, la Sociedad disciplinaria sobre las personas encerradas en “La casa verde”, la Sociedad biopolítica sobre toda la población de Itaguaí y finalizando son la Sociedad de control o de administración de Sí mismo, donde finaliza la obra con su autointernación y muerte.

Según Machado de Assis: Todo “Alienista” – director de manicomio- atraviesa por los siguientes pasos:

- 1 - encierra a las personas para estudiar su personalidad supuestamente anormal;
- 2 - trabaja según el respaldo de las ciencias y en favor de los internados;
- 3 - se enriquece económicamente y se transforma en una persona importante para la sociedad;
- 4 - utiliza las fuerzas jurídicas y policiales para internar personas según su solo saber “científico”;
- 5 - vive y termina su vida internado en su propio manicomio. Hoy este manicomio no es solo edificio sino el manicomio químico de los fármacos y el manicomio mental en el que nos incorporan los medios masivos y las redes sociales de la mercantilización y enajenación neoliberal.

Es Franco Basaglia quien va a sostener que “Las intervenciones psiquiátricas se fundan sobre el poder, no sobre la ciencia”. Razón por la cual va a ser expulsado de la Sociedad Mundial de Psiquiatría.

En la *Sociedad psiquiátrica avanzada*, el manicomio no solo es un edificio, es una unidad compleja, compuesta por con la clasificación de los enfermos mentales y los psicofármacos con que son tratados, no solo los internados, sino la población total. Ejemplo de esta psiquiatrización de la sociedad la vemos en la última clasificación de la Sociedad Americana de Psiquiatría llamada el DSM-V. Este manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales tienen vigencia en todos los países que adhieren

a la Sociedad Mundial de Psiquiatría. Muchas fueron las críticas de profesionales e instituciones sobre las diez nuevas enfermedades mentales que incorpora. Pero, sin lugar a dudas la más extendida y fundamentada fue la del Prof. Allen Frances quien en su libro *¿Somos todos enfermos mentales?*, considera que el DSM-V va a desencadenar una pandemia de enfermos mentales, ya que según esa clasificación todos podríamos ser enfermos mentales. La *Sociedad psiquiátrica avanzada* está llegando a la medicalización de todos los grupos etareos de la sociedad, comenzando por los niños y terminando con los ancianos.

Para terminar con el Alienista de Machado de Assis y su triste final, podemos decir con Jorge Alemán y muchos autores sobre neoliberalismo y subjetividad, de que “El neoliberalismo es la primera formación histórica que trata de tocar la propia constitución del sujeto”. Es decir que los trabajadores de la Salud Mental, también son capturados por el neoliberalismo para la mercantilización de la locura y de la Salud Mental. Como nos hace ver Machado de Assis: hasta los alienistas son alienados. Los próximos años estaremos debatiendo como enfrenta los diferentes dispositivos de captura, que el neoliberalismo -con su casi infinita creatividad-, nos va llenando el camino de “Sustitutos del manicomio”.

La Estrategia de Formación de Recursos Humanos como Articuladora de las Reformas técnico-políticas y administrativas en Salud Mental

El gran campo de debate del inicio de los 80 al que hacíamos referencia al inicio nos puso en contacto con ideas y experiencias que desconocíamos en profundidad, quizás la más importante fue los autores integrante de la Red Europea de Alternativas a la Psiquiatría liderados por Franco Basaglia quien había cerrado los manicomios de Goritzia y Trieste, y había sido el autor de la Ley 180 de extinción de los manicomios en Italia. De esa experiencia vamos a tomar su consigna: “Por una sociedad sin manicomios”.

Pero no solo teníamos para la consulta los trabajos de Basaglia y su

red, sino también a otros grandes intelectuales que fundamentaban que el manicomio era un problema del poder y no de las ciencias, como Giovanni Berlinguer (1972), Michel Foucault (1974), George Rosen (1974), Roger Bastide (1967), Robert Castel (1980), Thomas Szasz (1976), Erving Goffman (1961) y Miller y Rose (1986), como así también los numerosos textos de la antipsiquiatría o de la desmanicomialización.

Anti-Alienistas que sentaron las bases de las reformas

Profesionales que se opusieron a la manicomialización de las enfermedades mentales han existido en nuestra América del Sur desde hace muchos decenios, por ello solo nombraremos a alguno de aquellos que se mantuvieron vigentes con sus convicciones en los tiempos de las últimas dictaduras y en el inicio de las democracias. Ejemplo de muchos de ellos son Mauricio Goldenberg en el Hospital Regional de Lanús (1978) Buenos Aires; Ellis Busnello en Murialdo (1974) Porto Alegre; Itzhak Levav quien desde la OPS/OMS coordina la Declaración de Caracas en 1990 y los Principios de Brasilia en 2005; Vicente Ángel Galli quien como Director Nacional de Salud Mental Argentina (1984-1989) promueve e implementa los Lineamientos Nacionales de Salud Mental del gobierno del presidente Raúl Alfonsín.

Para nosotros fue muy importante conocer y trabajar en encuentros, cursos, seminarios nacionales e internacionales con Sandra Fagundes quien como Coordinadora de las Políticas de Salud Mental (PAISMental) de Rio Grande do Sul 1987-1990 en Brasil, quien fue una de las principales articuladora de los encuentros en Brasil, Uruguay, Argentina y Paraguay; como los antes mencionados, Foros Concordia de Salud Mental de la Cuenca del Plata en Salto Grande o los Simposios internacionales de Salud Mental en Santa María RS/BR.

Una experiencia paradigmática de “Salud Mental en la Comunidad” en la Argentina es la de la Provincia de Río Negro con la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padenen Sufrimiento Mental” de 1991, que prohíbe el manicomio y el uso del electroshock en todo el territorio provincial. Inspirados en la Ley 180 de Franco Basaglia

(1970/74), en Italia, y en la experiencia de otros países vecinos -como Brasil con la Ley Paulo Delgado, 1989-, que legislaron sobre la internación manicomial. En este sentido, hemos acompañado y conocemos los desarrollos en Salud Mental Colectiva en Río Grande do Sul en Brasil, liderados por Sandra Fagundes y la Lei Estadual Nº 9.716, propuesta por los diputados Marcos Rolim y Beto Gril, promulgada el 7 de agosto de 1992, que dispone sobre la reforma psiquiátrica en Rio Grande do Sul. También conocemos la extraordinaria reforma asistencial en salud mental en todo Brasil en los últimos años con un abordaje intersectorial y que tuvo su máxima expresión en la “TV Conferencia Nacional de Saúde Mental – Intersetorial” de Julio de 2010 bajo el liderazgo y la coordinación del profesor Dr. Pedro Gabriel Delgado.

Siempre nos llamó mucho la atención y aprendimos mucho del Movimiento de lucha antimanicomial, de los movimientos de usuarios y familiares, es decir del gran acompañamiento popular y democrático que en todo Brasil tenía las acciones antimanicomiales. En nuestro país las actividades se restringían inicialmente a los TSM y a los políticos que adherían a nuestras propuestas.

El pensamiento político sobre el poder en salud mental

Una figura importante en el entendimiento de la relación manicomio-poder fue el sanitarista argentino que luego de su largo exilio por Brasil, Chile y Venezuela regresa a su país y en diferentes encuentros nos presenta su teoría sobre el Pensamiento estratégico y decimos que teníamos que “Comprender el poder político, económico y técnico que como diagnósticos, leyes, normas, presupuestos y procedimiento sostienen el funcionamiento de los manicomios”.

La inclusión del análisis estratégico en la consideración de las condiciones y la situación de la salud mental, con el poder como su categoría central y el gobierno como su concepto operacional se origina a partir de Testa y su propuesta, como ya hemos dicho, del *Pensamiento Estratégico*

(1989 y 1990), definido por él como “el pensamiento político sobre el poder”. Pero para lograr un pensamiento que abarcara todos los ámbitos del desarrollo humano: lo individual, lo grupal, lo institucional y la sociedad. Coincidente con los desarrollos de Testa y su propuesta de que el poder en el cotidiano se expresa simultáneamente como poder político, poder administrativo y poder técnico como una unidad unitriádica, fueron los aportes de Michel Foucault. Concordante con los desarrollos de Testa, pudimos comprender mejor el poder y la salud mental a través de los trabajos de Foucault con el *Pensamiento Genealógico* en especial en Tecnologías del yo (1990), donde va a dividir también al poder en estas tecnologías del yo en Tecnologías de poder (político); Tecnologías de producción (administrativo) y Tecnologías del saber y la comunicación (Técnico).



Pero Foucault realizará una advertencia sobre los cambios de que pueden adoptar las instituciones disciplinarias y no solo el manicomio cuando nos dice, también, en Tecnologías del yo que:

En consecuencia, los que resisten o se rebelan contra una forma de poder no pueden satisfacerse con denunciar la violencia o criticar una institución. No basta con denunciar la razón en general. Lo que hace falta volver a poner en tela de juicio es la forma de racionalidad existente. La crítica al poder ejercido sobre los enfermos mentales o los locos no puede limitarse a las instituciones psiquiátricas; tampoco pueden satisfacerse con denunciar las prisiones, como instituciones totales, quienes cuestionan el poder de castigar. La cuestión es:

¿cómo se racionalizan semejantes relaciones de poder? Plantearla es la única manera de evitar que otras instituciones, con los mismos objetivos y los mismos efectos, ocupen su lugar. (FOUCAULT, 1990)

Como vemos en esta advertencia, no solo hay que luchar en contra de los manicomios, sino también con todas las instituciones que con otros nombres mantengan la misma lógica y psiquiatricen a las poblaciones. Otro texto-advertencia, más actual, es el del Prof. Emiliano Galende llamado *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser* (2008), donde hace un recorrido sobre todos los aspectos que integran, como un todo, las complejas e intrincadas relaciones de poder que se dan en la Salud Mental en las comunidades.

La pirámide o el Iceberg como metáforas para entender la Salud Mental en la Comunidad

Un texto pionero sobre el abordaje diferenciado de los problemas de salud mental fue *Enfermedad mental en la comunidad* (Goldberg y Huxley, 1980), donde los autores analizan la problemática de la enfermedad mental a través de cinco niveles y filtros según la prevalencia: Nivel 1: la comunidad, con una morbilidad de 25% - 35%; Nivel 2: los estudios de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que asisten a los médicos de atención primaria, que es del 22%; Nivel 3: pacientes que asisten a los médicos de atención primaria identificados como “psiquiatricamente enfermos”, con una morbilidad del 10%; Nivel 4: pacientes que asisten a los psiquiatras en clínicas ambulatorias, cuyo total representa el 4% y Nivel 5: pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos y hospitales mentales, cuyo total es de 0.5%.

El texto mencionado señala, al igual que la mayoría de los estudios epidemiológicos, que la presencia de sintomatología psiquiátrica se expresa entre el 15% - 25% del total de la población. Estudios de referencia como el realizado en el 2005 por Saraceno y colaboradores, llamado “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para

la salud pública” (2005) y “Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe” (Rodríguez ed. OPS, 2009) son coincidentes con esas cifras.

Un texto precursor para el abordaje integral de la Salud mental, es sin lugar a dudas, *Temas de salud mental en la comunidad* (Levav, 1992), promueve precisamente el desplazamiento de la atención de la salud mental desde el hospital psiquiátrico a la comunidad, planteando el siguiente esquema piramidal de distribución de funciones: 1) autocuidado; 2) grupos de autoayuda; 3) líderes comunitarios; 4) promotores de salud; 5) enfermeras; 6) médicos generales; 7) otros servicios de salud y 8) servicios especializados. Fue tan importante este trabajo que hubo que reimprimirlo en varias oportunidades. En el año 2009, la OPS decide generar una segunda edición a cargo de Jorge Rodríguez, Silvina Malvárez, René Gonzáles e Itzhak Levav. Más de cuarenta autores aportaron diferentes perspectivas, resultando un texto de lectura imprescindible para el abordaje de la Salud Mental en la Comunidad.

La Pirámide Marco de Servicios de Salud Mental de la OMS

Para poder implementar las *Diez Recomendaciones Generales del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*, la Organización Mundial de la Salud elaboró lo que se llamó: “*La Pirámide Marco de la OMS*” (WHO, 2005) donde muestra la combinación óptima de los servicios de salud mental. Los niveles en los que se debería hacer hincapié son el auto-cuidado, los servicios informales (organizaciones solidarias) de salud mental basados en la comunidad y los servicios de salud mental proporcionados por el personal de la atención primaria de la salud. Luego siguen los servicios formales de salud mental basados en la comunidad, los servicios psiquiátricos basados en hospitales generales y, por último, en el vértice de la pirámide, los servicios especializados de salud mental.



Esta “Pirámide Marco” de lo que se ocupa es de ordenar “Los servicios formales”, pero deja fuera del análisis a los “Servicios informales” y al “Autocuidado en Salud Mental”.

Diferenciar los Recursos Profesionales (Servicios) de los Recursos Comunitarios (Población)

Para poder mejor entender la real complejidad de la atención integral de la comunidad en lo referente a sus sufrimientos psíquicos, enfermedades mentales creemos que es necesario darles a los servicios formales de atención a la salud mental el lugar que le corresponde e incorporar acciones hacia los servicios informales y el autocuidado que es donde se encuentra el 80% de la población. Esto se expresa a través de una imagen que podríamos llamar “*El Iceberg de la Salud Mental*” –como lo explica Diana Shye en su trabajo sobre *Autocuidado en Salud Mental*-.



En este Iceberg, un 80 % de la población se encuentra con diferentes grados de sufrimientos psíquicos no clasificados y, generalmente, no asistidos en servicios oficiales, ya que son resueltos por la propia comunidad o por el autocuidado –es decir, permanecen desconocidos por las políticas y planes en salud mental y, por lo tanto, no se les asigna ningún presupuesto-. En la punta del iceberg, o sea sólo el 0,5 % de la población demandante de asistencia, están las personas que utilizan el hospital psiquiátrico. Esta es la paradoja presupuestaria del poder manicomial ya que el manicomio se lleva el 90 % del presupuesto de salud mental.

La legislación de Salud Mental en Argentina, Ley Nacional de Salud Mental y nuevo Código Civil y Comercial

Creemos importante señalar que en Argentina se aprueba la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en el 2011, la que prevé la extinción de los manicomios para el 2020 e incorpora una serie de pasos intermedios como nuevas prácticas comunitarias y defensas para pacientes internados o con sufrimiento psíquico que tienen que ser asistido por servicios ambulatorios lo más cerca del domicilio de la persona que solicita asistencia. En esta ley se incorporan como textos integrantes: la Declaración de Caracas; los Principios de Brasilia; el Consenso de Panamá; la Declaración de

Montreal de Discapacidad Intelectual; los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental; los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas; la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad y Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. En concordancia con la Ley de Salud Mental se sancionaron varias leyes que ampliaron los derechos civiles de las personas y que fueron incorporadas al Código Civil y Comercial reformado en el 2014.

El Nuevo Código Civil y Comercial fue aprobado por el Congreso de la Nación el 1 de octubre de 2014, mediante la ley N.º 26994, reemplazando al Código Civil de 1869, redactado por Dalmacio Velez Sarsfield. Este Nuevo Código Civil y Comercial, incorpora elementos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2011 y avanza hacia el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Las disposiciones más significativas son las siguientes:

- 1- consagra la presunción de capacidad de toda persona, aun cuando se encuentre internada;
- 2- incorpora el requisito de interdisciplinariedad para el tratamiento y para el proceso judicial de restricción a la capacidad jurídica;
- 3- asegura el derecho de acceso a la información adecuada para su comprensión; prevé sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica;
- 4- establece el derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada y garantiza la inmediatez entre el juez y el interesado;
- 5- estipula el derecho a que se prioricen las alternativas terapéuticas menos restrictivas y determina que las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y “siempre en beneficio de la persona”

La interdisciplinariedad diagnóstica y de tratamiento: Des-disciplinar a los disciplinados

Uno de los puntos más relevantes de la Ley Nacional de Salud Mental es que incorpora el requisito de la interdisciplinariedad diagnóstica y de tratamiento para toda persona que va a ser atendida en los sistemas oficiales y privados de salud mental. Para tomar solo este requisito, es importante señalar que existe la urgente necesidad de todos los profesionales de la salud en el conocimiento de los efectos de los psicofármacos, aunque su prescripción quede igualmente en mano del psiquiatra.

Para la capacitación de todo el personal de salud mental en Ministerio Nacional de Salud ha implementado un programa de capacitación semi-presencial, llamado: Salud Mental en el primer nivel de atención. Tiene en su programa el siguiente temario:

1) Introducción Marco de referencia: Ley 26.657 y Plan Nacional de Salud Mental. Epidemiología. Situación actual de los trastornos de Salud Mental. El rol del médico del primer nivel de atención en el contexto de los problemas de Salud Mental. 2) Pautas para el diagnóstico y manejo de trastornos psicóticos. Abordaje de personas con trastornos psicóticos en un primer nivel de atención. Criterios de derivación. 3) Trastornos del estado del ánimo. Depresión y Distimia. Trastorno bipolar. 4) Otros motivos de consulta frecuentes. Trastornos del sueño. Crisis vitales. Duelo. 5) Trastornos de ansiedad. Ataques de pánico. Trastornos por ansiedad generalizada. Trastorno obsesivo compulsivo. Fobias. Trastorno por estrés postraumático. 6) Consumo problemático. Alcohol: identificación de bebedores de riesgo. Otras sustancias psicoactivas. 7) Infante juvenil. Introducción: características de los problemas de salud mental en población infantojuvenil. Trastornos del desarrollo. Trastornos de inicio en la infancia. 8) Promoción del uso racional de los medicamentos en personas con problemas de salud mental. 9) Recursos comunitarios para el abordaje de personas con consumo problemático: redes estatales y no estatales.

En simultáneo con esta capacitación nacional la Organización Panamericana de la Salud se encuentra implementando el curso virtual llamado: *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neu-*

rológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. OMS. 2010. Que tiene como temario: 1. Depresión moderada-grave / 2. Psicosis / 3. Trastorno bipolar / 4. Epilepsia / Crisis epiléptica / 5. Trastornos del desarrollo / 6. Trastornos conductuales / 7. Demencia / 8. Uso de alcohol y trastornos por el uso de alcohol / 9. Uso de drogas y trastornos por el uso de drogas / 10. Autolesión/ Suicidio / 11. Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente / Intervenciones psicosociales avanzadas.

Estos nuevos aprendizajes necesarios para sostener la legitimidad de la Ley de Salud Mental como el Código Civil y Comercial, nos hace decir con Bonaventura de Sousa Santos (2010) que es necesario: *Descolonizar el saber, para reinventar el poder* y promover una ecología de los saberes: Otra epistemología.

Para la legitimación de la Leyes de Salud Mental es necesario enjuiciar al manicomio.

Queremos finalizar con la argumentación del Prof. Dr Benedetto Saraceno. Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Ginebra y siendo Director Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud en el 2007 afirmaba en cada reunión por la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental:

los cuatro argumentos para el enjuiciamiento a la asistencia en el hospital mental son:

- 1) el ético-jurídico: violación de los derechos humanos;
- 2) el clínico: se cronifica un desorden;
- 3) el institucional: relaciones de sumisión y violencia física y afectiva; y
- 4) el económico: bajísima costo-efectividad.

Finalizamos con Giorgio Agamben de su texto *Profanaciones*: “Por esto es necesario arrancarles a los dispositivos -a cada dispositivo- la posibilidad de uso que ellos han capturado. La profanación de lo improfanable es la tarea política de la generación que viene”.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio: Profanaciones. HL editor. Buenos Aires; 2010.

ALEMÁN, Jorge: Horizontes neoliberales de la subjetividad. Grama. Buenos Aires; 2016.

CASTEL, Francoise; Castel Robert y Lovell, Anne: La Sociedad Psiquiátrica Avanzada. El modelo norteamericano (1979). Anagrama. Barcelona; 1980.

COHEN, H. y Natella, G.: *La Desmanicomialización. Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial. Buenos Aires; 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa: Descolonizar el saber, Reinventar el poder. Ediciones Trilce. Montevideo, 2010.

FAGUNDES, Sandra. Águas da Pedagogia da Implicação: Intercessões da Educação para Políticas Públicas de Saúde. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Educação, UFRGS. Brasil, 2006.

FERRO, Rubén O.: “Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad”. *En: Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Rodríguez, Malvarez, González y Levav. (Edits). OPS. Washington, 2009.

FERRO, Rubén O.: Maestría en Salud Mental: Deconstruyendo Mitos, Creencias, Paradigmas y Prácticas en Salud Mental en la Comunidad. Jornadas Internacionales de Salud Pública. Córdoba, 2017.

FERRO, Rubén O.: *Salud Mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad*. Revista de Salud Pública, (XIV) 2 :47-62, Córdoba, dic. 2010.

FOUCAULT, Michel: El Poder psiquiátrico. (1973/1974). FCE. Buenos Aires; 2005.

FOUCAULT, Michel: Nacimiento de la biopolítica. (1978/1979). FCE. Buenos Aires, 2007.

FOUCAULT, Michel: *Tecnologías del yo y otros textos afines* (1988). Paidós. Barcelona, 1990.

FRANCES, Allen: *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Ariel. Buenos Aires, 2014.

GALENDE, Emiliano: *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión del no ser*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2008.

GOLDBERG, David y Huxley, Peter (1980): *La enfermedad mental en la comunidad (1980)*. Edic. Nieva. Madrid, 1990.

HAN, Byung-Chul: *La sociedad del cansancio*. Heder, Barcelona, 2010.

HAN, Byung-Chul: *Psicopolítica*. Heder, Barcelona, 2014.

Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. OMS. Ginebra, 2001.

PASCUALE, Evaristo: *La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia*. Revista Topia. Buenos Aires, setiembre de 2009.

SHYE, Diana: *Autocuidado en Salud Mental*. OPS/OMS. Washington, 1996.

TESTA, Mario: *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación*. OPS/Argentina. Buenos Aires, 1989. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1995.

TESTA, Mario: *Pensar en Salud*. OPS/Argentina. Buenos Aires, 1990.

TESTA, Mario: *Saber en Salud. La construcción del conocimiento*. Lugar editorial. Buenos Aires, 1997.

World Health Organization: *Human Resources and Training in Mental Health*. WHO. Ginebra, 2005.

CARTA HISTÓRIA CASA AMA

Lúcia Ottonelli Crescente¹⁹

Taís Machado²⁰

Sirlei Fátima Gomes²¹



Olá. Eu sou a CASA AMA, AUTO MÚTUO AJUDA.

Nasci a partir de uma ideia da psicóloga Eloa Bagetti, em 2005, depois de uma capacitação em São Leopoldo com profissionais de Trento, Itália.

Em 2006 os profissionais italianos vieram para Ijuí, para uma capacitação, com a metodologia do fazer junto, envolver usuários, profissionais, familiares e comunidade.

Em 2007 profissionais de Ijuí vão até Trento conhecer o trabalho realizado lá. Nasce assim um raio de luz, que logo faria com eu nascesse.

19 Lúcia é enfermeira, apoiadora da Política de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS, Mestre em Desenvolvimento Gestão e Cidadania. Fundadora da ASSAMI - Associação de Saúde Mental de Ijuí. Atualmente é integrante do Colegiado Casa AMA e Funcionária Pública Estadual aposentada.

20 Taís é jornalista, responsável pela AMA Escrever - oficina de incentivo à leitura e escrita na Casa AMA.

21 Sirlei é fundadora e atual presidente da Assami. Protagonista e ex usuária do CAPS Colméia de Ijuí.

Em 2008 acontece a criação da Associação da Saúde Mental de Ijuí, com o objetivo de incentivar o protagonismo de usuários, familiares, profissionais e apoiadores da comunidade, dentro da proposta do fazer juntos e afirmar que é possível mudar, que todos tem potencialidades.

Surgiu como uma necessidade de um espaço para colocarem em práticas estes princípios.

No início tive muita ajuda, principalmente do Lions Clube de Ijuí, minha instituição mãe, que me acolheu e acreditou em mim, viabilizando um valor para o pagamento da reforma da minha primeira morada.

Fui inaugurada então no dia 23 de abril de 2009. Mas o começo não foi fácil. Primeiro as pessoas tinham um pouco de medo de mim, não sabiam quem eu era e porque estava ali.

Hoje estou em um endereço próprio, não necessito mais pagar aluguel, pois o Poder Público cedeu um espaço para mim.

Atualmente acolho mais de 100 pessoas por semana, até a noite e finais de semana já trabalho, mas com agendamento. Com diversos grupos que acreditam que é possível ensinar e aprender, fazer juntos!

Agora a minha sensação é que criei rodas, estou viajando por várias cidades da região. Plantando a sementinha que começou em Ijuí, com as pessoas que acreditaram em mim.

Para que vocês tenham uma ideia, em 2014, foi organizado em Porto Alegre um Seminário Estadual, custeado pela Secretária Estadual de Saúde, que contou novamente com a participação dos profissionais de Trento.

Queria lembrar que a minha base é a Associação da Saúde Mental de Ijuí – ASSAMI, que me dá os rumos da minha função. Espero que tenham gostado da minha história e que esses raios de luz irradiem para todos os lugares e corações!





NOTAS SOBRE A APROVAÇÃO DA LEI E SEU CONTEXTO

Marcos Rolim²²

A Lei nº 9.716, da Reforma Psiquiátrica e da proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, foi aprovada por unanimidade pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, em 30 de julho de 1992, sendo sancionada em 7 de agosto daquele ano. Ela foi a primeira lei de Reforma psiquiátrica a vigorar no Brasil e a segunda na América Latina, tendo exercido uma influência importante nos processos legislativos transcorridos, posteriormente, em outros estados brasileiros que conseguiram também instituir um marco legal inovador na área²³. Ela surge como parte de um amplo processo de mobilização social, construído pelos profissionais de Saúde Mental, por usuários e familiares, no leito do movimento sanitarista brasileiro, em consonância com os esforços reformadores em curso em muitos outros países, notadamente na Itália²⁴.

O primeiro desafio para aqueles que forem contar a história das políticas públicas de Saúde Mental no Brasil será o de situar os debates ocorridos naquele tempo. Afinal, estamos falando de um processo que ocorreu há 25 anos. Desde então, muitas coisas mudaram radicalmente de modo que passou a ser mesmo complicado compreender como as coisas funcionavam. Isso pode nos pregar peças, porque a memória tende a pro-

22 Doutor e mestre em Sociologia, jornalista e pesquisador. Membro do Conselho Administrativo do Centro Internacional para a Promoção dos Direitos Humanos (CIPDH), órgão ligado à Unesco, com sede em Buenos Aires, e presidente do Instituto Cidade Segura (ICS). Foi presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da AL/RS e da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal.

23 Após a aprovação da Lei gaúcha, foram sancionadas leis semelhantes no Ceará (1993), Pernambuco (1994), Minas Gerais, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Norte (1995) e Espírito Santo (1996) (BRASIL, 2004).

24 As denúncias contra o modelo de internação psiquiátrica de natureza manicomial começaram bem antes da reforma italiana e estiveram presentes, por exemplo, no movimento da chamada “Antipsiquiatria” de David Cooper e Ronald Laing, entre outros, já nos anos 60. A mesma perspectiva caracterizou a obra de vários autores, entre eles Michel Foucault cujo clássico “A História da Loucura” foi lançado em 1961.

jetar o passado a partir de conceitos, velocidades e instrumentos contemporâneos.

Em 1992, não havia Internet, por exemplo, nem telefones celulares. A Internet só passaria a ser comercializada no Brasil em 1995, com conexão discada. Os computadores eram trambolhos que ocupavam toda a mesa e era comum se dar um comando no teclado e ir tomar um café para aproveitar o tempo de espera. Os celulares começaram a entrar no mercado a partir de 1993. Lembro que os deputados estaduais do RS receberam os primeiros aparelhos em Porto Alegre, em um comodato com a antiga CRT. Eram geringonças articuladas e com antenas, cujas baterias duravam muito pouco e era preciso carregá-las por horas. Em agosto de 1992, jovens ‘Caras Pintadas’ saíram às ruas para pedir o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello. Na oposição, o PT se destacava na luta contra a corrupção, acreditem. Nos EUA, Bill Clinton, um político vindo do Arkansas, com jeito caipira, foi eleito presidente. No mesmo ano, na África do Sul, ocorreram as primeiras eleições presidenciais após o *apartheid* e Nelson Mandela, que acabara de sair da prisão, foi eleito. Em 02 de outubro de 1992, a Polícia Militar de São Paulo, entrou no Presídio do Carandiru e promoveu um massacre com 111 mortos. Nas eleições municipais daquele ano e nas seguintes, candidatos do antigo PDS, depois PP, passavam a disputar nas convenções o final 111 em seus números, apostando nos benefícios eleitorais que a identidade simbólica com o massacre poderia agregar. Em reação à matança, um grupo de presos do Carandiru fundou uma organização batizando-a como “Primeiro Comando da Capital” (PCC). Em 1992, o São Paulo foi campeão do mundo e Júnior ainda jogava no Flamengo; o Príncipe Charles e Diana oficializaram sua separação, Dercy Gonçalves integrava o elenco de uma novela na TV e Sharon Stone, em “Instinto Selvagem”, havia cruzado as pernas de uma forma, digamos, inesquecível.

O Marco Conceitual da Reforma

As políticas inovadoras de Saúde Mental no Brasil contaram, desde seu início, com um marco conceitual que identificava no modelo hospitalocêntrico o principal obstáculo a ser superado. Os projetos em discussão,

fortemente influenciados pela Reforma italiana²⁵ e pela chamada Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), propunham a construção de outro paradigma, com um modelo de atenção diversificada e de base territorial comunitária. Os mesmos valores passavam a integrar as resoluções tomadas pelas Conferências na área da Saúde Pública e em encontros internacionais.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, por exemplo, realizada ainda antes do processo Constituinte, em 1987, havia elencado, entre outros temas centrais, os seguintes objetivos:

2.2. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.

2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais (BRASIL, 1987).

A expressão “novos hospitais psiquiátricos tradicionais” era, evidentemente, imprópria e suficientemente ambígua, mas expressou, naquele momento, talvez a maneira possível de avançar conceitos em um campo totalmente “minado”. Ao mesmo tempo, o relatório apontava para a necessidade da reorganização dos serviços, com os princípios do novo Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na exigência em favor da democratização materializada pela formação dos Conselhos de Saúde e pela presença dos usuários como protagonistas do controle social. O Relatório também sinalizou claramente sobre a natureza dos novos serviços que não poderiam reproduzir a lógica manicomial em outros espaços:

Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações: a) que não haja prejuízo do

25 Em 1978, a Itália aprovou a Lei 180, de Reforma Psiquiátrica (também conhecida como Lei Basaglia) que estabelece a meta de substituir os hospitais psiquiátricos por serviços de natureza comunitária. O movimento da Reforma sustenta que as pessoas não são recuperadas em hospitais psiquiátricos e que o vínculo entre doença mental e periculosidade não possui evidências científicas. A Reforma italiana, entretanto, só passou a ser implementada dez anos após a aprovação da Lei (ROTELLI et al, 1990).

programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência; b) que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos; c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais (Ob. Cit, 1987).

Havia, também, no marco conceitual destas primeiras definições, a ideia de que a loucura não poderia ser concebida de forma circunscrita a condicionantes biológicos e que, como costuma ocorrer em processos de adoecimento, era necessário estar atento aos componentes etiológicos de natureza social associados à doença mental.

A Declaração de Caracas, de 14 de novembro de 1990, foi outro documento importante para os esforços reformadores. O documento sustentava que, quando o hospital psiquiátrico é o único recurso de atenção à Saúde Mental, isso impede a formação de uma rede de atenção comunitária integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva, com presença nos territórios. Os hospitais psiquiátricos isolam o doente de seu meio, produzindo mais incapacidade social; ameaçam os direitos humanos dos internos e drenam a maior parte dos recursos públicos destinados à Saúde Mental. Nessa linha, a declaração afirmou que as legislações nacionais deveriam ser reformadas para que os Direitos Humanos dos pacientes fossem assegurados, para que se organizassem serviços à altura dessa meta e para que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica fosse realizada “apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais” (BRASIL, 1990).

Há 25 anos, é bom lembrar, não havia Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os hospitais psiquiátricos eram, não raro, o único recurso de atenção disponível. Projetos inovadores vinham sendo construídos já há anos, mas diziam respeito a iniciativas à margem do sistema, quase sempre sustentados pela dedicação de profissionais da Saúde Mental que desafiavam o modelo e que não contavam com o necessário apoio ins-

titucional²⁶. Como resultado, as pessoas que padeciam de doenças mentais não eram tratadas efetivamente. Pacientes em surto psiquiátrico eram internados, muito frequentemente por períodos excessivos, retornando à situação anterior sem qualquer tipo de acompanhamento. Desassistidos estavam e assim permaneciam até a ocorrência de novo surto, ocasião em que eram reinternados. A dinâmica era mantida, sem sobressaltos ou questionamentos, como se fosse natural que um paciente tivesse dezenas de reinternações.

Muito mais grave do que isso, estávamos diante de uma herança manicomial cujos traços de violência e estupidez não eram, ainda, conhecidos do grande público. O modelo havia se estabelecido, na verdade, muito antes que fizesse algum sentido se falar em “direitos civis” dos pacientes. Enquanto boa parte do mundo ocidental passava a questionar o modelo manicomial e a estimular outras formas de atenção, com ênfase na resolutividade e na garantia dos direitos humanos, o Brasil tinha vivido um longo período de ditadura militar onde se investiu fortemente na criação de um parque manicomial privado com aproximadamente 100 mil leitos remunerados pelo setor público, além de 20 mil leitos estatais. Essa estrutura, verdadeira máquina de exclusão social, agenciou uma “indústria da loucura” que enriqueceu muitos donos de clínicas e hospitais, enquanto produzia violações e crimes de toda ordem, incluindo assassinatos, e uma legião de pacientes cronicados.

Tive a chance de inspecionar vários hospitais e clínicas psiquiátricas brasileiras, especialmente quando da realização do projeto das Caravanas Nacionais de Direitos Humanos, em 2000, quando presidi a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara Federal. O que vi, jamais vou esquecer. Ainda hoje, em vários estados, mesmo naqueles onde foram aprovadas Leis estaduais de Reforma, seguimos encontrando situações de desalabro e mortificação dos pacientes, invariavelmente sob o silêncio

26 Uma importante experiência estava sendo desenvolvida desde 1989, por exemplo, em Santos (SP) em um governo cujo secretário de Saúde, Davi Capistrano Jr., havia sido um quadro destacado do movimento sanitarista brasileiro. No RS, na cidade de São Lourenço do Sul, com a iniciativa de alguns profissionais, destacadamente a psicóloga Elsa Timm e o psiquiatra Flávio Resmini, se iniciava uma trajetória que iria construir, em alguns anos, uma referência internacional na atenção em Saúde Mental.

cúmplice das entidades médicas e com a atuação direta de profissionais da psiquiatria dispostos a defender os interesses dos hospitais. Arbex (2013) contou parte significativa dessa história, relatando o horror do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais:

Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam “Ignorados de Tal; (...) comiam ratos e fezes, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados até a morte (Ob cit. p.4).

Branco (2015), a propósito, lembra que o psiquiatra e reformador italiano Franco Basaglia (1924-1980) conheceu a instituição em 1979. Tão forte foi sua impressão, que ele convocou uma coletiva de imprensa para afirmar: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como essa”.

A Colônia chegou a ter mais de 5 mil pacientes nos anos 60 e o total de mortos na instituição, estimado em 60 mil, dá conta de um genocídio. Durante a ditadura, quando era possível que uma internação psiquiátrica fosse realizada até por requisição de um delegado de polícia, o manicômio explorou o mercado da venda de cadáveres, lucrando, silenciosamente, com mais de 1.800 corpos comprados por 17 faculdades de medicina do país (*apud* Branco, 2015). Por décadas, ninguém se interessou em investigar essa impressionante capacidade de produzir cadáveres.

Até meados do século XX, ainda era comum que posições higienistas fossem sustentadas abertamente como se contassem com algum amparo científico. Com o final da Segunda Guerra e com o impacto produzido pelas informações a respeito dos campos de concentração e de extermínio, o eugenismo foi relegado, como discurso pelo menos, ao esquecimento. Os valores morais que o embasaram, entretanto, seguem muito presentes, notadamente em países com frágil cultura democrática e republicana. O fato é que a história dos hospitais e clínicas psiquiátricas no Brasil esteve sempre associada à internação não apenas de doentes mentais em surto, mas de todo o tipo de “internáveis”, a começar pelos pobres em situação de abandono, mas também pelos alcoolistas e usuários de drogas ilegais;

pelos homossexuais, travestis e transexuais; pelas pessoas sem documento, sem eira nem beira; pelos estranhos, inconvenientes e desagradáveis de todo o gênero; pelas jovens solteiras grávidas; pelas prostitutas etc.

Essa história de exílio interno e confinamento, de envio de milhares de pessoas fragilizadas para masmorras montadas para o esquecimento e a dor, não produziu, até hoje, uma posição autocrítica da psiquiatria brasileira. Relevadas as exceções conhecidas na psiquiatria, como a dos alagoanos Nise da Silveira (1905-1999) e Luiz Cerqueira (1911-1984), a postura tradicional sempre foi a de não reconhecer qualquer vínculo entre o horror manicomial e a própria versão autoritária da psiquiatria que muitos profissionais ainda compartilham.

Natural, então, que os esforços em favor de uma nova política de Saúde Mental fossem construídos em torno da negação dos manicômios e que o tema da liberdade e do pleno exercício da cidadania dos pacientes constituísse uma preocupação central. A ideia de que as internações psiquiátricas necessárias devam ser realizadas em hospitais gerais, assumida pela Reforma, refletia também duas outras preocupações importantes. Primeiramente, ela procurava assegurar que os pacientes com sofrimento psíquico contassem com a melhor infraestrutura e retaguarda técnica para a atenção às comorbidades. Pacientes psiquiátricos, afinal, como qualquer outro tipo de paciente, enfrentam problemas concomitantes de saúde e precisam de cuidados especializados que não são disponibilizados em hospitais e clínicas psiquiátricas. Além disso, internações em hospitais e clínicas psiquiátricas facilitam o processo de estigmatização dos pacientes, o que não ocorre quando alguém é internado em um hospital geral.

A Reforma psiquiátrica foi pautada no Brasil muito por conta do papel desempenhado à época pelo Movimento da Luta Antimanicomial, que surgiu ao final dos anos 80²⁷ se colocando o desafio de construir uma “sociedade sem manicômios”. O movimento é, em boa medida, uma continuidade da reforma sanitarista que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), a mais importante conquista brasileira até hoje em direção a

27 A data do “Dia nacional da luta antimanicomial”, o 18 de maio, foi escolhida tendo como referência o Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental ocorrido em Bauru (SP), em 1987.

um Estado de Bem-Estar Social. Foi esse movimento que me “fisgou” em 1990, logo no primeiro ano de meu primeiro mandato como deputado estadual.

O Processo na Assembleia Legislativa

O movimento havia me convidado para participar de algumas atividades em Porto Alegre onde se discutia, entre outros temas, as violações dos Direitos Humanos dos pacientes. Nesse processo, os projetos inovadores em Saúde Mental em andamento no Brasil eram divulgados, o que fomentava a noção de que havia um caminho alternativo possível para o efetivo tratamento das pessoas.

Na Câmara Federal, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) havia apresentado o projeto de lei 3.657/89, cujo centro, definido em seu art. 1º, era a proibição, “em todo o território nacional, da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”²⁸. A segunda mais importante definição do PL, constante em seu art. 3º, tratava das internações compulsórias, propondo a obrigatoriedade de sua comunicação pelo médico que a indicou, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferencialmente à Defensoria Pública. Nos parágrafos desse artigo, o PL definia a internação compulsória como “aquela realizada sem o expresse desejo do paciente” e previa um mecanismo de fiscalização a ser exercido pela Defensoria Pública sobre eventuais internações abusivas.

O projeto de Paulo Delgado cumpriu um papel de extraordinária importância. Graças a ele, o tema da Reforma psiquiátrica chegou à mídia a partir de uma visão propositiva. O projeto causou polêmica e foi objeto de inúmeras matérias jornalísticas e programas de rádio e TV em todo o Brasil por vários anos. O autor, sociólogo e professor universitário mineiro, tinha os requisitos necessários para propor e sustentar publicamente a ideia da Reforma de maneira a contornar simplificações e perspectivas extremadas. Delgado tinha o perfil talhado para cativar a opinião pública em torno de um tema tão complexo e soube fazer isso de forma sofisticada

²⁸ Texto original disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD-29SET1989.pdf#page=30>

da e eficiente. A correlação de forças no Congresso Nacional, entretanto, não permitiu que o projeto original de Paulo Delgado fosse aprovado. A Lei nacional da Reforma (Lei 10.216)²⁹ foi aprovada apenas em 2001, a partir de um substitutivo apresentado no Senado. Seu texto assinala avanço inegável, especialmente no contexto legislativo federal marcado, até então, pela ausência de um marco legal. Não obstante, o avanço obtido ficou muito aquém dos objetivos da Reforma, sendo que nenhuma das duas disposições centrais do projeto original mencionadas (proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos ou ampliação de vagas nos já existentes e criação de um mecanismo de controle sobre internações abusivas) foram mantidas no texto aprovado.

A decisão de apresentar um projeto de lei de Reforma psiquiátrica no RS surgiu de uma circunstância casual. Já acompanhando o movimento da luta antimanicomial, discuti com alguns profissionais da área as possíveis repercussões de uma notícia veiculada pela imprensa gaúcha que dava conta da possível venda da área do Hospital São Pedro pelo governo do Estado. Lembro, especialmente, de uma conversa com a psicóloga Carmen Oliveira, que manifestou a preocupação de que uma medida dessa natureza – que implicaria na transferência de centenas de pacientes asilares para outras instituições – poderia ser o mesmo que uma sentença de morte para muitos deles. No mais, estava em andamento, na época, um conjunto de esforços para que o Hospital São Pedro fosse reformado e perdesse suas características manicomiais³⁰. No debate desse tema, pareceu claro que o Parlamento poderia impedir aquela intenção, caso ela se confirmasse. A partir desse ponto, a ideia de um projeto de lei que cumprisse no RS o papel que o projeto de Paulo Delgado estava cumprindo nacionalmente pareceu uma iniciativa relevante.

29 Texto completo disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

30 Tal movimento redundou no projeto “São Pedro Cidadão”, aprovado em 1993 pelo Conselho Estadual de Saúde que procurou garantir aos pacientes moradores do Hospital a construção de projetos de vida, trabalho, saúde e inserção social. O projeto deu origem a casas de passagem, apartamentos de transição, e a várias outras reformas, incluindo a construção de Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias para idosos e para portadores de deficiências.

Com o aval do Movimento da Luta Antimanicomial, apresentamos o projeto de lei que dispunha sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Tratava-se, a rigor, de uma versão do projeto de Paulo Delgado, com uma diferença radical: o processo de “extinção progressiva” deixava de ser uma diretriz para se transformar em uma meta a ser alcançada em cinco anos.

O espaço para que um projeto dessa natureza, apresentado por um parlamentar do PT (integrante do campo minoritário de oposição), prosperasse na Assembleia Legislativa do RS era muito reduzido. A resistência à ideia, como se poderia esperar, foi muito forte, especialmente aquela oferecida pelos donos das clínicas e hospitais. O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – SIMERS – sob a eterna liderança de Paulo de Argollo Mendes, encampou a luta contra a Reforma, papel que desempenha até hoje.

O governo Collares, entretanto, não assumiu posição sobre o projeto (o que, no Parlamento tem o significado para os partidos da base de apoio de que o tema está “em aberto”), e um dos seus parlamentares, o então deputado Beto Grill, apresentou um projeto em defesa das pensões públicas protegidas, tema que se encaixava na linguagem da Reforma. 1992 foi também o ano da II Conferência Nacional de Saúde Mental, cuja plenária final ocorreu em dezembro. O governo do estado bancou a realização da conferência estadual (em junho), o que promoveu inúmeras conferências municipais no primeiro semestre, deflagrando um processo de intensa mobilização no RS em torno da reforma psiquiátrica. Participei de muitos desses eventos, debatendo o projeto e era perceptível que havia, na sociedade, um amplo espaço para o questionamento do modelo manicomial e uma energia transformadora evidente entre os profissionais comprometidos com os princípios do SUS.

Paralelamente, inúmeras atividades de mobilização social em torno da possível votação do projeto da reforma foram realizadas. Atos de rua, panfletagens, caminhadas, debates e grandes eventos liderados pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Antes disso, em outubro de 1991, reali-

zamos, com os trabalhadores da Saúde Mental, na Assembleia Legislativa (ALRS), o “Seminário Internacional de Saúde Mental”. O evento contou com a participação especial do psiquiatra Franco Rotelli, um dos pioneiros da Reforma Italiana, colaborador de Basaglia, e que havia reformado os serviços de Saúde Mental em Trieste. Aproximadamente duas mil pessoas participaram do evento. Depois do plenário da Casa ficar superlotado, foi necessário dispor de um telão para acompanhamento simultâneo em um dos saguões da ALRS por centenas de pessoas que não haviam conseguido lugar. A mobilização social pela Reforma havia se transformado em pressão sobre o Parlamento.

O Substitutivo

Na reta final do processo legislativo, quando já havia condições regimentais para pautar a votação do projeto, um novo acaso iria redefinir o processo. Eu havia sido convidado para participar, em Buenos Aires, de um seminário que iria debater a experiência de atenção em Saúde Mental da província de Rio Negro, na região patagônica, que acabara de conseguir aprovar, em setembro de 1991, uma lei de Reforma psiquiátrica (Lei estadual 2440), chamada “Lei de Promoção Sanitária e Social das Pessoas que Padecem de Sofrimento Mental”. Naquela região, desde 1985, sob a liderança do Dr. Hugo Cohen, se desenvolvia um conjunto de iniciativas inovadoras que alcançaram impressionante êxito. Leitos psiquiátricos foram abertos em hospitais gerais, mesmo quando não havia psiquiatras ou psicólogos à disposição. Nessa experiência, se resolvia 95% dos casos sem internação. Gradualmente, uma política efetiva de atendimento passou a existir e a realidade manicomial foi se desconstituindo, processo que terminou resultando na transformação do Hospital Psiquiátrico Allen em Hospital Geral (MARAZINA, 2011). O primeiro artigo da Lei 2440, aliás, já tornava muito evidente seu conteúdo:

A recuperação da identidade, dignidade e respeito da pessoa humana com sofrimento mental, expressada em termos de sua reinserção comunitária, constitui o fim último dessa lei e de todas as ações que dela depreendem.

Com as informações colhidas em Buenos Aires e após ter tomado

conhecimento do texto da Lei de Rio Negro, percebi que o projeto de lei que eu havia apresentado padecia de um “pecado original”. Ele pretendia assegurar a reforma de um modelo assistencial, definindo burocraticamente um prazo para a extinção dos manicômios sem se dar conta de que mudanças dessa natureza devem ser resultantes da construção de uma rede de serviços resolutivos. A extinção dos manicômios, então, deveria ser concebida como uma decorrência da afirmação de um novo caminho, não como seu pressuposto fático. Era um pressuposto teórico e moral, evidente, e, nesse sentido, deveria orientar uma política pública que sabe onde quer chegar. O erro foi propor o resultado como se ele pudesse ser imposto por força de lei e não por serviços de qualidade superior.

No retorno à Porto Alegre, preparei um substitutivo ao meu próprio projeto e propus ao deputado Grill que o novo texto fosse apresentado como um substitutivo por fusão, incorporado também o projeto dele. Não foi uma decisão fácil porque, até então, eu havia atuado no Parlamento, nessa matéria, como um representante do movimento social. Não havia tempo hábil para refazer todos os debates e reelaborar o projeto em um fórum participativo. No Legislativo, o tempo tem uma dimensão própria que envolve uma complexa tramitação e, especialmente, “janelas” de oportunidade política. Havia uma janela e eu a identifiquei nas intermináveis negociações com as diferentes bancadas. Era necessário tomar uma iniciativa capaz de construir a maioria necessária e, ao mesmo tempo, manter a essência transformadora do projeto da Reforma. Dificilmente, aliás, ainda que houvesse a chance de rediscutir o projeto, o Movimento da Luta Antimanicomial teria promovido um consenso em torno de uma solução nos termos da lei de Rio Negro. Para algumas das lideranças da época, aliás, o substitutivo assinalava um recuo e um erro tremendo. Eu tinha certeza de que não era assim e, por isso, assumi a responsabilidade pelo texto e pelo resultado.

Quando os deputados tomaram conhecimento do substitutivo, o clima na ALRS mudou e o governo sinalizou que sua bancada (PDT) votaria favoravelmente. Isso ainda não assegurava a maioria, mas, a depender da composição da sessão de votação, poderíamos alcançá-la, porque o substitutivo permitiu um realinhamento de forças e os deputados contrá-

rios ao projeto eram, agora, em mesmo número daqueles que o apoiavam. Tudo seria definido no detalhe.

No dia da votação, estávamos com uma planilha com o nome de todos os parlamentares e, até minutos antes da votação, não se sabia ao certo qual seria o resultado. Até que, confirmadas as presenças na sessão, as contas “fecharam” e todos puderam saber que o projeto seria aprovado com a diferença de....um voto!

Ocorreu, então, para minha surpresa, um curioso movimento: os principais opositores do projeto me comunicaram que votariam favoravelmente, sendo que, quase todas as bancadas o subscreveriam em coautoria. Diante da derrota certa, os críticos do projeto preferiram compartilhar a vitória.

Ao final, o substitutivo teve a assinatura dos seguintes parlamentares: Marcos Rolim (PT), Beto Grill (PDT), Quintiliano Vieira (PMDB), José Westphalen Corrêa (PDS), Beto Albuquerque (PSB) e Jussara Cony (PCdoB) e o projeto foi aprovado por unanimidade, o que conferiu à nova Lei uma força ainda maior.

De lá para cá, muitas coisas ocorreram e várias tentativas já foram feitas para tentar acabar com a Reforma no RS. Particularmente a demanda criada pelas internações judiciais de dependentes químicos (álcool e crack, fundamentalmente) em hospitais psiquiátricos ofereceu a senha para um discurso demagógico e mentiroso contra a Reforma, responsabilizando a lei estadual pela “falta de leitos”. Primeiro, a lei não determinou qualquer redução de leitos psiquiátricos. Pelo contrário, determinou a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Segundo, a lei estimulou a abertura de serviços de atenção em Saúde Mental no estado o que, concretamente, reduziu a demanda por internações psiquiátricas, prevenindo a ocorrência dos surtos. Terceiro, hospitais psiquiátricos são espaços inadequados para o tratamento da drogadição. O Brasil se ressentiu de políticas públicas eficientes nessa área, possui poucos espaços públicos habilitados a tratar dependentes químicos e ainda resiste a estratégias como a redução de danos. Como é sabido, a lei gaúcha proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos no RS e a ampliação dos existentes. Esse comando é o prin-

principal problema criado no estado para a indústria da loucura, o que significa que outras tentativas serão feitas em busca do retrocesso. Nacionalmente, as cartas já foram postas e o que os reacionários almejam é uma política de “Casas Verdes” para a internação compulsória de usuários de drogas. Mais uma vez, será preciso resistir.

No Rio Grande do Sul, nesses 25 anos, a Reforma tem sido implementada, com avanços e recuos, a depender do grau de ilustração e compromisso dos diferentes governos. Vem da sociedade civil e dos profissionais da área, entretanto, sua força maior. Entidades como o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e os Conselhos regional e nacional de Psicologia têm cumprido papel de destaque, monitorando as políticas públicas e denunciando as tentativas de retrocesso. Ao mesmo tempo, outras articulações, como o “Mental Tchê”, em São Lourenço e o “Orgulho Louco” de Alegrete, reúnem milhares de pessoas “loucas pela vida”, em atividades de formação e exercício da cidadania, o que tem construído a Reforma com mais efetividade que o Estado.

Aos Loucos de Todo o Gênero

Encerro, reproduzido aqui, um texto que foi, no momento de debates na ALRS, importante. O disse em junho de 1992, em um “Grande Expediente”, oportunidade da sessão em que um parlamentar pode se manifestar por um tempo maior. Penso que ele ilustra alguns dos nossos desafios.

Sr. Presidente,

Srs. Deputados,

Sras. Deputadas:

Eduardo Galeano escreveu que um índio, que vivia na praça de um povoado latino-americano, passava seus dias loucamente tocando um violão imaginário. Certa vez, um senhor consternou-se com o que julgara ser o sofrimento para aquele ser humano; afinal, de maneira quase convulsa, o índio procurava extrair um som de algo que não existia. Aproximou-

-se, então, do louco e presenteou-o com um violão de verdade. O índio examinou o instrumento e acabou por colocá-lo escorado no banco onde estava sentado. Agradeceu ao desconhecido e gentil homem dizendo-lhe: -“Obrigado. Agora, eu tenho dois”. E continuou a tocar seu instrumento imaginário.

A ajuda pragmática proposta ao índio não teve, em si mesma, qualquer efeito mensurável. Certamente, foi de mais valia a aproximação, a tentativa radicalmente humana de buscar um entrelaçamento, uma troca talvez impossível entre a razão e a desrazão. A história só reafirma o que já deveríamos saber, que na imaginação o corpo é incorpóreo, o invisível é visível e os resultados independem dos elementos físicos presentes na cena da praça. Mas ela trata, também, sobre a forma como vemos o mundo. Não se trata de discutir sobre a maneira de se extrair som de um objeto; sim de saber qual a postura possível para que nas fronteiras da normalidade se produza um diálogo solidário.

Medindo essas fronteiras e indo além delas, podemos renascer e revisar nossos consolidados conceitos. Algumas vezes, mesmo quando pensamos em presentear um violão, podemos estar pondo fim ao sonho de um músico de nossas praças, de um imaginador que, sabe-se lá a custa de que metodologia, atingiu o mais buscado elemento por aqueles que elaboraram irretorquíveis sinfonias: o contraponto entre o que é audível e o que não é, entre o som e o silêncio, entre a paixão e a fúria. É no apaixonado silêncio, no vazio das notas, onde as sinfonias são escritas e, sempre, de forma anormal. Raro é encontrar – nos dias que seguem – quem busque travar contato entre um silêncio e outro atrás de uma sonoridade; essa ousadia ímpar dos seres humanos costumamos apaga-la em nome da simples repetição do já ouvido, em nome da normalidade.

Por ousadias semelhantes, Van Gogh foi enclausurado. Ele trabalhava a cor que não havia, a tela que não existia, a realidade impossível. Para Van Gogh o mundo existe em trepidação; seus paradigmas estão desassentados, há corvos sobre os trigais e ruelas que avançam para dentro de nossas cabeças. Pressionado, ele não cedeu ao sonho padronizado, à imaginação serial, aos acabamentos ditados por uma estética vencida em sua genialidade. Colhendo e acumulando em medas o espanto, a vertigem, o contorcimento, a saga humana manejada, a chuva azul, densa e

paralisada contra o céu de seu tempo, Van Gogh passou como a chuva que não passa. Hoje, é elementar falar em seus sofrimentos e nos colocamos em uma posição “madura” para compreender os exageros de sua alma e reconhecer que seu gênio lhe impôs uma desgraça constante. Assim, a cada leilão de suas obras, é como se a humanidade purgasse suas culpas em lances de milhões de dólares. Com a nossa própria soberba procuramos apagar a angústia do trágico mestre que só necessitava de tintas, alimentos e corvos sobre trigais.

Machado de Assis, no final do século XIX, escreveu o conto “O Alienista”, onde trata do Poder e da Loucura. Na cidade de Itaguaí, o médico Simão Bacamarte constrói um hospício e lhe dá o nome de “Casa Verde”. É nesse espaço que Simão Bacamarte brinda o mundo com experiências no campo da Saúde Mental, das quais seria possível rir estivéssemos nós apenas diante de uma ficção literária. Para a Casa Verde, respaldado pela ciência e pela Lei, o médico passa a enviar aqueles considerados “doidos” em suas mais amplas diagnoses: os mansos, os furiosos, os monomaniacos, os desesperados de espírito. Em Itaguaí e redondezas ninguém escapou de suas mãos. Em um só prontuário, estava toda a Câmara de Vereadores sendo avaliada e seus pares devidamente enredados nos cubículos do sanatório. Simão Bacamarte, após vasculhar a intimidade de toda a população, sente que lhe foge a gênese da loucura e acaba por se autointernar, em nome de uma doutrina nova cujo primeiro exemplo era ele próprio.

Na vida real, neste país, foi um Decreto Lei de número 24.559, de 3 de julho de 1934, que pretendeu oferecer o respaldo pelo qual a vida imita a arte. É este documento, jamais revogado por qualquer lei, que instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, que tratou da loucura consagrando o princípio da exclusão, que permitiu que, em nome da moral e da ordem pública, qualquer ser humano fosse interdito nas aterrorizantes Casas Verdes que se espalharam e multiplicaram.

Goethe, no célebre Fausto, fala várias vezes em loucura e seu personagem, que toma para si o desafio de suprimir as pegadas da trilha da normalidade, dialoga diretamente com Mefistófeles, um espírito diabólico, real e audível. Ao pactuar com o demônio, adverte Fausto:

“- Entendamo-nos bem. Não ponho eu mira na posse do que mundo

alcunha gozos. O que preciso e quero é atordoar-me. Quero a embriaguez de inoportáveis dores, a volúpia do ódio, o arroubamento das sumas aflições. Estou curado das sedes do saber; de ora em diante, às dores escancarado esta alma. As sensações da espécie humana em peso, quero-as dentro de mim, seus bens, seus males mais atrozes, mais íntimos, se entranhem aqui onde, à vontade, amente minha os abrace, os tasteie; assim, me torno eu próprio e humanidade; e se ela ao cabo perdida for, me perderei com ela”.

O tema da loucura encanta quem o toca. Ao abordar a loucura – alerta-nos Galeano, Machado e Goethe -, não devemos prescindir dela. Ela não invade apenas os outros como pensou o médico Bacamarte. Ela é em nossas vidas às vezes um acaso, às vezes uma necessidade. Tocá-la pode ser irreversível; desconsiderá-la será lamentável. Ela transita nos sábios e nos honrados pares; elege imperador o sapateiro que pensou ser a vida uma sucessão de solas de sapato; transporta para a glória aquele fracassado pintor que soube acenar com fornos crematórios a uma Alemanha empalidecida. A loucura é capaz de legislar e consagrar, ainda que temporariamente, um incêndio para a diversão dos monótonos romanos, exauridos pelo tédio das conquistas. A loucura, quando desdenhada e posta a reboque de uma monumental farmacopeia, pode deixar marcas em gerações. Como naquele país, àquela época, quando os meses já não coincidiam com os dias, as férias com o verão, as salas de aulas com os alunos, os professores com os colégios, os colégios que, finalmente, se bastaram no vazio dos quadros negros.

A loucura, por outro lado, não é um formidável privilégio. A loucura é um sofrimento que pode ser minimizado. O primeiro requisito para esta tarefa talvez seja tão imaterial quanto a própria enfermidade: a compreensão capaz de promover a liberdade radical, essa que não cessa mesmo quando o arbítrio está comprometido, essa que não pode ser sedada, nem presa a um catre o onde quer que seja.

Ainda hoje, há quem imagine loucamente que os manicômios devem ser mantidos. A todos esses que sustentam modernamente a clausuram o confinamento, deve-se lembrar o quanto é comum a expressão “Estão me deixando louco”. Difícil, novamente, é seu contraponto: “Estão me tirando da loucura”. Sim, porque o modelo manicomial só é capaz de produzir

mortificação; ele reduz o doente à sua doença e pensa ser possível enfrentar a segunda sem conhecer o primeiro.

A loucura talvez seja um atalho utópico à utopia, um jogo de espelhos onde o infinito se ausentou. A loucura descreve um grito deslizando sobre um vidro sem ângulo e sem superfície, suspenso, sem atrito, sem sinal. Ela é o somatório de todos os baldios; é o vazio superlotando-se de vazios. E se é preciso recorrer às metáforas para descrevê-la, talvez seja porque a poesia é a loucura das palavras. Ao centro está um ser humano de olhar rente e disperso, um ser sem aceno, pleno ao centro do seu sol.

Tenho aprendido com muitos profissionais da saúde mental que é possível construir com os loucos um caminho de retorno. Mais do que isso: tenho conhecido muitos loucos que voltaram a brilhar depois que lhes foi oferecido a possibilidade do respeito, do carinho, do exercício da sexualidade. Muitos deles ultrapassaram o dócil “maluco beleza” que gostaríamos de ter como confrade em uma mesa de bar. Foram, na verdade, os “malucos dureza”, servidos à mesa da medicina tradicional que os despiu dos seus dolmãs de Napoleão e os remeteu à fome das paredes das celas sem luz, para os rígidos horários, para os abusos medicamentosos e para os choques elétricos. Na clausura absoluta, destinados à mutilação e ao mutismo, estiveram a sós e nus com sua própria sorte, penalizados por deixarem-se levar pelo canto das sereias quando no passado de suas vidas, ainda era tempo de se atarem aos mastros de suas frágeis embarcações.

É para lá que os remeteremos? É lá que os queremos? Acreditamos que não. Que é preciso comungar a alucinação de Fausto. Assim me incluo na multidão de sonhadores, dialogo com meus tormentos e os quero humanos. Visito o arroubamento e também escancaro minha alma para as aflições mais atrozes. A derrubada dos muros faz parte do meu pacto com Mefistófeles, em ampla geografia; penso que ela me define de Berlin ao São Pedro. O fim dos manicômios está como um “sonho delgado” para que possamos transitar na multiplicidade dos labirintos propostos por Jorge Luís Borges. Ele, que com apenas dois espelhos, mostrou a um gaúcho curioso o infinito. Comungo com todos os curiosos do universo a esperança de que os sofrimentos psíquicos possam ser minimizados à flor

da terra, a olhos vistos, ao relento das praças, nas ruas de nossas cidades. Levar para os antros os astros fugidios em seus pesadelos não está na minha imaginação, não faz parte da minha loucura.

Perdida a possibilidade de livremente tratarmos os que sofrem psiquicamente, mesmo quando evoluímos em meios e métodos os quais não possuíam os contemporâneos de Van Gogh, é aceitar um retrocesso ao tempo onde os muros floresciaam como as rosas em um jarro de natureza morta, onde a humanidade só era viável intramuros, protegida não se sabe de que, mas certamente dela própria. Perdida essa possibilidade, sim, me perderei com ela.

Muito obrigado.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro – vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRANCO, Thayara Castelo. **O Holocausto manicomial: trechos da história do maior hospício do Brasil!**. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2015/03/05/o-holocausto-manicomial-trechos-da-historia-do-maior-hospicio-do-brasil/>

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final**. Centro de Documentações do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1987.

_____. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**, 5ª edição, ampliada. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf

MARAZINA, Isabel Vitória. **A Saúde Mental Pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de Saúde Mental de Argentina e Brasil**. Tese de doutorado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo. 2011.

ROTTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota de, MAURI, Diana, RISIO, C. de. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucietec, 1990.

**PITACOS SOBRE A 1ª LEI ESTADUAL
DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**



PITACOS SOBRE A 1ª LEI ESTADUAL DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Silvio Yasui³¹

Os anos iniciais da Reforma Psiquiátrica brasileira foram marcados por movimentos de trabalhadores, gestores e usuários que se articulavam em diferentes frentes: na invenção de novos serviços; na crítica radical ao modelo hospitalocêntrico; na ação em diversos espaços sociais com o tema da loucura; nas grupos que se formavam em torno de associações; nas apostas em trabalhos coletivos e cooperados; e na ocupação de espaços da gestão buscando construir um arcabouço legal que ratificasse e legitimasse este complexo processo. Em 12 de setembro de 1989, o projeto de lei PL 3.657/89 foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado e, em 14 de dezembro do ano seguinte, aprovado pela Câmara dos Deputados. Seguiu-se uma longa tramitação no Senado Federal que redundou em um substitutivo que modificou substancialmente a proposta ousada presente no projeto original.

Delgado (1992) analisa algumas questões implicadas no debate legislativo sobre a cidadania do louco e aponta 4 propostas fundamentais que o Projeto Lei continha em seus artigos: deter a expansão dos leitos manicomialis; propor um novo tipo de cuidado; propor uma nova rede de serviços; e o fim das internações anônimas. A lei aprovada em 2001 cita timidamente a questão da internação propondo que seja utilizada em último recurso, não é genérica no que se refere as propostas de um novo tipo de cuidado e de uma rede de serviços e se estende em boa parte de seus artigos na regulação da internação. Por outro lado, o debate do projeto de Lei Paulo Delgado, incentivou os atores da Reforma Psiquiátrica na década de 1990 a se articularem e proporem legislações próprias nos estados e nos municípios.

31 Psicólogo, Livre Docente em Psicologia e Atenção Psicossocial, doutor em Saúde Pública, docente do curso da graduação e da pós graduação em Psicologia da Unesp-Assis, SP. Índio velho da Reforma Psiquiátrica.

Um dos primeiros estados a avançar de modo muito potente foi o estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1992 com a promulgação da lei n.º 9.716, de 7 de agosto de 1992. Seu *caput* já demonstra que as principais questões do projeto Paulo Delgado estão presentes: a lei dispõe “sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências”.

Em tempos sombrios como estes que atravessamos 25 anos após sua promulgação, é importante revisita-la como uma inspiração para que os movimentos atuais busquem revigorar no cotidiano dos serviços, nas ações macro e micropolíticas dos atores envolvidos na Reforma Psiquiátrica, um movimento de resistência e de enfrentamento ao plano de desmonte que se apresenta.

Se não construímos uma lei federal ideal, temos a exemplaridade de legislações como a do Rio Grande do Sul que apontam, como se diz neste Estado precursor, que *só quem tá morto é que não peleia!*



RIZOMAS DA FORMAÇÃO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA: EDUCA-SE PARA O CUIDADO EM LIBERDADE?

Simone Mainieri Paulon³² e Carmen S. de Oliveira³³

Eu não sei nada sobre a loucura, eu não sei nada sobre este homem ou esta mulher que está na minha frente e vive em um manicômio. (BASAGLIA, 1961)

O mais conhecido mote da luta antimanicomial pode ser sintetizado na máxima basagliana de que “a liberdade é terapêutica”. Esta afirmação traz um duplo impasse para a formação dos trabalhadores em saúde mental: o primeiro diz respeito a colocar a liberdade como o foco do cuidado, uma vez que se trata de um conceito polissêmico e controverso; o segundo desafio se refere às possibilidades de construir ferramentas pedagógicas que abarquem a complexidade deste tipo de cuidado.

Os coletivos que sustentaram a implementação da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul vieram constituindo formas singulares de enfrentamento a estas duas questões. O texto que aqui se inicia busca resgatar fragmentos deste percurso, a título de apontar quais contribuições foram dadas por alguns dispositivos de formação ao processo de desinstitucionalização da loucura no estado.

Partimos da premissa de que o modelo assistencial, tendo a liberdade como foco, confronta um saber técnico e especializado que historicamente tutela a vida do usuário dos serviços de saúde mental. A lógica que sustenta o novo paradigma de cuidado é a constatação de que o rompimento dos laços sociais produzido pelo isolamento manicomial não traz nenhum benefício terapêutico ou social e, ainda, resulta em cronificação para os usuários com todos os ônus dela decorrentes, alimentando o círculo vicioso da estigmatização. Em contrapartida, há evidências fartamente com-

32 Psicóloga, Mestre em Educação (UFRGS), e Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Docente/Pesquisadora do PPG de Psicologia Social da UFRGS e integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

33 Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Ativista da luta antimanicomial e dos direitos humanos.

provadas nos estudos produzidos neste campo (AMARANTE, 1994/1996; BASAGLIA, 1985; OPAS, 2001; DESVIAT, 2011) de que uma rede diversificada e ampliada de cuidado com base comunitária favorece a reinserção social e é por isto recomendada por organismos internacionais como o modelo de atenção mais adequado desde os anos 80³⁴.

Contudo, a transição de um modelo de atenção em saúde mental tutelar, característico dos manicômios, para um modelo psicossocial e com base territorial não tem sido uma tarefa simples no Brasil. Chama a atenção a sobrevivência de estabelecimentos manicomial, ou mesmo sua renovação (na forma das chamadas “comunidades terapêuticas”, por exemplo) em pleno século XXI. Os investimentos que têm sido feitos por algumas gestões públicas contrastam com as evidências do fracasso do empreendimento asilar.

Por isto, vale reforçar o quanto a constituição de uma rede de atenção que subsidie o cuidado em liberdade requer um enfrentamento, antes de tudo, com o processo de desinstitucionalização da loucura, bem mais amplo e produtor de resistências do que a desospitalização restrita ao mero fechamento de estabelecimentos manicomial. Desinstitucionalizar a loucura, neste sentido, implica inevitavelmente um complexo processo de muitas desconstruções de lógicas e valores historicamente construídos, a começar pelo medo à diferença que o louco e a loucura nos apresentam.

Formar para esta tarefa vai requerer, portanto, incessantes desinstitucionalizações. Aceitando o desafio, este texto parte de tentativa de explicar o conceito de desinstitucionalização que orienta os processos formativos da Reforma Psiquiátrica no RS. Na sequência, percorre algumas das estratégias que foram utilizadas na política de formação dos trabalhadores desta área e finaliza apontando algumas singularidades que identificamos no modo como esta política foi construída no estado.

34 O documento que tomamos como marco histórico para referência internacional é a Declaração de Caracas (1990), da qual o Brasil é um dos países signatários, comprometendo-se a implementar políticas de saúde mental inseridas na comunidade e com vistas à progressiva extinção dos manicômios. Antes disso, em 1971, a ONU já se manifestara em declaração acerca das pessoas com prejuízos decorrentes de uma enfermidade mental e novamente em 1983, através de sua Comissão Internacional de Direitos Humanos, ao estabelecer princípios, diretrizes e garantias para a proteção de pessoas em privação de liberdade em função de doenças ou desordens mentais.

Uma Outra Compreensão da Loucura, Uma Nova Concepção de Liberdade

Como Foucault demonstrou largamente em seus estudos (1978, 1998) a história da relação da humanidade com a loucura é muito mais longa e diversa do que o capítulo contado pela psiquiatria acerca de como lidamos com a radicalidade da diferença que o louco nos apresenta. Ao fazer da loucura um problema de saúde e do poder psiquiátrico uma de suas ferramentas, o tratamento moral dispensado aos desarrazoados afirmou-se como poder normalizador sobre os modos de viver. A transformação da desrazão em doença mental foi apenas um dos desdobramentos a que o desenvolvimento do poder disciplinar levou a sociedade moderna. Neste sentido, a análise genealógica empreendida pelo autor nos ajuda a compreender a loucura no contraponto da subjetivação idealizada pelo homem moderno: sujeito da razão, dono de si e centro do universo. Como afirma Pelbart (1989, p.61) fazendo referência ao texto em que Foucault examina esta questão (1978): “A alteridade da loucura foi trazida para o interior de uma dialética em que o homem ‘só encontra sua verdade no enigma do louco que ele é e não é (...)”.

Rotelli (2008)³⁵ alertou para isto, em conferência proferida por ocasião da abertura dos 25 anos do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da FIOCRUZ enfatizando que as palavras de Basaglia acerca de sua reiterada ignorância sobre o louco sempre funcionaram como mote dos atores que com eles operaram a psiquiatria democrática italiana levando a cabo o fechamento de todos manicômios naquele país, a partir de 1978. “Não posso responder às necessidades de uma pessoa se não conheço estas necessidades. E também não posso intervir se não tenho o poder para fazê-lo. E então, a formação que precisamos é a formação para construir novas instituições” (p. 40), afirmou o palestrante. Ao focar a importância da formação nos processos de desinstitucionalização requeridos para implementação das Reformas Psiquiátricas, tanto italiana quanto brasileira, acrescentou: “Mas a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas sós. A liberdade é um fato coletivo. É

35 Psiquiatra italiano, participante à primeira hora da equipe que, junto a Basaglia, desencadeou a Reforma que viria a inspirar a Lei brasileira (10.2016).

preciso que estejamos juntos para sermos livres, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais” (p. 41).

Esta é uma concepção da liberdade que vem ao encontro do defendido por Kinoshita (1996) quando argumenta a favor da reabilitação psicossocial como reconstrução de valor social dos sujeitos. Distanciando-se de um modelo de liberdade sustentado pela lógica neoliberal, Kinoshita entende que a questão da liberdade não pode ser vista na lógica quantitativa, pois somos todos dependentes de relações e, desta forma, somos tão mais autônomos quanto mais dependermos de variadas relações – seja com coisas, pessoas, sentimentos etc.

Acompanhando tal compreensão, apontamos a desinstitucionalização do especialismo como fundamental entre os enfrentamentos a serem feitos para a construção de uma rede de cuidados que se façam efetivamente em liberdade. Deslocar o foco do cuidado de um saber já dado e especializado sobre a loucura (saber psiquiátrico) para um saber a ser construído coletivamente, incluindo este que por ser louco foi historicamente alijado do poder de interferir nos próprios destinos, implica uma profunda transformação na relação que nós modernamente vimos estabelecendo com a loucura. “Então vejamos quantas coisas devemos aprender!”, enfatiza Rotelli (2008): “Para nos formarmos é preciso modificar as instituições porque elas não estão interessadas nestes objetivos; as instituições não se interessam pelo crescimento da liberdade dos indivíduos, não estão interessadas na emancipação.” (Op. Cit, p. 42)

Importante frisar que a concepção de liberdade trazida por estes autores não se confunde com a perspectiva neoliberal centrada em um indivíduo que se pretende “livre” das amarras sociais. Ao contrário, os dois psiquiatras apontam para as possibilidades de construção coletiva da liberdade que, não por acaso, é o foco organizador do trabalho no modelo de atenção psicossocial, com suas decorrentes características: o cuidado em rede, interdisciplinar, com base territorial e a relação de co-responsabilidade entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores (YASUI, 2010).

Quais seriam os processos pedagógicos a operar como agenciadores na formação de trabalhadores nesta perspectiva? Que estratégias pode-

riam ser usadas para deslocar o lugar do especialista para que opere, a um só tempo, a desinstitucionalização da loucura e de seu saber técnico acerca da loucura? Decorridos 25 anos de nossa Reforma Psiquiátrica no estado, quais os desafios que estão postos para as novas gerações de trabalhadores da saúde mental?

Decidimos agregar esta última interrogação, pois Bezerra Júnior (2007) alerta para o fato de que os novos profissionais não viveram os marcantes encontros no Brasil com os reformadores históricos, tais como Basaglia, Foucault, Rotelli e Guattari e tampouco experimentaram o processo de redemocratização que viabilizariam as reformas psiquiátrica e sanitária nos anos 80.

Para a primeira geração de profissionais envolvida na construção da Reforma, o pano de fundo político e ideológico em que esta construção se dava era claro, até porque ele abarcava várias outras áreas da vida social, como a luta contra os resquícios do regime militar e os movimentos reivindicatórios de setores sociais. O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante. (BEZERRA Jr, 2007, p. 245).

Num momento em que o pano de fundo político e ideológico do país assume estranha similaridade com o período autoritário³⁶ que deixara

36 Só para citarmos um exemplo dos retrocessos políticos a que aqui se faz referência, na semana em que finalizamos este texto (31/08/17) a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em reunião com Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass, e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, apresenta proposta de ampliação de hospitais psiquiátricos no país, contrariando a legislação vigente e gerando polêmica entre sanitaristas e pesquisadores, como pode ser visto na “Nota em defesa da Reforma Psiquiátrica e de uma política de Saúde Mental digna e contemporânea” publicada pelo grupo de pesquisadores da Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, acessível em <https://www.abrasco.org.br/site/ocultar-home/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatrica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/>

suas marcas nas instituições e sujeitos que as habitavam/alimentavam durante a longa ditadura militar, subjetivados pelo medo e submissão às regras, parece-nos da maior relevância que se retome os movimentos já feitos para a superação definitiva do “legado asilar, iatrogênico e carcerário” de atenção em saúde no Brasil (VASCONCELOS e PAULON, 2014, p. 225). E temos convicção de que o Rio Grande do Sul tem um importante capítulo nesta história da Reforma Psiquiátrica do país a contar. São “acontecidos”, como dissemos no Sul, que aqui compartilhamos.

Percursos Gaudérios de Formação para o Cuidado em Liberdade

Vimos até aqui nos ocupando de pensar a complexidade que envolve a formação para um cuidado comprometido com o exercício da liberdade e desdobramos a reflexão em torno de toda a tarefa desinstitucionalizante que este modo de cuidar implica. Propomos agora resgatar fragmentos do circuito histórico³⁷ de alguns coletivos que sustentaram a implementação da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul tomando para si o desafio da formação dos trabalhadores da saúde na perspectiva de um cuidado em rede. Tal proposta se justifica por entendermos que esta trajetória contempla inúmeras invenções de dispositivos que podem apresentar contribuições ao segundo dos impasses levantados para a formação dos trabalhadores em saúde mental: para além de focalizar a liberdade, tema desenvolvido acima, como construir ferramentas pedagógicas que abarquem a complexidade deste tipo de cuidado.

37 Cabe aqui ressaltar que a delimitação para este levantamento teve como critério a reconstituição dos fios que foram sendo tramados a partir dos primeiros percursos formativos, ao final dos anos 80, na política estadual de saúde mental. Ao fazer este recorte, no entanto, ressaltamos a importância de estudos que tenham a abrangência histórica que o tema merece, à luz do que foi feito até o ano de 2006 pela dissertação de mestrado de Sandra Maria Salles Fagundes e mais recentemente (julho de 2017), sob a mesma orientação do prof. Ricardo Ceccim no PPG de Educação da UFRGS, o trabalho de Mariane Brusque Radke intitulado “Das reformas sanitária e psiquiátrica à educação em saúde mental : saber técnico e compromisso ético com a saúde mental coletiva” que coteja as duas reformas com as políticas nacionais de atenção básica, de saúde mental e educação permanente em saúde, culminando com a organização e sistematiza um inventário das principais práticas educativas e formativas federais apresentadas no período de 15 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica (abril 2001 – abril 2016).

Pode soar estranho adjetivar este trajeto com o termo “gaudério”, cujo significado é assim definido no Glossário de Simões Lopes Neto: “Gaudério adj. 1. Diz-se do cão sem dono, que anda errante. Adj. e sm. 1. Diz-se de, ou pessoa sem abrigo, sem pouso certo, como cão gaudério”. Todavia, talvez nenhuma expressão sinalize com tamanha clareza este percurso, pois a errância pode ser considerada um forte demarcador da forma como a Reforma Psiquiátrica foi sendo implementada no solo gaúcho. Afinal, foram muitos os deslocamentos de um lugar dado e vivido como abrigo ou pouso certo e entendemos que foi justamente esta condição nômade que favoreceu a busca de novos sentidos e territórios. Literalmente, o início desta jornada foi uma operação “fora do eixo” (do centro do país, da Academia, da capital em direção ao interior do estado, dos modelos tradicionais de cuidado em saúde mental e de gestão pública etc).

Por isto, longe de um alinhamento em torno de algum eixo central, a Reforma Psiquiátrica empreendida no RS tem características mais rizomáticas do que arborescentes (DELEUZE & GUATTARI, 1996). Segundo os autores, as estruturas arborescentes cortam as multiplicidades e reduzem seu objeto, enquanto o rizoma não se deixa conduzir ao Uno (n), pois não tem pretensão de unidade e, por isso, podemos defini-lo como n-1 na medida em que o pensamento rizomático se move e se abre em todas as direções. Neste movimento que se lança contra o Uno, para não perder de vista a multiplicidade e a heterogeneidade inerente à vida, interessa fazer fluir a operação do devir: “subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a n-1” (p. 15).

Partindo de algumas conexões, cujos encontros pessoais e institucionais foram favorecidos por uma série de confluências ao final dos anos 80 e que examinaremos a seguir, as novas sínteses conectivas que se produziram ao longo dos anos incorporaram outros parceiros estratégicos, de forma descentralizada e aberta, conforme as singularidades espaço-temporais que foram se apresentando nesta trajetória.

A singularização da reforma gaúcha se destaca desde a forma diferenciada de nomear o seu campo de intervenção. Muito antes de se pensar que seria possível garantir legalmente o direito ao acesso universal, gratui-

to, com integralidade e participação popular à saúde no Brasil, um grupo de idealistas trabalhadores da saúde coletiva espalhados pelo RS já militava pelo que a psicóloga Sandra Fagundes (2006, p. 95) viria a denominar do campo da “Saúde Mental Coletiva”.

A invenção da Saúde Mental Coletiva ocorreu no Rio Grande do Sul e este nome foi usado para marcar um lugar de construção, não de uma saúde mental em geral, de uma saúde mental das populações ou de uma saúde mental vinculada às ações preventivas, que neste estado é bastante forte, mas uma Política Pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade e pluralidade.

Ao mesmo tempo que este conceito aponta sua inequívoca filiação com o campo da saúde coletiva, emergente no contexto da Reforma Sanitária e da construção do SUS, também demarca uma superação do modelo de saúde mental comunitária, da qual muitos mentaleiros gaúchos estavam referenciados na sua formação acadêmica, a partir das experiências desenvolvidas na França, Argentina e ainda em vários estados brasileiros, como no RS, destacadamente na Unidade Sanitária Murialdo, com a liderança do psiquiatra Ellis Busnello.

O novo conceito trouxe várias inovações também para a política de formação, dentre elas a afirmação de um campo de conhecimentos que abrange ação e saberes coletivos, para além do somatório de profissões ou de individualidades, tomadas isoladamente. Desde esta perspectiva, o percurso formativo para a Reforma Psiquiátrica no RS tem como fundamento a des-especialização, onde a aprendizagem é sempre coletiva, cujas características de incompletude, indecibilidade e falibilidade funcionam como vetores e não como obstáculos à ação coletiva (ESCÓSSIA, 2015). Por isto, identificamos nesta política de formação um componente de errância ou deriva, uma vez que foi sendo desenhada no próprio curso da ação, como resultado das relações entre as pessoas e territórios percorridos. Esta mesma concepção foi o fio que permitiu a tessitura de uma rede de atenção psicossocial no estado, rede esta artesanalmente feita de muitas mãos e diversas linhas, como passamos a registrar.

A Linha da Expansão em Cursos: Alinhavando a Interiorização

Em sua dissertação de mestrado intitulada “Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para a política pública de saúde”, Fagundes (2006) afirma a potência intercessora de uma educação que mobilize o desejo de aprender coletivamente. Essa concepção de educação também entende que o trabalho em saúde mental demanda pessoas e não recursos humanos, pois “práticas cuidadoras requerem desenvolvimento de si e não destrezas em procedimentos; acompanhamento e responsabilização, não pronto-diagnóstico ou tratamento pontual” (p.96).

Foi com base nestes pressupostos, que entre os anos de 1987 e 1990, a equipe da Política de Atenção Integral à Saúde Mental (Paismental) da Secretaria Estadual da Saúde, por ela coordenada, começou a gestar o que se tornaria a política pública de saúde mental do RS, baseando-se em uma ampla estratégia de formação. Um conjunto de cursos, em nível de aperfeiçoamento e especialização, foi desenvolvido, contando com uma pequena estrutura do estado, com apoio do Ministério da Saúde (à época na figura do dr. Domingos Sávio à frente da área técnica de Saúde Mental), e suporte da OPAS. Inicialmente os cursos foram chamados de “Administração de Serviços de Saúde Mental”, depois “Saúde Mental Coletiva”, que se desdobraram em um curso de aperfeiçoamento em “Gestão e Programação”, outros dois em “Políticas Sociais e Municipalização” e, por fim, um de “Educação em Saúde Mental”.

No período de 1988 a 1996 foram realizados 18 cursos, dos quais dez de Aperfeiçoamento em Administração em Saúde Mental Coletiva, cinco de Especialização em Saúde Mental Coletiva, dois de Aperfeiçoamento em Políticas Sociais e Municipalização e um de Aperfeiçoamento em Programação e Gestão Estratégica. Todo o processo envolveu diretamente 1.049 alunos dos quais 709 (72%) concluíram os cursos, distribuídos em 126 municípios do Rio Grande do Sul, doze do Brasil e doze de outros países (Uruguai, Paraguai e Argentina). A tabela abaixo demonstra a distribuição dos alunos por curso:

Alunos dos Cursos de Saúde Mental Coletiva e de Políticas Sociais, de 1988 a 1996

CURSOS	ALUNOS		
	Inscritos	Concluintes	%
Gestão	787	522	66,32
Especialização Saúde Mental Coletiva	177	153	86,4
Políticas Sociais	85	34	40
TOTAL	1049	709	71,9

Fonte: FAGUNDES, Sandra. 2006, p. 134.

Um primeiro e marcante curso, que definiu as linhas desta gestão divisora de águas para a saúde mental do RS, ocorreu em 1987 em Concordia, na Argentina, promovido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental daquele país. Era um curso de aperfeiçoamento em administração de serviços de saúde mental, estruturado em oito módulos mensais, que integrava a política de formação de equipes de condução de serviços de saúde mental das províncias da Argentina, promovido pelo Ministério da Saúde daquele país com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Dada a proximidade fronteiriça, foram ofertadas algumas vagas para o Brasil e Uruguai no curso e a equipe gaúcha se fez presente nas pessoas da coordenadora Sandra Fagundes, Carmen Oliveira e Gabriel Neves Camargo.

Entre os desdobramentos dessa participação destaca-se a constituição da equipe descentralizada de saúde mental na SES-RS – estratégia decisiva para desencadear processos de formação, de criação de serviços e de mobilização nas regiões e municípios gaúchos. “A equipe descentralizada produziu um modo itinerante, nômade e mestiço de trabalhar, estudar, pensar e inventar. A mestiçagem ocorria entre o poder aprender e o poder decidir, com o poder fazer. Aprendíamos sobre a gestão e as demandas da gestão incidiam sobre a formação e a atenção”, narra Fagundes (2006, p.47) acerca deste período em sua gestão na saúde mental do RS.

Vários dos tecelões da Reforma Psiquiátrica Gaúcha constituíram-se *mentaleiros*, como passamos a nos designar, a partir de suas participações nesses primeiros cursos: Delvo Cândido de Oliveira, Olinda Lechman Saldanha, Teresinha Eduardes Klafke, Hélio Possamai, Flávio Resmini e Elsa Timm.

Entre eles, o psicólogo e sanitarista Hélio Possamai (2017) lembra de compor o grupo docente do curso de administração em saúde mental no período em que atuava na antiga delegacia regional de saúde da regional de Passo Fundo e também era docente das disciplinas de psicologia social e do trabalho na Universidade de Passo Fundo. “Nestas frentes formávamos trabalhadores de diversas áreas para a atenção em saúde mental, ao mesmo tempo em que ensinávamos princípios da reforma sanitária que convergiam para a aprovação do texto constitucional com as bases do SUS, e nossa Lei da Reforma Psiquiátrica, alguns anos depois”, lembra Possamai.

Da mesma forma, Olinda Saldanha e Teresinha Klafke, que se tornariam professoras universitárias nas regiões de Santa Maria e Vale do Taquari anos depois, localizam na realização desses cursos um marco no movimento antimanicomial gaúcho, assim como em suas trajetórias profissionais. É a prof^a Klafke quem lembra: “Era um bom coletivo. Comecei como aluna com o grupo que fez o curso de administração em saúde mental na ESP. Depois, em 1991-92, estive na coordenação colegiada junto com a Carmen [Oliveira] e a Sandra [Fagundes] no curso que promovemos em Santa Maria. Logo, em 1993, com o início do curso de psicologia na UNISC, que eu representava no conselho municipal de saúde, nós fizemos parcerias com o CAPS. Começamos estas discussões quando organizamos o curso de administração em saúde mental e aí brotou gente de tudo que foi canto. Então dá para dizer que se organizou esta rede via a extensão e não via ensino de graduação. ”

Esta formação foi marcante para que a coordenação à época assumisse como prioridade de governo, em conjunto com a Escola de Saúde Pública, o desenvolvimento da residência multiprofissional em saúde mental, já existente no Hospital Psiquiátrico São Pedro desde 1984, por

iniciativa do psiquiatra Ellis Busnello. Esse Programa teve inspiração na Residência Integrada da Unidade Sanitária Murialdo, na época coordenada por Busnello, que foi um dos precursores da saúde mental comunitária no Brasil, tendo o mérito de acolher profissionais de outras áreas da saúde como alunos residentes, entre elas as psicólogas Sandra Fagundes e Maria de Fátima Bueno Fischer. Em 1987, o Programa desta Residência foi reestruturado em sintonia com a Reforma Psiquiátrica e foi feita parceria do HPSP com a Escola de Saúde Pública, que deu seguimento a este projeto, até hoje em funcionamento. Estes foram os caminhos abertos para outros Programas de Residência Multiprofissional, a exemplo do Grupo Hospitalar Conceição (2004), EducaSaúde/UFRGS (2005), Hospital de Clínicas Porto Alegre e Hospital Universitário de Santa Maria (2010), UNISINOS e UNIPAMPA (2015) e FEEVALE (2014)³⁸.

Os fios de uma rede aquecida por afetos, implicações e saberes profissionais diversos, paixões militantes e engajamento em um processo internacional de reorientação do modelo de atenção em saúde mental estavam lançados e muitas redes foram tecidas sustentadas nessas primeiras conexões. As costuras com a academia e a produção de novos conhecimentos a partir das experiências de vida de usuários, agora libertos das muralhas asilares, começavam a mostrar um outro cuidado possível.

A Linha dos *Mentaleiros* no Campo Acadêmico

Como indicamos acima, a partir dos anos 80 o coletivo de trabalhadores-militantes-formadores da saúde mental foi se adensando nos cursos de aperfeiçoamento, especialização e residência multiprofissional e fundamentando o trabalho em rede na perspectiva psicossocial. Além de se multiplicar como coletivo, capilarizou suas experiências formativas montando verdadeiros QGs em cidades-polo, qualificando também suas variadas práticas e inserções profissionais em distintos lugares acadêmicos.

Muitos de nós iniciamos a vida acadêmica a partir de demandas

38 Apesar do lugar de destaque que as residências multiprofissionais ocupam no processo de formação dos trabalhadores da RAPS do Estado, este texto não lhes deu o devido enfoque por serem tema de capítulo específico nesta publicação, a cargo do prof. Ricardo Ceccim.

que o próprio campo de práticas de gestão e atenção na saúde mental nos colocava. À época, os professores ingressavam na universidade através da docência de disciplinas, nem sempre relacionadas com as suas áreas de atuação, mas a organização curricular era mais flexível, permitindo maior autonomia dos docentes na definição dos conteúdos.

Deste modo, muitos dos mentaleiros que tinham ou foram conquistando espaços de formação nos bancos das faculdades de cursos da saúde adaptavam os tradicionais e, não raro, ultrapassados programas curriculares para discutirem as práticas instituintes que estavam experimentando em seus espaços de trabalho e na formação em serviço que a Rede Pública vinha disponibilizando.

Assim como relatado acima por Hélio Possamai e Teresinha Klafke, na região do Vale do Rio dos Sinos a professora Fátima Fischer, também docente dos cursos da gestão antes descritos, foi precursora destas “gambiarras programáticas” nos currículos do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, quando pautou na disciplina de Psicologia Comunitária, no ano de 1982, o conteúdo crítico ao modelo de atenção tutelar da psiquiatria clássica. Ela refere o ano de 2000 como uma importante conquista neste processo de afirmação do movimento de formação de uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental, pois “mesmo trabalhando há anos com conteúdos de saúde mental coletiva em diversas disciplinas e em supervisões de estágio, foi neste ano, com a mudança curricular, que a Reforma Psiquiátrica entra definitiva e oficialmente no currículo de psicologia. Foi uma conquista pioneira do movimento por ser o primeiro curso com esta disciplina”.

As autoras deste capítulo fizeram parte, desde os primeiros anos da década de 80, deste mesmo processo como responsáveis pelas disciplinas de Psicologia Social no curso de graduação em Psicologia, mas também em nível de especialização e em cursos diversos como nutrição, enfermagem e serviço social. Destaca-se também o caráter precursor da discussão da Reforma Psiquiátrica no campo da clínica, em disciplinas que problematizavam o referencial clássico e majoritariamente privatista ainda presente neste campo, como na criação da disciplina “Clínica Psicológica: Base Analítica-Institucional”.

Constituímos um núcleo de professores da Unisinos identificados com os movimentos reformistas (sanitário e psiquiátrico): o professor Fábio Moraes coordenou a implantação do primeiro CAPS da Região Metropolitana e também a Clínica-Escola e o próprio Curso de Psicologia; no Curso de Serviço Social, a pauta da Reforma Psiquiátrica era liderada pela professora Miriam Dias que chegou a coordenar aquele curso e também participou da Coordenação Estadual da Política de Atenção Integral em Saúde Mental/ SES RS de 1999 a 2002.

Ao longo de aproximados 15 anos, promovemos saídas de campo com alunos a eventos (como MentalTchê em São Lourenço do Sul) e serviços da RAPS, bem como realizamos eventos do movimento antimanicomial na universidade, que levaram nomes nacionais para o diálogo com a comunidade acadêmica, entre eles o (para) sempre instigante Antonio Lancetti compartilhando sua larga trajetória de psicanalista e gestor público na saúde mental. Estes eventos levaram também, pela primeira vez, grupos de usuários dos serviços a circular no Campus, desassossegando o ambiente acadêmico e a ordem institucional. Ao longo desses vários anos, formamos uma geração de profissionais, hoje atuantes na RAPS, gestores de serviços em diferentes âmbitos do SUS, assim como vários deles são docentes e pesquisadores voltados para a produção de conhecimentos neste campo.

No mesmo período, as professoras Helena Scarparo e Neuza Guareschi foram as lideranças acadêmicas no Curso de Psicologia da PUC-RS, abrindo as discussões acerca de um novo modelo assistencial possível para as pessoas em sofrimento psíquico, também a partir de disciplinas de Psicologia Comunitária e Psicologia Social.

No curso de Psicologia da UFRGS, a professora Analice Palombini inaugurou os debates deste tema nos anos 90, a partir do que ela nomeia certa “subversão aos programas” que naquele momento dispunha para trabalhar na disciplina de Psicologia do Excepcional e supervisão de estágios de psicopatologia. Ao invés de fazer um semestre de observações dentro do Hospital Psiquiátrico São Pedro, como estava previsto, ela agregou conteúdos ao Projeto de Extensão de Acompanhamento Terapêutico

e propunha aos alunos a realização de um ano de experiência nos serviços da rede de saúde Porto Alegre, em especial no Centro de Atenção Integral a Saúde Mental – CAIS Mental Centro (CAPS II-8 da capital), com o qual até hoje mantém projetos de formação e extensão. Com o ingresso no mesmo departamento, anos depois, das colegas Sandra Torossian e Vera Pasini estes projetos puderam ser ampliados e hoje, juntamente, aos programas e projetos do Departamento e do Pós-graduação de Psicologia Social e grupos de pesquisa (vide abaixo), o Instituto de Psicologia da UFRGS tornou-se um significativo polo formador de profissionais que qualificam a RAPS em todo estado (e fora dele no caso principalmente do pós-graduação que recebe muitos mestrandos e doutorandos de outras regiões do país).

Entre 2007-2009, as duas edições do pós-graduação *lato-senso* em Humanização da Atenção e Gestão do SUS da UFRGS, curso inteiramente financiado pelo Ministério da Saúde, formaram quase metade de seus 180 especialistas na área de saúde mental. Vários deles transformaram seus Planos de Intervenção nos municípios, exigidos como TCCs, em novos processos formativos, nos quais multiplicaram conhecimentos de apoiadores institucionais da Política Nacional de Humanização, na perspectiva de ampliar o protagonismo dos sujeitos e a cogestão dos processos de trabalho, para novos trabalhadores dos serviços da RAPS de suas regiões³⁹.

Neste breve e, por certo incompleto, percorrido por alguns dos mais antigos nós por onde se iniciou a rede de formação de trabalhadores mentaleiros do RS, cabe também ressaltar trajetórias acadêmicas em diversas universidades no interior do RS. Foram sendo construídos diferentes arranjos institucionais a partir das demandas regionais, dos atores presentes em cada localidade e do contexto universitário. Entre eles:

39 Parte dos resultados deste pós-graduação para a área de saúde mental do estado estão registrados na dissertação de mestrado de Vania Roseli Correa de Mello, que compôs o grupo de docentes do curso e foi orientada pela coordenadora do mesmo, professora Simone Paulon, no PPG de Psicologia Social da UFRGS. O trabalho intitulado “Estratégias de Humanização do Cuidado em Saúde Mental: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais” encontra-se disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17608>

a) Na Universidade Federal de Santa Maria, como não havia Curso de Psicologia até 1996, a Reforma Psiquiátrica era pautada em outros cursos: enfermagem, odontologia, educação especial e fisioterapia. Sendo uma das cidades polo das formações promovidas pela SES-RS, em 91 e 92, a UFSM promoveu, também, o primeiro curso de especialização em saúde mental coletiva, apoiada no coletivo coordenador dos cursos do Estado (na região sob responsabilidade da professora Teresinha Klafke, integrante da equipe de formação descentralizada da SES e do corpo docente daquela universidade).

b) Na Universidade de Santa Cruz do Sul, a partir de 1993, a experiência de formação descentralizada iniciada na SES, seria ampliada com a chegada da professora Teresinha Klafke. Ela acentua o papel diferencial que a parceria com 13ª Coordenadoria Regional de Saúde desempenhou com municípios da região, onde o programa VER-SUS⁴⁰ também constituiu um espaço estratégico de Educação Permanente. Com a mudança curricular em 2011 foram criadas as disciplinas de Psicologia e Políticas Públicas de Saúde e a disciplina de Psicologia e Saúde Coletiva, sendo que os alunos chegaram a ter assento no Conselho Municipal de Saúde e na CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço.

c) Na UNIVATES, em Lajeado, a partir de 2000, a professora Olin-da Saldanha, que já integrara anteriormente o corpo docente da Universidade de Caxias do Sul, implementa conteúdos de saúde mental nos cursos de enfermagem e fisioterapia e, depois de 2007, no Curso de Psicologia, por meio das disciplinas de Psicologia e Políticas públicas e de Saúde Mental Coletiva. Estes foram movimentos importantes na academia que fortaleceram o Fórum Regional de Saúde Mental, criado em 1999 e composto por profissionais das equipes dos municípios da região do Vale do Taquari. O Fórum segue reunindo trabalhadores, promove encontro anual em que debatem o

40 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é um projeto estratégico do Ministério da Saúde, que acontece desde 2002, com foco na formação de trabalhadores para o SUS, ocorrendo em diversas localidades do país. Após diversas experiências anteriores, em 2012 o VER-SUS ganhou nova configuração. Em três anos e meio, o projeto foi realizado em 20 estados e 180 municípios, envolvendo cerca de 20 mil estudantes inscritos, dos quais mais de 9 mil participaram efetivamente. Mais informações acesse: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho/versus>

contexto da atenção psicossocial, e seu trabalho vem contribuindo significativamente para ampliar e fortalecer a atenção a saúde mental na região.

d) Na Universidade de Passo Fundo, a implantação de um Programa Integrado de Atenção Primária à Saúde – PIAPS, na virada dos anos 80, foi outro importante movimento para interiorização da perspectiva do cuidado em liberdade. O Programa reuniu vários cursos da saúde (psicologia, odontologia, enfermagem e medicina) na construção coletiva de uma proposta de atendimento a cinco bairros da cidade de Passo Fundo em parceria com o INSS, realizando atividades que viriam a ser precursoras do Programa (depois Estratégia) de Saúde da Família. Este trabalho integrado na região, encabeçado pelos professores Dirce T. Tatsch, Hélio Possamai, Vera Pasini e Bernadete Dalmolin, entre outros, resultou, em várias integrações formação-serviços, consolidadas no Curso de Especialização em Intervenções Psicossociais em suas quatro edições, de 2002 a 2009, que já formaram, até agora, 70 profissionais da região. A coordenadora do curso, prof^a Dirce, ressalta a importância deste processo para fortalecimento e qualificação do atendimento em saúde mental, já que, segundo ela, “os alunos vinham da rede de serviços de saúde, saúde mental, assistência social, educação, etc. trazendo questionamentos de seus cotidianos para a academia e retornavam aos serviços com perspectivas de intervenções psicossociais adequadas ao que precisavam. Os TCCs produzidos são projetos de intervenção em seus territórios e narram experiências muito interessantes.”

e) A Universidade Federal de Pelotas foi outro polo irradiador de profissionais qualificados para o trabalho em rede na saúde mental da região, principalmente com o ingresso no corpo docente da enfermeira e pesquisadora Dra. Luciane Kantorsi que, em 1993, depois de realizar sua especialização em Santa Maria começa a incluir conteúdo da Reforma Psiquiátrica no currículo e visitas ao exemplar serviço “Nossa Casa” em São Lourenço do Sul.

f) Na serra gaúcha, o trabalho pioneiro da psicóloga e 1ª presidente do Conselho Regional de Psicologia do interior do estado, Loiva de Boni Santos, à frente de diferentes centros universitários merece destaque; assim como da enfermeira Alice Hirdes inicialmente na Universidade de Caxias do Sul e, mais tarde, na ULBRA de Canoas.

Além destas experiências-marco, inúmeras outras iniciativas de formação e qualificação dos profissionais da saúde para o trabalho em saúde mental alinhado às diretrizes da Reforma Psiquiátrica foram implementando a lógica do trabalho em rede, ao mesmo tempo em que teciam a própria rede de atenção que essas frentes acadêmicas tematizavam. Mais do que elencar dados ou tentar inventariar fatos que se multiplicam, importa aqui destacar prioritariamente o efeito de capilarização que aquelas iniciativas precursoras tiveram para a formação dos atores e qualificação dos conhecimentos que compõem a RAPS do Estado do RS hoje. E, neste sentido, vale a observação de um novo e mais recente desdobramento desses processos formativos, que passamos a registrar.

A linha de Pesquisa e Produção de Conhecimentos

Decorrência inevitável desta profusão de trabalhadores capilarizados em serviços constitutivos da RAPS entre os 497 municípios gaúchos, foram as demandas por qualificação profissional, pesquisas, estudos e novas ferramentas teórico-metodológicas que acompanhassem os novos tempos da atenção em saúde mental.

Os núcleos de professores-mentaleiros antes descritos que já vinham promovendo experiências integradas aos serviços de suas regiões foram também se qualificando para suas tarefas formadoras em nível de pós-graduação, muitos deles fora do estado, quando ainda eram restritos os centros de excelência em pesquisa de que aqui dispúnhamos. Foi o caso da professora Bernadete Dalmolin, da UPF, para citar um exemplo que ganhou projeção nacional, cuja tese de doutorado, intitulada “Esperança Equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico”, resultou em publicação pela Editora FIOCRUZ em 2006.

Na UFPel, a professora Luciane Kantorsi coordena, desde 2007, o Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Mental Coletiva, que tem se dedicado aos estudos de avaliação de serviços no campo da atenção psicossocial. O grupo foi contemplado com os editais abertos pelo Ministério da Saúde com o CNPq, neste período de sua estruturação, tendo desenvolvido três importantes pesquisas neste campo a saber: avaliação dos

centros de atenção psicossociais do sul do Brasil, avaliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e experiências inovadoras das redes de atenção psicossocial (REDESUL). Na Ulbra de Canoas, a prof. Alice Hirdes também coordena um polo de investigadores da Reforma Psiquiátrica, com sucessivas e importantes pesquisas avaliativas dos serviços na interpeleção com AB e participação na Rede *InterRAI Network of Excellence in Mental Health*.

A UFRGS tem pelo menos quatro núcleos de pesquisadores dedicados a investigar os avanços e impasses gerados pelo campo da Reforma Psiquiátrica nestes 25 anos de seu desenvolvimento. Na faculdade de enfermagem, a professora Cristiane Wetzel, doutorada na área de saúde mental e participante de alguns do grupo da UFPel sob orientação da prof^a. Kantorsi, coordenou muitos anos a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e hoje está à frente de pesquisas avaliativas da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de drogas. No Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que sediou, a partir dos anos 2000, a Residência Integrada em Saúde Mental, o professor Ricardo Ceccim também formou importante grupo de pesquisadores e trabalhadores na perspectiva da Saúde Mental Coletiva.

O Programa de Psicologia Social da UFRGS abriga vários pesquisadores ocupados com a temática das Políticas Públicas que vêm desenvolvendo investigações diversas no campo da saúde mental. Mais especificamente tratando desta área, a professora Analice Palombini coordena, em associação com o projeto de extensão “Acompanhamento Terapêutico na Rede”, o grupo de pesquisadores do sul associados ao estudo multicêntrico que desenvolve Pesquisas avaliativas de saúde mental focadas na criação de instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos. O projeto multicêntrico trabalhou no desenvolvimento da versão brasileira do Guia GAM – Gestão Autônoma de Medicação – instrumento criado pelos serviços alternativos de saúde mental no Canadá. Desde 2009, juntamente aos Centros de Pesquisa da UNICAMP, UFF e UFRJ, o grupo vem promovendo importantes avanços nas formações de pessoas na RAPS e desdobrando a pesquisa inicial para utilização do Guia GAM como dispositivo de intervenção e formação em serviços de saúde mental.

No mesmo pós-graduação a professora Simone Paulon coordena, desde 2009, o Grupo INTERVIRES de Pesquisa-intervenção em políticas públicas, saúde mental e cuidado em rede. Com ênfase nas Redes de Atenção à Saúde e na Reforma Psiquiátrica, o grupo reúne estudantes, trabalhadores e gestores, dispostos ao exercício do pensamento e dos modos de produção do comum em interlocução com os espaços da cidade e em práticas variadas junto a políticas públicas. Os projetos do grupo têm recebido financiamento público das agências de fomento nacionais e estadual, bem como gerado convênios com centros de pesquisa internacionais como a Universidade de Coimbra e de Bologna. Seu projeto mais abrangente, que integra diversos estudos e investigações articuladas, focaliza-se na pesquisa sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde e o espaço das cidades. A associação de pesquisadores aos projetos de extensão de “Assessoria à Política de Humanização da Atenção e Gestão do SUS” e “DES’MEDIDA Saúde Mental e Direitos Humanos” tem propiciado interfaces investigativas com o campo da saúde coletiva e do judiciário e a oportunidade de ampliar a formação de profissionais de outros setores que dialogam com a saúde mental, na perspectiva do cuidado em liberdade.

Um aspecto convergente dos pesquisadores da Reforma Psiquiátrica que vale aqui ser destacado diz respeito à perspectiva metodológica de Pesquisas-intervenções e participativas. Coerentes aos princípios do protagonismo que todo sujeito deve assumir em relação a seu tratamento e modo de viver, preconizado nas diretrizes da atenção psicossocial, os modos de pesquisar dos grupos acima descrito não são dissociados da temática por eles estudada. Desta forma, colocar também os sujeitos usuários da saúde mental a planejarem as demandas de pesquisa, bem como cada etapa de seus desenvolvimento; debater autoria e finalidade dos produtos das pesquisas junto a todos seus atores; problematizar contratos éticos, para além dos usos burocráticos de termos de consentimento exigidos pela academia e comitês, são algumas das ferramentas que as pesquisas participativas têm lançado mão para que os processos de investigação mantenham-se coerentes àquilo que analisam e aos objetivos a que se propõem. A liberdade como condição de escolher a quais coletivos queremos nos

manter ligados, quantos laços nos dispomos a sustentar, e a que custo é, neste caso, não apenas uma meta a ser buscada para os outros (usuários da saúde mental). No que tange à pesquisa, é também necessário que ela seja diretriz ética e venha acompanhada do devido suporte metodológico.

Alinhavando e Descosturando...

Nossas reflexões de como formar para a liberdade partiram da compreensão de uma liberdade, que diferente da concepção individualista, é construída sempre no coletivo. A ela associamos o modo de atenção psicossocial, com suas ferramentas de cuidado que apontam para a responsabilidade como fundamento das relações sociais e, com isto, horizontaliza os saberes acerca da loucura, destronando o saber do especialista.

O movimento seguinte a que nos propusemos no enfrentamento com os impasses colocados pela reflexão a que este texto se propôs foi passear pelo percurso de formação que sustentou as primeiras tessituras da RAPS do RS para dela retirarmos algumas aprendizagens que este ¼ de século de cuidado em rede possa nos ter legado. Disso resultaram aprendizados que trazemos à reflexão:

a) A decisiva iniciativa da coordenação estadual de saúde mental, no final dos anos 80, em investir em programas de aperfeiçoamento profissional das equipes na capital e no interior do estado, de forma descentralizada e, a seguir, em parceria com agências formadoras (Escola de Saúde Pública e Universidades) foi fundamental para a incidência da Reforma Psiquiátrica na Academia, demonstrando o elo indissociável entre escola e serviços na implementação das políticas públicas. Esta situação corrobora a ideia de Hardt (2014) de que o conhecimento produzido pela militância tem a potência de antecipar o que a Universidade pode fazer, na medida em que o ativismo é uma importante fonte de produção de conhecimento e, segundo o autor, bem mais rica que as abordagens acadêmicas tradicionais.

b) O conceito de “saúde mental coletiva”, forjado no âmbito da gestão pública, serviu como *atrator*, ou seja, foi capaz de atrair e

arrastar consigo, consolidando cenários favoráveis à mudança de paradigma. Foi assim que o conceito-ferramenta demarcou um território próprio, singularizando a Reforma Psiquiátrica no RS. Ao mesmo tempo em que este referencial alavancou a construção de novas práticas de cuidado em saúde mental no estado, impactou a política de formação acadêmica a tal ponto que chegou, inclusive, a designar novas disciplinas em programas de graduação, cursos de especialização, residências e campos de estágio em diversas Universidades, públicas e privadas, no estado. Poderíamos assim dizer que, no contrafluxo do que a tradição na formação acadêmica promove, foi a Rede que invadiu a academia e a *enredou* num movimento de formação para um cuidado *em rede*.

c) A tradição do RS na produção de conhecimentos e práticas no campo clínico-social é outro diferencial na implementação da Reforma Psiquiátrica no país. Este legado foi propulsor na implementação de novos dispositivos, tais como o acompanhamento terapêutico, as intervenções grupais e a supervisão clínico-institucional, entre outros, agenciando um circuito retroalimentador de conceitos-ferramentas de cuidado.

d) A arquitetura pedagógica que se engendrou neste percurso foi ancorada em espaços lisos, não demarcados pelas fronteiras dos campos de conhecimentos e, por isto mesmo, com maior abertura a novas composições. Nesta perspectiva, não se observou tendência à imitação ou reprodução do mesmo entre as inúmeras oportunidades de formação geradas em vários pontos da rede, demonstrando o vigor do seu traço rizomático.

e) Para além da geração de um capital intelectual, a rede mobilizada pela Reforma Psiquiátrica no RS tem-se caracterizado pelo capital de relações entre seus membros, como se pode verificar na forte mobilização em torno de eventos como Parada Gaúcha do Orgulho Louco e Mental Tchê, por exemplo, em que se privilegia o compartilhamento de ações, problematizações e afetos. Mais do que “estar juntos” é um “fazer juntos” que demarca tais encontros. Esse reconhecimento de coautoria, com a cumplicidade entre os reformadores, parece ser um dos mais fortes agenciamentos de vitalidade ao movimento da luta antimanicomial.

Todavia, cabe também ressaltar que é preciso descosturar alguns nós para que nossa rede siga se tecendo e avançando, evitando estrangul-

lamentos que se endureçam fazendo-a perder a fluidez. Para tanto, seria importante estarmos atentos a outros pontos:

a) A cultura crítica e antimanicomial foi ofertada nas diferentes instituições acadêmicas lado a lado com uma abordagem tradicional, muitas vezes sem encontrar espaços formais de relevância. Desse modo, ainda subsiste o desconhecimento ou a desvalorização das novas formas de atenção em saúde mental pela maioria dos professores e dos alunos dos cursos afins. Em que pese a importância da participação dos estudantes, a Reforma Psiquiátrica ainda não se afirmou como pauta prioritária, por exemplo, no movimento estudantil, com o propósito de exercer pressões no sentido de superação das lacunas que persistem em termos de formação dos profissionais para o trabalho em rede.

b) Apesar dos agenciamentos mútuos entre a Reforma Psiquiátrica e a formação no campo da saúde, subsiste nas profissões psi uma abordagem individual, em consultório e privatista, um tanto distante da clínica ampliada preconizada na política nacional de saúde mental. Por outro lado, a cultura do individualismo no campo social tem freado as possibilidades de expansão das práticas grupais e comunitárias, bem mais vigorosas no contexto da redemocratização brasileira.

c) A primeira geração de reformadores constituiu, na maioria dos casos, seus “sucessores” na gestão pública e na Academia. Uma das exceções é na área da Psiquiatria, em parte atribuível ao fato de que os primeiros psiquiatras reformadores desempenharam suas funções fora da Universidade e se encontram agora distantes do atual circuito da Reforma Psiquiátrica.

d) A exigência produtivista imposta à universidade, em especial nos anos 2000 tem concorrido com os problemas locais, entre eles as demandas da atenção em saúde mental nos territórios. Uma das consequências é o retraimento das Universidades quanto aos programas extensionistas, em prejuízo da necessária integração ensino-serviços. De outro lado, o crescimento exponencial dos centros de formação vinculados ao setor privado traz o desafio de maior alinhamento às políticas públicas.

Para finalizar, ressaltamos que a crise democrática vivida, hoje, no país tem influenciado diretamente os modos de lidar com a loucura. Do

golpe à Constituição aos sucessivos retrocessos nos direitos, somam-se os investimentos no modelo de cuidado hospitalocêntrico e segregador, bem como no enfraquecimento dos coletivos. Entendemos que para confrontar os atuais impasses nada melhor, seguindo os ensinamentos da psiquiatria democrática italiana, do que contarmos com “a força dos loucos”, em toda potência de diferir e transformar que ela carrega. Pode-se, por isto, dizer que são eles, os loucos, os únicos formadores com quem podemos aprender a cuidar a vida em liberdade.

Porque somente se continuarmos a repetir que ‘*não sabemos nada sobre a loucura*’ é que poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, nosso corpo, abrir a cidade aos loucos. (ROTELLI, 2008, p.39)

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

BASAGLIA, Franco. (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA Jr., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**: Capitalismo e Esquizofrenia. V.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DESVIAT, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4615-4621, 2011.

ESCÓSSIA, Liliana. **O coletivo como Plano de Coengendramento do Indivíduo e da Sociedade**. Aracaju: Editoria UFS, 2015.

FAGUNDES, S.M. Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. Porto Alegre, UFRGS, **Dissertação** (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva; 1978.

FOUCAULT, M. Nascimento da Medicina Social. In: Machado R. (org). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1998. pp. 79-97.

GOULART, Maria Stella Brandão et al. A universidade e a reforma psiquiátrica: fios e desafios. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 10(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2015

HARDT, Michael. A resistência antecipa o poder: entrevista com o filósofo americano Michael Hardt – Rachel Bertol. **Revista Ecopós**. Comunicação e Conflitos Políticos. v. 17, n. 1, 2014. Pp. 1-12. Acessível em www.pos.eco.ufrj.br

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, v. 2 São Paulo: Hucitec; 1996. pp. 55-59.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 67- 92.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: OPAS, 2001.

PELBART, P.P. **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: Loucura e Desrazão**. São Paulo: Brasiliense; 1989.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P. e CRUZ, L. B. **Saúde Mental, Formação e Crítica**. (orgs) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Pp.37-50.

VASCONCELOS, M. F. F. & PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre) implicação de trabalhadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia & Sociedade**; 26(n. spe.), 2014, pp. 222-234.

VER-SUS Brasil: **Cadernos de Textos** [documento eletrônico]/ Associação Brasileira da Rede Unida; organização de Alcindo Antônio Ferla, Alexandre de Souza Ramos, Mariana Bertol Leal, Mônica Sampaio de Carvalho. Desinstitucionalização e inovação no trabalho em saúde: dialogando com espaços potenciais de produção de novidade no SUSPorto Alegre: Rede Unida, 2013. 106 p. – (Coleção VER-SUS/Brasil).

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

QUITANDA DOS

LOUCOS SABERES

A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

DA ACADEMIA DA LOUCURA

DA PESQUISA DA CIÊNCIA

DA SAÚDE



ENCENA

ENCENA: [HTTP://WWW.10404-ENCENA.COM](http://www.10404-encena.com)
INTERMARES: [HTTP://INTERMARES.BLOGSPOT.COM](http://intermares.blogspot.com)

QUITANDA DOS LOUCOS SABERES

Este espaço, criado pelos loucos acadêmicos, tem o intuito de expandir o sentido da Reforma Psiquiátrica para além da universidade. Reivindicamos que o contorno acadêmico visibilizado nas pesquisas, congressos, seminários, textos, livros e revistas deva ser democratizado através de espaços de interatividade do conhecimento. Isso significa que a produção do conhecimento é mais um produto da loucura não encarcerada, é mais uma forma de fazer com que o tema antimanicomial ocupe cada vez mais vastos espaços, para além dos muros de quaisquer origens.

A construção da "banca do conhecimento" é um espaço de troca onde propiciaremos a divulgação e o acesso a esses materiais de maneira que as diversas outras experiências da rede possam conectar-se com aquilo que temos produzido. Coletivizar a experiência e experimentar o coletivo, desacademizar a loucura e enlouquecer a academia.

ACESSO ONLINE AOS LOUCOS SABERES:

(En)cena: <http://ulbra-to.br/encena>

Intervires: <http://intervires.blogspot.com>



SOMOS TODOS
LOUCOS
AQUI!



RESIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: INTERFACE DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Ricardo Burg Ceccim⁴¹

O objetivo do presente texto é apresentar as residências em saúde mental existentes no Estado do Rio Grande do Sul em 25 anos da lei gaúcha da reforma psiquiátrica¹, recuando a busca à década de 1980, uma vez que o instrumento precursor da lei gaúcha foi a italiana, de 1978². Identificamos apenas as residências em “saúde mental”, tendo em vista uma suposta evidência de interface com a Luta Antimanicomial, isto é, a opção “não psiquiátrica” (exceto em residências integradas ou sob currículo integrado entre saúde mental e psiquiatria e a psiquiatria comunitária). A escolha foi ajudar na reflexão acerca da relevância da formação de pessoal sob o formato de residências quando nos propomos à luta antimanicomial. Sabemos, entretanto, que as expressões “reforma psiquiátrica”, “luta antimanicomial” e “saúde mental” não são suficientes para afirmar assertivamente diferenças. Desejamos acreditar que as designações “saúde mental coletiva” e “atenção psicossocial” assim o sejam, mas não há garantias. Pode-se dizer – em cada nomenclatura – apenas de algum recorte, quando, em verdade, desejamos/almejamos a radicalidade de um projeto não segregador, não discriminador, não punitivo, não culpabilizador, que aceite a produção de subjetividade, a ressingularização pelo desejo afirmativo da vida, as mil saúdes fora da díade diagnóstico-prescrição, como assinala Franco Rotelli³ em “A instituição inventada”⁴². Deve-se dizer que a cada vazamento que um conceito ou uma prática introduzem, a cada furo com chance de vazamento da forma dada, porosidade com o fora ou oportunidade para que um feixe de luz se esgueire, uma rolha será providenciada.

Arrolhadores são acionados por moralidades, religiosidades e normatividades científicas e resistir significa organizar forças de vida mais

41 Doutor em Psicologia, pós-doutor em Antropologia Médica, pesquisador 2 de Educação e Ensino da Saúde pelo CNPq, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na área de Educação em Saúde, orientador de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação.

42 A frase eu peguei do comercial de um saca-rolhas “profissional”: com “lâminas de aço inox e cabos em ABS, oferecem segurança e conforto no manuseio”.

afirmativas. Para isso tudo, auxilia-nos um saca-rolhas com as diferentes opções da linha de canivetes, preparados para cortar, descascar, abrir e muito mais, remover as rolhas, amarrar redes e entrecruzar potências. Não vou esgotar o tema, não construo sequer um texto de análise, apresento um contexto/realidade de valor à memória, história ou registro. Em cada ruptura, as forças conservadoras se realinham e preparam seus sistemas de veda furos antivida (anti-liberdade, anti-diversidade, anti-multiplicidade). Falar das residências de saúde mental na reforma psiquiátrica, convocar as residências à luta antimanicomial nas suas facetas asilares, nas suas facetas atuais.

Fura-paredes: Psiquiatria Comunitária

Integrar educação e trabalho constitui historicamente o processo de formação e desenvolvimento na área da saúde, sendo o modelo pedagógico da “residência” um paradigma formativo. Essa tradição tem origem na Universidade Johns Hopkins, dos Estados Unidos, como uma proposta de formação médica em serviço, com dedicação às vezes de até 9 anos, sendo o primeiro deles sob a forma de internato, devendo os médicos residirem no hospital. Do ponto de vista da psiquiatria, deve-se lembrar os movimentos da Medicina e da Psiquiatria Comunitárias, emergentes nos anos 1960, nos Estados Unidos e que tiveram influência na criação da primeira residência multiprofissional em Saúde Comunitária no Rio Grande do Sul e a introdução da noção de território, era o Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, junto ao Bairro Partenon, projeto liderado, em 1976, pelo professor com mestrado em saúde pública e saúde mental obtido na John Hopkins, Ellis Alindo D’Arrigo Busnello⁴. Uma residência com o mesmo formato do regime de internato, havendo área de dormitório, refeitório e auditório no “pavilhão sede”.

No mesmo bairro, estava o Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP que, dos meados dos anos 1970 aos meados dos anos 1980, depois de um convênio da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a Secretaria Estadual da Saúde, desencadeia um programa de saúde mental comunitária, promovendo a manutenção do Centro Psiquiátrico Melanie Klein (junto ao pavilhão de mesmo nome no hospi-

tal), passando-se ali a desenvolver serviços que incluíam o atendimento de ambulatório, técnicas psicoterápicas breves, serviço de emergência, consultoria a instituições do bairro e ações de prevenção às doenças mentais. No período de 1984 a 1988, o professor Busnello, já com formação em psicanálise, além do mestrado em saúde pública e saúde mental, e já autor da tese de doutorado em psiquiatria designada como “A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária”, assume a direção do Hospital⁴. Neste período, é dado início à primeira residência de saúde mental, também multiprofissional, também primeira no Brasil.

O Rio Grande do Sul marca dois registros importantes às residências em saúde: a residência em saúde comunitária, de 1976, e a residência em saúde mental, de 1984, ambas marcadas por uma noção de sistema local de atenção integral à saúde, articulação das ações de assistência às ações de prevenção, resolubilidade da atenção por práticas longitudinais individuais e coletivas e residência em equipe de saúde. Ambas as residências, com o passar do tempo se desvinculam dos convênios com a Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e articulam-se com a Escola de Saúde Pública, da Secretaria Estadual da Saúde, que também passou a se localizar no Bairro Partenon. As duas residências guardam a principal memória das residências próprias da Secretaria Estadual da Saúde, vivendo diferentes períodos ao sabor das regulamentações (ou falta delas) sobre diplomação, carga horária, valor da bolsa, auxílio moradia e alimentação, garantia de preceptoría e docência. A residência médica passou a ser fortemente regulamentada a partir dos anos 1980⁵ e as demais profissões passaram a ser absorvidas como Estágio Especializado. Com vários períodos de interrupção por falta de oferta ou de procura, a residência multiprofissional em saúde mental foi esvaziada em 1994 e a de saúde comunitária em 1996.

Multifuros: Saúde Mental Coletiva

Dentre os anos 1987 e 1990 (Governador Pedro Simon, PMDB), a residência de saúde mental, já articulada com a Escola de Saúde Pública – ESP/RS (com parceiros da saúde comunitária e da saúde mental no seu quadro), ganha prioridade de governo. Era a gestão de Sandra Fagundes

como coordenadora da área técnica de saúde mental no governo estadual, ela própria egressa da residência de saúde comunitária do Murialdo, cinco anos antes, já com formação em psicanálise e uma militante do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, integra a residência como parte do projeto de gestão da política de saúde mental, articulando-a com o aperfeiçoamento em administração de serviços de saúde mental, que agregava os movimentos de reforma psiquiátrica do Brasil e da Argentina. Entram em cena política, não apenas a qualidade da atenção em saúde mental, mas a reforma psiquiátrica, proveniente das experiências francesa, com a psiquiatria de setor (base no território), e italiana, com a desmanicomialização e o cuidado em liberdade. Sandra Fagundes introduz o conceito de Saúde Mental Coletiva: psiquiatria sem hospício, saúde mental de base territorial e ação intersetorial de promoção da saúde e subjetivação^{6,7}. Em 1991, o Decreto Estadual nº 34.143⁸, sobre a regulamentação das bolsas de treinamento em serviço sob supervisão para não médicos (estes regulamentados por lei federal), acelerou o desinteresse pela residência da ESP/RS (Governo Alceu Collares – PDT). Em 1999 (Governo Olívio Dutra – PT), então diretor da ESP/RS Ricardo Burg Ceccim, egresso dos Estágios de Familiarização do Murialdo e do HPSP, professor da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutor em psicologia pelo Núcleo de Estudos da Subjetividade, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, retoma as residências de saúde comunitária e de saúde mental, declarando o Murialdo como Centro de Saúde-Escola, e o Hospital Psiquiátrico São Pedro como unidade educativa do Projeto São Pedro Cidadão, projeto de 1991, aprovado pela Carta Instituinte São Pedro Cidadão – Por uma Sociedade sem Manicômios. A carta previa a desmanicomialização progressiva de todos os moradores asilados no Hospital, a abertura de um Residencial Terapêutico no Bairro Partenon e a volta para casa daqueles que ainda tivessem laços familiares e comunitários com o passado antes da internação manicomial⁹.

A partir de 1999, primeiro com uma Portaria (Portaria nº 16, de 1º de outubro de 1999)¹⁰ da Secretária Estadual da Saúde Maria Luiza Jaeger e, depois, em 2002, com uma Lei Estadual (Lei nº 11.789, de 17 de maio de 2002)¹¹ proposta pelo governador, fica criada a Residência Integrada em

Saúde, com absoluta isonomia em duração, carga horária, valor da bolsa e cenários de prática para residentes médicos ou não. Para a residência em Saúde Mental foram incluídas de maneira inédita as categorias profissionais de Educação Física e Artes. A residência de Saúde Mental, uma vez integrada, articulava residência médica em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental (reabilitação e atenção psicossocial). Inscrita numa concepção de psiquiatria sem hospício, deveria ter seu primeiro ano no hospital, trabalhado pela identificação de projetos terapêuticos desinstitucionalizadores, e segundo ano fora do hospital, nas redes de atenção psicossocial. A residência foi designada Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, coordenada na ESP/RS por Maria Cândida Morales Boemecke, terapeuta ocupacional, e no São Pedro Cidadão por Simone Frichembruder, psicóloga. A coordenadora de Saúde Mental na SES/RS era Miriam Thais Guterres Dias, assistente social. O diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro era Régis Antônio Campos Cruz, médico psiquiatra.

Em 2004, valendo-se da Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005¹², o Grupo Hospitalar Conceição, da rede federal, com superintendência de João Motta (Governo Lula – PT), cria o Programa de Residência Integrada em Saúde, replicando o modelo da ESP/RS, vigente até 2002, instalando as residências multiprofissionais em saúde comunitária, saúde mental e intensivismo. Embora replicando o modelo da ESP/RS, apenas em 2012 foram inseridas vagas para a categoria profissional de Artes na Saúde Mental. A gerente de ensino e pesquisa, em 2012, era Quelen Tanize Alves da Silva, fisioterapeuta, mestre em educação.

Em 2005 é aprovada a Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005¹³, originária da citada Medida Provisória nº 238/2005, criando as Residências em Área Profissional da Saúde, dentre elas a Área Profissional de Saúde Mental, como prioridade e de caráter multiprofissional. A Medida Provisória e a Lei foram propostas por Ricardo Burg Ceccim, então diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, e Maria Luiza Jaeger, então Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde (Governo Lula – PT). Com a Medida Provisória vigente, foi criada a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva por um convênio do Ministério da Saúde com a Fundação Universidade Em-

presa de Tecnologia e Ciências – Fundatec e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Era Secretária Municipal de Saúde Sandra Fagundes e coordenadora de saúde mental a psicóloga Maria Cristina Carvalho da Silva. No segundo semestre de 2005, a Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, assume a gestão pedagógica e educacional da residência. Ricardo Burg Ceccim retornara de Brasília. Ao longo do semestre fica acertada a gestão exclusiva da UFRGS, assumem os professores Ricardo, pela Faculdade de Educação, e Analice de Lima Palombini, pelo Instituto de Psicologia. A coordenação é do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica – EducaSaúde, da Faculdade de Educação. O processo seletivo, pela UFRGS, dá guarida às categorias de Artes e de Pedagogia, além das categorias profissionais da área de atenção à saúde. O ineditismo da introdução da categoria de artes se soma ao ineditismo da inclusão da categoria de pedagogia.

Por incentivo do Ministério da Educação – MEC à rede de Instituições Federais de Ensino Superior – IFES e Hospitais Universitários – HU, foram abertos os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA (2010), do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM (2010) e da Universidade Federal do Pampa – Unipampa (2015), os três com área de Saúde Mental. Por incentivo do Ministério da Saúde – MS, a Universidade do Vale do Rio do Sinos – Unisinos, iniciou Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, em 2015, também contemplando a área de Saúde Mental. Buscando a identidade com a rede de IFES e HU, o EducaSaúde adota, a partir de 2010, a incorporação da designação “multiprofissional” à designação “integrada” proveniente do modelo da ESP/RS. A residência passa a se chamar Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Os incentivos governamentais resultaram da formulação de uma política de expansão de vagas e programas de residência em saúde pelo governo federal, distinguindo-se o apoio à rede de IFES e HU pelo MEC e às redes estadual e municipal de saúde e educação pelo MS (ministros Fernando Haddad – PT, na Educação, e Alexandre Padilha – PT, na Saúde), surgindo no país, pela primeira vez, uma política de incentivo à formação na modalidade de residências. É dessa noção de política que surge a necessidade de que os programas de residência apresentem seus Projetos Pedagógicos de Residência – PPR como “organizadores curriculares”, o que não equivale a currículo por conteúdos, mas segundo itinerários formativos e cenários de prática.

Quadro Memória: residências em saúde mental no Rio Grande do Sul

Instituição Proponente	Programa (Área Profissional)	Categorias Profissionais	Ano Início
HPSP	Psiquiatria Comuni- tária / Saúde Mental	Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social	1984
ESP/RS (São Pe- dro Cidadão)	Saúde Mental Coleti- va + Psiquiatria (PPR integrados)	Artes, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional	1999
HPSP e ESP/RS	Psiquiatria e Saúde Mental (PPR distintos)	Medicina (HPSP), Artes, Educação Física, Enferma- gem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional (municípios conveniados)	2011
GHC	Saúde Mental/ Atenção Psicossoc- ial (PPR no GHC contempla compo- nentes curriculares integrados)	Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional + Artes (a partir de 2012)	2004
UFRGS (EducaSaúde)	Saúde Mental Coletiva	Artes, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Pe- dagogia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional	2005
HCPA	Saúde Mental	Educação Física, Enferma- gem, Psicologia	2010
	Atenção Integral ao Usuário de Drogas	Educação Física, Enferma- gem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional	2014
HUSM	Saúde Mental	Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional	2010
UNIPAMPA	Saúde Mental Coletiva	Educação Física, Enferma- gem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social	2015
UNISINOS	Saúde Mental	Enfermagem, Nutrição, Psi- cologia, Serviço Social	2015

Sistema Furo-Base: as residências em saúde mental se organizam e expandem

Pode-se apontar que as residências em saúde mental no Rio Grande do Sul, em interface com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tiveram início em 1984, junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, com o modelo da Psiquiatria Comunitária, de vertente norte-americana; tiveram uma inflexão em 1987, ainda no Hospital Psiquiátrico São Pedro, com a orientação da reforma psiquiátrica italiana e em colaboração com a reforma psiquiátrica da província de Córdoba, na Argentina. A partir de 1999 passam à nomenclatura Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, mantendo-se no Hospital Psiquiátrico São Pedro, mas até 2003 na condição Projeto São Pedro Cidadão/Por uma Sociedade sem Manicômios. Mudanças no modelo assistencial do Hospital interferem no modelo pedagógico da residência ao longo dos anos e em 2011 a residência em psiquiatria permanece no hospital, enquanto a residência em saúde mental estabelece convênio com a rede de atenção psicossocial dos municípios de Porto Alegre, Canoas, Sapucaia do Sul e São Lourenço do Sul. Era diretor da ESP/RS Márcio Mariath Belloc, psicólogo, doutor em Antropologia Médica (Governo Tarso Genro – PT). Em 2004, o Grupo Hospitalar Conceição inicia a Residência Integrada em Saúde, servindo-se de toda a sua rede de atenção psicossocial, que inclui pontos de cultura, centros de atenção psicossocial, consultório de rua, apoio matricial às unidades básicas da zona norte da cidade, internação em hospital geral e atendimento em urgência. Em 2012, introduziu a categoria de artes na residência, como o faziam a ESP/RS e o EducaSaúde/UFRGS.

Em 2005, inicia a Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva do EducaSaúde/UFRGS, inteiramente identificada com a luta antimanicomial nacional e internacional, com a construção da rede de atenção psicossocial no Brasil, com uma rede de pesquisas nos programas de pós-graduação em Educação e em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, que contempla interface com os estudos culturais, o pós-estruturalismo, a psiquiatria comunitária da Espanha, a psiquiatria sem hospício italiana e a psicoterapia institucional francesa (ou esquizoanálise). Em 2010 têm ini-

cio as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde, contemplando ênfase em Saúde Mental, nos hospitais de Clínicas de Porto Alegre e Universitário de Santa Maria. Em 2015 tem início uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com o apoio do MEC, e uma Residência Multiprofissional em Saúde, com apoio do MS, ambas com ênfase em Saúde Mental, uma na Unipampa e outra na Unisinos, respectivamente. As quatro últimas correspondem à Política Nacional de Saúde Mental. A residência do HCPA ainda atende à Política Nacional de Atenção ao Crack, Álcool e outras Drogas.

A área profissional da Saúde Mental em programas de residência integrada/residência multiprofissional abrange a atenção psicossocial, a gestão da política de saúde mental, a participação social nos termos da reforma psiquiátrica brasileira e a formação teórica no campo da atenção e reabilitação psicossocial, correspondendo às designações da Política Nacional de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial, estando dirigida a profissionais com formação nas áreas de conhecimento da saúde (predominantemente educação física, enfermagem e terapia ocupacional, mas também farmácia, fisioterapia e nutrição, em alguns casos), sociedade (serviço social) e humanidades (artes, pedagogia e psicologia), sempre que possível integradas à residência médica em psiquiatria. Envolve competências técnicas, éticas e humanísticas em saúde mental coletiva, seja no âmbito ampliado da Educação – como em uma pedagogia da cidade e na problematização de seus dispositivos de produção de sentidos e culturas¹⁴ –, seja no âmbito ampliado da Saúde – como na integralidade da atenção e no acolhimento, sob a forma de cuidado-intervenção, aos processos disruptores de sentidos e culturas¹⁵. As vagas de Artes estiveram presentes nas residências da ESP/RS, GHC e EducaSaúde. A vaga de Pedagogia apenas na residência do EducaSaúde. O EducaSaúde não seguiu a oferta das vagas de Artes e Pedagogia desde 2015.

Trata-se de uma formação especializada que se realiza em espaço de serviço, mediante acompanhamento docente-assistencial, em regime de 60 horas semanais e carga horária de 5.760 horas. A residência, quando “integrada”, resulta em incorporação da formação com o trabalho; articulação do “trabalho-especialização” com a “condução das políticas públi-

cas”; cruzamento entre políticas públicas e participação social; e articulação entre “formação e atuação” com desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. A residência integrada também obtém sua definição do fato de ser oferecida como formação em equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar, tendo em vista o esforço pelo rompimento com a fragmentação das práticas e com as posturas e condutas de institucionalização e segregação das diversidades humanas, estando interessada na produção de singularidades socioculturais.

A área profissional especializada da Saúde Mental Coletiva envolve circulação e permanência em cenários de atuação profissional em atenção psicossocial, promoção da saúde mental e educação em saúde mental, tais como: serviços do Sistema Único de Saúde; oficinas de criação e de geração de renda; espaços de integração escolar e de recursos psicopedagógicos; ações de dessegregação da loucura, da deficiência, dos comportamentos atípicos e das singularidades não previstas pelos espaços disciplinares da educação, da saúde e das culturas urbanas.

A dimensão teórica envolve aulas e encontros coletivos de estudo e reflexão. A dimensão teórico-prática envolve supervisão clínico-institucional em saúde mental coletiva e saúde mental por área de formação e atividades de campo em saúde mental e políticas públicas de educação e saúde, incluindo o conhecimento da rede de atenção integral em saúde, linha de cuidado em saúde mental e instâncias de controle social na saúde. A dimensão prático-aplicativa ocorre em espaços do trabalho em saúde da rede de atenção psicossocial (RAPS). Os espaços da dimensão prático-aplicativa são serviços e projetos de atenção psicossocial, de educação em saúde mental e de ação sociocultural pelo direito às diversidades. No Rio Grande do Sul, tem havido regularmente a inserção de vivências em diversas cidades fora das sedes dos programas, como eventos marcantes da Luta Antimanicomial de ocorrência anual como o Mental Tchê, em São Lourenço do Sul, e a Parada do Orgulho Louco, de Alegrete, além de outras regiões do país por períodos delimitados, tendo em vista a amplitude da experiência profissional a adquirir.

Veda furos: emergência de milícias e aturdimento de militantes

Em 2015, assistimos uma investida da imprensa e entidades médicas gaúchas pelo descrédito da Parada do Orgulho Louco, já na sua 5ª edição naquele ano. A Parada do Orgulho Louco é uma celebração à vida, vida que precisa vingar mesmo em face das situações de grave sofrimento psíquico, situação que pede intervenção clínica e cuidado abrangente em condição de liberdade e ação comunitária. Um cuidado em liberdade afirma o direito à cidadania, à cidade, ao encontro com o outro e a uma clínica singular e participativa. Em Alegrete, é acontecimento que mobiliza diversos setores da cidade, na preparação do evento e no acolhimento dos que chegam de fora para participar. A Parada do Orgulho Louco é uma intervenção cultural que tem a força de mobilizar e transformar preconceitos arraigados na sociedade com respeito ao adoecimento mental, à experiência da loucura e à presença da desrazão na constituição dos humanos. Alinha-se, nesse sentido, com os movimentos mais avançados de protagonismo e superação do adoecimento mental em países como Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, entre outros. As Mad Pride – the right to be free; the right to be me, nesses países, convocam a população com a chamada “Você se identifica como uma pessoa louca? Estamos chamando todos os povos loucos: artistas, artesãos, comediantes, usuários de saúde mental, movimentos de luta antimanicomial, sobreviventes, ex-pacientes, estudantes, poetas, acadêmicos, eruditos, músicos, pirados, neutros, editores, Anonymous ou quaisquer outras pessoas interessadas na celebração do Orgulho Louco do ano”¹⁶. Opor-se à sua realização é dar as costas ao que a experiência de duas décadas e meia de reforma psiquiátrica no Brasil, referendada pela Organização Mundial da Saúde, já demonstrou: a vida em comunidade é um princípio básico para um efetivo cuidado em saúde mental. A Inclusão da Parada do Orgulho Louco no calendário das residências em saúde mental do Estado é coerente com esse princípio e com o papel pioneiro que teve nosso Estado na implementação, no país, de ações de saúde mental de base comunitária.

Desde 1992, a coordenação da política nacional de saúde mental esteve ao encargo de lideranças nacionais da reforma psiquiátrica, como o

médico psiquiatra Domingos Sávio do Nascimento Alves, pesquisador do Instituto Franco Basaglia, integrante da World Federation for Mental Health e da World Association for Psychosocial Rehabilitation, a psicóloga Eliane Maria Fleury Seidl, docente e pesquisadora da área de saúde mental na Universidade de Brasília, os médicos psiquiatras Alfredo Schechtman, também escritor e poeta, Ana Maria Fernandes Pitta, Pedro Gabriel Godinho Delgado e Roberto Tykanori Kinoschita, estes últimos docentes e pesquisadores da área de saúde mental das mais importantes universidades brasileiras, como a Universidade de São Paulo, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade Estadual de Campinas, respectivamente. Currículos que se alinham fortemente ao processo de reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial no país, tendo, todos eles, reconhecimento e expressão internacional por sua militância em prol dos direitos do portador de sofrimento psíquico e transtornos mentais. Em janeiro de 2016 ocupou este lugar, sob forte oposição nacional, o médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, que trazia em seu currículo o fato de ter sido diretor de uma instituição privada, a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi/RJ, fechada nos anos 2000 pela constatação de maus tratos e violação de direitos impingidos aos seus internos. No segundo semestre de 2016, o lugar passou ao médico psiquiatra Quirino Cordeiro Filho, professor e pesquisador da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, professor da área de Psiquiatria Forense, Psicologia Jurídica e Medicina/Psiquiatria Legal, estudioso da associação entre genes do sistema dopaminérgico e a esquizofrenia. Os dois últimos se distanciam do legado dos anteriores, assim como dos movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil, das redes de debate multicêntrico e transnacional em atenção integral à saúde mental, colocando em risco uma política de saúde mental reconhecida internacionalmente, cujo centro é a ação intersetorial; o cuidado realizado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; a garantia de uma rede efetiva de serviços abertos e territorializados, radicalmente substitutivos ao manicômio; de inclusão do usuário como protagonista de seu projeto terapêutico e incentivadores dos programas formativos que acoplam qualidade da formação, aperfeiçoamento da atenção, desenvolvimento técnico da gestão e implicação com os usuários da rede de ações e serviços em saúde mental (um olhar com a

amplitude da vida psicossocial e dos processos de subjetivação, em territórios vivos, moventes, afirmativos).

Assistimos em 2017 a manifestações formais, escritas por meio de ofício (25 de abril de 2017)¹⁷ e nota técnica (20 de setembro de 2017)¹⁸, da Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, apontando que o tratamento em saúde mental tenha como eixo principal os ambulatorios especializados (não a RAPS, por suposto), com atendimento multiprofissional de pessoal especializado (de abordagem psiquiátrica, não psicossocial, por suposto) e que a rede de Centros de Atenção Psicossocial já existente seja mantida e melhorada (não expandida, por suposto), a serem entendidos como “serviços especializados intermediários” entre o Ambulatório e a internação plena. Expõem, ainda, que a Política Nacional de Saúde Mental seja revista: direcionada para um modelo estruturado com base em uma Rede Integral de Tratamento (não a RAPS, por suposto) e conforme elaboração da Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia e Conselho Federal de Medicina (hegemonia da categoria profissional médica). Por fim, analisam que há realização de cursos e pesquisas com altos valores de repasse financeiro aos parceiros conveniados, devendo ser revistos, assim como analisam que milhões foram empregados pelo Ministério da Saúde sem que qualquer assistência à população tenha sido prestada. O Ofício decorreu da identidade de avaliações com o Ministro do Desenvolvimento Social e Agrário, Osmar Terra, conferencista no Congresso Brasileiro de Psiquiatria (16 de novembro de 2016) e identidade de avaliações com o coordenador nacional de saúde mental, expositor na Comissão Intergestores Tripartite (31 de agosto de 2017) e Conselho Nacional de Saúde (14 de setembro de 2017)¹⁹.

Em julho de 2017, a Revista Fórum²⁰, revelou a publicação em um blog ligado à categoria dos peritos médicos da previdência (perito.med), taxando o modelo multiprofissional e interdisciplinar e a abordagem psicossocial da deficiência de “projetos petistas, esquerdistas e comunistas”, indicando que o trabalho na área de inclusão da pessoa com deficiência precisa ser suspenso urgentemente. A matéria informa que segmentos da categoria médica veem a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com

Deficiência, aprovada em Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2006, e a Lei Brasileira de Inclusão, de 2005 (Lei 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência), como ameaça e perda da exclusividade médica na avaliação da deficiência, uma identidade com o atual governo que compreende a avaliação da deficiência como ato médico, sem conexão com a luta das pessoas com deficiência por dignidade e inclusão.

Em 2017, em Porto Alegre, uma manifestação contra uma exposição de curadoria artística, a “Queer Museum – representações da diferença na arte brasileira”, mostrou uma “milícia” do reacionário vigiando a cultura e subjetivação. A milícia que emerge no Brasil disputa a subjetividade e a cultura, as práticas de liberdade, o exercício da inclusão e a presença da diversidade, reivindica-se anti-PT, anti-esquerda e anticomunista exigindo a exclusão social como prática de sociedade. Práticas e discursos contrários aos movimentos feminista, negro e LGBTQ+, recompondo a elitização, a causa liberal e a opressão social.

Também em 2017, uma liminar foi deferida pelo juiz federal Waldemar Cláudio de Carvalho, da 14ª Vara, trazendo à cena cultural e subjetiva, outra vez, a relação da saúde mental com a existência homossexual. A liminar decorreu de uma ação popular contra o Conselho Federal de Psicologia – CFP, em especial a Resolução CFP nº 001/90, “denunciada” como cerceadora da liberdade de estudo e pesquisa, assim como do atendimento para pessoas que demandam (re)orientação sexual²¹. A liminar suspendeu os efeitos da Resolução quanto à determinação de que os psicólogos “não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados”. Tampouco, os psicólogos “colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades”. Ora, não estava impedido o atendimento de quem quer que sofresse com sua sexualidade, independentemente da sua orientação sexual. Por outro lado, não faz o menor sentido converter a orientação sexual de quem quer que seja para qualquer condição imposta desde fora da singularidade e de uma ressingularização afirmativa da vida.

Por uma residência saca-rolhas como interface à reforma psiquiátrica!

Sobre a potência formadora da rede, vemos a criação de espaços vazados e de vazamento de invenções criativas e vigorosas em face da afirmação da diversidade, pluralidade e heterogeneidade da vida. Entretanto, ao passo que provemos o furo nas lógicas, a ruptura nos valores, a abertura de margens ao acolhimento da loucura e das “novas loucuras”, também vemos a reengenharia das propostas e a ressignificação dos preconceitos, contendo a passagem que furos, rupturas e aberturas apresentam. É como se rolhas fossem colocadas, realocizadas, valorizadas. Vemos políticas e propostas que catam os vazamentos para “socar” uma rolha.

A potência formativa é também uma potência de saca-rolhas, de não conformidade com a contenção da vida. Toda criação demanda mais criação, toda vida demanda mais vida. Se rolhas são detectadas, não podem nos acomodar e nem nos remeter à queixa ou lembrança permanente de bloqueios e dificuldades operacionais, nossa energia envolve mais criação, mais invenção, mais luta pela vida. Aí o saca-rolhas, alimentar a vida, seus vazamentos, sua potência, a não tolerância com o bloqueio das potências. O saca-rolhas é para desmontar os bloqueios do poder (sobre a vida), deixar seguir a vazão da potência (de vida). A loucura sinaliza o diverso, o poder vem localizar o diverso e propor cada vez mais identidades. “Sacar” as identidades e retornar à afirmação de potência das diversidades para permanentemente recriar a vida e o vivo, acolher os sofrimentos psíquicos e as fragilidades da vida, deixando “vida” diversa ganhar território em nossas vidas, sacar as contenções, tantas vezes disfarçadas de políticas de inclusão. Precisamos de residências saca-rolha em saúde mental, ainda a luta antimanicomial, não apenas por uma sociedade sem manicômios, também uma sociedade libertária, inclusiva e promotora da vida em resingularização permanente.

REFERÊNCIAS

1. Rio Grande do Sul. Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado; 1992.
2. Itália. Lei nº 180, de 13 de maio de 1978. Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Diário Oficial da República; 1978.
3. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec. 1990; p. 89-100.
4. Tatsch J. Apaixonado pela ciência. Perfil (Ellis Alindo D'Arrigo Busnello). Jornal da Universidade/UFRGS. Out. 2007; p. 15.
5. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1981.
6. Fagundes, Sandra. Saúde Mental Coletiva: construção no Rio Grande do Sul. In: Bezerra Jr. B; Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem Hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 57-68.
7. Fagundes, Sandra. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. In: Campos FB; Lancetti A, organizadores. Experiências da Reforma Psiquiátrica – SaúdeLoucura, n. 9. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 203-231.
8. Rio Grande do Sul. Decreto nº 34.143, de 30 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o valor da bolsa de estudos paga aos bolsistas não médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro e Unidade Sanitária São José do Muraldo, e estabelece o sistema de reajuste. Diário Oficial do Estado; 1991.

9. Dias MTG, Cruz RAC, Frichebruder SC, Monteiro JR. Projeto Morada São Pedro. In: Ferla A, Fagundes SMS, organizadores. O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, ESP/RS; 2002.

10. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria nº 16, de 1º de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). Bol. da Saúde, v. 14, n. 1, 1999-2000.

11. Rio Grande do Sul. Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002. Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde. Bol. da Saúde, v. 16, n. 1, 2002.

12. Brasil. Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2005.

13. Brasil. Lei Federal nº 11.129, de 30 de julho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2005.

14. Ceccim RB; Carvalho-da-Silva MC. Educação do lugar: saúde mental e pedagogia da cidade. Saúde em Redes. 2015; 1(3):7-19.

15. Ceccim RB. A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em Saúde Mental. Caderno Saúde Mental (Belo Horizonte). 2010; 3:67-90.

16. Bellows K. What madness has taught me. 26 Abr. 2016. Disponível em: <http://www.torontomadpride.com/2016/04/what-madness-has-taught-me-kristen-bellows/>

17. Ofício nº 068, de 25 de abril de 2017, da Associação Brasileira de Psiquiatria, destinado aos excelentíssimos senhores Osmar Terra - Ministro do Desenvolvimento Social e Ricardo Barros - Ministro da Saúde, assim como aos excelentíssimos senhores governadores e a todos os gestores de saúde. Ver em: <<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/uploads/2017/04/Nota-tecnica-sobre-a-calamidade-na-assistencia-publica-em-saude-mental-no-Brasil.pdf>>

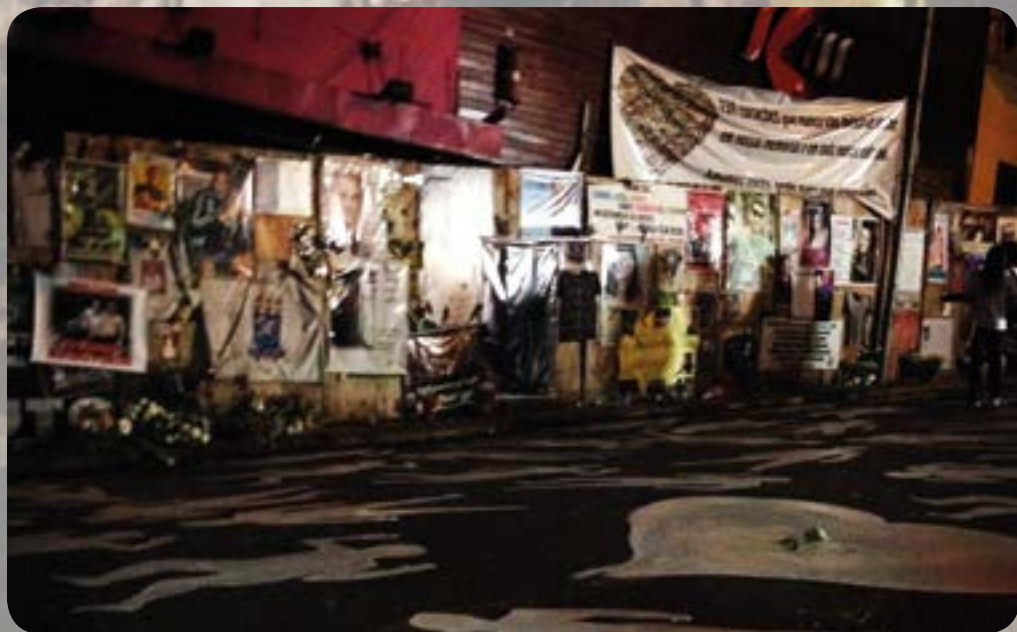
18. NOTA ABP – CFM, de 20 de setembro de 2017. Assunto: Assistência psiquiátrica no Brasil. http://www.abp.org.br/portal/wp-content/uploads/2017/09/Nota_ABP-CFM.pdf

19. Radke MB. Das reformas sanitária e psiquiátrica à educação em saúde mental: saber técnico e compromisso ético com a saúde mental coletiva. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

20. Dias A. Crise insolúvel e corporativismo médico ameaçam direitos das pessoas com deficiência. 26 de julho de 2017. Revista Fórum. <https://www.revistaforum.com.br/2017/07/26/crise-insolavel-e-corporativismo-medico-ameacam-direitos-das-pessoas-com-deficiencia/>

21. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP 01/99 é mantida em decisão judicial. Justiça Federal do DF preserva a íntegra do texto normativo, mas se equivoca ao definir como o Conselho Federal de Psicologia deve interpretar a resolução. 16/09/2017. <http://site.cfp.org.br/resolucao-cfp-0199-e-mantida-em-decisao-judicial/>

**INVENTANDO LUGARES, TEMPOS E MODOS DE
CUIDADO FRENTE AO INCÊNDIO NA BOATE KISS:
A ATENÇÃO À CRISE COMO DESAFIO
PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA**



Crise

INVENTANDO LUGARES, TEMPOS E MODOS DE CUIDADO FRENTE AO INCÊNDIO NA BOATE KISS: A ATENÇÃO À CRISE COMO DESAFIO PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Volnei Antonio Dassoler⁴³

Gilson Mafacioli ⁴⁴

Cristiane Holzschuh Gonçalves⁴⁵

O descaso diante da realidade nos transforma em prisioneiros dela. Ao ignorá-la, nos tornamos cúmplices dos crimes que se repetem diariamente diante dos nossos olhos. Enquanto o silêncio acobertar a indiferença, a sociedade continuará avançando em direção ao passado de barbárie. É tempo de escrever uma nova história e de mudar o final. (Holocausto Brasileiro, Daniela Arbex)

Apresentando

O incêndio na Boate Kiss, ocorrido em Santa Maria, no dia 27 de janeiro de 2013, resultou em 242 mortes e mais de 600 feridos, desencadeando movimentos de solidariedade país afora e exigindo o planejamento de um conjunto de intervenções em diferentes campos e níveis de atuação. As repercussões subjetivas e coletivas no âmbito da saúde mental lançaram o desafio de criar, mais do que encontrar, alternativas de cuidado tanto para as pessoas afetadas diretamente pelo ocorrido quanto para a população em geral. Aglutinados numa força tarefa, comunidade, profissionais,

43 Psicanalista, doutorando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre e integrante do comitê gestor do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2016. dassoler@terra.com.br

44 Médico psiquiatra, Mestre em Psicologia, integrante do comitê gestor do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2016. gilsonmafa@terra.com.br

45 Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS), especialista em Sistema Público de Saúde (UFSM), psicóloga e apoiadora matricial contratada do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2014. psicristianehg@yahoo.com.br

entidades públicas, organismos não governamentais e outros segmentos sociais, assumiram o compromisso de enfrentar o que se seguiria como consequência do incêndio.

Rapidamente, pôde-se ver que, além da solidariedade, era necessário propor, com certa urgência, mecanismos de acolhimento diante da dor e do sofrimento. Essa percepção resultou na mobilização voluntária de centenas de profissionais ligados ao campo ampliado da saúde mental dispostos a acompanhar e acolher os fenômenos que se viam na esfera subjetiva e no campo social: angústia, sentimento de impotência, incredulidade, experiência de desamparo, sensação de vazio, medo, sintomas físicos (taquicardia, falta de ar, tremores, desmaio), choro, raiva, sensação de ruína psíquica, manifestações de pensamentos suicidas, impulso a agir, configuração nonsense que, em casos como o vivido, aproximava-se da própria dimensão da loucura. O incêndio foi um acontecimento demasiado para o corpo e para alma que, a sua maneira, pareciam dizer os limites dos seus recursos, antecipando a proximidade do risco de não ter à disposição o suporte das representações imaginárias e simbólicas que dão sustentação a cada sujeito.

Interpelada pelo contexto, a participação dos entes públicos, representados pelos serviços e pelos seus profissionais, foi um componente marcante para a organização do fluxo de demandas e atendimentos surgidos nas primeiras semanas após o incêndio. A reunião dessas entidades, através da criação de um comitê gestor de crise (que contou com representantes do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e do município), estabeleceu um ambiente favorável para o planejamento e a oferta de assistência.

A inexistência prévia de modelos institucionais destinados ao cuidado em situações de desastre dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não se constituiu um grande problema. Depois de 21 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, àquela altura, já se tinha um tanto de “estrada” percorrida que nos autorizava a dizer que os modos de tratamento não estão garantidos pela reprodução das estruturas institucionais, pela materialidade dos espaços ou pela aplicação de dispositivos. Contamos com uma sólida produção de conhecimento advindo das incontáveis experi-

mentações semeadas pelo espírito crítico e criativo, suficiente para que a “força-tarefa” assumisse a coordenação das primeiras ações, buscando situar a presença do Estado e das suas políticas públicas como apoio às práticas que colocavam em causa a própria categoria de cidadania.

Obviamente, isso não foi tranquilo como já antecipara Amarante (2007, p. 15): “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” como aquele que se designa como psicossocial. Não se trata de trabalhar essas diferenças pelo simples combate à diversidade de filiações teóricas, mas de estarmos atentos ao processo de captura do sujeito que certos discursos estabelecem quando definem ideais de normalidade.

Tendo isso em consideração, convocamos o pensamento e a memória, parceiros indissociáveis da experiência, para propor um recorte contextual que nos permita avançar na articulação da experiência do Acolhe Saúde⁴⁶ com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, apresentamos duas direções: a primeira circunscreve o trabalho de caráter clínico e a segunda defende a relevância da educação permanente nesse processo.

Inventando espaços, tempos e modos de cuidado

Um desastre desvela tanto a face precária da existência humana, quanto a fragilidade das estruturas simbólicas e sociais que dão a sensação de pertencimento singular no laço social. Acontecimentos, como o incêndio na boate Kiss, desestabilizam a confiança nas referências que organizam a vida de cada um de nós, em particular. No contexto pós-incêndio, a fissura dessas crenças mostrava-se na insistente busca de sentido diante do nonsense do acontecimento: por que comigo? Deus existe? Qual é o sentido da vida? Por que continuar? Isso quer dizer alguma coisa? E se eu tivesse feito diferente? Como irei viver a partir de agora? Entendemos que os rituais que se seguem, as manifestações de solidariedade e as homenagens prestadas, fazem parte desse esforço coletivo para restaurar o mínimo de crença necessária ao laço social.

46 O livro “A integração do cuidado frente ao incêndio na boate Kiss” (MAFACIOLI, et al.,2016) reúne um conjunto de relatos de experiências desenvolvidas em resposta ao desastre.

Embora o incêndio tenha alcançado ampla repercussão nacional e internacional, o fato é que o impacto maior envolveu a cidade de Santa Maria e sua população. Por isso, era necessário cuidar dos feridos, dos familiares, dos amigos e da cidade. Assim, no dia 22 de fevereiro de 2013, foi assinado, em Porto Alegre (RS), um Termo de Compromisso, o qual estabelecia a cooperação entre os entes signatários (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde) e garantia a continuidade dos procedimentos técnicos e operacionais de atenção às vítimas, familiares, profissionais e comunidade, por meio de ações de vigilância à saúde e atenção básica, especializada e psicossocial. Arriscamos dizer que as atribuições relativas à atenção psicossocial recolocaram desafios semelhantes àqueles lançados pela Lei da Reforma Psiquiátrica gaúcha (Lei 9716), promulgada em 7 de agosto de 1992, com o intuito de fazer com que as intenções contidas no termo de compromisso pudessem ganhar vida na prática cotidiana dos serviços. Abaixo, as intenções do referido termo:

-implantação do protocolo de atenção clínico-assistencial para avaliação e seguimento longitudinal aos sobreviventes e aos profissionais envolvidos no atendimento do incêndio; assistência especializada às vítimas de queimaduras, com garantia de realização de procedimentos necessários de reparação cirúrgica e reabilitação; continuidade da atenção psicossocial e de vigilância à saúde aos sobreviventes, familiares das vítimas e aos profissionais envolvidos no atendimento; ampliação e qualificação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no município de Santa Maria; elaboração do plano de atividades, com detalhamento das responsabilidades.

Cientes de que a publicação de uma lei não soluciona, de maneira definitiva, o contexto a partir do qual esses tratados se originam, tínhamos, pela frente, o desafio de buscar formas de comprometimento entre os segmentos envolvidos no cumprimento dos termos. Nesse caso, muitos impasses foram superados e muitos avanços obtidos na medida em que vislumbramos que esse conjunto de atores sociais, incluindo a Associação de familiares das vítimas e sobreviventes da tragédia de Santa Maria (AVTSM), assumiram o protagonismo que lhes era cabível na busca

de soluções estratégicas. Essa posição de convergência foi determinante para que as ações realizadas no contexto pós-desastre fossem reconhecidas como exitosas, sendo a principal delas a criação do “Acolhe Saúde”, serviço de atenção psicossocial destinado às pessoas afetadas direta ou indiretamente pelo incêndio na Boate Kiss.

De certa maneira, isso nos ajuda a compreender e lidar com o caráter paradoxal das políticas públicas destacado por Dimenstein (2014). De acordo com a autora, podemos pensar as políticas públicas como estratégias de regulação social, institucionalizadas por meio de dispositivos como programas, normas, ações, projetos, que respondem a uma demanda de proteção social. Segundo ela, no Brasil, a noção de responsabilidade coletiva foi adotada com a Constituição Federal de 1988 e, desde lá, inúmeras políticas sociais foram sendo implantadas. Tomando Foucault como interlocutor, lembra que “as políticas públicas atravessam o corpo social gestando formas de vida” (p.161), razão pela qual elas “precisam ser constantemente debatidas, problematizadas, questionadas e avaliadas” (p.161), promovendo ações que possam encurtar a vasta distância que se produz entre a intenção e o gesto, entre a teoria e a prática.

Com efeito, a decisão de formalizar a criação do “Acolhe Saúde” requereu tempo, reflexão, alguns enfrentamentos e significativa dose de ousadia e risco que, de certa forma, guardam semelhança com as primeiras iniciativas institucionais abertas e territorializadas, surgidas no contexto da Reforma Psiquiátrica, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (SP), no final dos anos 80. Acreditamos que, assim como esses projetos-modelo, a decisão em favor da criação do “Acolhe Saúde” estava carregada de dúvidas e incertezas sobre o alcance dos seus objetivos e sobre possíveis consequências. Contudo, tratava-se de fazer algo ante um cenário no qual não se podia ficar indiferente. Mais do que dar certo, era imprescindível assumir o risco de propor algo, de inventar formas de cuidar em liberdade, de restituir as condições de dignidade, de acolher a dor da perda.

No dia a dia, pensávamos em como poderíamos viabilizar um ser-

viço sem a garantia do repasse de recursos financeiros, visto que esse modelo não estava contemplado pela RAPS. O quanto poderíamos inventar? Não seria mais apropriado usar a rede de assistência já instalada no município e tentar qualificá-la? O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) poderia ser o modelo de funcionamento por congregar em suas atribuições, simultaneamente, o cuidado na urgência, o acompanhamento longitudinal e o apoio à atenção básica? Valeria a pena criar um serviço que tem no horizonte a própria extinção ou a transformação, conforme esclarecimentos das organizações não governamentais de ajuda humanitária (Médicos Sem Fronteiras e Cruz Vermelha) sobre a redução significativa da demanda em casos de desastre.

Esses foram alguns dos muitos aspectos que participaram das nossas discussões. Curiosamente, todos eles desembocavam na reafirmação da concepção de que seríamos nós, atores locais, os protagonistas dos processos de elaboração, avaliação e condução do trabalho. Com efeito, o apoio externo (Médicos Sem Fronteiras, Cruz Vermelha, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Saúde Mental, Política Estadual de Saúde Mental, Força Nacional do SUS) recebido nesse momento foi imprescindível e muito do que se fez não teria sido possível sem a presença e o suporte externo. Contudo, desde o início, estava claro que essa colaboração seria provisória, atuando para restituir as condições de trabalho aos efetivos locais que, eventualmente, poderiam ter sido rompidas em função do desastre.

Assim, marcado desde o primeiro dia pela rotina de reuniões, discussões, impasses, dúvidas, tensionamentos, esperança e referências à urgência, ao trauma e ao luto, instituiu-se o Acolhimento 24 horas. Com isso, abriu-se uma possibilidade efetiva e ordenada para que os efeitos do desastre pudessem ser acolhidos de maneira singular, a partir de uma posição de escuta, que considerasse o estremecimento do laço social e as afetações subjetivas por meio de uma relação espacial e temporal menos afeita à pressa e à generalização. Desse modo, entendemos que a criação de uma sede, a entrada de um grupo de profissionais com previsão de permanência, a definição de um modelo de trabalho e de cogestão, adquiriram, por si só, estatuto de intervenção psicossocial. Além disso, instituiu-se um cam-

po fértil de experimentação cartográfica e de produção de conhecimento (saber-fazer) envolvendo temas como trauma, luto, urgência, crise, laço social, memória, etc.

A escolha do nome “Acolhe Saúde” foi definida após o ingresso da equipe contratada emergencialmente e veio em substituição à designação informal de “Acolhimento 24 horas”, conhecida desde os primeiros dias. Foi curioso observar que, com o passar do tempo, “Acolhe Saúde” virou apenas “Acolhe” ou “Acolhimento”, designação popularizada democraticamente por todos: usuários, profissionais, gestão e comunidade. O complemento saúde que, oficialmente, faz parte do nome, raramente, é mencionado. Tal deslocamento, para nós, indica que a insistência do Acolhe e o apagamento do termo saúde servem como orientadores acerca das discussões do propósito do serviço, recuperando aquilo que, desde o dia 27 de janeiro, lhe definiu: acolhimento. Nessa mesma perspectiva, a definição da modalidade de cogestão foi decisiva para que o serviço pudesse ter a sua “cara” ou, melhor, “várias caras”. Esse modelo prevê a participação ativa de toda a equipe de trabalho, como meio de fortalecimento das relações entre os pares, da criatividade na busca de soluções e do aumento da responsabilidade social.

Um dos primeiros passos para nortear o trabalho clínico ampliado foi demarcar referências teóricas e políticas para a equipe, razão pela qual o ingresso dos profissionais contratados foi precedido por um curso de capacitação, envolvendo fundamentos das políticas públicas e introduzindo a psicanálise como campo de conhecimento interlocutor com a atenção psicossocial na discussão sobre temas como trauma, luto e angústia, que se juntavam na circulação de outros discursos. Entretanto, buscava-se uma prática orientada desde a perspectiva psicanalítica, considerando que suas intervenções reconhecem que a escuta pode adquirir estatuto de ato, diferenciando-se do mero ouvir recenseador e prescritivo. Foi uma escolha fundamental nesse contexto.

Durante muito tempo, e sempre que achamos necessário, apresentamos nossos postulados teóricos e clínicos nos espaços públicos e privados de discussão, especialmente, naqueles momentos em que percebíamos

uma ênfase desmedida no acontecimento (incêndio) como principal elemento para o estabelecimento de prognóstico. Aliás, a própria demanda de atendimento em si era questionada. Podemos dizer que essa montagem foi reproduzida por parte da população e por alguns segmentos da saúde e da imprensa, que faziam coincidir acontecimento e trauma na mesma estruturação discursiva.

O “Acolhe Saúde” estabeleceu como mecanismo de entrada o acolhimento em “portas abertas”, dispositivo conduzido por dois profissionais, independentemente da formação e dispensando a necessidade de qualquer tipo de encaminhamento ou agendamento. Essa decisão levou em conta que a angústia (condição que impulsiona o sujeito a buscar ajuda) é uma experiência subjetiva que revela o risco da suspensão da condição de representação em favor da prevalência do agir. Nessa perspectiva, nos parece que os serviços de saúde mental precisariam dos processos de acolhimento de maneira a evitar longos procedimentos de coleta de dados que substituam a escuta.

No caso específico dos atendimentos relacionados ao incêndio, o acolhimento é tomado como um ato que se aproxima da noção de “estar com” adquirindo uma importância ainda maior, na medida em que esse “estar com” recupera e valoriza a presença corporal como suporte essencial para lidar com os efeitos decorrentes do encontro do sujeito com o real. Essa concepção de atendimento toma o suporte material do corpo como componente do laço transferencial, abrindo a possibilidade para que possamos formular uma primeira indicação de que o acolhimento é uma prática não especializada, embora esteja na dependência da combinação com outros elementos.

Diante disso, fica claro que essa demanda porta uma especificidade que requer, de quem a recebe, algum tipo de resposta que não pode estar sujeita à marcação do tempo cronológico. Em vista disso, a disponibilidade de tempo para esses acolhimentos\atendimentos é condição *sine qua non* para que se possam vislumbrar efeitos estabilizadores na vivência da angústia e do horror que tais casos suscitam. O fato do “Acolhe Saúde” ter disponível uma equipe com muitos profissionais destinados ao atendi-

mento de um determinado contingente da população foi fundamental para a sustentação de um lugar clínico de abertura às narrativas subjetivas. A concomitância entre a abertura do sujeito ao tratamento e a disponibilidade do serviço operou favoravelmente para o êxito terapêutico: esse é, sem dúvidas, um dos principais indicadores a serem considerados no planejamento dos serviços de atenção psicossocial.

Para acolher a lógica do sujeito que não se subordina ao tempo convencional, é preciso que os profissionais possam dispor de um tempo que não esteja pressionado pelo caráter de produção que segue vigente nas estruturas da área da saúde. Com isso, estamos dizendo que a pressão do tempo cronológico atua desfavoravelmente aos projetos singulares de cuidado. Conforme destaca Passos (2016), há um automatismo cronológico das instituições de saúde que atravessa todos os seus atores e que se nomeia por “urgência”. O que se pode perder em um tempo que vive na urgência e não respira é a “própria potência inventiva do tempo”(s/p), conclui o autor.

Por fim, gostaríamos de compartilhar algumas das atividades que compuseram o conjunto das intervenções. Algumas delas ocorriam regularmente, enquanto outras de forma isolada. O contato por meio telefônico foi um dos principais mecanismos utilizados durante os dois primeiros meses, auxiliando no acompanhamento a distância de quadros mais críticos. A realização de visitas domiciliares a pedido das famílias, das equipes de atenção básica ou do próprio usuário, favoreceu o reduzido número de internações que foi, praticamente, nulo e reforçou o vínculo entre todos. Ressaltamos que, tanto o acompanhamento domiciliar, quanto os contatos telefônicos, devem ser criteriosamente avaliados para não se configurarem como atos invasivos que respondem mais à angústia da equipe do que à demanda efetiva dos usuários. Isso aconteceu em algumas oportunidades, provocando um processo de reflexão por parte da equipe.

Durante os primeiros meses, analisamos a possibilidade de serem realizadas atividades coletivas em seus formatos mais convencionais, como grupos e oficinas. No mês de agosto de 2013, propusemos oficinas de artesanato, cinema e relaxamento, porém notamos que houve pouco

interesse e participação. Concluímos que a estratégia de apoio mútuo poderia se mostrar mais potente em ambientes informais e nos encontros e reuniões em que familiares e sobreviventes participavam.

Atenta ao risco de fechar-se em si, circunstância que assombra a maioria dos serviços psicossociais, a equipe esteve presente nas audiências públicas no Foro, no acompanhamento dos protestos e das homenagens organizadas pela AVTSM, como, por exemplo, as vigílias em frente à boate Kiss, no dia 27/01 de cada ano. O “Acolhe” se fez representar por seus profissionais, sempre que solicitado, nas avaliações para as cirurgias reparadoras, mapeou os sobreviventes e as vítimas fatais nas regiões da cidade com o propósito de situar a referência a cada unidade básica para o acompanhamento longitudinal e colaborou nas discussões relacionadas à assistência farmacêutica.

Conforme estabelecido pelo termo de compromisso, cabia à equipe do “Acolhe Saúde” acompanhar longitudinalmente as pessoas afetadas pelo incêndio. Em função, um ano e meio depois do ocorrido, fizemos uma revisão dos prontuários, localizando o contato telefônico de 400 pacientes cadastradas tendo como critérios o número de atendimentos realizados pela pessoa e o não seguimento do tratamento, naquele momento. Conseguimos conversar com cerca da metade desse total e a maioria informou que se sentia bem, que não via necessidade de seguir com qualquer tipo de atendimento, entretanto, alguns manifestaram que, eventualmente ou em circunstâncias específicas, tinham algum sofrimento com menos intensidade. Segundo eles, na maioria das vezes, isso acontecia quando algo do cotidiano se associava a lembranças que remetiam ao contexto do incêndio, como fumaça, barulho de sirene, notícias de outros desastres, etc. Esse breve levantamento revelou a importância dos procedimentos de registros e atualizações das informações que são interpretados como desimportantes. Afirmar que as informações não devem ocupar o espaço da escuta e do acolhimento não afirma a renúncia às informações pessoais, apenas situa que estamos falando de dois níveis distintos de procedimentos.

Educação permanente em saúde no contexto do incêndio na boate Kiss - A Supervisão Clínico-Institucional à equipe do “Acolhe Saúde”

A educação permanente como dispositivo para a formação e qualificação dos trabalhadores, usuários e gestores, já é uma prática inserida na atenção psicossocial, embora consideremos que sua contribuição não esteja sendo devidamente valorizada e esclarecida. A supervisão é um dispositivo de dupla face ao sustentar um lugar de acolhimento à equipe e introduzir um viés problematizador das práticas. Essa operação tem uma importante função junto aos equipamentos de saúde mental, visto que as práticas, nesse campo, não estão referidas, em essência, a protocolos, atuando por uma posição singular de escuta, a partir da qual os efeitos da chegada do usuário ao serviço, com sua história de vida e seus impasses, irão indicar as possibilidades da direção terapêutica. Esse é, sem dúvidas, um dos principais aspectos que diferenciam a atenção psicossocial do modelo biológico, tecnicista e protocolar que se percebe na rotina dos serviços.

Por outro lado, achamos necessário ressaltar que essa circunstância é suscetível às condições ofertadas aos serviços de saúde e seus profissionais. Com isso, a escolha por uma prática menos afeita aos padrões de normalidade ou, dito de outra forma, menos referida à noção de “bem”, que define condutas a serem seguidas, introduz um tipo de exigência e implicação aos trabalhadores, o que faz com que eles se sintam mais apreensivos com as consequências dos seus atos. Além disso, a diversidade teórica suscita um ambiente mais tenso, quando envolve divergência sobre objetivos terapêuticos.

No caso específico do “Acolhe Saúde” e, provavelmente, das demais instituições inseridas na atenção psicossocial, em muitas oportunidades, a equipe demonstrou cansaço assumindo uma postura resistente com relação a casos mais complexos que exigiam condutas menos padronizadas, deixando clara a dificuldade que se coloca na garantia do caso a caso que a clínica postula. Essa constatação não assume um viés culpabilizador, advindo para assinalar a incidência de inúmeros fatores coadjuvantes, como a relação com a gestão, a satisfação com o trabalho, o ambiente de

convívio entre pares, a existência de reconhecimento, a afinidade com os pressupostos teóricos no exercício clínico.

Nesse sentido, durante os primeiros dois anos, a supervisão clínico-institucional e o apoio institucional\matricial realizados junto aos profissionais do “Acolhe Saúde” e de algumas equipes de atenção básica foi fundamental para que o desejo e a corresponsabilização encontrassem possibilidades de reinvenção diante da necessidade de acolher aquilo que produzia impasse a cada um, em particular, e à equipe como um todo. Por outro lado, esse dispositivo auxiliou na reflexão sobre o processo de reformulação clínico-institucional previsto para o “Acolhe”, problematizando as demandas, a especificidade do trabalho, elaborando lutos e apostando em novas relações e vínculos.

Imersos no contexto de dor e sofrimento que nos tomava no pós-desastre, precisávamos realizar nosso trabalho no “olho do furacão”. Eram vários os desafios que poderiam potencializar ou dificultar as nossas ações naqueles dias. Encontrávamo-nos numa linha tênue e delicada. Por sermos servidores públicos do município, cuja gestão estava sendo investigada, algumas pessoas e segmentos da sociedade nos viam atuando de maneira parcial como “aliados” da administração municipal, deixando no ar uma sensação de desconfiança por parte de alguns familiares de vítimas e sobreviventes. Por outro lado, colegas e representantes da gestão acreditavam que a equipe estaria aliada aos familiares, adotando, em contrapartida, uma postura crítica quanto à existência do Acolhe Saúde e os supostos benefícios que ele traria.

A sustentação de uma posição ética, por parte da equipe, diante dos “dois lados”, era um desafio diário, considerando que nosso trabalho tinha interface com ambos. Aos poucos, essa construção imaginária foi cedendo e, em seu lugar, vimos surgir uma relação de confiança com a grande maioria. Tínhamos que lutar pelo cumprimento do termo de compromisso, lidar com as ambiguidades e mal-entendidos da mídia, esclarecer as “exceções” que estariam sendo concedidas aos afetados (como por ex. prioridade nos atendimentos de urgência, disponibilidade de medicamentos, criação de um serviço exclusivo), projetar um trabalho ampliado de qualificação da

rede de saúde, tendo pouco mais de 30 por cento de cobertura de atenção básica, lidar com a substituição dos profissionais e as dificuldades decorrentes do rompimento de vínculos.

Do ponto de vista do projeto institucional, lidamos com as tensões que surgem quando se busca articular, no conjunto de intervenções, a dimensão política (para todos), com o viés clínico (caso a caso). Era preciso qualificar o conhecimento teórico, apostar na produção de novos saberes e inventar novas estratégias para algo com o que não se tinha experiência, nem previsão por parte da nossa política pública. Rede, intersetorialidade, integralidade, clínica ampliada, atenção psicossocial, interdisciplinaridade, substantivos bastante conhecidos e difundidos, precisaram encontrar sua especificidade nesse contexto pós-incêndio.

Segundo o edital divulgado pelo Ministério da Saúde, cabe ao supervisor trabalhar na direção da construção do SUS, buscando superar a visão dicotômica que, com frequência, se instala entre as diretrizes gerais da política e a construção particular do cuidado clínico. Ao mesmo tempo, é esperado que ele seja capaz de levar em conta a complexidade da dimensão existencial de um sujeito singular em um determinado território. No nosso caso, dentro do contexto pós-desastre, o processo continuado de supervisão clínica e institucional auxiliou a equipe na discussão e formulação dos projetos terapêuticos, levando em conta os conceitos de sujeito, rede, território e autonomia. Apesar das resistências estruturais, foi possível equacionar as formações teóricas diversas e divergentes pela posição de abertura que a supervisão implantou nas rodas de conversa. Salientamos que exercer sua competência técnica sem considerar a história e realidade local, mesmo tendo um currículo apropriado ao trabalho no SUS, pode gerar limitações na construção do vínculo com as equipes, pois estas já têm um conhecimento que deve ser considerado na construção de qualquer projeto de trabalho, principalmente, quando se fala em supervisão. De certa forma, apesar dos momentos de crises e tensões, reconhecemos que houve, também, a produção e o compartilhamento de conhecimento.

-Apoio institucional e matricial

Outro aspecto que merece ser destacado diz respeito ao apoio institucional e matricial endereçado às equipes de saúde mental e de atenção básica. Estas ganham relevo por suas unidades se constituírem como o espaço institucional mais próximo do usuário, ou seja, no território.

No contexto do incêndio, a decisão de ofertar o apoio a essas equipes considerou que a repercussão do desastre alcançaria, ao menos nos primeiros meses, um contexto populacional e simbólico mais amplo do que aquele que envolvia apenas as pessoas afetadas diretamente, o que poderia resultar em demandas de acolhimento dirigidas a tais equipes. Ao mesmo tempo, tinha-se a clareza de que situações como essas poderiam requerer uma abordagem diferenciada para responder as particularidades dessas demandas que deviam ser assumidas dentro do limite e da possibilidade de cada equipe ou profissional. Afinal, sabemos que não é possível termos domínio em todas as áreas de conhecimento e a saúde mental tem demonstrado ser um dos principais pedidos de apoio por parte dos colegas das Estratégias de Saúde na Família (ESF) e das equipes atuantes nas demais unidades básicas de saúde. O Apoio, enquanto dispositivo de educação permanente, foi a aposta do comitê gestor.

Um acontecimento de tamanha proporção como o incêndio da boate Kiss gerou necessidades variadas e complexas, que exigiam uma organização e articulação diferenciadas da rede de saúde e de outras redes. Ciente disto, a Secretaria Nacional de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, por sua vez, acionou o coletivo de consultores e apoiadores da Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH), formados na região e, também, convocou alguns que vieram de diversas regiões do país, para que eles dessem cobertura às equipes de saúde que intervinham no cenário em questão. Essa política, especificamente, toma a tecnologia do Apoio como sua metodologia de trabalho por excelência.

Baseadas nisso, as organizações apoiadoras, de forma compartilhada com os gestores e trabalhadores do município, no segundo dia após o incêndio, criaram sete grupos de trabalho que ofereceriam cuidado à

situação de crise na cidade. Estes grupos foram divididos em: 1- Regulação; 2- Assistência a ritos de passagem e despedida; 3-Assistência a UPA e SAMU; 4- Assistência aos hospitais; 5- Assistência à Atenção Primária em Saúde (Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes -GTABR); 6- Cuidado ao cuidador; 7- Equipe de Emergência/Acolhimento 24 horas. Tais grupos de trabalho eram efetivados por voluntários, trabalhadores e gestores, que se revezavam em regime de plantão. Cada grupo tinha coordenadores, que se reuniam, diariamente, com os apoiadores para trocar informações sobre o cenário de cada local, as ações realizadas, as dificuldades enfrentadas para poder repensar o trabalho, minimizando o risco de ações desintegradas.

O conceito de Apoio surgiu como um dispositivo para produzir mudanças nos processos de trabalho em saúde. Sua função seria facilitar práticas de ampliação da democracia institucional, de redes de conversação, bem como uma forma de educação permanente em saúde, servindo como um catalisador para a produção de mais e melhor saúde e de produção de sujeitos (BRASIL, 1990; CAMPOS, 2013; PAULON, PASCHE e RIGHI, 2014). Além de propiciar retaguarda especializada, os apoiadores ofereciam, também, suporte técnico-pedagógico às equipes encarregadas da atenção à saúde. A finalidade era favorecer maior resolutividade das ações junto aos seus serviços e, conseqüentemente, reduzir a necessidade de encaminhamentos e deslocamentos da população atendida para além de sua unidade de referência (CAMPOS, 1998; CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Em Santa Maria, com suporte da PNH, o grupo de apoiadores constituiu-se com a proposta/aposta de apoiar as equipes da Atenção Básica. Com a composição de grupos de apoiadores, foram realizadas visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF). Nessas visitas às equipes, formadas por médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentistas, eram realizadas rodas de conversa: escutavam as necessidades e, em conjunto, identificavam alternativas e possibilidades de atuação frente à situação naquele momento. O Grupo de Trabalho Atenção Básica e Redes (GTABR) tinha como objetivo, a partir da escuta das equipes, ampliar sua capacidade de análise diante das dificuldades, buscando uma posição de

corresponsabilização diante das fragilidades, pactuando novas práticas e novos modos de agir necessários em função da situação instalada a partir do incêndio (NIED et al., 2014).

Escutar era o primeiro passo: saber como os profissionais estavam se sentindo, o que já haviam conseguido fazer, quais eram suas dificuldades e no que precisavam de ajuda. O segundo consistia no empoderamento. Foram ofertadas, nesses primeiros encontros, estratégias para tentar ampliar, momentaneamente, a área de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, sugerir visitas, em dupla, nas famílias afetadas que exigissem mais amparo, e disponibilizar a rede de atendimento especializado. Era preciso que todos juntos pudessem sentir-se mais seguros para realizar o acompanhamento longitudinal passado o momento mais urgente.

Passada a fase inicial, identificaram-se outras demandas de suporte que emergiam com frequência nos encontros. Tais demandas estavam relacionadas às diversas situações de sofrimento psíquico que surgiam no cotidiano dos serviços apoiados, como: conflitos familiares, separações, uso de álcool e outras drogas, depressões, situações de violência, tentativas de suicídio, ansiedade, psicoses, sofrimento do trabalhador, uso de medicações psiquiátricas, entre outros. A responsabilidade e a delicadeza em inserir-se no território e buscar incluir os que ali estão retratam uma postura necessária que o apoiador deve tomar no exercício de Apoio, não tentando sobrepor ao que se tem no território, mas convidando os envolvidos para trabalharem em conjunto e amenizar suas fraquezas.

A experiência do Apoio vivenciada, tanto a recebida pelos apoiadores e organizações externas ao município, como aquele oferecido pelo GTABR, apresentou um Apoio ético e cuidadoso, que se fazia ao caminhar, respeitando os atores e movimentos do território, fazendo ofertas, demonstrando certa expertise, sem, no entanto, colocar-se como um holofote que ofuscava os saberes/fazerem ali existentes. Percebeu-se que o Apoio, em articulação com outras tecnologias ofertadas depois do incêndio, investiu na potência dos movimentos do território, fomentando a dimensão cuidadora e criadora de muitos atores da saúde para que, assim, pudessem produzir mais e melhor saúde para a cidade.

Apesar do cenário marcado pela morte, as ações planejadas insistiam na vida, em não deixar morrer laços que uniam pessoas, a rede, a cidade. O Apoio trouxe um olhar trágico para a experiência, acolhendo o lado sombrio e solar da vida, produzindo potência nesse “entre”. Afirmou-se a vida e a resistência que corajosamente tende a prevalecer frente às fraquezas, aos ressentimentos, à burocratização da existência.

Tais ações buscavam fazer fissuras nas formas instituídas de fazer saúde, aquecendo a rede, desacelerando a urgência da demanda, promovendo espaços coletivos de decisão, fomentando a inventividade dos atores para um “agir com” e incidir na formação da rede de cuidados.

Considerações finais

Encontramos muitas dificuldades ao longo do caminho desde janeiro de 2013. A própria existência do Acolhe Saúde não foi consensual. Apesar disso, o serviço tornou-se uma referência para atendimento à crise e para o acolhimento de pessoas afetadas por algum tipo de acontecimento com caráter, potencialmente, traumático, cuja demanda não estava prevista no período da sua criação. O trabalho, realizado desde a madrugada de 27 de janeiro, é considerado, por diferentes segmentos e instituições, uma experiência exitosa de atenção psicossocial junto a cenário de desastre, resultando em solicitação de orientação para cidades, como Borborema (SP), Mariana (MG) e Chapecó (SC).

O “Acolhe Saúde” se junta a outras iniciativas bem-sucedidas na saúde pública e na política de saúde mental brasileira, que souberam ocupar seu lugar no momento histórico e social a partir do qual lhes era demandado intervir num contexto de crise. Inventou-se o “Acolhe”. Inventou-se um espaço dentro de um determinado circuito de tempo. Apostou-se no acolhimento dos territórios subjetivos como fundamento clínico para a construção dos sentidos e cuidados que uma situação de desastre solicita. Seu gradativo desaparecimento responde à lógica plural e inacabada dos modos de trabalho em saúde mental, matéria-prima desse relato de experiência. A consolidação do SUS como uma política inovadora e consistente passa por experiências como essa, mas requer condições materiais,

participação do controle social, comprometimento dos profissionais e da gestão, transparência dos gastos públicos, avaliação das práticas como rotina institucional, investimento financeiro coerente com as demandas, qualificação e valorização dos trabalhadores, interlocução com as instituições formadoras, dentre outros aspectos que possam se contrapor aos discursos desqualificadores.

É preciso identificar os pontos de resistência, de maneira a encontrar estratégias que modifiquem esse cenário de forma duradoura, fazendo com que experiências exitosas, como a do “Acolhe Saúde”, não sejam decorrentes de seu caráter de excepcionalidade. Tivemos inúmeras dificuldades e acertos no que tange à realização de atividades de cunho intersetorial, que se mostram, ainda hoje, como exceções, mais do que como uma lógica incorporada ao funcionamento e planejamento dos serviços.

Precisamos avançar e dar relevo para a atenção à crise. O risco de ruptura de laços com a vida, que essa experiência comporta, faz com que ela corra o risco de ser capturada pela generalização que os discursos homogeneizadores e de hegemonia medicamentosa costumam impor às manifestações de sofrimento psíquico. Para que os diferentes pontos da rede possam se ocupar desses casos, com a qualidade que eles requerem, torna-se necessário que a discussão sobre as particularidades da crise possa avançar, incluindo outros campos de conhecimento presentes na cultura atual como parceiros da reflexão.

Restringir o debate aos modos de fazer, sem decompor e problematizar os elementos que forjam a constituição deste campo por um regime de verdade, resultaria na mera substituição da psiquiatrização por outro código discursivo (psicologização, psicanalização, jurídico ou assistencialista). A lógica de captura, neste caso, se manteria noutra moldura discursiva. O essencial desse movimento\deslocamento se efetiva com a inclusão das problemáticas sociais e históricas na discussão e planejamento dos contextos de trabalho, ou seja, é preciso situar o universal a partir de um recorte crítico que inclui, indica e revela a presença de algo relativo ao nosso tempo nos modos de subjetivação. Não se trata de afirmar o êxito desta experiência clínica e institucional para a propor como modelo. O que

queremos assinalar é o que se depreende como invenção, ousadia e aposta num trabalho em rede.

Para nós, ficou claro que a atenção psicossocial se tornou parte fundamental em cenários de desastres, a ponto de ser incluída como área componente da Força Nacional do SUS (FNSUS). Entretanto, ela não pode, nem deve pretender ocupar o lugar privilegiado de cuidado a partir do discurso do trauma ou da clínica stricto sensu, justamente, porque, em casos como esse, trata-se de compreender que o que houve não diz respeito a um evento individual, mas responde a um acontecimento que alcançou a vida, e é dela, na multiplicidade dos seus arranjos que advirão os elementos terapêuticos de elaboração.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA 1174/GM de 7 de julho de 2005.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Portal da Saúde- www.saude.gov.br-saudemental. 2007.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jul. 2015.

CAMPOS, G. W.S. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. Apresentação. In: L'ABBATE, S. (org.); MOURÃO, L.C.; PEZZATO, L.M. **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, 23, 2, p. 99-407, fev, 2007.

DIMENSTEIN, M. Psicologia, política e produção de saúde. In: Guareschi, N. (et al.): **Psicologia, formação, políticas e produção de saúde**. Porto Alegre, Edipuc, 2014. p. 159-165.

NIED, C. B. F et al. A Experimentação e Constituição do Apoio em Santa Maria. In PINHEIRO, R. (Orgs.) **Experienci(ações) e Práticas de Apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional, p. 303-311. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014.

PASSOS, E. **Parecer** proferido em banca de defesa de dissertação de mestrado de Júlia Monteiro Schenkel. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 20 out 2016.

PAULON, S.M.; PASCHE, D.F.; RIGHI, L.B. Função Apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface**: comunicação, saúde, educação. Botucatu: Dez 2014, vol.18, suppl.1, p.809-820.0

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Luciane Prado Kantorski; Vanda Maria da Rosa Jardim; Valéria
Cristina Christello Coimbra; Michele Mandagará de Oliveira;
Janaina Quinzen Willrich; Ariane da Cruz Guedes;
Valquíria de Lourdes Machado Bielleman⁴⁷.

Introdução

O Grupo de Pesquisa Enfermagem em Saúde Mental e Coletiva da Universidade Federal de Pelotas tem se dedicado na última década aos estudos de avaliação de serviços no campo da atenção psicossocial, tendo desenvolvido três importantes pesquisas neste campo a saber: Avaliação dos Centros de Atenção Psicossociais do sul do Brasil I (CAPSUL I) - desenvolvido entre 2005 e 2008 e CAPSUL II – 2011 a 2016 e Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL) – desenvolvido entre 2008 e 2010.

A avaliação de serviços em saúde mental tem sido o foco da contribuição de nossas pesquisas para o campo das políticas de saúde no Brasil, no contexto da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização. Por isso entendemos que os seus resultados deveriam ser apresentados de forma condensada nesta oportunidade em que comemoramos 25 anos da lei da reforma em nosso estado. Entendemos que de alguma maneira estes resultados nos permitiram saber quem somos, o que temos desenvolvido em termos de cuidado no campo da atenção psicossocial e que contribuições e desafios temos de enfrentar rumo a consolidação deste processo em nosso contexto.

47 Enfermeiras. Professoras da Faculdade de Enfermagem e Obstetria da Universidade Federal de Pelotas. Apoio: Ministério da Saúde e CNPq. E-mail de contato: kantorski@pq.cnpq.br

O Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Região Sul do Brasil – Capsul I

De 2005 a 2008 nos dedicamos a elaborar e executar uma pesquisa contemplada pelo Edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT 07/2005, que avaliou Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil. O projeto CAPSUL, como ficou conhecido, foi coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE - Cascavel.

Investigamos aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados, através de uma pesquisa que se desdobrou em um estudo qualitativo e um estudo quantitativo (CAPSUL, 2007).

No Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS - abordagem epidemiológica avaliou a estrutura (por meio de questionários autoaplicados a 30 coordenadores dos CAPS), o processo (através de questionários autoaplicados a 435 trabalhadores destes CAPS) e o resultado da atenção em saúde mental (aplicado um questionário a 1162 usuários, seguido da auditoria de registro do respectivo prontuário, e a 936 familiares dos 30 CAPS). A pesquisa foi desenvolvida em CAPS da região sul do Brasil (3 CAPS no Paraná, 9 em Santa Catarina e 18 no Rio Grande do Sul).

O Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS foi desenvolvido a partir da avaliação construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética, a Avaliação de Quarta Geração, em que foram feitos cinco estudos de caso através de entrevistas com equipe, usuários e familiares dos CAPS (definidos como grupos de interesse para compor o círculo hermenêutico-dialético) e observação de campo (entre 282 e 650 horas configurando-se numa etnografia prévia).

Os principais achados apontaram caminhos que nos auxiliaram nas delimitações realizadas na presente pesquisa e consideramos necessário retomá-los.

Quanto aos **usuários** entrevistados a média de idade é de 42 anos, 63,9% são do sexo feminino, com relação ao estado civil 53,5% tiveram uma união e 28,1% relatam nunca ter tido alguma união. Referem que 91,3% sabem ler e 54,6% possui ensino fundamental completo. A renda no último mês, em média foi de trezentos e trinta e oito reais e dois centavos, e a renda familiar per capita foi de duzentos e sessenta e quatro reais e dezesseis centavos. Quanto a com quem os usuários vivem a maioria, 39,3% vive com cônjuge/companheiro (a) e 46,2% vive com familiar, especialmente mãe ou pai. 10,8% vivem sozinhos.

Destacamos estes dados porque é importante evidenciar que a maior parte dos usuários dos CAPS estudados vivem com familiares e um percentual de 10,8% vive sozinho, ou seja, há necessidade em olhar para este percentual tendo em vista que viver sozinho pode indicar alguma autonomia, mas pode apontar também alguma limitação ou até vulnerabilidade de laços, no sentido de poder contar com outras pessoas no dia a dia. Além disto, a escolaridade é baixa e a renda também (especialmente a renda familiar per capita).

Quanto ao tempo que os usuários freqüentam o CAPS 23,3% afirmam ter passado a freqüentar a seis meses ou menos. Já, no período temporal de assiduidade dos usuários os dados mostram que de 1 a 5 anos, esta taxa é de 52,5%. Dos usuários 57,1% afirmam já terem tido internações psiquiátricas ao longo de sua vida, 24% em hospital geral e 45% em hospital psiquiátrico. Quando questionados acerca de seu primeiro diagnóstico constatamos que 34,3% foi de transtorno depressivo maior, 28,3% de psicose, 8,9% de esquizofrenia. Este dado por si só permite identificar que o CAPS, em geral está atendendo os usuários em condição mais grave de sofrimento psíquico.

Constatamos que os usuários permanecem por longo período de tempo vinculados ao CAPS, indicando refletir sobre o que se constitui como alta no contexto da atenção psicossocial e na vinculação progressiva com os recursos do território.

A idade média dos **familiares** é de 49 anos. Em relação ao vínculo entre os familiares e usuários, 41,9% dos familiares entrevistados são

pai ou mãe dos usuários; o familiar cônjuge aparece em segundo lugar (19,7%).

Os familiares entrevistados são em sua maioria do sexo feminino, 71,7%, mais da metade, 52,8%, possuem ensino fundamental incompleto, 11,9% possuem ensino médio completo e apenas 2,9% possuem ensino superior. Em se tratando de trabalho, 64,4% dos familiares não possuem trabalho assalariado e 65,8% referiram ser os únicos que cuidam do familiar usuário. A fim de identificar possíveis casos de transtornos psiquiátricos menores entre os familiares dos usuários de CAPS, foi aplicado aos entrevistados o Self-Reporting Questionnaire (SRQ), de screening de distúrbios psiquiátricos menores (DPM), recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado para a população brasileira por Mari e Willians (1986).

Os dados levantados com a pesquisa do CAPSUL I (2006) e II (2011) indicaram um alto índice de indivíduos que apresentam SRQ+ entre os familiares. Considerando como ponto de corte 6 para homens e 8 para mulheres, a parcela correspondente aos casos SRQ+ representam n= 581 (46,89%). Esse dado é próximo ao encontrado por Tomasi et al (2010) em estudo realizado com 874 familiares de usuários do CAPS da cidade de Pelotas-RS. Outros estudos como o de Quadros, Gigante, Kantorski e Jardim (2012) também encontraram um percentual elevado de familiares SRQ+ n= 945 (49%). Sugerindo-nos uma prevalência maior em familiares de usuários do CAPS que em bases populacionais aleatórias.

No estudo qualitativo usuários e familiares avaliam o serviço como bom, no sentido da qualidade do atendimento, da variedade de oferta de atividades, do vínculo, da responsabilização, da possibilidade de o espaço oferecer condições para o cuidado e a expressão das subjetividades. De modo geral a ambiência é favorecida no CAPS, pois o princípio de que a liberdade é terapêutica viabiliza uma gama de iniciativa nestes serviços, a fim de tornar o ambiente confortável e acolhedor.

Com relação ao processo de trabalho, especificamente no que consiste as atividades de suporte terapêutico, as oficinas são avaliadas por usuários, familiares e equipe como importantes instrumentos de trabalho

no processo de socialização, fortalecimento de vínculos, contribuição para aquisição de hábitos, inserção social, reforçando-se as potencialidades de desencadear processos de geração de renda. Pelo fato da oficina terapêutica se tratar de um instrumento tão importante na atenção psicossocial, é evidenciada na avaliação a necessidade de mais capacitação dos profissionais qualificando o seu trabalho.

Sobre o resultado da atenção psicossocial, os usuários e familiares expõem que o tratamento é bom e o resultado é satisfatório podendo ser avaliado qualitativamente, a partir do fortalecimento da autonomia do usuário, da diminuição das crises (em frequência e extensão), da independência progressiva dos usuários, da adesão ao serviço, da oportunidade de organização de suas vidas, da possibilidade de convivência, socialização, enriquecimento do cotidiano que vai além do transtorno.

Quanto a relação da sociedade com o fenômeno da loucura os familiares e usuários são bastante enfáticos sobre o preconceito que sofrem nas ruas, no ônibus, no trabalho, ressaltando que os CAPS são serviços que se preocupam mais com a saúde e com as potencialidades dos sujeitos em sofrimento psíquico. Recomendam parcerias com a comunidade, trabalhos de divulgação do que é e o que faz o CAPS como estratégias de enfrentamento do preconceito. A equipe reitera a importância de expandir as atividades fora do serviço, especialmente aquelas que promovem inclusão social (como passeios, atividades de geração de renda, rádio, entre outros) e que buscam a valorização das características culturais dos sujeitos e grupos.

Tornam-se extremamente relevante os aspectos qualitativos avaliados nos CAPS, como as portas que se abrem nas modalidades de atenção comunitárias, o modo como elas tensionam os estigmas, os preconceitos, os rótulos, e os limites dos serviços que se propõem a romper com a lógica da institucionalização e da exclusão.

A experiência em realizar esta pesquisa também nos apontou caminhos que sugerem avaliar pontos nevrálgicos da reforma psiquiátrica e fazê-lo a partir de cenários específicos, ou seja, a partir de experiências inovadoras que pretendem romper com a lógica manicomial.

A relevância deste estudo de avaliação de CAPS é evidenciada considerando-se que houve por parte das políticas públicas através do Ministério da Saúde um forte incentivo a implantação destes serviços tendo em vista seu caráter estratégico no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

O Estudo de Avaliação de Serviços Residenciais Terapêuticos (Srt) do Rio Grande do Sul

Este estudo foi realizado por nosso grupo entre 2008 e 2010, a partir da aprovação no Edital MCT-CNPq/CT-Saúde/MS-SCTIE-DECI-T/33/2008L com o objetivo avaliar experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial. A presente pesquisa, buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. O Estudo de Avaliação Quantitativa de uma abordagem epidemiológica avaliou a composição e qualidade das redes de atenção psicossocial da Região Sul do Brasil/RS através de um estudo descritivo para caracterizar a estrutura e processo de estruturação das redes de atenção em saúde mental; e de um estudo transversal para a avaliar a autonomia dos usuários das redes de serviços em saúde mental. Englobou cinco municípios do sul do Brasil, 39 serviços (6 Centros de Atenção Psicossocial e 33 Serviços Residenciais Terapêuticos), 14 coordenadores, 209 cuidadores/trabalhadores e 392 usuários.

Na avaliação quantitativa foi aplicada, aos usuários, a Escala Social Behaviour Schedule (SBS) que foi desenvolvida por Wykes e Sturt (1986) para medir o comportamento social de pacientes de longa permanência tanto em enfermarias como em residências na comunidade. Foi observado que a pontuação da maioria dos usuários, em todas as categorias, ficou no ponto zero e no ponto um, ou seja, a maioria apresenta distúrbio do comportamento leve ou inexistente, o que se traduz em um dado bastante relevante quando se pensa na qualidade das interações sociais. Constatamos ainda que entre as principais limitações do comportamento social, foi evidenciado o “comportamento social não especificado em outro lugar que impeça progressos” (26,1%), seguido pelo “comportamento de inatividade” (19,7%), “problemas com aparência pessoal e higiene”

(17,9%) e “problema de ataques de pânico e fobias” (17,8%). Analisando a partir das 4 categorias propostas Wykes e Sturt (1986), é possível perceber que os problemas pontuados pertencem a diferentes categorias, como por exemplo a de comportamento social inaceitável, afastamento social, e depressão e ansiedade. Entretanto, há que se dizer que todos comportamentos pontuados aparecem com percentual menor que 27%, sugerindo com isso, que aproximadamente 73% da amostra tenha um bom comportamento social.

O Estudo de Avaliação Qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial se deu através de dois estudos de caso (em dois municípios do Rio grande do Sul) identificados no estudo epidemiológico como experiências inovadoras de atenção psicossocial. A avaliação qualitativa destas experiências se deu através da avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva de Egon Guba e Yvona Lincoln (1985,1988,1989) e da metodologia de análise de redes do cotidiano de Paulo Henrique Martins (1989). O estudo avaliou as redes de serviços, de atenção e de sociabilidade a partir de usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos Centros de Atenção Psicossocial e demais grupos de interesse (trabalhadores, familiares, vizinhos) que vão se configurando através do fluxo que o usuário estabelece na rede de atenção psicossocial.

O Estudo de Avaliação Qualitativa de experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial se deu através da avaliação de quarta geração, construtivista e responsiva e da metodologia de análise de redes do cotidiano a partir dos seguintes grupos de interesse: moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, cuidadores/trabalhadores de SRT, gestores da rede de atenção psicossocial de Alegrete e Caxias do Sul. Nesta etapa, realizaram-se dois estudos de caso, com 1.400 horas de observação registrados em diário de campo, entrevistas com 33 moradores, 21 trabalhadores de residenciais terapêuticos, e 23 gestores de serviços da rede de atenção psicossocial.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), de Caxias do Sul, por exemplo, possuía 12 moradores e contava com 2 profissionais por turno. A casa do SRT é constituída de cinco quartos, com três camas cada, exceto

um que tem duas camas; dois banheiros; uma sala de estar com televisão e um som; outra sala que é mais frequentada pelos funcionários, mas os moradores também tinham acesso a ela, onde tem os medicamentos, um mural de recados, uma mesa onde fica o telefone, ata de reunião, livro de recado. As Moradias Assistidas são em número de 6 totalizando 9 moradores, cada casa da Morada Assistida é composta por uma sala, uma cozinha, um banheiro e um quarto. As casas têm em torno de 25 metros quadrados.

O estudo qualitativo dos residenciais trouxe elementos significativos para entender o que os moradores sentem ao viver no SRT: todos, concluem, que apresentam um bem estar e melhoria da autoestima frente às novas possibilidades encontradas nessa nova morada. Pode-se dizer que há um reconhecimento valorativo, à medida que eles comparam a vida que tinham antes com essa que se apresenta, por exemplo, o conforto em comparação sua vida anterior; a diminuição da solidão, o apoio que recebem, o respeito à pessoa (ser tratado bem), a segurança, a diminuição dos conflitos (ninguém me incomoda). Entretanto, nos discursos dos moradores há também o desejo de ter uma casa como as outras pessoas, um novo lar que não seja o SRT, mesmo considerando como obstáculo, as marcas do longo processo de institucionalização e os desafios na de apropriação dos recursos do território.

No que concerne, as atividades no SRT, são realizadas práticas rotineiras em permanente processo de ressignificação do tempo e do espaço, atividades como ver televisão, fazer crochê e tricô, costura, que são consideradas prazerosas pelos usuários. Há também a realização de atividades externas ao SRT, como a circulação em lugares urbanos fazendo trocas interativas, que no nosso entendimento constituem-se apropriação desses espaços, pois vão refazendo e constituindo suas vidas com situações que fazem parte da cotidianidade existencial, portanto do viver a vida nas suas várias dimensões e diversidades, o que favorece a ultrapassagem de obstáculos do cotidiano em sociedade, como passeios e visitas.

Em relação a rede social, o SRT passa a representar um espaço que permite a reinserção na vida comunitária, daqueles que buscam retomar sua história de vida, sua rotina diária de cidadão livre, com diferenças individuais e demandas próprias para seu ambiente habitacional.

Apesar de se chamar residencial terapêutico, o local de moradia deve ser uma “casa”, com as características mais inerentes a um lar, onde a vida produz significado e sentido, estabelecem-se vínculos de afeto e de cooperação, compartilha-se vivências prazerosas e dolorosas, enfim onde existe produção de subjetividade e de redes de sociabilidade.

O SRT de Alegrete apresenta no seu cotidiano características próprias de uma casa, na qual as relações vinculares expressam-se através do compartilhamento de momentos diversos do cotidiano. Já em relação ao serviço de Caxias do Sul, há a presença de dois SRT, sendo denominados pela equipe como SRT 1 e SRT 2. O SRT 1 constitui-se em uma moradia destinada a receber indivíduos que tem maior autonomia em seu cotidiano, pois nesse serviço não há a presença da equipe 24 horas por dia.

As características inovadoras das experiências foram avaliadas comparando-se a adequação da rede de atenção psicossocial aos critérios preconizados em documentos oficiais do Ministério da Saúde/Brasil. Os resultados oferecem importantes contribuições às políticas públicas apontando para o potencial das trocas sociais estabelecidas no espaço comunitário, e limites na consolidação de articulações entre diferentes serviços e relações nesta rede de atenção.

O Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Região Sul do Brasil em Sua Segunda Edição– Capsul Ii

Trata-se de um estudo multicêntrico que tem como objetivo avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná). A presente pesquisa, realizada a partir de 2011 consiste numa segunda edição da pesquisa CAPSUL realizada em 2006 buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo.

O Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS utiliza a avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e de abordagem hermenêutico-dialética, como no primeiro estudo em 2006.. A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln (1985,1988,1989),

norteando o processo teórico- metodológico da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados são a observação participante e entrevistas com equipe, usuários e familiares (definidos como grupos de interesse para compor o círculo hermenêutico-dialético) dos CAPS. Após a coleta dos dados foi realizada uma análise dos dados obtidos com o objetivo de estruturar oficinas de validação das informações obtidas dos diferentes grupos de interesses envolvidos. A negociação foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, sendo convidados todos os entrevistados de determinado círculo.

No Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS se utilizou a abordagem epidemiológica visando avaliar a estrutura, o processo e o resultado (Donabedian, 1982) da atenção em saúde mental desenvolvida pelos CAPS. Na estrutura inclui-se área física; recursos humanos e materiais sendo informada pelos coordenadores dos CAPS. No processo incluiu-se processo de trabalho e organização da atenção em saúde mental. Os resultados da atenção em saúde mental foram avaliados a partir do usuário e familiares pelo padrão de saúde do usuário, da satisfação e sobrecarga dos familiares.

Na primeira etapa foi realizada uma avaliação da estrutura e processo de trabalho dos 308 CAPS dos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina. Para esta etapa foi construído um questionário dividido em três módulos de cerca de 180 questões disponibilizado eletronicamente aos municípios para preenchimento. A coleta de dados dos coordenadores iniciou-se em maio de 2011 e terminou em novembro de 2012 quando 70% dos 308 coordenadores de CAPS dos estados do RS, SC e PR retornaram o questionário preenchido.

Na segunda etapa da pesquisa estava prevista a coleta de dados da etapa epidemiológica do estudo. Em 2011 uma equipe de 36 entrevistadores capacitados coletaram dados em 40 municípios dos estados do RS, SC e PR. Nestes locais foram aplicados 1.437 usuários, 1.237 familiares, 508 trabalhadores.

A terceira etapa do estudo consta a avaliação qualitativa de quarta geração que consistiu em três estudos de caso em cada estado. A coleta de dados desta etapa foi realizada nos meses de julho e agosto de 2011,

por três pesquisadores nas cidades de Alegrete, Joinville e Foz do Iguaçu, a partir do CAPS e constou de 600 horas de observação de campo, nove grupos focais e um total de entrevistas com 26 usuários, 22 familiares e 48 trabalhadores nos três campos.

No estudo de características da estrutura e do processo, a amostra foi composta de 308 CAPS (I, II e III), CAPSI e CAPS AD. Para estudo do resultado, foram 1.597 usuários, 1262 familiares e 546 trabalhadores. Optamos por apresentar alguns dados referentes aos usuários neste capítulo, devido a abrangência do estudo.

Em relação a idade dos usuários entrevistados há uma prevalência da faixa etária entre 31-50 anos, sendo 831 (52%) dos entrevistados. No estudo do CAPSUL I, a média de idade dos usuários é de 42 anos, com desvio padrão de 12,3 anos.

O sexo predominante dos usuários entrevistados é o feminino 946 (59,2%) dos entrevistados, seguido de usuários do sexo masculino 651 (40,8%) dos entrevistados. Já no CAPSUL I, 742 dos 1.162 usuários entrevistados eram do sexo feminino, o que fez uma representação percentual de 63,9%, contrastando com indivíduos do sexo masculino, que representaram 36,1% da amostra total de usuários.

Em relação a cor declarada pelos usuários entrevistados, a maioria declara-se de cor branca 1125 (70,7%), seguido dos que se declaram de cor parda ou mestiça 237(14,9%) e negra 121 (7,6%). No CAPSUL I, primeira etapa desta pesquisa, em relação a cor de pele dos usuários entrevistados, 70,5 % se declara de cor branca, 21,9 % parda/mestiça, 6,5 % preta, 0,3 % índio, 0,3% amarela.

Os dados nos mostram que predominam usuários com uma união 731 (45,8%), seguidos dos que não tem união alguma 573 (35,9%), duas uniões 221 (13,8%) e três uniões 49 (3,1%). Em relação ao número de uniões constatadas no estudo CAPSUL I, dos 1.162 usuários 53,5% tiveram uma união e 13,2% refere duas uniões. Já, aqueles que relatam nunca ter tido alguma união, a frequência foi de 326 usuários, ou seja, 28,1% do universo total deste segmento.

Com relação ao nível de escolaridade dos usuários entrevistados, notando-se prevalência de usuários com ensino fundamental incompleto 779 (48,77%), seguido dos usuários que possuem ensino médio completo 228 (14,3%), sem escolaridade 203 (12,71%), ensino fundamental completo 150 (9,40%) e ensino médio incompleto 124 (7,76%). Em relação ao CAPSUL I, entre os usuários 1061 (91,3%) afirmam saber ler e 54,6% refere possuir ensino fundamental completo.

Em relação à fonte de renda dos usuários a maioria depende do auxílio doença 432 (27,05%) dos entrevistados, seguido dos usuários que tem como fonte de renda a aposentadoria 336 (21,03%), renda familiar 227 (14,21%) e emprego 153 (9,60%). Quanto à fonte de renda dos usuários do CAPSUL I, os entrevistados, relatam que esta fonte é oriunda de: aposentadoria 274 (23,6%), renda familiar 228 (19,6%), auxílio-doença 221 (19,0%) usuários, emprego 115 (9,9%) e pensionista 90 (7,7%) usuários.

De acordo com os dados, o local mais prevalente onde os usuários obtêm os medicamentos na Secretaria Municipal de Saúde ou Farmácia Municipal 790 (52,31%), seguido do próprio CAPS 410 (27,15%). 151 (10,0%) relatam ter de comprar, 143 (9,47%) conseguem os medicamentos na Unidade Básica de Saúde e 11 (0,72%) em outros locais.

Apesar dos dados indicarem que uma boa parcela dos usuários consegue os medicamentos gratuitamente, 822 (54,8%) dos entrevistados afirmam necessidade de comprar medicamentos em algumas situações. O estudo CAPSUL I, mostrou que quanto ao uso de psicofármacos 53,6% referiram em alguma situação precisar comprar a medicação mostrando que apesar do tempo, esta variável se manteve estável.

Em relação a como se sentem depois que iniciaram o tratamento no CAPS, a maioria dos entrevistados 1515 (95,4%) relata avaliar que se sente melhor.

Os estudos de avaliação que realizamos nas últimas décadas nos permitiram conhecer quem é este usuário de saúde mental do CAPS e do SRT que circula pela rede de atenção psicossocial. Mas fundamentalmente possibilitou a obtenção de dados que pudessem mostrar a crescente contri-

buição que tais serviços têm representado na vida das pessoas que vivem e convivem com o sofrimento psíquico. Atestando que nesta caminhada de 25 anos, no estado do Rio Grande do Sul, muito foi construído com relação ao cuidado em liberdade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2.ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2007. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención medica: definición y metodos de evaluación. **Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana**, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194 p.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Throug Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective evaluation**. SanFrancisco: Jossey Bass Publishers.1988. 423p.

GUBA, E;LINCOLN, Y. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications. 1989. p.294.

KANTORSKI, L.P. et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol.1, n.1, 2009.

MARI, Jair J.; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARTINS P. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: Pinheiro R.;Martins PH, editors. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMSUERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO; 2009. p. 61-89.

QUADROS, L C M; GIGANTE, D P; KANTORSKI, L P, JARDIM, V M R. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.28, n.1, pp.95-103. 2012.

TOMASI, E et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, vol.26, n.4, pp.807-815. 2, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3^a ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WYKES, T. STURT, E. The Measurement of Social Behaviour in Psychiatric Patients: An Assessment of the Reliability and Validity of the SBSS-schedule. *British Journal of Psychiatry*. 1986 **British Journal of Psychiatry**, 148, p.1-11, 1986.

A AUSSMPE NOS 25 ANOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA GAÚCHA

“A nossa luta jamais será em vão...”

Este texto foi construído coletivamente, no dia 08 de setembro de 2017, no turno da tarde, de forma presencial e virtual, junto a Sede da Associação de Usuários de Saúde Mental de Pelotas - AUSSMPE, na OSC GESTO⁴⁸ em Pelotas/RS. Então, em texto, escrevemos a voz das nossas vozes!

A AUSSMPE foi sendo gestada no ano de 2000 e criada em 2001. Temos convicção que foi uma das primeiras do Rio Grande do Sul e desconfiamos que talvez seja uma das primeiras do Brasil em que nós, os usuários e as usuárias, somos os e as principais protagonistas.

Além disso, a única, até onde temos conhecimento, de sempre usuários e usuárias no comando da Associação, o que muito nos alegra, pois entendemos que esse é um dos caminhos, com muitas pistas que afirmam a Reforma Psiquiátrica, principalmente nestes momentos de estagnação e retrocessos, e também para fazer reformas na própria Reforma!

“Por isso, que a gente tem esse método de dizer que a Associação hoje é dos usuários, é dirigida e coordenada por nós usuários, é de todos, mas é os usuários que tem vez e voz na Associação” Vanilda Pereira da Silva

Começamos no início da construção dos CAPS em Pelotas. Os usuários e trabalhadores e familiares, estavam pensando numa forma de fazer uma Associação, para garantir os direitos dos usuários de saúde mental e (d)oSUS, e dentro desses 25 anos da Reforma Psiquiátrica, estamos na luta até hoje.

A Associação foi muito importante quando a nossa Mãe Vanilda⁴⁹ estava aqui presente, agora se foi. É de usuário, não vem técnico de refe-

48 Organização Não Governamental Saúde e Cidadania - Grupo pela Educação, Saúde e Cidadania - OSC GESTO.

49 Vanilda Pereira da Silva.

rência, ficou meu pai Ivon⁵⁰; o Claudionei⁵¹, eu⁵², os outros⁵³, podem trazer mais sócios para a Associação e usuários dos CAPS.

A Associação é muito importante pra mim⁵⁴, aprendi muita coisa, também, depois que entrei para a Associação, conheci novas gentes, novos amigos, fiz novas amizades, e tentar trazer mais gente nova, quanto mais gente vir, melhor, pra a Associação crescer e evoluir.

A Associação é muito importante pra mim⁵⁵, por que dei alta do CAPS, me apoiou bastante, hoje estou dando uma coisa que tem utilidade, aula de alfabetização pros alunos.

A Santa Helena⁵⁶ faz as pipocas e café nos vídeos, o Cine Mental.

As pessoas consideram a Associação como referência para outras Associações que tem. Essa é a mais antiga, e ser uma referência, uma referência nacional, vamos nos eventos, participamos ativamente, e isso não tem noutros lugares, e deve ser considerada uma grande vitória.

A Associação tem autonomia.

Somos protagonistas na luta por uma sociedade sem manicômios!

50 Ivon Fernandes Lopes

51 Claudionei Fernando Oliveira Ferreira.

52 José Fernando do Amaral Borges.

53 Anastácio Michele Costa; Ândrea Regina; Ângela Teresa Nobre Pereira; Augusto de Mattos Schulz; Chanise Caldeira Oliveira; Claudio Jeferson Borges Duarte; Claudionei Fernando Oliveira Ferreira; Cleonei Silva da Silva; Denilson dos Santos Silva; Edilberto da Silva Rodrigues; Éverton Antunes Ribeiro; Ezequiel Silva; Gabriella Ferreira; Hélio Carceres Franchini; Ivo Airton Ferreira Gomes; Ivon Fernandes Lopes; Jorge; José Fernando do Amaral Borges; Laidy Marques Ribeiro; Liamara Denise Ubessi; Luiz Alberto Viola Reis; Maicon Arthur Simões; Mery Beatriz Xavier da Costa; Nathalia Barboza Moraes; Patrícia de Lima Ilha; Paula Alexandra Santos; Paulo Darci da Silva; Pedro; Renato Andreini de Andreini; Ricardo da Cunha Moreno; Sandra Schwantz; Santa Helena da Silveira Brem; Uilson Admar Pacheco dos Santos; Vagner Sousa Berchon Des Essarts.

54 Maicon Arthur Simões.

55 Jorge.

56 Santa Helena da Silveira Brem.

Mas, não somos ingênuos de achar que somos iguais a todo mundo, somos diferentes.

Discriminação que ainda sofremos com força no cotidiano. Dentro dos CAPS te abraçam, na rua viram a cara para o lado, por isso excluí um monte de técnicos do face, por causa disso.

A gente sente quando tratam a gente como loucos da doença. Mas nossa loucura é outra, é de luta e amor de uns pelos outros.

Na Associação até é possível ter dois namorados cabeludos, um deles é o 'Ri_men'. Tem gente que gosta muito das redes sociais, Badoo, coisa e tal. Tem gente que tem duas namoradas no mesmo grupo. Tem pessoas importantes nos Los Lokos, importante para a Associação. Tem gente que vai casar com a 'polícia'. Temos o mascote da Associação. A Associação é uma fábrica de felicidade. A Associação é um importante espaço de liberdade.

A Associação está de parabéns, está completando 25 anos da Lei Gaúcha, que é uma tradição antiga, que a gente AMA e 'eu amo de coração'.

E a Aussmpe é muito importante por que esta completando 15 anos de superação, de muito trabalho, e nós somos uma família aqui dentro, a gente luta contra o preconceito e quanto à diferença quanto aos usuários.

Os CAPS funcionam muito bem, se tiver uma estrutura boa e um governo bom. Se tem governo bom e gestão boa, que investe verba dentro dos CAPS, os CAPS funcionam muito bem. Quando entrei dentro dos CAPS, há 10 anos, tinha tudo dentro do CAPS, materiais para as oficinas, tinha almoço, suco de caixinha, sorvete, queijo e outras coisas.

Eu mesmo, como ex usuário dependente químico, eu sei que na dependência não tem cura, mas eu acredito na Reforma Psiquiátrica.

São 15 anos de AUSSMPE! De insistência e resistência junto aos 25 da Reforma Psiquiátrica!

25 anos de Luta pela Reforma Psiquiátrica, sempre em frente! Juntos com a nossa Associação, nossa luta jamais será em vão.



TERRITÓRIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO GRANDE DO SUL: *“o cuidado que eu preciso”, lá onde a vida acontece.*

Ana Carolina Rios Simoni⁵⁷

Károl Veiga Cabral⁵⁸

Durante muito tempo a internação em hospitais psiquiátricos foi a única oferta de tratamento às pessoas com transtornos mentais ou com uso problemático de drogas. Nesta lógica, o sofrimento psíquico foi tomado no registro da doença, como fenômeno biológico individual, déficit de capacidade e/ou de caráter, cujas intervenções visavam a eliminação de sintomas e a adaptação das pessoas às exigências dos modos de vida hegemônicos. Tal lógica legitimou a ocorrência de violações de direitos humanos de todas as ordens, fazendo das instituições psiquiátricas verdadeiros campos de concentração. A Reforma Psiquiátrica surge, concomitantemente à Reforma Sanitária brasileira, com o intuito de reformular este modelo de atenção, que perpetuou um ciclo perverso de submissão dos sujeitos a prescrições de normalidade, isolando pessoas do laço social e ignorando seus saberes, singularidades e seu direito ao pertencimento.

Com o incremento dos movimentos reformistas, iniciados nos anos 70 e 80, através da luta antimanicomial - cujos atores eram trabalhadores, familiares e usuários de saúde mental - os municípios brasileiros ousaram novas formas de atenção, baseadas na abordagem comunitária e no princípio do cuidado territorial usuário-centrado, criando serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Neste contexto, as diversas regiões brasileiras passaram por movimentos de reforma, processos de mobilização social e de construção de políticas públicas com características particulares. Multifacetada e plural, a Reforma Psiquiátrica brasileira carrega as marcas

57 Psicóloga, Especialista em Atendimento Clínico – Psicanálise, Mestre e Doutora em Educação (UFRGS), Servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

58 Psicóloga, Doutora em Antropologia Médica e Saúde Internacional (Universitat Rovira i Virgili, Espanha), Militante da luta antimanicomial.

dos territórios em que foi semeada. Mapear as principais iniciativas implementadas no Rio Grande do Sul (RS), destacando as singularidades do processo de estruturação de uma rede de cuidados é o foco deste registro aqui compartilhado.

O que move nossa escrita, por um lado, é o compromisso ético de dar transparência às nossas trajetórias de luta, suas condições de existência e suas paisagens particulares, nos territórios áridos da gestão estadual da saúde. Por outro lado, também nos movimentamos pela aposta na potência da pluralidade da Reforma Psiquiátrica brasileira e na importância de dar visibilidade às experiências locais e periféricas. O discurso acadêmico sobre a Reforma no Brasil, não raro, confere centralidade às experiências reformistas do Sudeste, conduzindo as experiências dos demais estados a um plano de invisibilidade que nos impede de aprender com o diverso e, em seu efeito de síntese e unicidade, nos enfraquece. Reintroduzir o plural e o periférico, nas narrativas da Reforma, surge então como tarefa cotidiana, que também nos conduz agora, quando se trata de compartilhar fragmentos do vivido, para compor a comemoração dos 25 anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica gaúcha.

A Emergência da Reforma Psiquiátrica no RS

Os acontecimentos da Reforma em nosso estado emergiram em um campo específico de debates e transformações. A interação com a América Latina, especialmente com a Argentina, nos laços de trabalho com Rubén Ferro, e com a Reforma Psiquiátrica italiana, nas trocas de experiências com Franco Rotelli, são constituintes desta história. O foco na educação como estratégia de transformação do campo teve seu momento fundante com os processos descentralizados de educação/formação em saúde mental coletiva dos anos 90 e com o investimento na reabertura e a criação de programas de residências médicas e multiprofissionais que compunham a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, na gestão de Ricardo Ceccim. Algumas características foram marcantes dos territórios da Reforma no RS: a ênfase na inserção da saúde mental no campo da saúde coletiva, com a criação do conceito de saúde mental coletiva por

Sandra Fagundes; a politização da Reforma, através do debate e promulgação da Lei Estadual 9.716 em 1992 e da eleição de líderes do movimento da luta antimanicomial nos legislativos municipais e estadual; a experiência transformadora do projeto São Pedro Cidadão, que afirmou a desinstitucionalização como ética do agir em saúde mental coletiva e implantou trinta e cinco Serviços Residenciais Terapêuticos na entrada do século XXI; a participação efetiva dos usuários e familiares no movimento antimanicomial através do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (FGSM), com núcleos ativos em muitas regiões do estado.

Quando Sandra Fagundes propôs a saúde mental coletiva como “processo construtor de atores sociais capazes de transformar os modos de pensar, sentir e fazer política, ciência, gestão, atenção na Saúde” (FAGUNDES, 1995), tratava-se de afirmar a necessidade de uma mudança tanto estrutural como conjuntural nos processos de cuidado, reconhecendo a importância de incidir no contexto político, social e cultural em que o encarceramento da loucura se faz. Na mesma direção, desinstitucionalizar, para Rotelli, significa “reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada” (ROTELLI, p. 89, 2001); é “ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento”, simultaneamente, à transformação da “vida concreta cotidiana”. Desinstitucionalizar, nestes termos, se faz no laço do singular ao coletivo, de forma que a saúde mental, desde esta perspectiva, só pode ser saúde mental coletiva. E, conforme nos aponta Ceccim (2003), a reforma ou renovação nos modos de trabalhar em saúde não se faz sem uma política criadora de novos dispositivos de educação/formação para o setor. Assim, a desinstitucionalização, a educação em saúde coletiva e a saúde mental coletiva são estruturantes da Reforma gaúcha e seu enlace aponta o horizonte ético-político em causa.

No entanto, na segunda metade da década de 2000, este enlace se viu atacado por um discurso alarmista, conhecido pelo slogan midiático “crack nem pensar”, que funcionou como argumento para uma ampliação desmesurada de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e para a contratualização em massa de comunidades terapêuticas pelo governo do estado.

Assistiu-se ao fortalecimento do tecnicismo a serviço do tratamento moral e do argumento da dependência química, justificando raptos cotidianos de potências de vida. É verdade que experiências antimanicomiais de cuidado seguiam emergindo nesta época, de forma capilar, nos municípios, mas não sem sofrer as consequências do avanço dessas novas estratégias manicomiais, com o apoio do estado. Foi preciso então reiterar o “óbvio, mas desconhecido para muitos: a instituição que colocamos em questão (...), não foi o manicômio, mas a loucura” (ROTELLI, p.94, 2001).

Por que queremos esta desinstitucionalização? Porque, a nosso ver, o objeto da Psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). Para nós, o objeto sempre foi a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade (ROTELLI, p.94, 2001).

A transformação destas práticas instituídas, através de uma profunda mudança nas práticas de educação/formação em saúde, do protagonismo e mobilização social de usuários e trabalhadores, da desinstitucionalização como ética da ação, da saúde mental coletiva como território deste agir e da politização desta pauta, ressurge como tarefa inadiável e imperativa na gestão estadual da saúde, no Rio Grande do Sul, em meados de 2011. A *Linha de Cuidado em Saúde Mental O cuidado que eu preciso*, projeto estratégico de governo, criado em meados daquele ano, acessou aos municípios o co-financiamento de serviços e a educação permanente em saúde, a fim de ampliar a rede de cuidados territorial e transformar as práticas cotidianas em saúde mental, recolocando a Reforma Psiquiátrica entre as principais prioridades da gestão.

Naquele momento estávamos diante de um corpo institucional anestesiado e lento frente às demandas de mudança de modelo de atenção,

constituído por trabalhadores desmotivados e imersos na precariedade da máquina do estado. Propusemos ativar redes de cuidado nas regiões e municípios, convocando a todos e cada um como ativadores de redes territoriais, através do exercício cotidiano do apoio institucional georeferenciado por macrorregião. Para operar esta ferramenta, percorremos o estado, com equipes multiprofissionais das diferentes políticas da Secretaria Estadual da Saúde (SES), sempre em parceria com as Coordenadorias Regionais da Saúde (CRS), em encontros sistemáticos com as equipes locais de cada região.

Desde o início da gestão, ficou evidente não apenas a necessidade de mobilização dos agentes da Reforma, mas também a necessidade de revisão dos processos de financiamento da política de saúde mental. Percebemos que, com o advento do crack, o redirecionamento do modelo se fez na contramão da Reforma, via ampliação exacerbada de equipamentos para desintoxicação e para longa permanência, materializada nos leitos hospitalares e nas vagas de comunidade terapêutica contratualizados pelo estado. Havia que retomar o crescimento da rede de serviços territoriais, direcionando o orçamento para as diferentes formas de cuidar em rede e em linha de cuidado. Desenhamos, então, uma proposta orçamentária que cobria a abertura de serviços desde a atenção básica, passando pelos centros de atenção psicossocial, chegando aos leitos de saúde mental em hospital geral. Criamos, inclusive serviços financiados somente pelo estado, que refletiam as necessidades locorregionais, como o Núcleo de Apoio à Atenção Básica, as Composições Intersetoriais de Redução de Danos, as Equipes de Redução de Danos, as Oficinas Terapêuticas e os Acompanhantes Terapêuticos. Desta forma, com o financiamento estadual e o financiamento federal somados, como determina o SUS, muitos municípios puderam ampliar e implementar sua rede de serviços, podendo ofertar cuidado em território, sendo apoiados pela CRS em parceria com a equipe de apoio institucional da SES.

Em seguida, o governo federal publicou a Portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em novembro de 2011, potencializando a iniciativa gaúcha. Propôs a articulação do cuidado por uma rede de serviços e ações, nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde, da aten-

ção básica aos serviços especializados, à atenção hospitalar e de urgência e emergência, reabilitação psicossocial, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização. Concretizava-se assim, dentro da Política Nacional de Saúde Mental, os dispositivos e estratégias que vinham sendo experimentados com êxito em diversos municípios, ao mesmo tempo em que se legitimava o projeto da *Linha de Cuidado em Saúde Mental O cuidado que eu preciso*, na perspectiva da mudança do modelo hospitalocêntrico para a atenção territorial e de base comunitária em rede, com foco nas necessidades do usuário, sua família e seu entorno.

A RAPS no RS se encontrou com os limites e possibilidades de um território composto, majoritariamente, por pequenos municípios (cerca 80% com menos de 20 mil habitantes), ganhando tintas e pinceladas próprias. Neste cenário, a Atenção Básica assumiu papel fundamental, sendo situada como território prioritário da atenção em Saúde Mental no programa de governo de Tarso Genro.

Esta proposta veio de encontro ao que Rubén Ferro (2010) nos aponta, no texto *Salud Mental y Poder*, com o “iceberg da saúde mental”, onde 80% da população tem diferentes graus de sofrimento psíquico não classificados e geralmente não atendidos nos serviços oficiais, já que se resolvem na própria comunidade ou pelo autocuidado. Estes sujeitos permanecem desconhecidos pelas políticas e planos de saúde mental e distantes dos investimentos públicos deste campo. Eles saem da invisibilidade quando, com o agravamento de suas dores e sofrimentos, passarão a compor os 20% do iceberg que necessitam de cuidados especializados, onde, normalmente, se coloca todo o investimento da Saúde Mental. Era preciso reverter esta lógica, colocando recursos lá onde a vida das pessoas acontece: no território. Era preciso estruturar a Atenção Básica (AB) para acolher as demandas de saúde mental antes de sua agudização (80% do iceberg), e para compartilhar o cuidado com os demais pontos da rede também nas situações mais graves (20% do iceberg).

Nos anos que se seguiram, até 2014, ações de financiamento, apoio institucional georeferenciado e educação permanente incentivaram a inserção da lógica do acolhimento, das oficinas terapêuticas, das equipes de

apoio matricial, do acompanhamento terapêutico, da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação e de equipes de Redução de Danos na Atenção Básica gaúcha, com vistas à construção do cuidado em rede no território. Deste trabalho, registramos alguns momentos e questões no artigo “Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica”, publicado no livro “Atenção Básica em Produção: Tesituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS”, que compila uma série de relatos de experiência da gestão estadual 2011-2014.

Retomaremos aqui algumas dessas iniciativas, aprofundando a discussão de cada dispositivo criado e relacionando sua lógica com as especificidades dos movimentos da reforma gaúcha.

Acolhimento na Atenção Básica

Agenciar formas de acolher o sofrimento psíquico na AB surge como uma das metas do apoio institucional georeferenciado para a implantação da *Linha de Cuidado O cuidado que eu preciso* (BRASIL, p.24, 2013). O acolhimento, como dispositivo para a formação de vínculo entre o profissional e o usuário e como prontidão ética para abrir espaços de “escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias”, passa a ser o desafio das equipes da rede de atenção básica.

Como estratégia de organização coletiva do processo de trabalho de equipes de saúde, o acolhimento compreende a escuta qualificada às necessidades do usuário oferecida pelos trabalhadores a todos as pessoas atendidas, o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, a avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do território em que habita. Como diretriz ética desta escuta, implica abrir-se ao outro para acessar os modos como este experimenta seu sofrimento e encaminha soluções para o mesmo.

As equipes de Atenção Básica, com a importante função de coordenar o cuidado nas redes de atenção à saúde, encontram no acolhimento

uma ferramenta para reorganizar os processos de trabalho, buscando integrar um olhar que insiste em fragmentar as dimensões da vida da pessoa e em abordar o sofrimento no quadrante do normal e do patológico. A segurança para se lançar na oferta de modalidades terapêuticas abertas e territoriais, tanto para profissional quanto para os usuários, virá do vínculo produzido entre eles, ao longo do tempo, em um processo de cuidados longitudinal e compartilhado.

A capilaridade da Atenção Básica - ao possibilitar que as equipes estejam presentes nos territórios de vida, estabelecendo relações próximas com grande potencial de produção de vínculo de confiança, afeto, com capacidade para sustentá-los ao longo do tempo - é indispensável para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica. A perspectiva da longitudinalidade e da convivência territorial faz toda a diferença quando o que está em questão é o cuidado compartilhado. Institui-se outro tempo nos processos terapêuticos quando é possível conviver no território e acompanhar os sujeitos ao longo de sua vida (SIMONI et al, 2014).

Pensar la salud mental en la comunidad requiere integrar el pensamiento individual con el social, el clínico con el epidemiológico, pasando del pensamiento lineal al pensamiento. Como ya lo hemos dicho, el desafío más importante es revisar los paradigmas y las conceptualizaciones universales y devolver la salud mental al seno de la sociedad.” (FERRO, p.49-50, 2010)

Os profissionais de saúde, que operam em território, são atores sociais fundamentais para a transformação dos processos de cuidado. Este deve ser entendido como lugar delineado pelas referências afetivas, familiares e sociais, produtoras dos sentidos, onde cada usuário se reconhece e pode encontrar modos singulares de existir. Por isto, o apoio institucional sistemático às equipes permitiu que as mesmas pudessem se autorizar e se experimentar neste lugar de escuta dos sofrimentos das pessoas. Isto foi potencializado com a ampliação da cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a indução da linha de financiamento criada pelo estado naquela época, que fortalecia a AB através do Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES), dos recur-

os federais provenientes do programa Requalifica UBS⁵⁹ e do Programa de Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica⁶⁰ (PMAQ) do governo federal, lançados na mesma época (2011-2014).

Apoio Matricial na Atenção Básica

O Rio Grande do Sul é um estado onde predominam pequenos municípios que, por seu porte populacional, não conseguem implantar CAPS. Tal situação coloca o desafio de trabalhar em Saúde Mental na Atenção Básica. Na esteira dos investimentos feitos pelo estado para a ampliação da cobertura de Equipes de Saúde da Família, também foram implantados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Entretanto, como haviam muitos municípios que não fechavam critério para ter NASF, propusemos um outro equipamento, chamado Núcleo de Apoio à Atenção Básica⁶¹ (NAAB), com financiamento estadual, para o apoio matricial em saúde mental chegar, de fato, em todos os municípios, independentemente do contingente populacional. Trabalhando a Política de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, através da lógica do matriciamento, tanto as equipes de ESF quanto as demais equipes da AB, passaram a acessar suporte importante para a condução dos casos envolvendo saúde mental.

O trabalho em equipe torna-se, não raras vezes, extremamente penoso e o diálogo, difícil. A interdição a dialogar se dá muitas vezes pelo controle dos tempos da atuação do profissional, que não encontra espaço nos protocolos e normas para desdobrar um fazer singular. Neste contexto, é importante considerar que as prescrições disciplinares atingem não apenas os usuários, enquanto objetos da ação técnica, mas também os

59 Instituído em 2011, pelo Ministério da Saúde, o programa Requalifica UBS tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde, criando condições adequadas para o trabalho em saúde, com vistas à melhoria do acesso e da qualidade da AB. Também envolve ações de informatização dos serviços e de qualificação da atenção à saúde desenvolvida pela equipe.

60 O programa contempla um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lançado em 2011, o PMAQ aumenta o repasse de recursos para equipes que melhoram seu padrão de qualidade na atenção.

61 O NAAB foi instituído pela Resolução CIB-RS 403/2011.

profissionais, como agentes das ações. A lógica disciplinar, que captura as expressões do sofrimento nos quadrantes do normal e do patológico (FOUCAULT, 2004), encontra sua estabilidade na formação de trabalhadores da saúde, que produz efeitos de coisificação de ambos os lados. As hierarquias entre as áreas profissionais, que conferem mais legitimidade a conhecimentos de determinadas áreas, concorrem para adensar a rigidez das práticas e fortalecer as terapêuticas desvinculadas das demandas singulares. Sentimentos de invasão e ameaça são comuns nestes espaços, onde escutar o que vem do outro traz uma boa medida de desconforto. Nestes cenários, sustentar uma posição própria em relação ao conhecimento é, muitas vezes, difícil e a reprodução da lógica manicomial pode funcionar então como saída fácil para problemas complexos e sistêmicos.

Por outro lado, trabalhar com profissionais de distintas áreas convida, inevitavelmente, ao exercício da alteridade. O apoio matricial surge como dispositivo para fomentar certa fricção produtiva do novo entre as diversas áreas profissionais, na lógica da educação permanente em saúde. Um dos pontos importantes que podem resultar do trabalho em equipe, numa perspectiva do acolhimento, da construção da integralidade, do vínculo e da corresponsabilização é a definição do profissional de referência, o qual atuará junto à equipe no território. Caberá à equipe prestar atenção aos enlacs e vínculos que vão se constituindo entre os profissionais da equipe e os usuários para identificar quem seriam os profissionais de referência para as situações específicas.

Os processos de estabelecimentos de vínculos com usuários e comunidade, as estratégias de corresponsabilização e de promoção da autonomia dos usuários no seu autocuidado demandam, no entanto, saberes forjados na transdisciplinariedade e intersetorialidade constitutivas do campo da Saúde Mental Coletiva. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe de referência e apoio matricial vem comover a fixidez das identidades profissionais, ao mesmo tempo em que questiona a burocratização das práticas, criando ferramentas e estratégias para alcançar objetivos comuns e compartilhados.

O apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica concorre para formar um trabalhador de saúde capaz de, a partir da especificidade

de seu fazer, se lançar ao encontro. Expostos aos limites do próprio saber, na relação com a alteridade dentro da equipe (com as diferentes áreas profissionais) e com o território (usuários/comunidade/modos específicos de vida), os profissionais de saúde precisam tecer suas ofertas de cuidado no laço ao outro. A aposta é de que a exposição a estes cenários de experiência compartilhada contribui para a formação de um profissional que se arrisca a transitar nas fronteiras entre os saberes para produzir algo novo e inédito, entre os pares, e na direção dos habitantes do território: os usuários. O apoio matricial em saúde mental surge, assim, como dispositivo a desafiar os modos instituídos de funcionamento dos serviços de saúde.

Ceccim (2004), no texto “Equipe de Saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos”, propõe uma formulação que nos ajuda a pensar o que pode se produzir quando equipes multidisciplinares trabalham juntas e dispostas ao encontro, como na proposição do matriciamento. Ele fala de uma ética *entre-disciplinar* e de uma estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde, afirmando a presença da *entre-disciplinaridade*, quando a prática terapêutica emerge como clínica mestiça (FERLA, 2002) ou a clínica nômade, que tece lugares de sensibilidade e de equilíbrio metaestável, em que todos os potenciais seguem se atualizando e, no qual, o equilíbrio é a transformação permanente.

No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge, então, a terceira margem, não a interseção da interdisciplinaridade, mas a emergência do entre. Não o desenho da interseção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de defasagem de si, de sensibilidade (p. 44). (CECCIM, p. 5, 2004)

Entre 2011 e 2014, cento e vinte equipes de Núcleo de Apoio à

Atenção Básica foram implantados em cento e vinte municípios gaúchos. A ética *entre-disciplinar* batia à porta da AB para promover a saúde mental coletiva, lá onde a vida acontece, fortalecendo a Reforma Psiquiátrica na sua capilaridade territorial.

Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica

As Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica⁶² passaram a ser financiadas em 2011, pela gestão estadual da saúde, com vistas à promoção da saúde, “através de práticas coletivas, de convívio entre as pessoas das comunidades para fortalecer as redes de solidariedade e a inclusão social” (SIMONI et al, p.190, 2014). Na perspectiva da educação popular, as oficinas na AB convocaram as equipes ao desafio de afirmar cada sujeito como protagonista de sua vida e de sua saúde. O papel do oficinairo, nestas paisagens da vida, é de facilitação do processo do grupo, atentando para a importância de neutralizar o ímpeto prescritivo e vertical da atenção em saúde, potencializando a construção coletiva e singular, a participação, o fortalecimento das relações sociais e da criatividade. Participar do processo de trabalho da equipe de ESF em que se realiza as oficinas – reuniões de equipe e discussões dos projetos terapêuticos singulares – é uma diretriz importante para o trabalho do oficinairo, no intuito de articular o cuidado nas oficinas às demais ofertas de atenção e à realidade do território.

As oficinas, como dispositivo coletivo de promoção de saúde mental, convocam o “especialista” a suspender seu saber para lançar-se às afetações do encontro com as produções do outro, dando expressão aos diferentes lugares de fala e formas de vida. Experimentar não saber, expor-se ao inusitado do acontecimento, aprender por meio do fazer, escutar diferentemente, dar hospitalidade ao outro são possibilidades do trabalho em oficinas terapêuticas. Neste sentido, o dispositivo de oficina opera uma função de parcialização do saber e de enlace social, ao possibilitar a constituição simultânea do lugar daquele que dá abrigo à dor do outro e tem, no outro, também um lugar de acolhida. “As oficinas podem ainda funcionar como dispositivos de geração de renda e inserção no trabalho para seus participantes” (SIMONI et al, p.190, 2014). No cotidiano destes

⁶² As Oficinas terapêuticas foram instituídas pela Resolução CIB-RS 404/2011

espaços abertos e coletivos de produção, não se trata, portanto, de tomar a experiência do sofrimento psíquico no registro dos saberes das ciências da saúde, mas de acolher o ponto em que ela desconstrói as estruturas narrativas de assujeitamento, ao mesmo tempo em que desafia a criação de outras possibilidades de historicização da existência no laço ao outro. A materialidade das produções (escritas, encenadas, cantadas, bordadas, tecidas, fotografadas, dançadas), sua circulação entre os participantes e sua inserção na coletividade do território, sustentam narrativas que agenciavam pertencimento.

Ao finalizarmos a gestão em 2014, haviam 297 oficinas terapêuticas espalhadas pelo RS. Foram muito diversas as oficinas terapêuticas implantadas pelo estado, cada qual buscando contemplar as necessidades postas pelos usuários que acessavam os seus serviços: oficinas de skate, de patins e de grafite, desenvolvidas com adolescentes em pequenos municípios do interior; oficinas de culinária e tradição implementadas na serra gaúcha, com o intuito de resgatar os pratos da culinária tradicional de cada uma das comunidades de imigrantes italianos e alemães; oficinas de temperos e plantas tradicionais em comunidades quilombolas; oficinas de yoga, meditação e relaxamento, abertas para comunidades marcadas pelo trabalho árduo e poucas opções de lazer; oficinas de dança tradicionalista, danças típicas das culturas locais ou mais voltadas para convidar os idosos ao movimento e à vida (uma delas acabou fazendo a abertura do Encontro Nacional da RAPS, em Curitiba – 2012).

Redução de Danos na Atenção Básica

A Redução de Danos se coloca como diretriz ética e estratégia para o cuidado no contexto do uso problemático de drogas, desde 2003, com a publicação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Antes disto, há toda uma trajetória de constituição, tecida nas itinerâncias do cuidado andarilho e ético dos programas de redução de danos, que compunham as estratégias de controle do HIV-AIDS, nos primórdios do SUS. O RS faz parte desta história, seja pelas trajetórias de trabalho dos redutores de danos em diversos municípios gaúchos, seja pela força política necessá-

ria à publicação, em 2014, de uma Política Estadual de Redução de Danos⁶³, inédita no país, que reconhece sua legitimidade como ética e estratégia diante do uso de drogas (ALVES, 2014).

Entre erradicar ou minimizar o uso, a redução de danos se ocupa em acompanhar o processo de cada pessoa, que transita entre a dependência e o protagonismo na relação à droga. Apoia-se no discurso da pessoa que usa drogas – cuidado usuário-centrado –, construindo vias de produzir, com os usuários, possibilidades de lidarem, potencialmente, com suas vulnerabilidades, investindo no movimento do sujeito na direção do cuidado de si e visando a promover protagonismos que podem tomar diversos contornos. Isto passará pela superação dos processos de culpabilização individual. A triangulação sujeito-objeto-contexto surge na RD como alternativa à visão binária que infla o objeto droga e vitimiza ou criminaliza o usuário. Entre o ideal e o real, trata-se de construir um caminho do meio, “um possível”, que se situa entre “a necessidade, identificada pelo olhar do trabalhador, e a demanda, que se articula inicialmente, como pedido da pessoa que usa drogas” (MAYER, p. 95, 2010). Conforme o autor, a redução de danos como estratégia de cuidado traz, então, a necessidade de dar lugar à singularidade e ao desejo, “a princípio desconhecido, tanto para o trabalhador em saúde quanto para a pessoa que usa drogas”, para construir, com o outro, o cuidado de si mesmo.

A educação permanente das equipes de saúde, atravessada pela ética da redução de danos, é um antídoto para o que Lancetti (2015), perspicazmente nomeia de “contrafissura dos profissionais de saúde” na atenção às pessoas que usam drogas. Esse psicanalista argumenta que a contrafissura é justamente esse afã de resolver, imediatamente e de modo simplificado, problemas que são complexos, alertando para o fato de que a contrafissura pode se manifestar em cada cuidador e terapeuta que deslize para o lugar do salvador da vida das pessoas que usam drogas. Ela também se manifesta nas matérias alarmistas dos jornais, revistas, programas de tv e, até mesmo, na orientação de programas de governos, que já nascem fracassados, pois, em sua contrafissura, focam na droga e não na pessoa.

63 A Política Estadual de Redução de Danos foi instituída pela Portaria SES-RS 503/2014.

Nosso estado, com características muito conservadoras, passou um longo período mergulhado na perspectiva da guerra às drogas, mesmo que esta tenha falhado em todos os lugares que optaram por este modelo. Por este motivo, a grande preocupação havia sido a implantação de leitos e a abertura de vagas em comunidades terapêuticas (CT). Este era o cenário quando assumimos a política de saúde mental em 2011 e tivemos que trabalhar muito para reverter um modelo fossilizado e entranhado nas práticas profissionais, ainda que ineficiente e de alto custo. Resgatar a perspectiva ética de cuidado da redução de danos nos oportunizou, a partir do financiamento e implantação de equipes e composições de RD em diversos municípios, retomar ações dos antigos programas de redução de danos, agora em uma lógica de transversalização da RD na rede. A abertura de 40 equipes de redução de danos⁶⁴ até 2014 e a realização de sete encontros regionais sobre redução de danos, nas macrorregiões do estado, trouxe este tema para o cotidiano de cuidado das equipes de saúde, desconstruindo estigmas e preconceitos, potencializando o cuidado e o respeito aos direitos humanos.

Acompanhamento Terapêutico na Atenção Básica

Segundo Palombini (p. 117, 2006), o acompanhamento terapêutico (AT) é um dispositivo clínico-político, “em sua potência clínica de intervenção com os usuários, familiares e redes sociais” e “em sua potência analisadora do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica”. A experiência do AT tem demonstrado sua condição desestabilizadora dos saberes instituídos, convocando-os a se refazerem na relação acompanhante-a-companhado-cidade.

Neste sentido, em 2014, foi possível aprovar incentivos financeiros⁶⁵ específicos para a inserção de acompanhantes terapêuticos nas equipes de Atenção Básica dos municípios gaúchos, ação que não estava prevista nas

64 O incentivo financeiro para a implantação de composições intersetoriais e de equipe de redução de danos foi instituído pela Resolução CIB-RS 38/2012 3 alterado pela Resolução CIB-RS 233/2014.

65 O incentivo financeiro para a contratação de AT na AB foi instituído pela Resolução CIB-RS 234/2014.

metas iniciais do Projeto da *Linha de Cuidado em Saúde Mental*, mas que foi mostrando a sua razão de existir nas itinerâncias do apoio institucional georeferenciado nos municípios. A prioridade para a inserção do AT na Atenção Básica da RAPS foi dada aos municípios que sediavam processos de desinstitucionalização, dada a condição de dependência institucional a que estão submetidas as pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ou outras modalidades asilares.

Além da população residente nos seis hospitais psiquiátricos do RS, que somavam quase três centenas em meados de 2011, muitas pessoas com menos de 60 anos estão institucionalizadas em instituições para idosos no RS. Ambos perfis de institucionalização perpetuam a privação de direitos que leva à cronificação e à exclusão social, sob o argumento da doença mental, da incapacidade e/ou periculosidade. O cuidado adequado, nestas situações, supõe, antes de tudo, o retorno do sujeito a uma situação de socialização e de garantia de cidadania e, sendo assim, o acompanhamento terapêutico é um dispositivo de cuidado em liberdade capaz de desinstitucionalizar de fato.

Além da demanda da *desinsti*, o AT é uma oferta que pode fazer a diferença no cuidado em rede, promovendo cuidado no mesmo passo do exercício da cidadania. O modo como o sofrimento psíquico se apresenta, em algumas situações, pede a mediação do fora – do território com seus atores, cenários, cenas, movimentos e relações – para tomar seus rumos de inscrição das singularidades no laço social. No AT, inevitavelmente, a experiência do território faz parte dos cenários que se desenham para os processos de cuidado, alargando os limites instituídos da clínica e refazendo seus contornos, a partir da convocação a pensar a função da *polis*, do espaço público, na produção e ressignificação do sofrimento. A palavra do geógrafo Milton Santos (2003, p. 311) ganha todo o sentido nas itinerâncias do AT: o território é o espaço “usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido”. Território é pele que faz possível o laço ao outro e a existência. Desta forma, a experiência estética que a potência do território oferta em seus jogos de força, seus sentidos inesperados e inconclusos, seu traçado desviante, produz efeitos de subjetivação, de cuidado e de formação (PALOMBINI, BELOCC & CABRAL, 2005).

Lançado em 2014, o incentivo para a contratação de AT na Atenção Básica se deparou com os limites impostos pela descontinuidade da gestão 2011-2014, com a troca de governo, tendo alcançado apenas quatro municípios. Muitos municípios, no entanto, demandam do estado, ainda hoje, sem êxito, a liberação de recursos financeiros para o acompanhamento terapêutico, pois os processos de desinstitucionalização e de cuidado em rede continuam em curso, resistindo, nos territórios. Seja no que se refere às instituições para idosos que institucionalizam pessoas irregularmente, seja no que diz respeito à acolhida dos municípios aos egressos do Instituto Psiquiátrico Forense, que, sob determinação judicial, tem sido obrigado a desinstitucionalizar seus moradores de décadas, o modo de cuidado *desinsti* continua e se capilariza nos desejos que se agenciam no cotidiano da RAPS entre trabalhadores, usuários e familiares. Nestes cenários, o AT permanece como possibilidade de trabalho, convocando as RAPS a desinstitucionalizar a própria clínica, a cuidar em liberdade.

Gestão Autônoma da Medicação

A SES/RS, em 2012, adotou o Guia GAM como uma ferramenta para o trabalho na *Linha de Cuidado O Cuidado que eu preciso*, passando a ofertá-lo, ao lado do apoio técnico para a utilização das equipes de saúde. Fizemos a impressão de uma tiragem de 10.000 exemplares do Guia da Gestão Autônoma da Medicação e iniciamos o trabalho de sensibilização. Fazer operar o cuidado em liberdade, tecendo o cuidado COM o outro e não SOBRE o outro, se mostrava, no delicado tema das medicações e prescrições, um desafio. Assim, conforme nos conta Silveira (p.11, 2014):

O trabalho de disseminação da estratégia GAM iniciou com apresentações da estratégia em todos os encontros de CAPS e RAPS que realizamos nas 7 macrorregiões do estado [em 2013]. Ao apresentar a ferramenta (o Guia) e sua estratégia (a metodologia) aos trabalhadores, apreciavam as dificuldades com relação especialmente ao uso da medicação, era a partir desse engate, dessa liga, entre o que aquela região necessitava e o que a Gam tinha a oferecer, que o trabalho acontecia.

No caminho trilhado pelas estratégias de implantação da GAM nos municípios do RS, as experiências foram demonstrando a necessidade de tratar do tema da medicação, ponto cego e crítico no processo da Reforma Psiquiátrica. O público das oficinas era composto, majoritariamente por trabalhadores dos CAPS e da Atenção Básica. Estes últimos se mostravam especialmente tocados pelo tema das medicações, talvez por serem os responsáveis pela renovação das receitas psicotrópicas na AB – prática presente em diversos fluxos de rede dos municípios. Os cenários de cuidado abertos com a vinda dos médicos do Programa Mais Médicos, com a descentralização das residências da Escola de Saúde Pública e com a implantação de equipes de matriciamento foram os mais férteis para a implantação da estratégia GAM no RS, demonstrando toda sua potência como ferramenta em equipes de Atenção Básica.

A partir do trabalho em pequenos grupos, a GAM busca fomentar a discussão da experiência dos usuários no uso das medicações e no manejo de seus sintomas, visando o fortalecimento de sua capacidade de negociação com o médico e com a equipe de saúde, aumentando sua participação nas decisões sobre o tratamento. Ao propor, no cotidiano da atenção em saúde, uma metodologia de encontro que desloca o profissional do lugar do especialista e reconhece saberes singulares, a GAM dá lugar a outros modos de experiência de si e de relação à alteridade, podendo abrir novas possibilidades de oferta e acompanhamento de itinerários terapêuticos. De outra parte, ao autenticar o lugar de protagonista dos usuários pela criação de novos campos de negociação e de diálogo, a GAM pode desencadear processos de promoção de contratualidade que propiciem a participação dos usuários, em igualdade de oportunidades, em outros espaços, ampliando sua rede social e afetiva.

Nesta direção, em abril de 2014, inspirada pela entrada da GAM na Política de Saúde Mental, a Coordenação Estadual de Saúde Mental organizou o *I Encontro Estadual sobre Protagonismo e Autonomia de Usuários*, reunindo usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental, do Movimento da População de Rua e da Redução de Danos. Sobre este momento, Marília Silveira (2014) narra:

Um potente encontro organizado para 300 pessoas (compareceram mais de 500) em que os usuários foram os grandes protagonistas, desde auxiliarem na organização da programação do evento até as mesas e oficinas sempre com um usuário conduzindo. A proposta de fazer juntos não é nova e não nasceu com a GAM, mas parece se recolocar na medida em que a GAM se coloca na Política e que nos colocamos a pensar juntos sobre a participação, o protagonismo e a autonomia.

Assim, as experiências com o Guia GAM na RAPS do RS ocorreram em diversas regiões e municípios e se mostraram potentes para o enfrentamento de importantes desafios da Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica: valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos; promover a prática de horizontalizar as relações nos serviços; incluir residentes, trabalhadores e gestores na discussão com os usuários sobre sua experiência de uso da medicação psiquiátrica; criar espaço para o protagonismo dos usuários na construção dos seus projetos terapêuticos; fomentar a autonomia dos usuários a partir da participação ativa nos grupos; favorecer processos grupais de troca de experiências, centrados no interesse e o cuidado com o outro.

Territórios da Reforma Psiquiátrica no RS

O horizonte deste conjunto de experiência que aqui compartilhamos estava em criar espaço-tempos de encontro para formar um trabalhador que é ator social, capaz de inserir-se de forma sensível e crítica no campo da saúde, buscando a construção do conhecimento em ato na afetação com o campo de experiências. Um trabalhador que produz saber por meio do fazer, colocando em questão os limites instituídos entre o saber popular e o saber douto, entre aqueles que pensam e aqueles que executam o que outros pensaram, entre aqueles que sabem e aqueles que ignoram. Tal caminho implicou colocar em fricção os diferentes saberes e setores, produzindo intercessões, com potência para gerar dobras e cortes no *status quo*, abrindo novos territórios de existência, entre-lugares do cuidado (CECCIM, 2004).

Singularizar o cuidado, “ser capaz de singularizar uma proposta de melhoria de vida, em médio e longo prazo, para cada um dos usuários”, demanda do trabalhador o agir em rede. Esta perspectiva implica uma mudança de cultura, uma modificação na atitude dos trabalhadores e dos gestores para que operem de forma sincrônica, com finalidades comuns (TYCANORI, 2015). Para o autor, a rede só se faz quando há pessoas em sincronia, criando condições de obter resultados que, sozinhos, não alcançariam. O acolhimento, o apoio matricial, as oficinas terapêuticas no território, o acompanhamento terapêutico, a gestão autônoma da medicação são estratégias de produção de redes cuidadoras, na lógica da saúde mental coletiva. O trabalho em rede, nestes cenários, é dispositivo dos encontros intercessores no espaço público, nos territórios híbridos da educação e do cuidado.

O cuidado e a promoção de saúde precisam do componente do espaço público, da horizontalidade na dissimetria, da pluralidade das vozes, do exercício da liberdade. *O cuidado que eu preciso* enfrentou este desafio de criar condições para cuidar singularmente, de forma compartilhada, no espaço público, no desenrolar da vida cotidiana. Territórios da clínica, lugar de acolhimento da dor do outro e de (re)construção de uma pele para habitar e um lugar entre outros para pertencer/existir. Territórios da educação, lugar de produção de um estilo próprio de trabalho em saúde, na relação com o saber/fazer. Territórios da gestão, lugar das mudanças macropolíticas, a partir da leitura do território, e do acompanhamento de seus desdobramentos micropolíticos, pelo cuidado com os modos com que as normativas e técnicas ganham lugar nos cenários da vida. Territórios intersetoriais, onde se negociam direitos e responsabilidades, mas também se criam novas sensibilidades e implicações. Territórios da vida, da existência.

Nestes vinte e cinco anos de luta, *a Linha de Cuidado em Saúde Mental O cuidado que eu preciso*, veio a nomear um percurso e um momento importante da Política de Saúde Mental do Rio Grande do Sul, entre 2011 e 2014. Esta trajetória culminou com a aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde de uma nova Política Estadual de Saúde Mental que conjuga uma série de dispositivos e estratégias, cujo eixo estruturante é o cuidado em liberdade. Mais do que isto, *O cuidado que eu preciso* é parte

da história da Reforma Psiquiátrica em nosso estado e persiste/resiste nas marcas deixadas nos corpos daqueles que ousaram tomar a terceira margem (CECCIM, 2004), nesse rio de longas beiras do cuidado em saúde mental, lá onde a vida acontece.

REFERÊNCIAS

ALVES, Simone et al. Percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul. In: **Atenção Básica em Produção: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS**, 1 ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 201-215.

CECCIM, Ricardo. **Equipe de Saúde: a Perspectiva Entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos**, In. *PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.259-278.*

FAGUNDES, Sandra. Exigências Contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v. 2, n. 2, 1995, p. 2-4.

FERLA, Alcindo Antonio. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: Cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

FERRO, Rubén. Salud mental y poder: un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidade. **Revista de Salud Pública**. 2010: 14(2); 47-62.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**, São Paulo: Hucitec, 2015.

MAYER, R. T. A Contribuição do Centro de Referência em Redução de Danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. **Ou-
tras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. In; SANTOS, L. (Org.) Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

PALOMBINI, Analice; BELLOC, Márcio; CABRAL, Károl. Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. **Estilos da Clínica. Revista sobre a Infância com Problemas**. São Paulo. X (19): 32-59, junho/2005.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche** (São Paulo), São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006.

Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 de fevereiro de 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB nº 403, 03 de novembro de 2011. Porto Alegre: 2011a.

_____. Resolução CIB nº 404, de 03 de novembro de 2011. Porto Alegre: 011b.

_____. Resolução CIB nº 38 de 1 de março de 2012. Porto Alegre: 2012.

_____. Resolução CIB nº 234 de 12 de maio de 2014a. Porto Alegre: 2014.

_____. Portaria SES/RS nº 503 de 01 de julho de 2014b. Porto Alegre: 2014b.

ROTELLI, Franco. A instituição Inventada. In: **Revista** “Per la salute mentale/ For mental health” 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia”. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta, Santos. Disponível em: http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf. Acesso em: agosto/2017.

SILVA, Fernanda Cesa Ferreira da; SANTOS, Giseli dos; MONTEIRO, Jaqueline da Rosa; CUNHA, Leonardo de Santi Helena; LEMKE, Ruben Artur; MELLO, Vania Correa de. A formação enquanto estratégia de mudança na saúde mental coletiva. Porto Alegre: **Boletim da Saúde**, Volume 21, Número 1, Jan./Jun. 2007.

SILVEIRA, Marília. Boletim Informativo **A Gestão Autônoma da Medicação como Ferramenta da Linha De Cuidado**: “O Cuidado Que Eu Preciso”. Relatório Técnico. Porto Alegre: SES-RS, 2014.

SIMONI, Ana Carolina Rios et al. Desinstitucionalização do Cuidado nos Dispositivos de Saúde Mental na Atenção Básica. In: **Atenção Básica em Produção**: Tessituras do Apoio na Gestão Estadual do SUS, 1 ed., Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 183-200. Disponível em: file:///C:/Users/anaca/Downloads/Tessituras%20(1).pdf. Acesso em: Agosto/2017.

TYKANORI, Roberto. Entrevista ao Jornal do Comércio – RS, edição de 29 de junho de 2015. Disponível em: <http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=200811>. Acesso em: Agosto/2017.



GERAÇÃO POA– OFICINA SAÚDE E TRABALHO **Adriane da Silva, Katia S. Barfknecht e Tanise Kettermann Fick⁶⁶**



A GerAção/POA - Oficina Saúde e Trabalho é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no eixo Reabilitação Psicossocial. Promove ações em saúde, educação, cultura e economia solidária através do trabalho.

66 As autoras são trabalhadoras da equipe da GerAção/POA, funcionárias públicas da PMPA, sendo Adriane e Tanise psicólogas e Kátia Terapeuta Ocupacional.

Há 21 anos, nascemos como um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira, e desde então, estamos nos construindo, entendendo a atividade trabalho como grande articulador do exercício da cidadania, autonomia e empoderamento.

A articulação da Saúde Mental e Economia Solidária vem acontecendo desde o início na GerAção/POA. A Economia Solidária contribui para constituição dos projetos de inclusão social pelo trabalho, pois está fundamentada na cooperação, na autogestão, na solidariedade, na participação democrática, no respeito às diferenças, nas trocas de saberes, nas potencialidades e na viabilidade econômica. Este encontro tem sido articulador do direito ao trabalho e disparador para outros modos do viver.

A GerAção/POA estrutura seu trabalho nos seguintes eixos:

1. Trabalho e Economia Solidária, que acontece por meio de oficinas autogestionadas com as técnicas de papel artesanal, serigrafia, costura, velas, mosaico e por meio de prestação de serviços;
2. Trabalho e Arte, através de oficinas de expressão, desenho, pintura, escrita, fotografia;
3. Apoio e acompanhamento no mercado formal de trabalho ou aprendizagem, através da inclusão pela lei de cotas para pessoas com deficiência psicossocial., com vistas a provocar um processo de discussão na sociedade afirmando o direito ao trabalho;
4. Apoio e assessoria a grupos de geração de renda na cidade, vinculados ao SUS.

A participação dos usuários na rede de Economia Solidária acontece nas reuniões, nos seminários temáticos, nas diversas feiras que são realizadas pela cidade e região metropolitana e nas lojas que se localizam em pontos estratégicos da cidade. Essas lojas comercializam coletivamente a produção dos grupos de economia solidária da cidade. Desta forma, pode-se vivenciar a comercialização com diversos empreendimentos, a inclusão social e momentos solidários que criam e reconstróem o cotidiano.

Também são desenvolvidos projetos coletivos como o Geraencontro, evento realizado periodicamente junto aos espaços da cidade para compartilhar e produzir criatividade, diálogos, cultura e arte.

Importante ainda salientar que a comercialização dos produtos envolve diversas discussões sobre espaços, modos de vender, qualidade dos produtos e como transmitir na estética o que discutimos conceitualmente sobre diversas temáticas sociais, entre elas a da Saúde Mental.

Um dos desdobramentos do grupo de comercialização foi o agenciamento com a Cinemateca Capitólio para a inauguração em 18 de maio de 2017 da Loja GerAção/POA Cinemateca Capitólio. Este espaço permanente de venda, gerenciado pelos usuários e inserido no circuito cultural da cidade, é um indicador da crescente conquista do direito ao trabalho, da possibilidade de novos laços sociais e solidários e da ampliação de itinerários sociais.

Porto Alegre - RS

Telefone: (51) 3289-5535 / (51) 3321-1976

Email: geracaopoa@sms.prefpoa.com.br

Facebook: Geração POA

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM TERRITÓRIOS GAÚCHOS: DAS TRADIÇÕES ÀS (DES)DOBRAS POSSÍVEIS

Bernadete Maria Dalmolin⁶⁷

Miriam Mattos⁶⁸

Do Lugar de Trabalhadoras de Saúde Mental

Os 25 anos de vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica no RS, dentre tantos outros aspectos, revelam que pouco se faz sem “nós” constituídos e enlaçados pelos sujeitos que acreditam e se expõem a experimentar novas formas de ser, de fazer e de cuidar quando o tema é saúde mental coletiva. Motivadas pelo desejo de construir um novo lugar social à loucura – a partir do lugar de quem vive e convive com o sofrimento psíquico – narramos, a seguir, parte da nossa trajetória como trabalhadoras de saúde mental, marcada por muitas incursões, especialmente pelos territórios do norte do estado gaúcho. Nosso compromisso com o cuidado em liberdade foi se constituindo desde a atuação na atenção básica de pequenos municípios da região e fortalecido quando nos encontramos, em 2001, como colegas de trabalho num espaço de gestão regional de saúde⁶⁹ e também como docentes de uma universidade comunitária⁷⁰.

Assim, nos defrontamos com o desafio da gestão e da formação em saúde mental. Nessa caminhada profissional, atendemos, cuidamos, planejamos, avaliamos, pesquisamos, escrevemos, produzimos, supervisionamos, assessoramos, criamos, inovamos, “parimos”. Fomos nos experimentando em cenários para os quais não nos sentíamos suficientemente preparadas em nossas formações básicas de Enfermagem e de Psicologia, de modo que buscamos apoio na pós-graduação e na formação cotidiana com nossos pares.

67 Enfermeira, especialista em Saúde Mental Coletiva SES/RS, doutora em Saúde Pública (USP), trabalhadora do SUS (1988 – 2012); docente da UPF (desde 1992).

68 Psicóloga, mestre em Educação (UPF), trabalhadora do SUS (desde 1992); docente da UPF (desde 1998).

69 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/RS.

70 Universidade de Passo Fundo/RS.

Nossa angústia diante das dificuldades para avançar e dos movimentos contrários aos avanços necessários para a humanização do cuidado – os quais não foram e continuam não sendo poucos – quase sempre se transformaram em “energia” e criação de novas estratégias. Conectadas a um sem número de outros sujeitos sedentos por mudança, mundo afora, fomos “fazendo escola”, construindo laços e nos colocando ao lado de uma nova ética do cuidado, um processo inacabado, ainda em transformação, mas já com muita história para contar... Dessa trajetória, registramos três frentes imbricadas, que ajudaram a ressignificar e a fortalecer nossa compreensão/atuação no campo da saúde mental: 1) a história da assistência na região; 2) cartografias de itinerários das pessoas em sofrimento psíquico na busca de cuidado e produção de saúde e as possibilidades de se dar concretude à Lei da Reforma no espaço das cidades; 3) a rede de atenção psicossocial em construção.

Movimentos em Torno do Cuidado em Saúde Mental: Antagonismos e Tensões

Passo Fundo constituiu-se como uma importante referência do norte do estado do Rio Grande do Sul, especialmente nas áreas de saúde e educação. A demanda por uma reorganização dos serviços de atenção à saúde da população surgiu com o crescimento da cidade, principalmente a partir da década de 1970, quando ocorreu um intenso processo migratório rural. Nesse período, Passo Fundo já dispunha de serviços hospitalares que serviam e ainda servem de referência para várias especialidades, tanto no próprio município quanto na região.

No âmbito da saúde mental, contudo, os serviços deixavam a desejar, restringindo-se a determinados e reduzidos procedimentos de assistência especializada, fato que levava as pessoas em sofrimento psíquico a ser encaminhadas para hospitais psiquiátricos em cidades distantes, como Porto Alegre, Ana Rech e Pelotas.

Essas razões motivaram profissionais a desenvolver ações de saúde mental de caráter comunitário na região. Foi então que, em 1974, por intermédio do Curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo, consti-

tuiu-se o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM), propondo a integração entre ensino, serviços e pesquisa. De acordo com Carmen Oliveira (1983), uma das professoras que idealizou a proposta, o CCSM preocupava-se inicialmente com o “doente mental pobre, o migrante rural e com a periferia urbana”. Contudo, em 1981, em função do reconhecimento de que o trabalho desenvolvido tinha um caráter assistencial e curativo, houve uma redefinição do seu trabalho, voltando-se para o atendimento comunitário e problematizador a respeito dos condicionantes/determinantes do processo saúde-doença mental:

O Centro Comunitário se apresenta, como intenção e práxis, negando o papel que o sistema de saúde tem atribuído ao profissional de saúde mental. Nosso compromisso vai em oposição a esse papel adaptativo-repressivo, utilizado para a manutenção de uma sociedade doente e injusta. Buscamos uma psicologia comunitária, descolonizada, interessada na problemática de nossa cidade, região e país; uma psicologia comunitária interessada não apenas na degradação mental das pessoas, mas em todas as formas de degradação a que estão submetidos os marginalizados, os despossuídos e explorados da nossa terra; uma psicologia comunitária que situe as personalidades alienadas como produto de um sistema econômico predatório de nossa saúde e de nossa cultura; uma psicologia comunitária que questione nossa formação acadêmica e ofereça possibilidades de recriar posturas e conhecimentos (Extraído do *Mutirão*, jornal do Centro Comunitário de Saúde Mental de Passo Fundo, 1983).

O relato revela a preocupação com o delicado momento vivido pela população, decorrente das constantes mudanças sociais e econômicas por que passava o município, e da correlação dessas com os processos de agravamento do psiquismo. Além disso, a assistência às pessoas que necessitavam dos serviços de saúde, ao invés de aliviá-los, agravava ainda mais as suas já tão fragilizadas situações de vida, uma vez que o eixo central dessa assistência pautava-se no isolamento e na adaptação social dos sujeitos, carecendo de um modelo de atenção integral.

Paralelamente ao processo de construção do CCSM, a comunidade espírita, com a ajuda da sociedade local, idealizou e viabilizou um projeto

de construção de um hospital psiquiátrico no município, iniciando sua edificação em 1983: o “Bezerra”, como ficou conhecido.

Estabeleceu-se, assim, uma discussão entre duas concepções de atenção à saúde mental muito diferentes. Membros das coordenações estadual e regional de saúde mental defendiam a não abertura do hospital psiquiátrico e apresentavam estratégias substitutivas para a situação “de pessoas em crise aguda”, como por exemplo, a criação de uma unidade de internação psiquiátrica no hospital municipal (Hospital Beneficente Dr. César Santos).

Outros setores da comunidade (instituições hospitalares, religiosas, profissionais da saúde, universidade, políticos locais e outros setores do executivo estadual), por sua vez, buscavam a implantação definitiva do hospital psiquiátrico. Foi nesse cenário que, em março de 1990, a Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul autorizou a abertura do Hospital Espírita Bezerra de Menezes⁷¹ de Passo Fundo para receber “pacientes em crise aguda”. Única do gênero em toda a região, essa instituição permanece em funcionamento, mantendo características físicas e estruturais tradicionais semelhantes às demais instituições psiquiátricas.

Em meio a tensões e antagonismos, com poucos profissionais e sem financiamento público, a proposta da Universidade de conceber o trabalho realizado como um serviço que alavancasse as mudanças no modelo de atenção à saúde mental na cidade foi perdendo força. Entretanto, consoante com o movimento nacional de transformação no campo da saúde mental, o estado do RS desafiava-se a produzir algo novo, investindo fundamentalmente no campo da formação/educação permanente, momento em que trabalhadores da região estabeleceram nova estratégia de atenção, e, no ano de 1990, constituiu-se um novo serviço ambulatorial, no Centro de Saúde (serviço estadual), para pessoas com transtornos psíquicos graves. O novo espaço se propunha a criar um ambiente de cuidado, aberto e comunitário, sendo o projeto-embrião do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do município⁷².

71 Mais tarde incorporado ao Hospital da Cidade e renomeado como Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes.

72 Tal serviço teve à frente o psicólogo da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/SES/

Paradoxalmente, dois anos antes da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Estadual, em plena ascensão do movimento da Luta Antimanicomial no estado e no país, nossa região “conquistava” um hospital psiquiátrico. Assim, enquanto outras regiões buscavam alternativas para criar serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, nós víamos um rápido processo de fortalecimento da cultura psiquiátrica e hospitalocêntrica no município e nas cidades vizinhas. Fazer frente à lógica manicomial, nesse período, foi tarefa árdua para todos que a ela se opunham, tema presente em todos os encontros, atividades de formação, temática sobre a qual nos referimos adiante.

A proximidade territorial, o mito do tratamento especializado e a carência de serviços alternativos contribuíram para que, com muita frequência, familiares, gestores e profissionais encontrassem no hospital psiquiátrico a primeira – e, muitas vezes, a única – forma de cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, o que acabou por fortalecer a estigmatização, o isolamento e a cronificação da doença.

Importante ressaltar, nesse contexto, que nossa experiência revelou que especialmente os familiares realizavam/realizam inúmeras buscas por assistência, antes de conduzirem o sujeito a essa alternativa. Entretanto, há um desenho organizacional fortemente estabelecido nos “operadores” que determina quais “cuidados” devem ser prestados na rede de atenção à saúde mental.

RS, também professor da UPF, Hélio Possamai, que, na ocasião, coordenava a Política de Saúde Mental e era uma referência na região. Nosso contato iniciou no final da década de 1980 em formações em saúde mental oferecidas pela SES/RS (período em que a estratégia da Secretaria Estadual de Saúde foi investir fortemente em formação na perspectiva da atenção integral), e pelos cenários de práticas (de saúde mental/saúde pública). Posteriormente, Hélio Possamai nos acolheu na regional, partilhando sua experiência e conhecimento e servindo de apoiador institucional ao trabalho que continua sendo desenvolvido até hoje.

Do “Batismo”, pela Institucionalização, À Constituição de Novos Territórios Existenciais

Um estudo minucioso (DALMOLIN, 2006) desvelou a cartografia da primeira internação em hospital psiquiátrico: um “batizado”⁷³ após longa peregrinação em busca por assistência. Diante da “necessidade de socorro, a família parte em busca de apoios que possam compartilhar e aliviar o seu próprio sofrimento e o do parente afetado, tempo em que se trava uma batalha individual e solitária”, recorrendo a aconselhamentos, rezas, bênçãos, chás, além de intensificar a presença de familiares e vizinhos junto à pessoa que sofre. Percebe-se, nesse contexto, que “Somente quando se percebe desorganização subjetiva extrema e sofrimento psíquico, e quando esses mecanismos mostram-se inviáveis, fazendo-os perder o ‘controle’ sobre a situação, é que se inicia a busca pelo serviço de saúde” (p.149).

Então, começa a procura pelo atendimento no ambulatório do bairro, para “pegar o encaminhamento”, ou na emergência do hospital geral, na qual, uma vez detectado o caráter psiquiátrico do caso, o usuário era/é medicado e, comumente, referenciado para internação no hospital psiquiátrico. Na falta de leito ou de indicação de internação, essa pessoa recebia uma prescrição medicamentosa e retornava para casa, sem outra indicação terapêutica, conforme descreve um dos vários relatos da pesquisa:

Nós corremos pro psicólogo no ambulatório, mas ele disse que não podia fazer nada, mandou que fôssemos para o hospital A [hospital geral]. De lá disseram que o caso dela era pros outros hospitais, daí fomos pro hospital B [hospital geral]. Lá, o doutor atendeu; medicaram; ela dormiu um pouco até conseguir vaga lá pro Bezerra (p.149).

Assim, tantas pessoas foram/são “batizadas” no mundo psiquiátrico, quando este foi/é o espaço que oferece atendimento nes-

73 Pesquisa de doutorado realizada por Bernadete Maria Dalmolin, no período de 2000-2004 pela Universidade de São Paulo. Publicado na obra: DALMOLIN, BM. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico em uma comunidade urbana. Fiocruz: SP, 2006.

sa trajetória marcada por “correrias”, recusas de atendimento, longas esperas, desconsideração da gravidade quando se trata de “paciente psiquiátrico” e intervenções exclusivamente medicamentosas. Restava/resta, então, o isolamento. Esse percurso, impregnado de ideias e práticas de um poder instituído que atravessa as relações – numa malha quase invisível operada na micropolítica da atenção à saúde, uma vez que a procura pelo serviço de saúde era/é marcada por resistências – força a internação psiquiátrica, de modo que o “batismo” à institucionalização⁷⁴ tenha início na solicitação de ingresso à rede de saúde (DALMOLIN, 2006).

Desse modo, na vivência de um sofrimento psíquico intenso, incontrolável, incompreensível (que requer um processo de acolhimento e de compreensão da produção subjetiva da qual emerge), os espaços das emergências geralmente ofereciam atendimentos rápidos, precisos e transitórios, visando “suprimir a crise” pela via medicamentosa e recorrendo ao encaminhamento para um tratamento fechado (hospital psiquiátrico). Assim, a região, carecendo de espaços substitutivos, tal como propunha a nova legislação, fortalecia o circuito crise/emergência/internação psiquiátrica.

Inicialmente, no entanto, os familiares costumam resistir à ideia de colocar um dos seus no manicômio, como expressava uma mãe participante do estudo:

-“Deus me livre, mas eu não queria levar meu filho pra lá por nada na vida, tinha muito medo de largar ele no meio dos loucos, [...] depois eu vi que não são tão diferentes de nós. Só é ruim porque fica isolado!” – as frequentes internações logo naturalizam esse circuito, experiência difícil de ser revertida (DALMOLIN, p. 154).

74 Para Basaglia, a “institucionalização” é “o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, expressam e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional” (Citado por AMARANTE, 2003).

Não obstante, apesar da opressão imposta pelos limites da doença e da força dos mecanismos de poder em operação no circuito crise/emergência/internação psiquiátrica (que resultam em estigma, segregação, empobrecimento cognitivo, dependência psíquica e material, dentre outros), os fluxos desejantes não cessam, o que possibilita a constituição de outros territórios de vida e de afeto na busca de saídas para além da doença e dos tratamentos oferecidos. Fomos em busca dessas cartografias!

Interessava-nos conhecer como os sujeitos em situação de sofrimento psíquico construía suas experiências nas dimensões da cidade: o que faziam, como lidavam com as necessidades cotidianas de circular, trabalhar, prover, cuidar, comprar, namorar, cuidar de si, ser cuidado, driblar desafetos, dentre outras questões.

As bagagens teóricas e imersões formativas nos conectavam a pensamentos disruptivos (Foucault, Basaglia, Rotelli, Deleuze, Guattari, dentre tantos outros) que se chocavam com as realidades encontradas e que nos forçavam a problematizar e tomar posição, cada vez mais, criticamente, diante de convenções e condutas constituídas e, muitas vezes, cristalizadas, que não cessavam de produzir formas de controle social e dominação subjetiva, estigma, miséria e violação de direitos nas suas relações.

A partir de um olhar mais atento e cuidadoso, a cidade também foi se revelando *dobrada* de muitas maneiras, possibilitando encontros singulares e imprevisíveis, outra postura, outro fluxo, outras conexões fora daquelas instituídas. Assim fomos também “desterritorializadas” dos itinerários bem consolidados por uma determinada racionalidade científica, traçada ao longo da história do adoecimento e profundamente enraizada no contexto sociocultural. Nos deparamos com situações difíceis, “terapêuticas” incontestes para as “loucuras” que batiam à nossa porta; formas cristalizadas e poderosas de continuar achatando subjetividades dos Pedros e das Marias, das Joanas e dos Paulos...

A cidade foi se apresentando como o campo de imanência da loucura, cujo território constituía-se em infinitas possibilidades de aconteci-

mentos, uma máquina de subjetivação. Foi se apresentando como espaço de resistência que abre atalhos aos ritmos e às rotas homogeneizadas, modulando outros modos de viver e de cuidar; como o lugar do saber vivo, da porosidade que possibilita apreender cartografias dos sujeitos reconhecidos pelos moradores da cidade como “fora de si, doido, louco, doente da cabeça, que ‘não bate bem das idéias’ (e tantas outras adjetivações)” (DALMOLIN, 2006).

No bairro, apesar das dificuldades e limitações, os sujeitos da pesquisa mantinham contatos importantes, encontravam saídas mais flexíveis, salientava-se um sujeito que, mesmo reconhecido pelas suas diferenças, preservava desejos e criava possibilidades envolvendo-se em diferentes situações na busca da concretização de sua história. A rua, embora tenha regras, permite o exercício da negociação, da convivência, pautando-se mais pela vida do cidadão (p. 195).

Paradoxalmente à história da psiquiatria, que construía serviços para “proteção” dessas pessoas, o que observamos é que, salvo uma ou outra situação mais delicada, os espaços públicos fornecem elementos mais consistentes de proteção, uma vez que permitem equacionar a subjetividade e o desejo no contexto das relações sociais (p. 196).

Limpar um jardim, comprar mercadorias, descobrir as maneiras de interagir com as pessoas e instituições, desenvolver um trabalho, fazer amizades, descobrir os direitos, obter o remédio, sentir-se um defensor do bairro, amigo do policial, encontrar um namoro, ir à missa, dar uma bronca a um desafeto, brincar com uma criança, acompanhar o movimento da cidade... [...]. São espaços, em que eles se tornam mais potentes e protegidos para estabelecerem relações de troca diante da sensação de perda do senso de continuidade de suas identidades, constantemente ameaçadas (p. 196).

Essas “invenções” singulares nos espaços da cidade e o contexto de relações que elas abarcam sinalizam a urgência de outros modos de cuidar dessas pessoas que mantêm *a esperança equilibrista* de viver e construir novos processos de subjetivação. Tomar as cartografias como “guia” para a construção do cuidado é encontrar um “fio”, matizes que se mistu-

ram, forças que se atravessam, traumas que se revelam, um “estoque” de conhecimentos (à mão das equipes) que dá sentido às vidas, possibilitando desfechos mais dignos à complexidade da existência.

Assim, como nos ensinou Sueli Rolnik (2000), parte do nosso trabalho, na cidade e na região, constituiu-se em “farejar” possibilidades, captar forças ativas no contexto dos atores, em especial com os trabalhadores de saúde, com os acadêmicos (tanto na UPF quanto em outras IES) e a com comunidade.

...o mais importante e bonito, do mundo, é isso: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão (Guimarães Rosa em Grande Sertão Veredas).

Dessa forma, tanto a experiência cotidiana quanto os estudos realizados confirmavam a urgência de transformar o modelo assistencial, colocando os princípios da Reforma Psiquiátrica como eixos orientadores da atenção integral à saúde mental na região. Tarefa árdua diante das pressões contrárias, mas que, no esforço coletivo, foi progressivamente ganhando parceiros, visibilidade e concretude. Estimulamos e acompanhamos o processo de constituição de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e da retomada da abertura de leitos em hospitais gerais, e, ao mesmo tempo, insistimos para que as equipes da atenção básica incluíssem ações de recuperação, prevenção e promoção de saúde voltadas à saúde mental.

Nossos investimentos como gestão regional, muitas vezes reforçados pela gestão estadual, outras vezes à revelia desta, destinavam-se/destinam-se ao assessoramento, à supervisão, ao matriciamento e à educação permanente aos municípios da região, a fim de fomentar uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, conforme preconizado pelo art. 2º da Lei 9.716:

Ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares

abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Desses dispositivos, destacamos que, num esforço de vários atores – locais, regionais e estaduais –, gradativamente, os hospitais gerais foram cada vez mais inseridos na rede de cuidados, constituindo-se numa alternativa terapêutica descentralizada em diversos municípios. Também se efetivou a regulação dos leitos do hospital psiquiátrico e dos gerais, pautada pelo princípio da descentralização, por critérios técnicos de interação e pela humanização do cuidado.

Todavia, além da necessidade de qualificar o atendimento ambulatorial e hospitalar das pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo de álcool – este último bastante presente em nossos municípios –, também vimos crescer a demanda de assistência para aqueles que sofrem pelo uso de substâncias psicoativas ilícitas, quando a denominada “epidemia de crack” veio reforçar um ideário de periculosidade e julgamento moral do usuário e de uma assistência centrada na medicalização, longas internações, isolamento social. Essa compreensão revelou-se um retrocesso e trouxe ainda mais dificuldade para que as equipes e/ou familiares concebessem o cuidado a partir da ótica da redução de danos, a qual ainda era incipiente.

Diante de tais demandas e da necessidade de organização do cuidado, destacamos o ano de 2011 como sendo especialmente profícuo em termos de legislações que ajudaram a fomentar e a organizar a rede de serviços que crescia na região. A Portaria/GM n. 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Surgiu também a possibilidade de criação de equipes para matriciamento da atenção básica, tais como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria nº 2.488, de 2011) e os **Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB)** (Resolução CIB RS 403/11), dispositivos importantes para qualificar as ações das equipes que atuam no território. Da mesma forma, o incentivo financeiro para oficinas terapêuticas na atenção básica (Resolução nº 404/11 - CIB/RS) contribuiu para a promoção de saúde e para a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e/ou em uso abusivo de drogas nos serviços de

base territorial e comunitária, incentivando a autonomia, a criatividade e a convivência social.

A oferta progressiva de novos serviços representa um avanço considerável, mas há que se destacar que sua efetividade, como dispositivo substitutivo, depende de financiamento adequado, planejamento e avaliação contínuos, de qualificação do processo de trabalho das equipes, de articulação da rede, da definição de linhas de cuidado e de tantas outras peculiaridades próprias de cada serviço e município. Daí decorre, de nossa parte, um fazer cotidiano de esclarecimento, convencimento, apoio e formação. Desse modo, unidas a muitas outras pessoas e instituições, buscamos evitar o “batismo”, pela institucionalização, e criar estratégias para a constituição de novos territórios existenciais aos sujeitos em adoecimento psíquico.

Entre Conquistas, Antagonismos e Tensões... Seguimos

Sem a pretensão de uma narrativa romântica da realidade locorregional, devemos reconhecer que houve conquistas inegáveis nesse um quarto de século, as quais só foram possíveis pelo entusiasmo e pela persistência de muitos protagonistas. Já mencionamos o quanto tem sido potente, no âmbito regional, a inserção da saúde mental na atenção básica, a ampliação do acesso descentralizado, a assistência em leitos de atenção integral em hospitais gerais, a regulação desses leitos e o permanente vínculo com a UPF⁷⁵. Muitas vezes, presenciamos a satisfação de usuários e familiares diante da oferta de atenção humanizada e adequada às suas necessidades, o empoderamento de muitos trabalhadores, a diversificação e a interiorização dos serviços, a construção de redes, a circulação de um saber e de um cuidado em liberdade nos entremeios das cidades, o fortalecimento de vínculos e convicções por meio de encontros, assessorias, conferências, entre outros. Essas conquistas nos fazem crer que o modelo de cuidado antimanicomial é possível!

75 Não exploramos esses aspectos no texto, mas registramos que muitos dos movimentos realizados na região só foram possíveis pelo apoio, ainda que cíclico, de alguns docentes e acadêmicos da UPF.

De outro lado, os últimos 25 anos revelam que construir uma rede de atenção integral à saúde mental tem sido tarefa árdua para aqueles que se implicam de fato nesse compromisso, uma vez que as forças contrárias mantêm seus mecanismos de resistência. Então, é preciso energia e convicção para cuidar permanentemente de cada conquista – seja um serviço, uma equipe, uma articulação, um projeto, uma intervenção, uma proposta terapêutica... – para evitar que a lógica manicomial se estabeleça nesses espaços, subvertendo a proposta substitutiva.

Além disso, não dispomos da quantidade e da diversidade de serviços necessários para toda a região: precisamos de mais Caps e oficinas terapêuticas e ainda não temos centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados e pensões públicas comunitárias (art. 2º da Lei 9.716.). A dificuldade para constituir tais serviços encontra justificativa na concepção manicomial existente em diversas instâncias de poder, manifestando-se, por exemplo, no escasso financiamento estadual e/ou federal para serviços de caráter intensivo ou residencial; justamente os destinados aos casos mais graves de adoecimento e potencialmente mais capazes de evitar a internação psiquiátrica.

A esse cenário de pouco investimento financeiro em dispositivos substitutivos, somam-se outros fatores que favorecem o risco de retrocessos na implantação da Reforma Psiquiátrica, não apenas no estado, mas também no país: o apelo midiático em torno das “cracolândias” e o respectivo uso político da estratégia de “limpeza da cidade”, a judicialização das situações de crise ou de uso abusivo de álcool e drogas, a ampliação de comunidades terapêuticas (inclusive com financiamento público), a tendência à internação de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, a proliferação de residenciais terapêuticos privados, dentre outros.

Ou seja, vemos novamente um forte apelo ao retorno do modelo restritivo e higienista, ao mesmo tempo em que percebemos pouca visibilidade do movimento antimanicomial na região, historicamente marcada, pela cultura hospitalar, pela valorização das especialidades e do sistema privado de saúde, pela formação acadêmica tradicional. O que nos leva a pensar que é preciso retomar os idos de 1992, o período pré-legislação, a

história dos enfrentamentos, as razões pelas quais lutamos e seguimos lutando, a fim de socializar essa experiência com as novas gerações de usuários, familiares, trabalhadores, gestores, professores e acadêmicos para que compreendam os graves riscos do retrocesso, assim como reconheçam a potência de uma Raps alicerçada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e se engajem na sua construção.

Assim, entre conquistas, antagonismos e tensões, é preciso seguir em frente, cientes de que os desafios que envolvem o cuidado em liberdade e a construção de projetos que respeitem os contornos da vida ainda são enormes. Fortalecê-los exige persistência diária de todos nós, entre “nós” (redes), em todos os lugares!

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A psiquiatria enquanto Ideologia: conceitos sobre a dimensão negativa. Disponível em: <<http://www.dietanet.hpg.ig.com.br/npsiquiatria.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2003.

DALMOLIN, B. M. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico em uma comunidade urbana. São Paulo: Ed. Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, C. Centro Comunitário de Saúde Mental: um mutirão por uma psicologia solidária. *Jornal Mutirão*, Passo Fundo, Ano I, nº. 1, 1983.

RIO GRANDE DO SUL. Lei de nº 9.716, de 07 ago. 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Porto Alegre, RS, 07 ago. 1992.

ROLNIK, S. Clínica Nômada. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia A CASA (orgs). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Educ, 2000. p. 83-97.



Redes de cuidados em liberdade no território do município





Foto de Jocelito Queiroz

REDES DE CUIDADOS EM LIBERDADE NO TERRITÓRIO DO MUNICÍPIO

Judete Ferrari⁷⁶

O Território Psicossocial: Onde Fica o Alegrete?

Nossa história “talvez” se inicie, por volta do final da década de 80, no início dos anos 90 do século passado, e/ou no reacender das luzes do novo milênio, numa cidade na fronteira oeste do Rio Grande do Sul, conhecida como Alegrete.

Alegrete é terra de muitos artistas, poetas, bailarinos, cantores, gaiteiros. De gente que adora um baile, uma festa, uma junção, e que adora convidar a vizinhança para o *entrevero*.

Suas origens nos remetem às guerras, revoluções e a conquistas por territórios. São terras que contam causos d’uma gente que estava para aumentar a terra brasileira. Em 25 de outubro de 1831 ganhou autonomia política. Originou cidades: Uruguaiana, Rosário do Sul, Sant’Anna do Livramento, Quaraí e municípios Uruguaios. Na Revolução Farroupilha, tornou-se a Terceira Capital da República Rio-grandense.

Mário Quintana, Oswaldo Aranha, Rui Ramos, João Saldanha, Demétrio Ribeiro, Maria Amorim e Nico Fagundes são alguns de seus filhos e filhas mais ilustres. São parte desta comunidade de pessoas festeiras e faceiras, que gostam de cultivar a tradição de seus antepassados; compartilhar rodas de chimarrão; o bom assado, prosear em volta do fogo. Adoram cantar:

Não me perguntes, onde fica o Alegrete
Segue o rumo do teu próprio coração
Cruzarás pela estrada algum ginete
E ouvirás toque de gaita e violão ...

76 Psicóloga; Especialista em Saúde Mental Coletiva /URCAMP/Bagé; Membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental; Coordenadora da Parada Gaúcha do Orgulho Louco/PGOL.

Num povo assim na fronteira do território brasileiro com os castelhanos, rodeado de água e natureza pampeana, é fácil identificar o orgulho por suas origens, pelo pôr-do-sol, pelos cavalos, pelos ginetes. O difícil é pensar que tem índio grosso distinto. Gente diferente, que aprendeu a viver na fronteira, a cruzar limites e a miscigenar ritmos e linguagens.

Ouve o canto gauchesco e brasileiro
Desta terra que eu amei desde guri
Flor de tuna, camoatim de mel campeiro
Pedra moura das quebradas do Inhanduí
E na hora derradeira que eu mereça
Ver o sol alegretense entardecer
Como os potros vou virar minha cabeça
Para os pagos no momento de morrer

Foi aqui neste lugar, que em 1857, José Joaquim de Campos Leão, Qorpo-Santo, junto com sua família, veio com a incumbência de ajudar a fundar a Escola Primária. Com ideias de vanguarda, o professor Qorpo-Santo defendia uma linguagem que unia o português ao espanhol, ao guarani, ao charrua, pois assim falavam as pessoas neste povoado: uma língua misturada. Defendia, também, que o Brasil se tornasse república.

Foi considerado esquisito e diagnosticado de monomaníaco, conforme despacho judicial à revelia das autoridades psiquiátricas, à época, dos hospitais Pedro II (lá do Rio de Janeiro) e São Pedro (aqui do Rio Grande do Sul). O diagnóstico contrariava, inclusive, o Médico Especial do Imperador Dom Pedro II, cujo parecer determinava que “o paciente goza de boa saúde mental”.

A história deste povoado traz muitos casos de pessoas, como o Qorpo-Santo, que, por perceberem a sociedade repleta de sentidos diversos, foram tolhidas em sua liberdade. Pessoas que foram reclusas por suas diferenças, por pensamentos incomuns, por expressão de ideias próprias contrárias à ordem instituída. Durante décadas, a institucionalização em manicômios, o isolamento nos hospícios, foi o destino reservado a esses sujeitos de singularidade intolerável ao *status quo*.

Há até quem conte sobre a história de um trem que viajava pelos pagos da região recrutando os cidadãos que eram levados ao Hospital São Pedro, em busca de tratamento psiquiátrico.

Voltemos, então, ao início deste conto...

A Rede de Cuidados Centrada em Quem a Utiliza na Cidade e No Campo

Por volta da última década do século passado, no acender das luzes do novo milênio, em 1989, Alegrete assim como, centenas e milhares de municípios do Brasil, foram incentivados a criarem sistemas locais para acolher e cuidar de pessoas com sofrimento psíquico. E mais... foram estimulados a constituírem uma rede de cuidados variada, interdisciplinar, intersetorial que, anos mais tarde (2011), viríamos a denominar de Redes de Atenção Psicossocial/RAPS.

Nossa comunidade constituiu o seu Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental, tal qual uma tecelã, costurando artesanalmente uma rede, uma malha. Originou um conjunto de serviços e dispositivos de acolhimento em liberdade ao qual apelidou, carinhosamente, de “SAIS Mental”. Este nome nos lembra o sal e o charque, elementos da história de nossa comunidade que mistura desenvolvimento, agregação e acolhida à eventual desagregação.

Ao mesmo tempo, só criar os sistemas locais, não é suficiente para mudar o manicômio que está inscrito, a ferro e fogo, nas mentes de todos nós (PELBART, 1991). É preciso fortalecer a militância e nos educar permanentemente para que as práticas e a gestão do cuidado venham acompanhadas da técnica libertadora das clausuras em que somos forjados, transformando o que produz desagregação e desequilíbrio em novos modos de viver e acolher as diferenças.

Para tanto, os trabalhadores brasileiros, os usuários de saúde mental e seus familiares criaram em 1987, no dia 18 de maio, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em Bauru (SP), com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O movimento cobra o cumprimento

das Leis que regulamentam a Reforma Psiquiátrica: a Lei 9.716 de 1992, primeira lei estadual aprovada no Brasil, originária no Rio Grande do Sul, que neste ano completa 25 anos de sua aprovação, e a Lei federal 10.216 de 2001. Em síntese, a Reforma Psiquiátrica representa a implantação das redes comunitárias, para garantia do direito à atenção em saúde mental em meio aberto, em substituição aos manicômios que, ao invés de tratar, historicamente segregaram e violaram direitos das pessoas com sofrimento mental.

Em Alegrete, aprovamos, em 1996, nossa Lei Municipal nº 2662/96 que proíbe a construção de hospitais psiquiátricos e regulamenta a Política Municipal e a Rede de Saúde Mental articulando os Centros de Atenção Psicossociais/CAPS: II, I e AD; o Serviço Residencial Terapêutico/SRT e um conjunto de Moradias Assistidas; O Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental da Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete/ SAIS da Casa, composto por leitos de atenção integral à saúde mental e leitos clínicos; Grupos de Apoio e Suporte Mútuos em saúde mental/GAS Mental e Oficinas Terapêuticas e de Expressão junto às ESFs na cidade e no campo, no segundo distrito, bem como uma série de dispositivos de acolhimento presente nas ESFs. No segundo distrito do Passo Novo criamos com a Associação Tabatinga de usuários e Familiares da saúde mental, o Centro de Convivência e Salão Maluco & Beleza. Estas ferramentas mentaleiras associadas à Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete/AUFAMISMA fortaleceram o empoderamento de usuários e sua rede instituída

Para potencializar ainda mais as ações de protagonismo de usuários a partir da formação em apoio e suporte mútuo em saúde mental, constituímos, no ano de 2015, a Van Maluco & Beleza/Van M&B, unidade móvel composta de usuários de saúde mental, formados em tratamento de cabelos, manicure e pedicure para ofertar cuidados e buscar outros usuários que precisem de cuidados intensivos e semi intensivos em saúde e saúde mental. A Van M&B percorre os caminhos do campo e articula suas ações junto às escolas rurais/Pólos Educacionais Rurais, Comunidades Religiosas e os Centros de Tradição Gaúcha/CTG.

Entre as trajetórias percorridas nestes dois anos de estrada da **Van M&B**, temos colhido bonitos depoimentos de trabalhadores-usuários, usuários da saúde mental que se tornam usuários de serviços de beleza e vão nos mostrando o quanto faz sentido a expressão foucaultiana de um “cuidado de si” para se referir, não uma tentativa indefinida de conhecimento de si como exercício meramente do pensamento racional, mas para expressar um cuidado muito mais complexo que diz respeito à ética. Para Foucault (2010), o sujeito da ação reta (do cuidado de si) foi substituído no ocidente moderno pelo sujeito do conhecimento verdadeiro (do conhece-te a ti mesmo), e que se foca apenas em reduzir a distância entre o que é verdadeiramente e o que crê ser. Ou seja, a ação correta, segundo princípios verdadeiros, é o que leva o sujeito à constituição de um eu, não compreendido como essência intimista da modernidade autocentrada, mas como efeito dos encontros e afecções que é capaz de produzir. O cuidado de si, nesta perspectiva ético-política, pouco se distingue do cuidado do outro, do ambiente, da vida como obra de arte. Cuidar da estética do outro, como *malukamente* nossa charmosa Van cor-de-rosa propõe que se faça com trabalhadores heterodoxos de uma beleza fora de série ganha, assim, contornos de um cuidado ético-estético, porque tecido no calor dos encontros que tecem vidas. Inventam mundos...



A Saúde Mental Fortalecendo As Ações na Atenção Básica

Fazer ações de cuidado onde o povo está inserido, isto é, o mais perto possível de onde mora, tem sido nosso compromisso para desinstitucionalizar a loucura e fortalecer a atenção básica.

As ações vão além dos tradicionais atendimentos em grupo e/ou individuais, fazemos ações de integração comunitária, do tipo festas, viagens, feiras, bailes, entre tantas. Utilizamos as praças como nosso espaço prioritário e envolvemos a comunidade na organização dos eventos, bem como no compartilhamento dos recursos para a execução. Aprendemos e ampliamos com a comunidade as potencialidades locais e regionais, bem como suas histórias de vida, sua forma de cuidar quando adocece e seu jeito de lidar com o coletivo.

Nossos usuários/as são convocados/as a participar de forma cidadã. Muitas vezes, os relatos de como são reconhecidos por sua capacidade de trabalho, como no caso da Van M&B e de seu potencial de cabeleireiros/as, fortalecem também sua participação na comunidade, bem como mostram seu potencial de auto-conhecimento e estima.

Outro aspecto que merece destaque na RAPS alegretense é a saúde mental convocando os outros setores às atividades de integração e solidariedade. Convivemos muitas vezes com comunidades enfraquecidas pela ação da violência, construir com outros espaços comunitários o enfrentamento deste tema, de natureza intersetorial e interinstitucional, é fundamental para desmitificar o louco e a loucura e acolher o sofrimento psíquico em liberdade.

A relação do sujeito, grupos e comunidades no território é outro ponto que tem implicações diretas no fortalecimento da atenção básica. É preciso que organizemos linguagens e tecnologias de comunicação que priorizem o protagonismo coletivo. As redes sociais têm sido espaços potentes de inclusão e participação na construção dos eventos e ações. O incentivo à autonomia, a que dedicamos especial atenção quando percebemos que os usuários não sabem ler e escrever, fomenta sua busca por inserção no mundo virtual. Muitas vezes percebemos relatos interessantes de como foi difícil entender os *smartfones* e suas diferenças dos celulares analógicos. E de como a relação com a família se fortalece, quando este/a passa a se utilizar das mesmas ferramentas de contato que os demais.

Hoje é muito comum nossos usuário/as participarem de grupos em aplicativos como o *Whatsapp*, onde articulam discussões sobre os eventos

que coordenam, sobre a cidade, assuntos da família, ou então, sobre temas que lhes demanda algum tipo de ajuda. Nossos usuários têm feito uma grande luta junto às instituições e organizações de usuários, até mesmo nos espaços de representações para garantir seus direitos de cidadania e participação.

O Orgulho Louco no Enfrentamento dos Manicômios Mentais

Desde os anos 70, 80 muitos movimentos têm sido feitos, no país e em nosso estado, para ampliação e garantia do cuidado em liberdade que a Reforma Psiquiátrica brasileira garantiu nessas legislações.

No ano de 2004, no I Congresso Brasileiro de CAPS realizado em São Paulo, nasceu A Parada do Orgulho Louco. Seu autor é o militante catarinense antimanicomial Nilo Neto. Desde então, temos muitas paradas nos estados Brasileiros: Amazonas, Santa Catarina, Bahia, São Paulo, Minas Gerais. Os gaúchos, desde 2005, também têm levado milhares a debater suas propostas de superação dos manicômios, na Pérola da Lagoa, São Lourenço do Sul, que nos convoca anualmente para o encontro “Mental Tchê”.

Animados pelo movimento antimanicomial nacional e gaudério, no ano de 2011 foi a vez dos gaúchos criarem a sua Parada do Orgulho Louco. Alegrete foi o porto seguro para esta mobilização. Levamos à Praça Getúlio Vargas todo o orgulho pela Reforma Psiquiátrica que estamos construindo no Rio Grande, na Fronteira Oeste e no pampa gaúcho. Foram mais de três mil pessoas marchando pelos nossos direitos de inclusão, sob a convocatória “Não estamos desnorteados, temos vários Nortes”.



Em 2012, a **Parada Gaúcha do Orgulho Louco/PGOL**, repetiu o sucesso da primeira, levando à praça pública o respeito e o valor da obra de José Joaquim de Campos Leão – Qorpo-Santo. Neste ano, mobilizamos mais de 5000 pessoas para afirmar a liberdade e lutar contra o preconceito, com a temática **Loucos pela Vida. SUSTentando as diferenças!**



Em 2013, a 3ª Edição da nossa PGOL convocou mais de 5000 pessoas para as atividades de mobilização e caminhada dizendo: “Ao Preconceito, digo Não! Da liberdade não abro mão!” A partir desta edição a PGOL começou a despertar interesses públicos maiores tanto de militantes e pesquisadores da Luta Antimanicomial, quanto de setores mais conservadores da sociedade riograndense que perceberam os efeitos de intervenção que ela passara a ter (SCHOLZ et al, 2012).

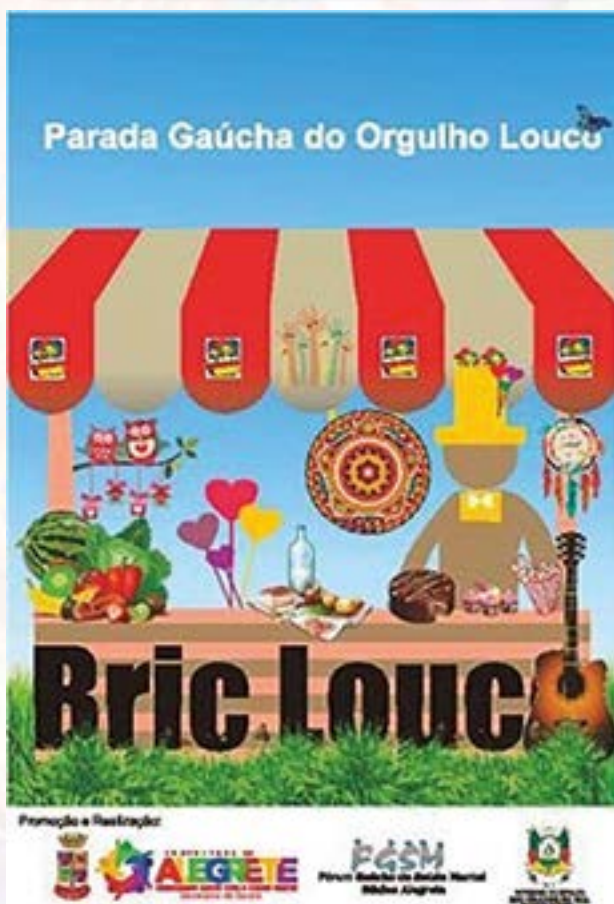
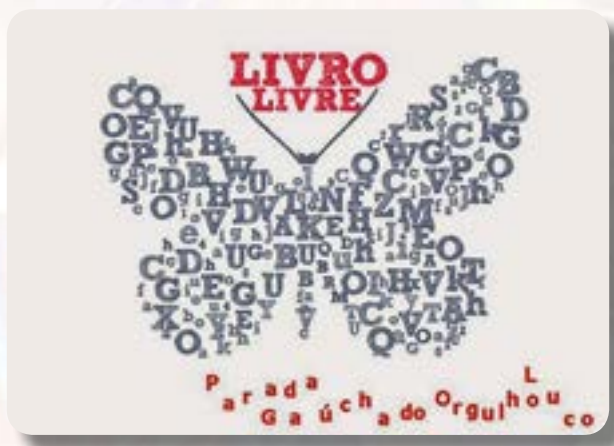




Já em 2014, sob os dias mais frios do inverno gaúcho, a militância se aquerenciou, e mesmo com toda a “lechiguana⁷⁷” não arredou o pé, afirmando **Sou o que sou, porque nós somos!**

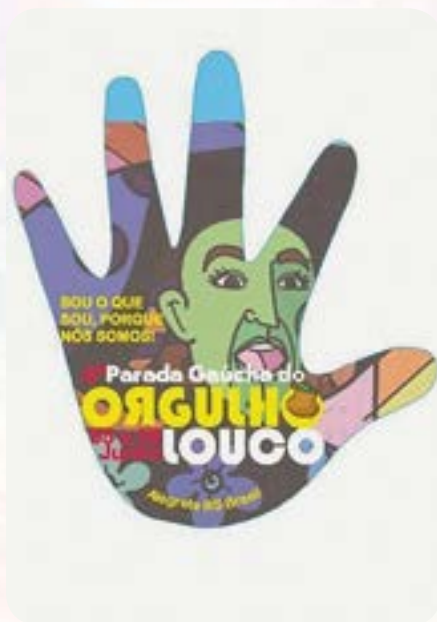


⁷⁷ Lechiguana na linguagem campeira quer dizer passar muito frio



Autonominados de *mentaleiros*, estes militantes sabem que nestes encontros nascem novas possibilidades de criação e invenção para esta rede cultural, na medida em que o manicômio mental, este espectro que assombra as práticas, tenciona para que retrocedamos aos tempos sombrios e frios do estigma e do preconceito. Como expressado por uma das usuárias entrevistadas durante uma PGOL:

A usuária da rede de saúde mental Marina da Rosa Castilhos avalia que “a Parada é em si uma acolhida”. Ela, que tem 66 anos e participa desde a primeira edição, destaca que o objetivo do evento é desmistificar a questão dos transtornos de saúde mental. “Quando vamos fazer a Parada, todo mundo é igual, não há discriminação. Todas as pessoas que estão ali são totalmente iguais. A gente faz uma conferência antes, aproxima usuários, profissionais, gestores, o município, através da Prefeitura, que também está presente. É bom porque a gente tem um apoio, mas não é político, é pensando na saúde. E eu participo porque acredito, acho que temos que acreditar”, afirma. (FOGLIATO, 2015, s/p)



Em 2015, a **5ª Parada Gaúcha do Orgulho Louco/PGOL**, convocou para a mobilização contínua, fazendo toda a diferença. Com o tema **Amai-vos uns aos loucos!** Nossa PGOL entrou oficialmente no calendário municipal e estadual, através da Lei Municipal nº 4.885/11 e Lei Estadual nº 14.783/15. Neste ano também recebeu apoio de conselhos profissionais, como o Conselho Regional de Psicologia/CRP, o Conselho Regional de Fonoaudiologia/ CREFONO, Conselho Regional de Serviço Social/CRESS, Conselho Regional de Enfermagem/COREN e Associação dos Arteterapêutas do Rio Grande do Sul/ATTERGS, bem como do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul/ COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde/CES-RS. Também foi apoiada por pesquisadores e professores de universidades gaúchas: UFRGS, UERGS e UNIPAMPA e de fora do Brasil, como a Universidad Autónoma de San Luiz Potosí/México e da Universidad Nacional de Córdoba/Argentina. Esta foi a edição da PGOL que, possivelmente, mais ocupou espaços na mídia estadual e até nacional devido a uma polêmica levantada por entidades médicas que se posicionaram veementemente contra a realização do evento, gerando um longo debate público acerca dos diferentes modelos assistenciais em saúde mental presentes na atualidade. Entre estas posições, a pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Simone Paulon, pontuou:

(...) o quão obsoleto e anacrônico é o modelo manicomial defendido pela psiquiatria asilar. A reforma psiquiátrica brasileira extrapolou o campo da reorganização do sistema assistencial, constituindo-se como um movimento social de reinvenção da cidadania e do direito a ocupar de modos diversos as cidades. Ao invadir o campo da cultura promovendo ações de expansão dos territórios existenciais e permitir que se olhe para a radicalidade da pluralidade humana que a loucura apresenta, é toda sociedade que pode expandir-se em termos de convívio com suas diferenças. (PAULON, 2015, s/p)



Em 2016 a PGOL continuou trincheira de luta pela inclusão social efetiva dos loucos e pelo reconhecimento deles como produtores de arte. Cada vez mais atrai militantes e ativistas que buscam transformar a sociedade em um lugar de inclusão dos diferentes e das diferenças. Nosso lema **Os Dispostos se Atraem, os Opostos se distraem!** convocou milhares à praça pública.



Este 2017 nos desafia a debater e abordar, de forma criativa, o modo como a sociedade vivencia suas contradições, seus gritos de socorro, suas respostas contra qualquer tipo de exclusão institucional em hospícios, manicômios, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, seja onde for que o cuidado seja negligenciado. Interessa-nos lutar pelo cumprimento da Política Nacional de Saúde Mental, para que nenhum retrocesso ameace a Reforma Psiquiátrica no estado e no país. Também é nossa vontade celebrar, através do encontro, as conquistas já alcançadas e que nos garantem a participação na sociedade. Todavia, ainda são inúmeros os casos de pessoas alijadas em seu direito à vida sem discriminações. Estaremos lutando para incluí-las, para transformar o mundo como um lugar para todas e todos. Por isto, fica o convite a toda população gaúcha e mentaleiros deste país, para se juntarem a nós nesta caminhada de tantas conquistas e com tanto a conquistar, e em outubro de 2017 seguirem o rumo de seus corações, brandindo o lema da 7ª PGOL: Caminhante não há caminho. Caminho se faz ao LOQEAR!

REFERÊNCIAS

FOGLIATO, Débora. Todo mundo é igual, não há discriminação. *Jornal Sul21* 1/nov/2015. Acessível em <http://www.sul21.com.br/jornal/todo-mundo-e-igual-nao-ha-discriminacao-participantes-elogiam-parada-do-orgulho-louco/>

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

PAULON, Simone. Entrevista, Reportagem. Todo mundo é igual, não há discriminação. *Jornal Sul21* 1/nov/2015. Acessível em <http://www.sul21.com.br/jornal/todo-mundo-e-igual-nao-ha-discriminacao-participantes-elogiam-parada-do-orgulho-louco/>

PELBART, Peter Pal. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (Coord.). **SaúdeLoucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. v. 2. p. 131–138.

SCHOLZ, D.C.S.; SILVA, F.G.; RODIGUES, R.L.; FERRARI, J.; TORRES, O.M.; CORRÊA, M.M. • A atuação de estudantes da fronteira oeste do Rio Grande do Sul junto aos movimentos sociais no fortalecimento da luta antimanicomial: um relato de experiência. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 68-72, jan./jun. 2012.





NOTAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL NO RS – IICESMI

Ivarlete Guimarães de França⁷⁸

Os movimentos sociais e os novos espaços público nas sociedades complexas têm a função de tornar visíveis e coletivas suas questões e tomar responsabilidades juntos, assumir os dilemas com os quais se deparam. (MELUCCI, 2001)

Essa escrita singela não pretende retratar toda complexidade e os desafios que envolvem o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS, no curso do seu papel Constitucional - Legal de fiscalizar, monitorar, formular e, sobretudo de deliberar sobre as Políticas de Saúde no Brasil previstos na Lei 8142- 1990. Seria uma tarefa impossível aos limites deste texto e que demandaria uma pesquisa mais aprofundada. Entretanto, como psicóloga e militante da Luta Antimanicomial, defensora dos direitos humanos, do SUS e da Reforma Psiquiátrica, desprovida de qualquer vaidade pessoal, considerando os profundos retrocessos que vivenciamos

78 Psicóloga, militante desde 1994, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (integrante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA); Conselheira Estadual de Saúde do RS de 2002 a 2016;

Integrou os Comitês Estadual RS e o Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (de 2014 a 2016); integrou a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade; sócia Fundadora e presidiu a Associação dos Profissionais de Nível Superior da SUSEPE – RS – APRO-PENS – RS; ex-diretora de Tratamento Penal da SUSEPE – SSP – RS.

nesse campo de disputa, com a perda de direitos, de liberdade de expressão, de ataques e destruição do estado democrático, entendo que me cabe contribuir com a reflexão no sentido de compartilhar uma experiência que considero exitosa no campo da importante diretriz do SUS que diz respeito à participação social. Trata-se do relato acerca da organização da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial no RS como uma experiência de garantia do direito à participação da sociedade na definição dos rumos da saúde mental no país, uma tarefa desafiadora, em que pela primeira vez, e quiçá não seja a última, na história das Conferências no Estado do Rio Grande do Sul o Controle Social precisou tomar pra si a responsabilidade de tornar possível a realização de uma Conferência Estadual de Saúde Mental, com toda responsabilidade por cada uma de suas etapas: Municipais, Regionais, Estadual e, ainda, organizar a delegação para a participação da etapa nacional.

Sabemos que a luta social na história sempre exige recuos e avanços. Os recuos, diferentemente, dos retrocessos, se fazem necessários a fim de ampliar reforços para retomar a disputa mais fortalecidos e os avanços, são partes do mesmo processo tático de busca por estratégias de transformações sociais bem mais profundas. Naquele momento, de organização da III Conferência Estadual de Saúde Mental, o Rio Grande do Sul passava por certo retrocesso nas políticas de saúde que se refletiam, sobremaneira, na saúde mental, nesse momento não havia ambiente, nem lugar para recuos, quando o Controle Social se colocava como um ator crítico e ferrenho sobre a forma como o estado lidava com a questão do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, com a ampliação indiscriminada e sem critérios das comunidades terapêuticas, reduzindo o debate ao crack e o direcionamento dos recursos ao hospital psiquiátrico, à revelia do Controle Social, mantendo um grupo significativo de usuários ainda institucionalizados, contrariando a política de saúde mental vigente. A situação tornou-se tão grave na relação do gestor com o Conselho Estadual de Saúde, a ponto de o Secretário de Saúde do Estado, que historicamente presidiu ou coordenou Conferências, na qualidade de gestor público, se retirou do processo e a Vice-Secretária passou a assumir seu lugar como Vice-Presidente da Conferência resgatando um clima amistoso e favorável para prosseguirmos.

Do Processo

A realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Inter-setorial veio atender a uma reivindicação dos segmentos implicados com a defesa e garantia da saúde mental, fruto de uma demanda reprimida por discutir e formular propostas para a melhoria da atenção à saúde mental brasileira.

Com um governo de coalisão, composto também por partidos impopulares, defensores da privatização da saúde, contrários à participação social, o Setor da Saúde encontrava-se fragilizado diante das demais políticas governamentais voltadas diretamente à produção econômica. O cenário político nacional também se mostrava desfavorável, contrário à realização de Conferências Temáticas e, mais uma vez, os movimentos sociais foram decisivos, com forte mobilização, quebrando o núcleo duro da resistência.

Em 30 de setembro de 2009, ano anterior à Conferência, os usuários de saúde mental de diversos estados brasileiros e demais militantes, mobilizados e de forma organizada, realizaram uma **Marcha em Brasília** com três mil participantes (vinte e três do Rio Grande do Sul) que ficaram acampados na Esplanada dos Ministérios, levando como palavra de ordem o apelo **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial**. Diversas Audiências foram realizadas pelos grupos em todos os Ministérios, inclusive no Gabinete da Presidência da República, e assim conquistou-se o compromisso e o apoio necessário que abriu a agenda política possibilitando a realização da Conferência. Os movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, liderados pela Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA – alavancaram o processo para a conquista da IV CNSMI. Assim, reafirmando princípios que são caros à luta antimanicomial prosseguimos enfrentando a resistência dos setores antirreforma, dos quais os governos sempre temem uma reação que possa desestabilizar a gestão e a governabilidade.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental havia sido realizada em dezembro de 2001 e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada

em novembro de 2007, nessa ocasião, já havia sido aprovada a Moção nº 012, apoiando a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental e, considerando que a realização das Conferências devem ocorrer num intervalo não maior a quatro anos, se fazia oportuno e urgente atualizar e aprofundar o debate acerca da saúde mental com os diversos setores da sociedade. Avaliávamos que o cenário atual da Reforma Psiquiátrica dava sinais profundos de retrocessos e indicava novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental no território, com o desenvolvimento de ações intersetoriais, pautadas nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, moradia, justiça, trabalho, esporte, entre outros para promoção da integralidade.

Nesse espírito engajado de luta, reafirmando o compromisso histórico do Controle Social como protagonista na construção das Políticas Públicas de Saúde, em especial de Saúde Mental, em uma reunião ampliada da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM) do Conselho Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília nos dias 21 e 22 de outubro de 2009, com a participação do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na presença de duas Conselheiras gaúchas, sendo eu uma delas, foi definida a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental de cunho intersetorial.

Resgatando alguns Avanços

Neste longo caminho já percorrido no processo histórico de construção da Reforma Psiquiátrica é possível reconhecer avanços significativos na conquista dos direitos humanos. Na medida em que a lei estadual 9.716 de 1992, seguida da lei federal, 10.216 de 2001 determinou a criação de uma rede de serviços substitutivos, em meio aberto na comunidade, provocou um rompimento da lógica manicomial, materializando a ideia de cuidado em liberdade. Todo este processo, sendo o RS pioneiro no Brasil, mudou paradigmas e transformou os olhares sobre o sofrimento mental, possibilitando a criação de um conjunto de ações voltadas à inclusão social e ao resgate da cidadania. Especial atenção recai também sobre as condições materiais de vida da população, reconhecida como determinantes sociais no processo de saúde e sofrimento psíquico.

A Conferência foi um espaço importante para fortalecer os avanços significativos já consolidados desde a efetivação do SUS e da Reforma Psiquiátrica no RS; apontou as dificuldades existentes, em que novos desafios precisam ser enfrentados frente à complexidade das demandas em Saúde Mental. Este especial momento, em que se realizou a III CESMI – RS propiciou que os grupos de trabalho vivenciassem momentos de amplo diálogo entre os diferentes setores presentes. Gestores, trabalhadores, usuários, parceiros intersetoriais, estudantes procuraram formular coletivamente propostas que permitissem traçar novos caminhos a serem trilhados, na construção de alternativas que garantissem o salto de qualidade possível no horizonte das políticas públicas de saúde mental. Reafirmaram o caráter público dos cuidados em saúde, e em especial em saúde mental, que, novamente, encontram-se fortemente ameaçados por forças políticas reativas às mudanças, e focadas na privatização da saúde.

Um Processo Democrático, A Força do Coletivo

O processo de construção da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial do Rio Grande do Sul teve início em janeiro de 2010, por iniciativa da Comissão de Saúde Mental do CES - RS, em torno da qual se formou uma Comissão Organizadora representativa, contando com 56 integrantes das mais diversas representações, sendo elas: Ministério da Saúde - MS, Política Nacional de Humanização do SUS – PNH/RS, Conselho Estadual de Saúde – CES/RS, Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra - CODENE/RS, Conselho Estadual de Cultura – CEC/RS, Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/RS, Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN/RS, Conselho Estadual do Idoso – CEI/RS, Conselho Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul- CMS/SLS, Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social de São Lourenço do Sul - SMSBES/SLS, Secretaria Estadual de Saúde - SES/RS, Associação de Usuários da Saúde Mental de Pelotas – RS, Associação de Usuários da Saúde Mental de Viamão/RS – ACAMVI, Ministério Público do RS – MP/RS, Coletivo Nacional de Estudantes Antimanicomiais – CONEA, Coletivo Gaúcho de Residentes Multiprofissionais em Saúde, Comissão de Saúde e Meio Ambiente - CSMA - AL/RS, Comissão

de Cidadania e Direitos Humanos - CCDH/RS, Departamento de Comunicação - SES/RS, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com AIDS/RNP-RS, Federação Riograndense das Associações Comunitárias e Amigos de Bairros - FRACAB, Laboratório de Políticas Públicas e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social – UFRGS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNISINOS, Comissões do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul; Comissão de Educação Permanente; Comissão de DST/AIDS; Comissão de Fiscalização. Comissão de Saúde Mental – CES/RS, composta pelas seguintes entidades: Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM; Conselho Regional de Serviço Social – CRESS/RS; Conselho Regional de Psicologia – 7º região – CRP/RS; Sindicato Médico do RS – SIMERS; Federação das APAES do Estado do Rio Grande do Sul; Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 5º região - CREFITO/RS Associação Gaúcha de Familiares de Pacientes Esquizofrênicos – AGAFAPE, que trabalharam no sentido de garantir ampla discussão e análise da saúde mental nos municípios.

Ao todo, foram realizadas seis (6) Conferências Regionais, quinze (15) Conferências Microrregionais e quarenta e nove (49) Conferências Municipais, envolvendo 254 municípios do Rio Grande do Sul, com a mobilização de um público representativo de mais de dez mil participantes (10.000) dos mais diversos setores da sociedade gaúcha. Além dos segmentos históricos que compõem o conjunto representativo da saúde, setores como universidades, ONGs do campo dos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, segurança, habitação, estudantes de todas as áreas e tantos outros atores sociais se fizeram presentes no espaço de debate e formulação das propostas da Conferência, avançando para a efetivação da intersetorialidade. Um destaque a ser ressaltado na Conferência foi o tempo amplo destinado aos debates nos grupos, onde os temas e subtemas formulados puderam ser exaustivamente discutidos.

Desta forma, o debate ocorrido nos 27 grupos de discussão que trabalharam cada um dos eixos temáticos, com base na divisão dos eixos e sub-eixos propostos pela Comissão Organizadora Nacional, permitiram uma discussão mais aprofundada dos temas, facilitando o trabalho de consolidação e a organização das propostas. Cada grupo contou com

um relator e um coordenador, conforme recomendação do Regimento da III CESMI. Para alcançar uma melhor dinâmica de trabalho em grupos, a Comissão Organizadora optou por colocar uma pessoa responsável em cada eixo, assim cada coordenador geral pôde assessorar os coordenadores dos (9) nove sub-eixos do seu Eixo temático.

Com a Palavra: os Convidados

No processo de criação da Conferência, a comissão organizadora, após amplo debate sobre a forma e conteúdo adequado à mesma, fez a escolha de trazer convidados que representassem a discussão regional e nacional numa visão ético-técnico-militante. Buscou-se garantir um espaço democrático para as diversas falas e manifestações, afirmadoras das conquistas e impasses.

Nesta perspectiva, assim se estruturou cada Eixo:

Eixo I – Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos Intersetoriais palestrante: Ms. Sandra Fagundes

Eixo II – Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais – palestrante: Sr. Paulo Michelon

Eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio Ético e Intersetorial – palestrante: Dr. Eduardo Mourão Vasconcellos

Esta mesa foi coordenada pela então Secretária de Estado da Saúde, Sr^a Arita Bergman, e Sr^a Martha Lettnin Haertel, da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.

Na via da intersetorialidade, foram trabalhados, ainda, dois sub eixos:

– Sub eixo: Álcool e outras Drogas – palestrante: Ricardo Brasil Charão

– Sub eixo: Criança e Adolescente – palestrante: Dra. Carmen Silveira Oliveira.

As contribuições desses destacados militantes ocupando lugares diversos no Movimento da Reforma Psiquiátrica aqueceram o debate e foram disparadoras da continuidade de análises nos grupos para fortalecimento da luta frente aos enfrentamentos aos desafios que se apresentam.

Na sequência montou-se a mesa que conduziu a leitura do regulamento interno da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial composta, de forma paritária, pelos seguintes representantes: Presidente da Conferência e do Conselho Estadual da Saúde (CES), sr. Carlos Ebeling Duarte; Coordenadora Geral da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, Conselheira Ivarlete Guimarães de França; Coordenadora Adjunta da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, Conselheira Sandra Mara Leon; Secretária de Estado da Saúde, Sr^a. Arita Bergmann; Vice Presidente da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, Sr^a. Jaqueline da Rosa Monteiro e o Vice-Presidente do Conselho Estadual da Saúde (CES), Sr. Paulo Humberto Gomes da Silva.

No terceiro dia (22/05/2010) formou-se a mesa para conduzir os trabalhos da plenária final, com a seguinte composição: coordenação da mesa, Carlos Alberto Ebeling Duarte; coordenação da Plenária, Paulo Humberto Gomes da Silva, Miriam Dias e Sandra Sperotto; leitura do relatório, Ivarlete Guimarães de França, Sandra Mara Leon, Jaqueline da Rosa Monteiro e Carla Bottega; apoiadores da mesa, Sandra Perin, Jaime Queiroga, Sonia Micaela Devincenzi Socal e Ana Carolina Gund Duarte. O trabalho conduzido por esta mesa foi de fundamental importância, por se tratar do momento de análise e aprovação das propostas oriundas das discussões nos grupos.

Foi possível evidenciar, nesta construção, que, embora o cenário nacional já apontasse para um recrudescimento de forças reativas e conservadoras no amplo campo das políticas públicas e sociais, em especial fortemente representados por uma composição de setores presentes na mídia, Congresso Nacional e especialmente nas instâncias das gestões municipais, estaduais e federal, o espaço arduamente conquistado pelo movimento social imprimiu resistência e demonstrou que as instâncias de Controle Social Gaúcho, empoderadas de sua função, construíram coletivamente uma Conferência Estadual com a formulação de propostas à etapa nacional que avançam na radicalização das conquistas.

Os apontamentos trazidos pelos convidados e a receptividade da municipalidade de São Lourenço do Sul foram fundamentais para o debate qualificado ocorrido em todos os espaços formais e informais da III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial do RS. Foram os grupos de trabalho, a cantina dos usuários (que garantiram as boas refeições e a compra de produtos da economia solidária), as festas – *psique music* –, o chimarrão aquecendo as rodas, que deram o clima afetivo de uma boa luta pela saúde mental e celebração das conquistas da sociedade civil. Em um ano de eleições estaduais e presidencial as conferências precisavam fazer o enfrentamento dos desafios e impasses urgentes, aprovando propostas que não permitissem ou ameaçassem o que já fora conquistado para a saúde mental e a cidadania dos brasileiros.

A presença marcante dos usuários e estudantes em todo processo da III CEMI garantiu o êxito de um processo rico, vivo, político, de forças históricas, de novos protagonistas, demonstrando a imprescindibilidade do Controle Social para a potência dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Considerações Finais

A III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial do Rio Grande do Sul, realizada nos dias 20, 21 e 22 de maio de 2010, na cidade de São Lourenço do Sul, cumpriu um papel político e democrático de extrema relevância para a Saúde Mental brasileira, na medida em que proporcionou momentos de profundas reflexões fazendo circular ideias e formulações necessárias ao enfrentamento dos desafios atuais no campo da saúde mental.

Considerando-se o curto espaço de tempo disponibilizado para realização das etapas municipais, regionais e a estadual, o número expressivo de pessoas e de municípios envolvidos no processo de construção da Conferência revelou o desejo e a disposição do povo gaúcho em aprofundar o debate para consolidar as conquistas já alcançadas e avançar na busca de novos pactos éticos e políticos que assegurem uma atenção em saúde mental integral, universal, equânime e com respeito à dignidade e à vida.

A intersetorialidade proposta, com a eleição de delegados oriundos de outros setores das políticas públicas, trouxe para o cenário da Conferência a exigência de exercitarmos melhor nossos modos de compartilhamento dos conhecimentos, relativizando saberes até então consolidados.

Essa Conferência deixou um sabor especial a todos nós e um grande aprendizado, seja pela pressão que precisou ser exercida ao ser construída com o protagonismo de todos os lutadores sociais, no sentido de fazê-la acontecer; seja pelo cenário, apontando muitos retrocessos que já se anunciavam àquele tempo e hoje se atualizam de forma ainda mais grave; ainda pela capacidade demonstrada pelo Conselho Estadual de Saúde do RS, juntamente com os segmentos envolvidos e engajados, que abraçou o desafio deixando a coragem vencer medo, quando virávamos dia e noite trabalhando sem recuar, alguns com larga experiência em Conferências, outros estreando pela primeira vez.

Cabe ressaltar, por fim, a importância dessa construção coletiva, que resultou no fato inédito da participação de todos integrantes, juntamente com os delegados, irem à Brasília. Pela primeira vez na história das Conferências do RS, todos os atores que trabalharam para realização da Conferência Estadual tiveram a oportunidade de integrar este importante processo participativo da Política de Saúde Mental até seu momento ápice, na Conferência Nacional. Isto diz algo de um modo de fazer política que vale a pena ser lembrado!

REFERÊNCIAS

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE/ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acessível em http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

MARCA DOS USUÁRIOS A BRASÍLIA – POR UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL. marchadosusuarios.blogspot.com.br

RIO GRANDE DO SUL/ SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES-RS. Relatório Final Da III Conferência Estadual De Saúde Mental Intersetorial Do Rio Grande Do Sul (III CESMI –RS). Acessível em <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1278589931320ConsolidadoPropostasMocoos.pdf>

25 ANOS DEPOIS, UM POUCO DA ESTRADA EM QUE FIZ MEU CHÃO: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E REFORMA PSIQUIÁTRICA

LEMBRANÇAS REMOTAS E UM SONHO COMUM⁷⁹

Analice de Lima Palombini

Nada mudou.

Exceto talvez os modos, as cerimônias, as danças.

O gesto da mão protegendo o rosto,
esse permaneceu o mesmo.

O corpo se enrosca, se debate, se contorce,
cai se lhe falta o chão, encolhe as pernas,
fica roxo, incha, baba e sangra.

Nada mudou.

Além do curso dos rios,
do contorno das costas, matas, desertos e geleiras.

Entre essas paisagens a pequena alma passeia,
estranha a si própria, inatingível,
ora certa, ora incerta da sua existência,
enquanto o corpo é, é, é
e não tem para onde ir.

WISLAWA SZYMBORSKA, [poemas]

Não sou uma pessoa que tenha sofrido na carne a violência da ditadura. Quando o golpe aconteceu, eu era criança pequena ainda, filha de uma classe média alheia – até onde sei – à conjuntura política. O que havia eram indícios muito vagos, conversas em tom grave, nebulosas e cheias reticências, acerca de algum personagem mal definido, parente de parentes ou amigo de amigos, alguma fatalidade envolvendo esse personagem, que atingia desgraçadamente toda sua família e pela qual o próprio era responsabilizado. Mas isso não nos tocava, e eu, criança, seguia incauta do que se passava.

⁷⁹ Parte desta seção encontra-se publicada no boletim Psiu, do Diretório Acadêmico Samuel Eggers, o Incrível – Dasein (PALOMBINI, 2016a) e no jornal Sul21 (PALOMBINI, 2016b)

A lembrança mais clara e direta que tenho da incidência da ditadura civil-militar em minha vida se deu alguns anos depois do golpe, quando eu já frequentava a escola e me coube, em sala de aula, fazer um cartaz enaltecendo a construção da estrada transamazônica, obra monumental do governo brasileiro que iria unir o país de norte a sul – era o que nos dizia, por crença ou por medo, a professora. Lembro até hoje do papel cartolina em que fiz o cartaz, das figuras recortadas das revistas, mostrando a estrada que ia se fazendo da terra vermelha, ferida viva no coração da floresta, e, no canto inferior direito do cartaz, uma foto do militar no poder e os dizeres, escritos em hidrocor vermelha, do meu próprio punho, “Viva o nosso presidente General Garrastazu Médici!”. Tenho a lembrança tão viva disso até hoje, como se esse cartaz feito por mim fosse signo da violência impetrada sobre o meu corpo pela ditadura, signo cujo sentido eu só pude apreender a posteriori.

Por menor que seja, só essa lembrança já me dói. No entanto, não derramei meu sangue pelo fim da ditadura, não tive pais, tios, irmãos torturados, mortos, desaparecidos. Foi somente com o ingresso na universidade, em 78, que eu fui tomar contato com a realidade silenciada do país. O Centro Acadêmico dos Estudantes de Psicologia da UFRGS (CAEP) ocupava uma sala lateral ao Bar do Antônio (hoje incorporada ao bar), ao lado do antigo prédio da Filosofia, próximo à Reitoria. Era ali, entre as mesas do bar (onde bebia-se cerveja à vontade), as salas de aula e nossa sala de reuniões, trabalho, militância, que eu pela primeira vez me engajava nas lutas do campo democrático. Com passeatas, mimeógrafo e uma velha máquina de escrever, enfrentávamos tempos de guerra fria e ditaduras no Sul das Américas. No Brasil, era o momento também de grandes mobilizações de trabalhadores. Em Porto Alegre, em agosto de 1979, fez história a greve dos trabalhadores da construção civil, na esteira do movimento grevista dos metalúrgicos do ABC paulista, acontecida em abril do mesmo ano. Em outubro, era a vez dos bancários do Rio Grande do Sul entrarem em greve. Eram ares novos aqueles, que nos enchiam de ânimo. Saíamos às ruas para, nas esquinas e nos sinais de trânsito, pedir dinheiro em prol dos operários em greve, cujos salários haviam sido cortados. De dentro dos carros, da porta das casas, das janelas dos apartamentos, a população

contribuía. Um partido de esquerda, dos trabalhadores, começava a se organizar. A ditadura militar, mais cedo ou mais tarde, iria acabar.

Naqueles tempos, a Aids não era realidade ainda, e as festas estudiantis nas dependências da UFRGS duravam até o amanhecer. Não havia celulares nem computador, e era por telegrama que nos comunicávamos com colegas de outros estados para organização dos encontros regionais e nacionais de estudantes de Psicologia (EREP e ENEP). Éramos quase todos brancos, filhos e filhas das classes média e alta, mas tecíamos críticas severas a uma Psicologia que já não nos servia. Carregávamos em nós a mesma ebulição que emanava das ruas, e uma enorme vontade de transformação, da Psicologia e do mundo.

Hoje, não há mais limites para o contato virtual em tempo real com estudantes de todos os cantos do país e do mundo, mas a Aids, desde os anos 90, impôs suas barreiras ao sexo livre. Há muito se proibiu a venda de cerveja nos bares dos *campi*, mas o uso de drogas – mais prescritas que proscritas – prolifera entre a juventude. Nas dependências da UFRGS, não se fazem mais festas estudiantis que duram até o amanhecer, mas a política de cotas imprime outras cores e outra música ao cotidiano da Universidade e faz dançar nossos saberes (em vez de mpb e rock, o samba, o batuque, o funk).

A Psicologia, ao longo de décadas, viu multiplicar e revolucionar suas formas e espaços de atuação, e, no entanto, não perdeu sua face de polícia e pastor. A ditadura civil-militar teve seu fim decretado nos anos 80, mas sobrevive no legado que nos deixou, em especial as polícias militarizadas e as mídias oligárquicas. Em 2002, o partido dos trabalhadores que ajudamos a construir alcançou o poder, mas alianças feitas e erros cometidos cobram caro hoje seu preço.

Em 2016, a democracia pela qual íamos às ruas em 1979 se desfez no ar como castelo de cartas. Os militares estão nos quartéis, mas polícias e milícias prendem, torturam e matam, à sombra de uma Justiça indiferente ou cúmplice, enquanto as tevês nos impingem toscos enredos de ordem e progresso e fingem legalidade.

É certo que não nos faltavam conquistas por alcançar no âmbi-

to dos direitos e das políticas públicas em nosso país. Era preciso costurar outros panos ao manto curto da nossa democracia para estendê-lo aos moradores das periferias, à juventude negra, às comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas. Hoje, porém, sob os desmandos de um governo ilegítimo, assistimos ao desfazer, um a um, dos fios arduamente tecidos desse pano pouco que cobre nossas carnes e (mal) nos veste de cidadania.

Em 2016, o mundo deu voltas, e o país retornou a um passado que nunca deixou de insistir. Desde as primeiras horas de prenúncio do que estava por vir, nós, que éramos estudantes naqueles últimos anos da década de 70, saímos às ruas, um tanto aturdidos de nos reencontrar com o que achávamos que havíamos vencido. Os estudantes de hoje, porém, relutam em nos acompanhar. Haviam saído antes à praça pública, em 2013, e foram golpeados pelas polícias de governos à esquerda e à direita. Há muito, nossos sonhos de juventude foram golpeados. Ontem ou hoje, esses sonhos parecem os mesmos, mas são diferentes as maneiras de ir buscá-los. Possivelmente, nossa experiência tenha algo a ensinar, nem que seja por seus erros, mas também temos a aprender com quem inventa outras práticas solidárias, outras formas de coletividade, e transforma em dança, música e poesia nossas velhas palavras de ordem. Só teremos a ganhar, se soubermos ir às ruas juntos. Não será diferente no que toca ao movimento da luta antimanicomial em defesa da Reforma Psiquiátrica, por um cuidado em liberdade. São vinte e cinco anos de lei da reforma psiquiátrica em nosso Estado, um punhado de histórias por compartilhar e tanto, ainda, por aprender e inventar...

Estado de Direitos, Políticas Públicas e a Transformação das Profissões

Foi em profunda vinculação com os movimentos gerados no contexto de democratização do país, como o da reforma sanitária e o da luta antimanicomial, que teve início minha trajetória profissional, em meados dos anos 80. Pude colher os frutos que a geração que me antecedeu plantou⁸⁰

⁸⁰ Ao longo de trinta e poucos anos, coube-me mais o esforço de sustentação e fortalecimento das políticas públicas que os movimentos de democratização do Brasil foram construindo do que uma luta de resistência contra a ditadura ou mesmo de formulação

e que geraram transformações no fazer profissional no campo das políticas públicas, a partir do texto constitucional de 1988 e seus desdobramentos na forma de leis, com repercussão em diversos setores como atenção à infância e adolescência, saúde e educação especial, com ênfase nos processos inclusivos e em defesa de um bem-estar social, na contramão das políticas neoliberais globalmente hegemônicas.⁸¹

Assim, fui psicóloga, servidora pública estadual e a seguir municipal, compondo sucessivamente equipes multiprofissionais, buscando caminhos para o trabalho interdisciplinar e em articulação com outros setores, no campo da assistência social, da educação, da saúde... Acompanhei o início do desmonte dos grandes pavilhões da antiga FEBEM e ainda guardo na memória a imagem absurda do imenso salão de berços enfileirados onde quedavam, tristes e desamparados, os bebês em situação de adoção. Fiz parte da equipe de assessoria psicopedagógica da Secretaria Municipal da Educação, que levava à frente, de forma pioneira, o trabalho de inclusão escolar. Integrei as equipes dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial de Porto Alegre (na época, Centros de Atenção Integral à Saúde Mental – CAIS Mental), criados no início dos anos 90, quando

dos princípios dessas políticas, no seu nascedouro. Mas, justamente, o fato de ter investido toda uma vida de trabalho nesse esforço de fortalecimento de políticas públicas faz com que eu viva, hoje, o seu desmonte como uma violência ao país que é também uma violência sobre o meu corpo, uma violência da qual não soube ler seus sinais, aceitando concessões, tolerando o intolerável. Carrego, em relação a isso, uma culpa de sobrevivente: como foi possível aceitar que o país se mantivesse submetido à mesma polícia e à mesma mídia dos tempos de ditadura? como uma política pública avançada como o SUS, que tem como um dos seus princípios o controle social, que afirma a cidadania, a autonomia, o protagonismo dos usuários do sistema de saúde, pôde coexistir com uma polícia que tortura e que mata? com uma mídia que fabrica mentiras a seu favor? como? ...Só resta esperar que saibamos aprender com essa dolorosa experiência e que possamos reinventar um país...

81 Podemos citar, entre outras, em ordem cronológica: Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, em apoio e garantia de direitos às pessoas com deficiências; lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA; lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS; lei estadual n. 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, antecedendo em nove anos a aprovação da lei federal n.10.216, de 06 de abril de 2001; lei n. 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social).

Porto Alegre formulou seu plano de saúde mental para a cidade conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica e a territorialização dos serviços.⁸²

O trabalho foi, para mim, experiência formadora e produtora de conhecimento. Em especial, a experiência junto aos CAIS Mental, em conformidade com a Política de Saúde Mental de Porto Alegre formulada no início da década de 90, marcou profundamente a minha trajetória profissional e foi determinante da direção do meu trabalho na Universidade, onde, anos mais tarde, ingressei como docente. Quatro grandes desafios acompanhavam essa experiência: 1) o cuidado nas situações de grave sofrimento psíquico (acompanhar a loucura fora do espaço fechado do hospital); 2) o trabalho em equipe (aposta compartilhada entre vários); 3) a invenção de formas novas de cuidado (exercício de desconstrução e construção de saberes); 4) o protagonismo dos usuários (aprender a fazer *com* eles e não *por* ou *para* eles).

Há, porém, um elemento formador que atravessa a minha passagem pelos três setores (Assistência Social, Educação, Saúde): é essa relação muito direta com o *território*, com o espaço habitado por aquelas pessoas a quem se dirige o meu trabalho – seus territórios existenciais. Contudo, é ao viver a experiência do trabalho no campo da saúde mental que a relação estabelecida com o território na perspectiva intersetorial, para a oferta de cuidado integral à população, torna cada vez mais sensível a relação entre clínica e cidade.

82 Para que se possa ter uma ideia do quanto o processo de democratização do país, a constituição de 1988 e as leis que lhe sucederam em benefício de um Estado de direito e bem estar social transformaram o contexto de trabalho de nossas profissões e a oferta de serviços à população, basta dizer que, em Porto Alegre, até 1990, havia apenas duas vagas para psicólogos junto à Prefeitura Municipal, ambas alocadas no Setor de Recursos Humanos, ou seja, como atividade meio e não atividade fim. O Sistema Único de Saúde era então uma realidade recente, mas mudou radicalmente a cara da assistência à saúde no país e, conseqüentemente, das nossas profissões. A implementação do SUS multiplicou os postos de trabalho – e, rapidamente, nosso Sistema de Saúde tornou-se o maior empregador de profissionais de psicologia no país.

Acompanhamento Terapêutico: Clínica, Cidade, Política...

Uma relação assim, forte e viva com a cidade, teve oportunidade de experimentar através dessa modalidade da clínica que é o acompanhamento terapêutico (AT), que se apresentou como acontecimento no contexto do trabalho no CAIS Mental. Não foi algo escolhido, pensado, foi algo que, quando dei por mim, estava fazendo, sem nem saber como nomear.

O AT pode ser definido como uma clínica sem muros, que se realiza no espaço aberto do urbano, acompanhando cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre o sujeito acompanhado e o território por ele habitado. O AT busca alargar os modos de habitar a cidade, para que nela a diferença possa ter lugar.

É uma prática surgida nos anos sessenta, junto a comunidades terapêuticas⁸³ na Argentina e no Brasil, podendo ainda ser referida, com outros nomes, às experiências de desinstitucionalização da loucura na Inglaterra, Estados Unidos e Itália. Mas o AT ganhou novo contorno em nosso país, no contexto de uma política de saúde mental que pôs em obra a construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio. A cidade, e não mais o asilo, passava a configurar o espaço em que a experiência da loucura requeria ser acompanhada. (PALOMBINI, 2007)

Com efeito, atuando num serviço de base comunitária, de portas abertas, vinculado ao território de vida das pessoas a quem prestamos cuidado, forçosamente somos chamados a acompanhá-las para além da porta do serviço, não só nas andanças entre outros pontos de uma rede intersectorial de serviços, mas pelas ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas. Lembro que, no Cais Mental da Vila Cruzeiro (primeiro Cais de Porto Alegre), fui provocada por um jovem a sair em passeio pelo bairro durante as sessões que ele tinha comigo, e o encontro na rua com vizinhos, com esquinas que guardavam histórias, com casas que ele tinha frequentado, produziram um material clínico que não

83 Refiro-nos aqui às primeiras comunidades terapêuticas surgidas na esteira dos movimentos reformistas do pós-guerra, em nada assemelhadas às comunidades terapêuticas que assolam o país hoje, em geral de cunho religioso, submetendo usuários de drogas a regime de confinamento e violação de direitos.

seria possível entre quatro paredes. Depois, convidada a compor a equipe do Cais Mental Centro, que, em parceria com a equipe de abordagem de rua da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), tinha como missão o atendimento à população de rua em sofrimento psíquico, foi que me encontrei com o livro “A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico” (EQUIPE, 1991), do Instituto A Casa, de São Paulo. Estudávamos juntos, na equipe, esse livro, buscando inspiração para dar forma a práticas de cuidado que ainda estavam por ser inventadas; havia pouquíssima bibliografia, naquela época, que pudesse nos dizer de uma clínica voltada ao singular de cada caso, em equipe multiprofissional disposta ao trabalho interdisciplinar e em rede intersetorial. A leitura desse livro foi o que me permitiu dar nome ao que um serviço tipo CAPS nos levava a fazer. O AT, cujo exercício se dá entre lugares, fora de quatro paredes, em meio ao burburinho das ruas, apresentava-se então como uma função emblemática da mistura e do contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo urbanos, constituindo-se em paradigma da direção clínico-política em que uma dada concepção da reforma psiquiátrica pretende mover-se. Não se desconsiderava, com isso, o risco apontado por Suely Rolnik (1997), no belo texto “Clínica Nômade”, de que o AT viesse a constituir a rua como um novo dentro absolutizado, por força de um encarceramento no manicomio mental de que nos fala Peter Pal Pelbart (1997). Mas a aposta que se fez levava-nos a investir no AT como modo de atenção à saúde mental que pode ser inteiramente condizente com a concepção e a dinâmica dos serviços comunitários, com um cuidado em liberdade. Assim, no CAIS Mental, o AT configurava uma função que atravessava as diferentes profissões, que se incorporava às nossas práticas terapêuticas. E configurou-se também em um dispositivo potente de formação profissional, como prática na qual se iniciavam os estagiários de psicologia que recebíamos. Cabia a mim a supervisão local desses estagiários, e pude constatar os efeitos desse trabalho sobre os estudantes em formação, sobre os usuários que eles acompanhavam e sobre a equipe que se surpreendia com as transformações subjetivas que um AT podia produzir. Desde então, não deixei de me ocupar do AT como dispositivo de formação, primeiro como psicóloga no serviço, depois como docente na Universidade, sempre guiada pelos princípios do Sistema Único de Saúde, na perspectiva do trabalho interdisciplinar, intersectorial, em rede.⁸⁴

84 O Projeto de Extensão Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – ATnaRede,

Talvez a face potente do AT seja, justamente, seu caráter inter, sua função de passagem, travessia, entre lugares, entre profissões, entre disciplinas, entre diferentes funções – formação, pesquisa, clínica, política pública... Função produtora de redes, como nos mostram trabalhos como o de Maurício Hermann (2010) e o de Laura Gonçalves (2007), entre outros. Tal potência, porém, não é uma prerrogativa da função AT. No contexto brasileiro, como vimos, o trabalho numa perspectiva inter, trans ou entre-disciplinar atravessa a proposta do Sistema Único de Saúde, desde a sua origem, trinta anos atrás. É política pública incidindo sobre o conjunto das profissões do campo da saúde, operando de forma muito marcante na saúde mental e que inspirou também a proposta do Sistema Único de Assistência Social, de implantação mais recente no país.⁸⁵

Para falar desse tema, Ricardo Burg Ceccim (2004),⁸⁶ num artigo que vale a pena ler, escreve sobre o que ele chamou de perspectiva *entre-disciplinas* do trabalho em saúde no contexto do SUS, fazendo uso de uma cena do filme *Diários de Motocicleta*, que conta da viagem de Ernesto Guevara e um amigo, ambos estudantes de medicina na época, pela América Latina. A cena se passa no hospital de leprosos, no Peru, onde os dois trabalharam por um período. É aniversário de Ernesto e véspera da partida dos dois daquele lugar. O aniversário é comemorado junto com a equipe do hospital, mas Ernesto quer despedir-se dos leprosos, que ficam na colônia, na outra margem do rio. É noite, Ernesto não encontra o barco

vinculado ao Instituto de Psicologia da UFRGS, irá completar vinte anos de atividade ininterrupta em 2018. Desde 2014, tenho a alegria de dividir a coordenação desse projeto com a colega e amiga Vera Pasini, a quem sou grata pela parceria que pudemos estabelecer na experiência de uma educação para o SUS e em defesa de uma reforma psiquiátrica antimanicomial.

85 Hoje sob séria ameaça.

86 Aproveito o ensejo para fazer aqui meu desagravo a esse professor, colega da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, trabalhador, pesquisador, militante incansável do SUS, formulador de políticas como a de Educação Permanente em Saúde e das Residências Multiprofissionais em Saúde, vítima, sob pretexto de investigação, de ação violenta e desmedida da polícia federal e de sua espetacularização nos meios de comunicação, configurando, não só julgamento a priori que desconsidera presunção de inocência, mas um ataque à própria Universidade Pública e a educação e produção de conhecimento em defesa do SUS. Tristes tempos estes, em que são solapados, diuturnamente, os princípios mais elementares de um estado democrático de direito.

para fazer a travessia e resolve fazê-la a nado, para desespero de seu amigo e de toda a equipe que se junta para assistir, em aflição, o seu feito, que nunca antes fora tentado por ninguém. Do outro lado do rio, os moradores da colônia se juntam também, na margem do rio, torcendo por Ernesto, apostando que ele possa alcançá-los. Ernesto nada com dificuldade, tomado pela asma, contra a corrente, quase submerge, já próximo da terra, sendo acudido pelos moradores que o retiram da água e o carregam em festa para suas cabanas. Eis o que escreve Ceccim, sobre essa cena:

A terceira margem é a da travessia, a da falta de identidade das margens, aquela que se torna *intempestiva* e não produto do *tempo das margens*. No filme, chegamos a ver o protagonista atravessando um rio, contra a correnteza e contra a crise de asma, afastando-se de uma margem onde a *clínica* pertence aos terapeutas profissionais e alcançando a margem onde a clínica é a dos usuários (doentes de hanseníase). A terceira margem é a da travessia, da transmutação de valores, da surpresa dos clínicos e dos usuários. [...] não é uma clínica do passado que se opõe a uma clínica do presente [...] é uma utopia em movimento, é o *entre* onde “eros e logos conversam”. [p.264]

Nesse lugar-meio encontra-se aquele que aprende, que entra em alteridade, que se depara com as fragilidades de cada referência profissional/disciplinar para dar respostas aos problemas concretos (do experimentar da vida), onde não é possível discernir qual atuação própria e privativa pode dispor da oferta da atenção, cuidado, tratamento, cura ou terapia necessária ao singular evento do assistir e à singular experiência de vida que se põe em cena.

Se os atos terapêuticos são, como apresentamos, atos de cuidado, escuta e tratamento, três são os intercessores, os fatores de exposição obrigatórios, as interfaces que precisam prover a formação em saúde: a alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida. (CECCIM, 2008, p.266)

Michel Serres, citado por Ceccim, incita-nos à experiência de mergulho nesse lugar-meio:

Ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado. Só existe chão em piscina, território para pedestres em massa.

Parta, mergulhe. Depois de ter deixado a margem, você continuará durante algum tempo muito mais perto dela do que da outra à sua frente, tempo bastante, pelo menos, para que seu corpo se aplique ao cálculo e silenciosamente reflita que ainda pode voltar. Até um certo limiar, você conserva esta segurança: o mesmo que dizer que ainda não partiu. Do outro lado da aventura, o pé confia na aproximação, desde que tenha ultrapassado um segundo limiar: você está tão próximo da margem que pode dizer que já chegou. Margem direita ou esquerda, não importa, nos dois casos: terra ou chão. Você não nada espera para andar, como quem salta, decola e atinge o chão, mas não permanece em vôo

Ao contrário, o nadador sabe que um segundo rio corre neste que todo mundo vê, entre os dois limiares, atrás ou à frente dos quais quaisquer seguranças desapareceram: ali ele abandona toda referência. (SERRES, 1993, p.11)

É nesse lugar movente, nessa terceira margem do rio, sem chão, sob risco de ser tragado pela força das águas, que eu visualizo o AT, no exercício pleno de sua função, dando passagem aos acontecimentos, ao movimento, à afetação pelo outro, produzindo mudanças de lugar, produzindo transformação. Lugar movente que, para o ideário que criou o Sistema Único de Saúde, é compartilhado por todos os profissionais de uma equipe, é o lugar desde onde, no encontro genuíno com o usuário, se pode produzir um cuidado integral à saúde, cuidado que opera no território de vida desse usuário e não no espaço fechado da instituição. O AT encarna, assim, uma qualidade própria ao trabalho em saúde no âmbito da política pública de saúde vigente no contexto brasileiro⁸⁷

87 Política que, desde a sua fundação, resistiu bravamente às investidas neoliberais que

O AT configura, igualmente, uma das estratégias clínico-políticas requeridas pelo processo de desinstitucionalização, sendo emblemático da interpenetração, dessa perda de chão de cada um dos saberes envolvidos nesse processo, em contágio com a cidade.

Mas, se o AT é feito dos acontecimentos que emergem dos seus trajetos pela cidade, entre a casa e a rua, o dentro e o fora, a instituição e o céu aberto, ele faz jus ao nome clínica, que Eduardo Passos (2006) vai definir como “senhora das passagens”, no limiar entre o público e o privado, entre a interioridade e a exterioridade do setting terapêutico, entre nós e a cidade, entre a clínica e as redes sociais, em trânsito por entre as disciplinas. A clínica, diz Passos, é menos um lugar, um *topus*, do que uma utopia que se queira ativar, esse não lugar nos interstícios de uma passagem, essa terceira margem do rio.

Não é por outro motivo que Fábio Araújo (2005) vai afirmar que toda a clínica é acompanhamento terapêutico. O acompanhamento terapêutico, diz Fábio, não só é uma forma de se fazer a clínica, mas é a forma mesma como a clínica se faz. Ou melhor, o AT é uma função que leva ao seu limite máximo a forma como a clínica se faz. Qual é esse limite máximo? O encontro com a cidade. Com efeito, independente de que se realize dentro de casa, ao pé da cama, ou em andanças pela rua, o AT se caracteriza por um empuxo à cidade. Mas não é qualquer cidade que o AT busca ativar. A cidade que o AT intenta, que a clínica, no seu limite, intenta, é aquela que Richard Sennett (1988) define como assentamento humano onde está dada a possibilidade de encontro com o estranho. Ou seja, de encontro com o outro em função de alteridade, produtor de transformações subjetivas. Isso é a clínica, isso é o AT. Lugar de passagem, lugar movente, terceira margem do rio, perda de chão. Isso é clínica e é política também. No Brasil, política pública, que nós vivemos o desafio permanente de fazer valer.

Sendo lugar de passagem, a sua aprendizagem apenas se faz possível em ato, na experiência da travessia, exposta aos seus riscos, aos seus perigos.⁸⁸

Como disse acima, há bastante tempo venho trabalhando com formação tentaram derrubá-la, e hoje, sob um governo ilegítimo, enfrenta sua pior crise.

88 Cf. Larrosa (2002), na análise etimológica da palavra experiência, incluída no texto “Notas sobre a experiência e o saber da experiência”, como travessia de um perigo.

– seja formação em serviço, com profissionais ou residentes de saúde, seja formação universitária, articulando ensino, pesquisa, extensão, estágio, no âmbito da graduação em psicologia e áreas afins. Formação em saúde, em especial saúde mental, e formação em AT, são, para mim, indissociáveis, o AT sendo dispositivo de formação para a saúde mental, condizente com uma política pública de saúde e uma certa concepção de clínica, como expus aqui. Pois, se a clínica (entendida como senhora das passagens), por um lado, coloca-se como pressuposto orientador para a prática do AT; o exercício dessa prática, isto é, a travessia de seus riscos, a experiência AT, por outro lado, vem forjar um estilo próprio à clínica. Abrir-se para o novo, seguir fluxos alheios, ser afetado pelo encontro com o outro, desinvestir o narcisismo, suportar a ignorância para não precipitar um saber que aliena, são vivências que se impõem ao acompanhante no encontro cotidiano com seu acompanhado, configurando uma experiência formadora por excelência.

O AT então é expressão de uma política pública que propõe um cuidado integral à saúde, é a forma limite como a clínica se faz, é um dispositivo potente de formação. E, por fim, o AT é também um método, um meio de pesquisa, que se faz à medida que se caminha, sem uma meta definida de antemão: pesquisa clínico-política, analisadora da clínica, porque a leva ao seu limite, que é a cidade; analisadora do processo da reforma psiquiátrica, porque, acompanhando o usuário, seja em seus percursos pelos serviços e outros equipamentos e dispositivos próprios às políticas públicas, seja na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é a implementação mesma da reforma psiquiátrica que é assim acompanhada, colocando em análise o funcionamento das redes e a forma como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura.

Mas a experiência radical de encontro da loucura com a cidade, de que o AT se faz ponte, meio, passagem, coloca em cena, para o acompanhante, estar junto com seu acompanhado, fazer *com* ele, e não *por* ou *para* ele. É juntar-se ao outro, o que requer a aprendizagem de um outro ritmo, a experiência de um tempo lento, aberto aos seus acontecimentos, à escuta da sua palavra. Com efeito, o AT permite a aprendizagem de uma

atitude em relação à pessoa a quem se volta nosso trabalho: uma abertura à experiência do outro, uma certa prontidão capaz de dar acolhida ao que se passa e que exige, ao mesmo tempo, a paciência da espera pelos acontecimentos – a capacidade de lidar com imprevistos e improvisos. O AT também coloca o profissional em formação em contato com a teia complexa de relações – pessoas, lugares, objetos –, espaços e temporalidades múltiplos, constitutivos da subjetividade e que se colocam em causa no trabalho clínico, nas práticas de cuidado e atenção psicossocial. É uma experiência radical, de liberdade e risco, através da qual as formas pré-concebidas de nossas profissões do campo da saúde – suas insígnias, estereótipos, dogmas – são abandonadas para que o estilo singular a cada profissional possa emergir, incidindo, de forma produtiva, nas inserções futuras do acompanhante no campo das práticas profissionais, de modo geral, e, mais particularmente, no âmbito da clínica. Pois todos esses aspectos que se apresentam de forma destacada no AT, longe de serem específicos desse trabalho, constituem o alicerce mesmo da clínica, naquilo que ela pode conter de potência criadora e produtora de novos sentidos (em ruptura, portanto, com sua dimensão asilar, manicomial). Assim, se a clínica, por um lado, é um pressuposto orientador para a prática do AT, por outro, o exercício dessa prática vem forjar um estilo próprio à clínica, que implica a desinstitucionalização da clínica mesma.

Cidade-polis X Cidade-mercado

Quando a cidade acolhe o estranho, é a racionalidade própria ao urbano que se vê perturbada pela intrusão da diferença em seus espaços. Como escreve Frayze-Pereira (1997, p.33) no livro *Crise e cidade*, abrir-se à cidade ao habitá-la, errar por suas ruas, pode ser “uma ação de resistência à lógica imposta pela modernidade contemporânea”, restabelecendo “o valor de uso do espaço numa sociedade que privilegia o valor de troca”, investindo na construção de novos códigos relacionais.

Tal investida – a aposta na cidade como espaço para o encontro com o estranho – implica uma concepção da cidade como cidade-polis, em oposição à cidade-mercado. Se esta última impõe a privatização do espaço público e o apagamento do “colorido e destemperado” das ruas em favor de

usa uniformidade e ordem, a cidade-polis investe no poder de produção de relações, conflitos e negociação, que não recusa a fricção dos encontros nem a possibilidade de ligação que a cidade provê. (PECHMANN, 2005?, s/p)

No AT, como em todo ato clínico e em qualquer das práticas profissionais em que nos engajamos, é possível reconhecer o polo disruptor que emerge dessas práticas – através do qual se faz possível um alargamento dos modos de habitar a cidade – e o seu polo normalizador – ligado ao contexto disciplinar de onde tais práticas provêm, em que se impõe uniformidade e controle à vida na cidade. Não se tem a pretensão de eliminar essa tensão e polaridade. Seremos capazes de reconhecer a presença desses dois polos em cada ato profissional que praticamos já nos situaria num patamar muito promissor no campo da ética do cuidado em saúde mental.

Fato é que a tarefa que se apresenta às políticas públicas, ao campo da saúde mental, às redes de atenção psicossocial – tarefa de mediação social para o estabelecimento de laços efetivos entre seus usuários e as comunidades locais, oferta de espaços de expressão e conexão com o mundo – esbarra hoje num contexto de precarização extrema do trabalho e ausência de mecanismos de proteção social que geram empobrecimento, vulnerabilidade, ruptura de laços e violência, além de colocar em risco a própria noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado. É a afirmação da cidade como polis ou como mercado que se coloca em questão, aqui, reiterando a política como ação imanente às práticas de atenção psicossocial.

Sigamos juntos, nas ruas...

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política da amizade*. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2005.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva *Entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org.). *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ, 4ª. ed., 2008, p.261-280.

EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Org.). *A rua como espaço clínico*. Acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta, 1991.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. Crise e cidade. Por uma poética do acompanhamento terapêutico. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p.19-35.

GONÇALVES, L.L.M. A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica. O contexto, o texto e o fora-texto do AT. Dissertação (Mestrado em Estudos da Subjetividade) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

HERMANN, M.C. *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*. São Bernardo do Campo: UMESP, 2010.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n.19, jan/fav/mar/abr 2002, p.20-28.

PALOMBINI, A.L. Ei, *Psii*, há quanto tempo!. *Psii*, publicação do Diretório Acadêmico Samuel Eggers, o Incrível – Dasein, julho 2016.

PALOMBINI, A.L. Ei, Psiu, há quanto tempo!. *Jornal Sul21*, 04 de julho de 2016. Disponível em <https://www.sul21.com.br/jornal/ei-empsiuem-ha-quanto-tempo-por-analice-de-lima-palombini/>. Acesso em 26/08/2017.

PALOMBINI, A.L. Psicanálise a céu aberto? In: COMISSÃO de Periódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). *Psicose: aberturas da clínica*. Porto Alegre: APPOA/Libretos, 2007, p.156-175.

PASSOS, E. A clínica, o método e as experiências de passagem. Conferência de abertura do *I Congresso Internacional, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Brasileiro de AT "Singularidade, Multiplicidades e Ações de Cidadania"*. São Paulo, 7, 8 e 9 de setembro de 2006. Não publicado.

PECHMAN, R.M. Quando Hannah Arendt vai à cidade e encontra com Rubem Fonseca, ou da cidade, da violência e da política. [2005?]. Mimeografado.

PELBART, P.P. Manicômio mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúdeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, p.131-138, 1997.

ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: EQUIPE de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (org.). *Crise e cidade*. Acompanhamento Terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.

SENNETT, R. *O declínio do homem público*. As tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SERRES, M. *Filosofia mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

AS HISTÓRIAS QUE A LIBERDADE NOS CONTA

Cristiane Knijnik
Rafael Wolski de Oliveira

Ao produzirmos reflexões sobre a experiência dos 25 anos da lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul podemos enfatizar as inúmeras conquistas advindas da reorientação do modelo, antes centrado no Hospital Psiquiátrico, que através deste marco jurídico proporcionou acesso e garantia de direitos por meio da criação e ampliação de uma Rede de Atenção Psicossocial com complexidades diferentes de atenção através dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos em Hospitais Gerais, Geração de Trabalho e Renda, etc.

Além das questões advindas do reordenamento dos serviços ofertados para o cuidado em saúde mental, pensados em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, destacamos um conceito ou operador que, apesar de não ser novo, ainda se faz urgente e atual para efetivarmos no cotidiano dos serviços e também no cotidiano das relações entre usuários e trabalhadores, ou usuários e não usuários da saúde mental, ou ainda na vida em sociedade, falamos da desinstitucionalização.

Essa palavra difícil de pronunciar (desinstitucionalização) aparece por vezes na bibliografia da saúde mental ou mesmo nas legislações de uma forma um tanto simplória: como a transição de modelo ou de retirar as pessoas permanentemente de uma instituição. Contudo, apostamos nela como um conceito complexo e oportuno para se pensar os desafios da Reforma Psiquiátrica, pós 25 anos de sua lei em nosso estado. Para problematizarmos, vamos narrar a seguir um encontro com Rosa, moradora de longa permanência do Hospital Psiquiátrico São Pedro que, na ocasião, não saía do espaço do hospital há 30 anos.

Rosa, queria comprar um rádio de pilhas. Fomos ao centro da cidade, onde fica o camelódromo. Rosa passeava pelas bancas que vendiam roupas, cds, meias e conversava com os vendedores. Interessada na grande variedade de produtos e de histórias que ao longo do passeio eram disparadas com suas perguntas sobre a vida dos camelôs. Do casamento a traição, da moradia aos programas noturnos, Rosa com suas perguntas “picantes” provoca risos na cidade. Seu corpo se fazia rádio, por onde passavam histórias ordinárias sem nenhum *glamour*.

Nessa cena, um muro invisível funcionando como o de tijolos aparece. Ali onde eu só via como objetivo comprar o rádio, ela me mostra que há a experiência de trocar histórias com as pessoas e como isso era importante. Nessa experiência urbana, cidade não é um lugar funcional, um obstáculo a ser vencido (congestionamentos, violência) para chegarmos até o trabalho, a casa ou ao rádio de pilhas. O camelódromo apresenta-se como o mercado da cidade de Eufêmia contado por Marco Polo nas Cidades Invisíveis de Ítalo Calvino:

Não é apenas para comprar e vender que se vem a Eufêmia, mas também porque à noite, ao redor das fogueiras em torno do mercado, sentados em sacos ou em barris ou deitados em montes de tapetes, para cada palavra que se diz – como ‘lobo’, ‘irmã’, ‘tesouro escondido’, ‘batalha’, ‘sarna’, ‘amantes’- os outros contam uma história de lobos, de irmãs, de tesouros, de sarna, de amantes, de batalhas. E sabem que na longa viagem de retorno, quando para permanecerem acordados bambaleando no camelo ou no junco, puserem-se a pensar nas próprias recordações, o lobo terá se transformado num outro lobo, a irmã numa irmã diferente, a batalha em outras batalhas, ao retornar de Eufêmia, a cidade em que se troca de memória em todos os solstícios e equinócios. (CALVINO, 2005, p.38)

O trabalho com o processo de Reforma Psiquiátrica ganhava outra dimensão. A inclusão social pensada como possibilidade de vida fora dos

muros hospitalares para os pacientes mostrava sua força interrogando a vida do lado de fora. Aos poucos via minha prática como acompanhante terapêutica e meu “estar cotidiano na cidade”, acompanhados de questões. Dualidades como acompanhante e acompanhado, dentro e fora iam desfazendo-se. Deixava-me acompanhar pelo esquecimento de um objetivo a priori (rádio de pilhas) e lançava-me com Rosa a experimentar aquele inesperado trajeto entre histórias de camelôs. Descolar-se da função reservada para aquele dia nos fez deslizar de nossas histórias, de nossos contornos. Louca, paciente, psicóloga, perdiam sentido no “bate papo” maluco e divertido do cotidiano inventado na leveza da tarde. Verdades eram subtraídas de seus pesos mortos. Rosa não falou dos anos vividos no hospital como costumava fazer nas conversas que travava. Contou de sua filha, que naquele dia, ganhou uma história, nascida na escuta de um vendedor.

Perdemo-nos na cidade. Perdidas do rádio de pilhas, da cidade como dispositivo pedagógico para ensinar loucos a pegar ônibus (o que é importante, estou chamando atenção para o trabalho que se reduz a isso como tarefa burocrática a serviço da adaptação), de nossas identidades qualificadas louca - não louca. Práticas ortopédicas, muitas vezes operadas pelos profissionais da saúde, coladas em rádios de pilha perdem a preciosa oportunidade de salvar a vida urbana com o dedo, um bom “dedo – de - prosa”. Perder-se na cidade era especialmente perder-se de um modo de pensar e de estar na cidade.

O muro de uma clausura cotidiana de quem vive a céu aberto⁸⁹ era derrubado. Nesse dia, percebi que a saída daquelas pessoas do Hospital não alterava apenas a vida delas, um modo de estar na cidade, de intervir e atuar como psicóloga também era interrogado. A leveza da tarde apontou outra dimensão da chamada inclusão social. No lugar de adequar a estranheza à normalidade vigente para incluí-la, colocar em análise essa normalidade e os muros que ela ergue cotidianamente. Muros invisíveis e já naturalizados, que nos apartam da cidade, enclausurando a vida não no hospital, mas em um mundinho solitário e individualizado. Por isso dizemos que os muros não marcam apenas territórios geográficos, eles de-

89 Expressão inspirada na leitura do texto Da Claustrofobia Contemporânea de Peter Pál Pelbart.

senham uma geografia identitária ao pensamento, às práticas profissionais e aos modos de estar na cidade.

Operar a desinstitucionalização está para além da mudança estrutural do modelo de atenção, embora esteja também condicionada na superação do modelo do manicômio físico. Dessa forma, ao mesmo tempo em que comemoramos as conquistas dos 25 anos da lei 9.716 da Reforma Psiquiátrica gaúcha, faz-se necessário pensar na efetiva superação do modelo manicomial (que se manifesta através dos ainda existentes hospitais psiquiátricos e/ou através de políticas higienistas), bem como na aposta de serviços territoriais que superem os muros invisíveis, incorporando uma lógica libertadora e proporcionando experiências de contatos e trocas, antes impossibilitadas pelo confinamento dos loucos.

REFERÊNCIAS

CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis**. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

KNIJNIK, Cristiane. **Cacos Urbanos: Gesto, Cidade e Narração**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense - UFF. Niterói, 2009.

MENTAL TCHÊ: UM ENCONTRO PELO CUIDADO EM LIBERDADE

Graziela de Araújo Vasques⁹⁰

São Lourenço do Sul tem uma trajetória importante no cuidado em Saúde Mental. Foi precursor na criação ,em 1988, de serviço de saúde para atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, com a implantação do Centro de Reabilitação “Nossa Casa” hoje denominado “CAPS I - Nossa Casa”, sendo este o segundo serviço desta modalidade no Brasil. A rede de saúde do município foi ampliada a partir de 2005 e hoje conta com uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - bem equipada, contemplando quase todos os pontos de atenção previstos para a população e território a que se destina.

Devido a este histórico, é que em 2005 a gestão municipal, trabalhadores e usuários resolveram criar o “Mental Tchê” no município, evento que tem por objetivo reunir usuários, familiares, trabalhadores, residentes, estudantes, comunidade e simpatizantes do movimento de todo o Estado, do Brasil, da América Latina e do “mundo” para trocar, discutir e repensar práticas em Saúde Mental que nos levem a avançar na Reforma Psiquiátrica, em direção ao Cuidado em Liberdade e por Uma Sociedade sem Manicômios.

O “Mental Tchê” conta com a participação de muitas pessoas que usam os serviços das RAPS, e prioriza a presença destas, revelando-se um espaço de protagonismo, de construção de “saberes” e “fazeres” de forma democrática e horizontal. Buscamos, diariamente em nossas ações no processo de trabalho e nas relações de cuidado, que a pessoa em sofrimento psíquico possa ser agente ativo de sua reabilitação, autônoma e um (a) cidadão (ã) de direitos, que mesmo com dificuldades, tem sim suas opiniões, desejos e escolhas que precisam ser respeitados e considerados pelos profissionais de saúde e pela sociedade como um todo.

90 Militante da Luta Antimanicomial, Psicóloga, Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS (UFPeI), Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS), Coordenadora de seis edições do Mental Tchê (2011-2016), componente do colegiado autogestionário de coordenação do Mental Tchê da Resistência (2017)



Por fim, o “Mental Tchê” tem sido um espaço de reforço de militância dos que chamamos, carinhosamente, “Mentaleiros”, que lutam pelo cumprimento do que foi conquistado com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que ultrapassa o (des)cuidado em Hospitais Psiquiátricos, e busca o cuidado em liberdade em serviços substitutivos, sem grades e no território de vida das pessoas. É nesta empreitada que os “Mentaleiros” se comprometem diariamente, com um ideal que tem sido difícil de ser alcançado em sua totalidade, mas que jamais é perdido de vista nos processos diários da Reforma.

O “Mental Tchê” tem sido um símbolo de avanços e resistências da militância da luta antimanicomial dos últimos anos, e como tal sempre foi prioridade e um compromisso da gestão municipal, desde seu início até 2016, para com o movimento social, independente das dificuldades enfrentadas, com pouco, as vezes quase nenhum, outras vezes muitos recur-

sof financeiros, sempre se procurou garantir a realização em São Lourenço do Sul que foi o lugar, no Estado, que, há quase 30 anos atrás, acolheu e ampliou a luta pelo cuidado em liberdade.

Desde o seu início, estes foram os temas gerais do “Mental Tchê” e, a partir deles, discutiu-se e refletiu-se acerca de vários eixos do cuidado na saúde mental, ampliando a luta e (re)construindo formas de cuidado:

- 1º Encontro Estadual de Mentaleiros em São Lourenço do Sul-2005
- 2ª Edição: Gaúcho quer liberdade e não aceita manicômio! - 2006
- 3ª Edição: O Manicômio não forma Deforma!!! Diga NÃO ao Manicômio Escola!-2007
- 4ª Edição: Quem não se comunica se trumbica Tchê!-2008
- 5ª Edição: Saúde Mental, um encontro no cuidado integral-2009
- 6ª Edição: Conferência Estadual de Saúde Mental-2010
- 7ª Edição: Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos-2011
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde
- 8ª Edição: Linhas de cuidado em saúde mental: O Cuidado que Eu preciso!-2012
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde
- 9ª Edição: Cuidar ou Prender - Organizando o Cuidado Revendo Paradigmas-2013
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde
- 10ª Edição: Liberdade Abre as Asas sobre Nós!-2014
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde
- 11ª Edição: Saúde Mental Coletiva: NENHUM PASSO ATRÁS! - 2015
I Fórum de Redução de Danos no Mental Tchê “El Magro”
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde
- 12ª Edição: Mentaleiros em defesa do SUS-2016
Tenda do Afeto Popular – Educação Popular em Saúde

O evento cresceu muito e desde a sexta edição reúne em torno 2000 a 4000 pessoas.



Em 2017 a gestão municipal optou por não realizar o evento com a justificativa de que não havia recursos financeiros para tal, mesmo assim foi procurada pelo movimento social que se ofereceu para buscar apoio, financeiro e estrutural, para que, em um ano que a Saúde Mental vem sofrendo tantos retrocessos, o “Mental Tchê” não deixasse de acontecer, como forma de resistência e enfrentamento aos movimentos conservadores.

Havendo a negativa da gestão em relação ao apoio ofertado pelo movimento social, o mesmo reuniu-se e entendeu que o “Mental Tchê” é patrimônio do movimento e que ele iria acontecer de forma autogestionária, e assim o fez, representando uma das edições mais lindas já vistas, pois traduziu a autonomia que tanto buscamos para todos, usuários e trabalhadores. E exclusivamente pelas mãos e paixões de muitos Menta-leiros e Mentaleiras a Edição do “Mental Tchê” de 2017 aconteceu com o tema “Mental Tchê da Resistência”. Durante estes 13 anos os afetos, trocas e encontros possibilitados pelo Mental deixam a certeza de que o Movimento da Luta Antimanicomial é vivo, está vivo e não vai admitir Nenhum Passo Atrás!



Arte de Solange Gonçalves - Nau da Liberdade

**VOZES EM REDE:
A EXPERIÊNCIA DA REDE MULTICÊNTRICA EM
EDUCAÇÃO PERMANENTE E REDUÇÃO DE DANOS**



VOZES EM REDE: A EXPERIÊNCIA DA REDE MULTICÊNTRICA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE E REDUÇÃO DE DANOS

Sandra Djambolakdjian Torossian⁹¹

Pedro Augusto Papini⁹²

Uma Rede Multicêntrica

No ano de 2010, a partir do Plano de Enfrentamento ao Crack, a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) lança uma série de editais para o financiamento de diversas ações dirigidas a diferentes serviços de saúde e educação. Um desses editais convoca às universidades e propõe a criação de Centros de Referência para a educação permanente nessa área (CRR). Foi assim que a partir de um primeiro diálogo entre a Escola GHC (Escola do Grupo Hospitalar Conceição) e a UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) surge a Rede Multicêntrica: um centro de referência e apoio institucional para políticas de cuidado ao uso de drogas.

A pauta do início desse primeiro encontro marca o descentramento da proposta de Centros de Referência, a problematização da ideia do “enfrentamento” às drogas e a construção do diálogo intersetorial entre os serviços e a universidade. Nesse primeiro encontro organiza-se um chamado a diversos serviços e gestões da rede SUS e SUAS com o objetivo de construir o projeto. Um projeto elaborado a muitas mãos e orquestrado por inúmeras ideias amarradas a cada uma das proposições dos participantes. Ancorados nos pontos em comum, anteriormente mencionados, inicia-se o tramado de uma rede viva, composta por diversas práticas e saberes que envolvem usuários, familiares, profissionais de diversas áreas, gestores e instituições.

91 Professora do Instituto de Psicologia UFRGS e do PPG em Psicanálise: clínica e cultura. Coordenadora da Rede Multicêntrica- Centro Regional de Referência para Políticas sobre drogas. Equipe coordenadora da Casa dos Cataventos. djambo.sandra@gmail.com

92 Psicólogo, mestre e doutorando em Psicologia social e institucional (UFRGS).

As Drogas e a Construção de Uma Política Pública

O uso de drogas nas sociedades humanas é um fenômeno histórico. Quase não há sociedade em que não haja uso de substâncias psicoativas como ritual social. Associar, necessariamente, drogas com criminalidade e doença é um fenômeno moderno. Esse novo acasalamento das drogas com o que elas nos suscitam é um acontecimento necessário de ser pensado em seus começos e através das produções dos modos de ser e pensar, problematizando o poder político em gerir a vida. Um breve percurso sobre o panorama brasileiro como ressonância de políticas internacionais nos auxiliará a realizar essa tarefa.

O fracasso do “milagre econômico” brasileiro, na década de 1980, vem acompanhado de altos índices inflacionais, com consequente explosão demográfica nos grandes centros urbanos e aumento de cinturões de pobreza e miserabilidade. É assim que, na década de 1990, o tráfico de drogas passa a ser alternativa de sobrevivência e ganha novos contornos nacionais e internacionais (Batista, 2001).

No cenário internacional, vive-se o efeito da queda dos muros que separavam o mundo entre países comunistas e não-comunistas, demarcando a necessidade de encontrar uma nova figura para o inimigo (Bucher & Oliveira, 1994; Passos & Souza, 2011). As drogas e seus atores – usuários e traficantes – passam a ocupar o lugar de protagonistas principais nessa cena de exclusão de alteridades, na qual há sempre a necessidade de encontrar um inimigo contra o qual lutar. Então, a guerra contra o comunismo ganha um novo nome: “guerra contra as drogas”. As drogas passam a ser identificadas como a encarnação do mal, e, assim, qualquer pessoa pode ser considerada inimiga da humanidade (Passos & Souza, 2011).

Aliado ao cenário do consumo e da produção de subjetividades consumistas, o tema das drogas vai associando a figura do inimigo à figura do consumo. Insere-se aí um paradoxo que acompanhará todo o percurso das discussões sobre drogas – por um lado, sua condenação; por outro, seu incentivo. Lembremos aqui a situação apontada por Melman (1992) quando diz que, numa sociedade como a nossa, sustentada nos valores do

consumo de bens, o ideal de qualquer publicitário seria encontrar um produto do qual ninguém pudesse prescindir. O produto droga aparece, assim, colocado nesse lugar do ideal do marketing e da publicidade.

As drogas possuem a marca da contradição e do paradoxo: são condenadas quando se está na posição de “guerra contra” elas e são incentivadas pela publicidade e, em algumas circunstâncias, pela prescrição médica. É nesse cenário que, em 1998, se constitui no Brasil a Secretaria Nacional Antidrogas, subordinada à Casa Militar da Presidência da República (Karam, 2003), ao mesmo tempo em que, com a implantação do SUS, são desenvolvidas as ações conhecidas como Redução de Danos (RD), uma estratégia de saúde pública para a redução do alto índice de transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis (Mesquita, 1991; Passos & Souza, 2011).

A história da Redução de Danos pode ser narrada em quatro etapas, ou tem quatro nascimentos (Petuco, 2014). O primeiro situa-se em 1924, na Inglaterra pós primeira guerra quando os ex-combatentes encontravam-se em uma situação de adicção à morfina. No intuito de amenizar esse sofrimento ensaiou-se o que viria ser conhecido como “terapia de substituição”: passaram a administrar doses controladas de heroína junto aos usuários de morfina - prática modernizada hoje com as distribuições de metadona em certos países.

Décadas depois, no início dos anos 80, nasce em Amsterdã, uma organização de usuários de drogas que reivindica uma alternativa para o medo que se espalha quanto a multiplicação da hepatite B. Este ato é deflagrado após uma farmácia recusar-se a vender seringas para usuários de drogas: nasce aí a estratégia de troca de seringas que alcançará sucesso para estancar em alguns pontos a transmissão do vírus da aids.

Os outros dois nascimentos da redução de danos se dão no nosso ninho brasileiro. De modo diferente de Amsterdã após os impasses ocorridos a partir das ações de contra David Capistrano, secretário da saúde de Santos, e Fábio Mesquita, coordenador de DST/AIDS do mesmo município, ao serem acusados de incentivar o uso de drogas por adotarem estratégias de Redução de Danos (Passos & Souza, 2011). Um projeto de extensão da Faculdade de

Medicina da Universidade Federal da Bahia fará ainda mais uma tentativa de implantar esse método de cuidado que vinha galgando sucesso em diversos lugares do mundo e que aqui ainda encontrava a parede.

A efetividade da ação faz com que comecem a pipocar pelo país diversos centros de Redução de Danos. A estratégia de troca de seringas em serviços de saúde apontada pela organização de usuários de drogas em Amsterdã nos anos 80 encontra aqui uma adaptação importante.

O terceiro nascimento da Redução de danos se dá com a invenção do papel do agente redutor de danos. Diferente do país europeu, no Brasil tinha-se a noção estratégica de que o usuário de drogas era um sujeito marginalizado e criminalizado, desse modo sabia-se que simplesmente abrir as portas de um posto de saúde para que os usuários de drogas viessem ali e oferecessem suas seringas usadas em troca de seringas novas era uma ilusão. Afinal como uma figura marginalizada e criminalizada como o usuário de drogas iria expor-se ao Estado e os aparelhos de saúde que, até então, o tratavam como inimigo?

Os agentes redutores de danos eram comumente usuários e ex-usuários de drogas. Essas pessoas tinham conhecimento de território e táticas de abordagem que não eram ensinadas nas graduações da área da saúde. Aqui é importante sublinharmos algo que a história da redução de danos não pára de nos ensinar. Trata-se da força da voz e da relevância da participação dos usuários de drogas na tessitura de uma política pública para pessoas que usam drogas eficaz e responsável.

O surgimento então dos agentes redutores de danos, abre uma nova brecha. Estes passam a trocar seringas usadas por seringas novas. Mas eles não trocam apenas seringas, eles conversam, vinculam-se, escutam, acolhem. E são esses fatores que ensinam o quarto nascimento da Redução de danos, que é tomá-la não como uma estratégia específica, mas como uma ética do cuidado para pessoas que usam drogas.

E assim, a partir do paradigma da Redução de danos como ética do cuidado se introduz uma nova força no cenário das políticas de atenção às pessoas que usam drogas, ancorado no acolhimento, escuta e partici-

pação dos usuários. A Redução de danos passa a conviver, então, com o paradigma da abstinência. Importante ressaltar aqui que por paradigma de abstinência “entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso” e não somente a abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. (Passos & Souza, 2011, p.157).

A presença desses dois paradigmas apresenta um embate entre forças democráticas e forças totalitárias, as quais produzem jogos de poder entre uma constituição que garante o direito a liberdades individuais e o direito penal que impede o uso de certas substâncias (Passos & Souza, 2011). A oscilação decorrente desse embate se faz sempre presente, inclusive nos dias atuais quando a discussão sobre a descriminalização das drogas e dos usuários que vinha sendo ainda timidamente realizada no Brasil nos últimos dois anos, em consonância com o cenário internacional, pelos órgãos governamentais, perde força para garantir espaço Ao velho paradigma proibicionista.

No entanto, é necessário ressaltar que se o paradigma de abstinência perde força no âmbito do governo, a situação não é a mesma nas práticas de cuidado e trabalho dos serviços e setores colocam vida na rigidez das diretrizes. Muitos são os trabalhadores dos campos da saúde, assistência social, segurança pública e justiça que perante a ineficácia das ações ancoradas em diretrizes repressivas, questionam-se sobre outras possibilidades de intervenção. Alguns já tendo posição definida em favor da Redução de danos, outros olhando ainda com certa desconfiança, mas sabendo que tem ali uma possibilidade de trabalho.

Acolhendo as dúvidas e questionamentos desses trabalhadores sobre a eficácia do seu trabalho na atenção a situações que envolvem diferentes modos de usos e relações com as drogas é que a Rede Multicêntrica vem trabalhando com a perspectiva da Educação permanente desde 2011.

Experiências de Educação Permanente: o Silêncio

A Rede Multicêntrica tem contato formativo com centenas de trabalhadores de diferentes setores, experiência essa que aponta a atualidade desse jogo de forças e faz com que a busca do usuário de drogas pelo serviço de saúde ainda seja um desafio. Constatamos que o olhar para as pessoas que fazem uso problemático de drogas ainda mantém traços do paradigma da abstinência quando vê-se o usuário como alguém destituído de saber sobre si mesmo. Paradoxalmente o trabalhador apresenta-se, também, destituído do seu saber pela ineficácia das suas intervenções, fato que o leva a buscar frequentemente a palavra do “especialista”.

O olhar para a pessoa que usa drogas e consegue chegar aos serviços é recheado de incontáveis clichês: dependente químico, manipulador, viciado, mentiroso, lesado, violento. Ele é assim nomeado e muitas vezes assim se denomina. Um dos efeitos disso é a tendência a apagar o que a pessoa enuncia. Trata-se de uma operação com o discurso, em forma de uma tagarelice, que tende à exclusão da subjetividade das pessoas que usam drogas.

Há uma espécie de “fazer falar” que silencia. Demanda-se uma fala pronta, uma fala que seja congruente à expectativa de quem escuta, uma fala que reconheça a “ruindade da droga”, que descreva todos os malefícios que a “vida na droga” produziu. Com isso, cala-se a importância que a droga pode ter na vida do sujeito, cala-se a produção de saúde que a droga também pode gerar e silencia-se a história do sujeito.

Outros silêncios são apresentados nesse discurso, o silêncio da arbitrariedade da legalização de algumas drogas e a ilegalidade de outras, o apagamento de uma sociedade de consumo na qual todos somos usuários de alguma droga. O não reconhecimento de cada um de nós como consumidores e usuários.

A tagarelice se manifesta no excesso de saber sobre as drogas, um saber sem sujeito sem implicação. Sabe-se sobre as drogas e assim tende-se a imaginar se que sabe sobre quem as usa. Desse modo quando o usu-

ário falar, as palavras e a existência deste tendem a não encontrar espaço algum, estando toda sua história já esquadrihada de antemão .

Aqui se tece um desafio para a educação permanente, o de problematizarmos a tagarelice sobre o tema que produz esse grave efeito de silenciamento, o apagamento da experiência de quem faz uso de drogas. Pensando que a experiência, como afirma Jorge Larrosa (Bondia, 2002), não é o que acontece, o que passa, é o que *nos* passa, é o que *nos* acontece.

Acolhendo as Paixões

Os espaços de acolhimento a pessoas que usam drogas sejam terapêuticos, educativos ou de assistência, apresentam dispositivos de trabalho atravessados por todas as estratégias acima mencionadas e, principalmente, são cenário privilegiado do paradoxo entre posições ancoradas na guerra às drogas, com a consequente patologização dos usuários, e outras sustentadas no democrático reconhecimento da diversidade dos usos e na singularidade dos usuários.

Na perspectiva de não fazer dos usos de drogas algo alheio aos costumes e buscando produzir deslocamentos na visão bastante homogênea do consumo de drogas como parte de um processo de “doença”, propomos pensá-las no campo das relações passionais, das relações amorosas, sempre considerando o cenário social em que essas paixões se produzem.

Vivemos hoje num cenário de lógica neo-liberal, na qual o consumo se coloca como ideal maior. A felicidade encontra amparo no ultra individualismo no qual tende-se a pensar que cada um é o único responsável por aquilo que lhe acontece, não se vendo qualquer ligação com as políticas nas quais as relações estão ancoradas e com as modalidades de relação que esse cenário produz. Acrescenta-se a isso um modelo “químico” no qual o paradigma cerebral e medicamentoso parece explicar e resolver todos os problemas. Uma química sem sujeito, o “remédio” que perde a qualidade de droga do mesmo modo que perde a ligação com as condições de sua produção.

Colocar as drogas “em relação” é uma das direções possíveis na educação permanente no campo das drogas; “em relação” com os processos que produziram sua legalidade ou ilegalidade; “em relação” com as políticas públicas e sociais que produzem determinados discursos sobre drogas e usuários. Enfraquecer a ênfase na química e salientar a qualidade passional no consumo de drogas bem como fazer emergir a implicação de todos com determinados modos de consumo é uma das vias de trabalho. Assim torna-se possível construir acolhimento às pessoas que procuram os serviços, não mais tendo um ideal de como esse usuário deve se apresentar, mas acolhendo-o do modo em ele chega. Aprendizagem essa fruto do trabalho de muitos anos com a Redução de Danos.

Um dos exercícios que tem possibilitado questionamentos e proximidade sobre as diferentes formas de uso de drogas foi a aproximação das modalidades de uso com as relações amorosas. De acordo com Torossian (2017, p. 369).

Do mesmo modo que há vários modos de se ligar passionalmente ao outro existem diversas maneiras de se ligar às drogas. Há o “ficar” eventual, o “ficar” habitual e o “ficar” mais constante.

A experimentação eventual é um início de exploração que pode durar uma vida inteira. Como há quem se relacione eventualmente com a mesma pessoa durante anos. O hábito nas relações é, por outro lado, um tipo de relação comumente encontrada no amor e em quem consome drogas. Hábito para momentos ou circunstâncias específicas, de lazer, trabalho, ansiedade, solidão. Sair com alguém nos momentos de solidão – usar alguma substância que faça companhia. Relacionar-se com alguém em situações pontuais – usar drogas para enfrentar algum momento pontual da vida. Compartilhar com alguém um casamento – casar com alguma droga. Depender de uma relação amorosa e depender de alguma substância.

Pluralizar os olhares reconhecendo a diversidade de usos e de tráfico de drogas torna-se essencial para a realização de um diagnóstico di-

ferencial nos contextos que os envolvem. Para cada situação há também uma pluralidade de ações e intervenções possíveis.

Faz-se necessário, então, em qualquer modo de intervenção, fugir dos *a priori* que entificam os usos de drogas, transformando-os, frequentemente, em categorias diagnósticas para de antemão saber qual será o seu *manejo*. No campo da saúde, no acolhimento às pessoas que usam drogas precisa-se dar lugar a um olhar cuidadoso sobre qual o modo de relação que cada sujeito estabelece com as diversas drogas. Qual o efeito que nelas procura? E, antes de tudo, é preciso interrogar se esse uso apresenta algum tipo de sofrimento para a pessoa e para sua rede social e afetiva.

REFERÊNCIAS

Batista, V. M. (2001) Drogas e criminalização da juventude pobre. In: Associação Beneficente São Martinho (Org.). **No mundo da rua**. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra.

Bondia, J. L. Notas sobre experiência e o saber de experiência. Em: **Revista Brasileira de Educação**. n. 19. São Paulo, p. 20 – 28, jan/fev/mar/abr, 2002.

Bucher, R.; Oliveira, S. (1994) **O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias**. Em: **Rev. Saúde Pública**, v(28), pp. 137-45.

Foucault. **A história da sexualidade I: A vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2011.

Karam, M. L. (2003) Redução de danos, ética e lei. Em: Sampaio, C E Campos, M. (Org.), **Drogas dignidade e inclusão social: a lei e a prática da redução de danos**. Rio de Janeiro: Aborda.

Melman, C. (1992). **Alcoolismo, delinquência e toxicomania: uma outra forma de gozar**. São Paulo: Escuta.

Mesquita, F. (1991) Aids e drogas injetáveis. In: A. Lancetti (Org.), **Saúde e Loucura 3**. São Paulo: Ed. Hucitec.

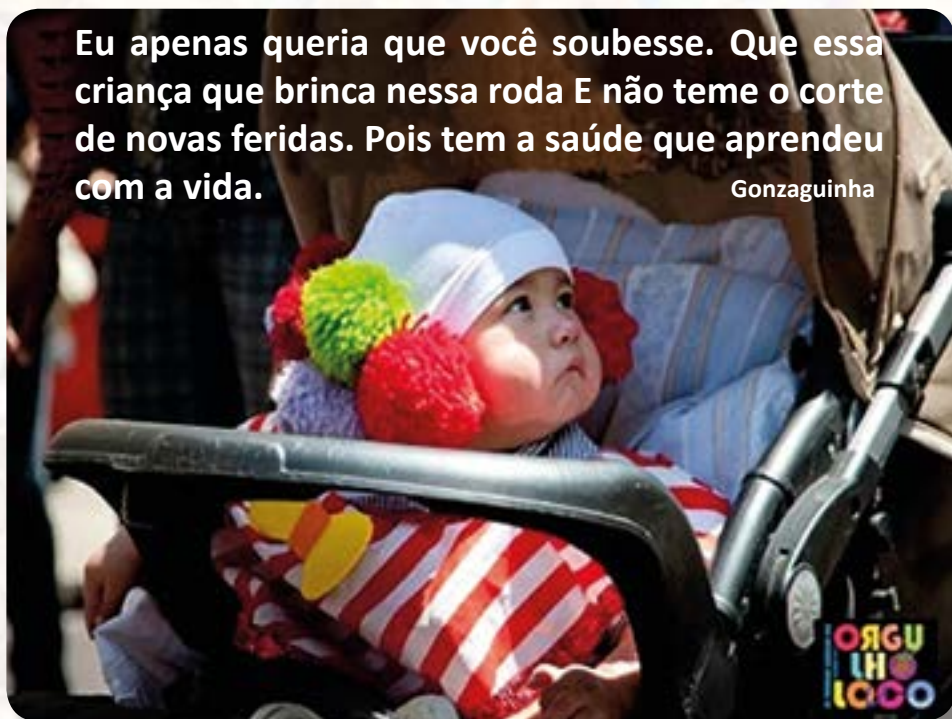
Passos, E. H.; Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v(23), pp. 154-162.

Petuco, D. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramming, T. e Silva, M. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**, p. 133-148. Porto Alegre: Rede Unida, 2014

Torossian, S. Paixões e químicas. In: Torossian, S, Torres, S, Kveller, D. **Descriminalização do Cuidado: Políticas, Cenários e Experiências em Redução de Danos**. Porto Alegre, RS: Rede Multicêntrica, 2017. 380p.

Eu apenas queria que você soubesse. Que essa criança que brinca nessa roda E não teme o corte de novas feridas. Pois tem a saúde que aprendeu com a vida.

Gonzaguinha



**A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA: O ESTATUTO DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE E A REFORMA
PSIQUIÁTRICA (SE) MOVEM**



A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E A REFORMA PSQUIÁTRICA (SE) MOVEM

Carmen S. de Oliveira⁹³

Então eu trago das minhas raízes crianceiras a visão comungante e obliqua das coisas. (Manoel de Barros, 2006)

Há, pelo menos, cinco convergências fundamentais entre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Reforma Psiquiátrica: a sua gestação pelos movimentos sociais; a emergência nos anos 80, no contexto das lutas pela redemocratização no país; a afirmação dos direitos dos chamados “sub-cidadãos”- as crianças, os adolescentes e as pessoas em sofrimento psíquico; o confronto com as práticas travestidas de uma intencionalidade protetiva mas produtoras de exclusão social e institucionalização; e a proposição de um salto ético em favor de uma nova maneira da sociedade se relacionar com as novas gerações e com a loucura, agenciando a arte do cuidar e da convivência.

Apesar destas fortes conexões, “as duas políticas não se encontraram” ou tiveram uma aproximação tardia, conforme refere Delgado (2011), na medida em que as diretrizes para o desenvolvimento de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil somente foram propostas no início do século XXI.

Mesmo com a aprovação do ECA em 1990, no Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental- CNSM (BRASIL, 1994), surgem apenas duas recomendações: a inclusão do tema saúde da criança nas capacitações do SUS e a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma “comissão de proteção dos direitos de cidadania de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental”. Neste cenário, Couto e Delgado (2015) problematizam algumas ausências:

93 Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Ativista da luta antimanicomial e dos direitos humanos. carmen.portoalegre@gmail.com

Por que não foram convocados, ou não se apresentaram ao debate na II CNSM, os militantes da defesa dos direitos das crianças e adolescentes? Por que esse movimento não se mobilizou pela causa da Reforma Psiquiátrica e vice-versa? Por que os militantes da Reforma não incluíram em sua pauta os problemas de crianças e adolescentes ou não se articularam em prol da defesa dos direitos para eles?

Uma das hipóteses levantadas pelos autores é o fato de que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi demarcado inicialmente pelas críticas ao modelo hospitalocêntrico, que tinha o adulto como usuário predominante. No que se refere à pouca incidência dos ativistas dos direitos de crianças e adolescentes, é pertinente agregar a constatação de que, até a aprovação do ECA, a rede de cuidados para estas faixas etárias estava mais circunscrita ao campo da assistência social. Além disto, as medidas protetivas e socioeducativas previstas no novo marco legal colocaram como foco prioritário o reordenamento das instituições que faziam parte do Sistema FEBEM, também vinculadas a este setor. Portanto, não é de estranhar a baixa priorização dada pelo movimento da infância e adolescência à aproximação com o setor saúde.

No Rio Grande do Sul, contudo, identifica-se uma peculiar situação ao final dos anos 80: o encontro entre os gestores da política estadual de saúde mental e da FEBEM em pautas comuns, tais como a construção de dispositivos de abertura das instituições totais, a descentralização dos programas e o debate público acerca dos estigmas sociais em relação aos seus usuários. Uma década depois, assumi a presidência da FEBEM por indicação de coletivos de lutas pelos direitos humanos justamente pela participação em um processo de desconstrução da instituição total, como dirigente do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A Emergência do “i” na Política de Saúde Mental

Na III CNSM (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002), realizada em 2001, várias ações prioritárias foram apontadas, deixando mais claro o compartilhamento de princípios entre os ativistas do ECA e da Reforma Psiquiátrica, tais como a criação de dispositivos de atenção psicossocial para crianças e adolescentes, seguindo a lógica dos CAPS; a problematização da institucionalização de crianças em abrigos, especialmente os destinados a pessoas com deficiências; e a constituição de um fórum interinstitucional a ser implantado nos municípios, estados e na esfera federal do SUS, incluindo trabalhadores, representantes da sociedade organizada, familiares e usuários para a formulação e monitoramento da política de saúde mental a crianças e adolescentes.

A agilidade nos encaminhamentos subsequentes demonstra a fertilidade deste encontro. Dois meses depois da Conferência, foi publicada a Portaria 336/2002, contendo um capítulo destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. E dois anos depois, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

Considera-se que a III CNSM foi, em duplo sentido, um divisor de águas na história da saúde mental de crianças e adolescentes no país. De um lado, porque apontou pela primeira vez a priorização desse tema na política de saúde, determinando a necessidade de criação de ações organizadas de cuidado em saúde mental para estes segmentos etários, que eram, até então, alvos de programas de assistência social de cunho filantrópico e disciplinar⁹⁴, tais como os abrigos e “reformatórios”, voltados para o atendimento do “menor em perigo” (filho da pobreza material ou da negligência) e do “menor perigoso” (resultado da pobreza moral), conforme refere Rizzini & Rizzini (2004).

94 Os dois últimos séculos no Brasil se caracterizaram pela difusão de um ideário de proteção a crianças e adolescentes, por representarem uma promessa de futuro melhor para a nação. Através da Liga Brasileira de Saúde Mental, a medicina higienista implementou programas sob a tutela do campo filantrópico, calcados na eugenia e apoiados no ordenamento jurídico. Contudo, inúmeros estudos apontam que este modelo de atenção custodial produziu o isolamento, a institucionalização e o reforço dos estigmas sociais.

A lacuna no setor saúde para a atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais favoreceu a criação de instituições totais, de natureza privada e/ou filantrópica que, durante décadas, foram as únicas opções de cuidado. Como estas instituições geralmente não mantinham programas de atenção específica, predominou o isolamento como estratégia básica. Quando existentes, os programas tinham inspiração no tratamento moral, seja através da patologização do desvio, seja pelo foco na correção e no adestramento.

Assim sendo, se não podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica brasileira significou a superação do modelo hospitalar psiquiátrico para a infância e a adolescência (uma vez que este atendimento foi praticamente inexistente para estas faixas etárias), é evidente que a luta antimanicomial veio reforçar o debate público com vistas à superação do modelo de cuidado segregador.

Normativas mais recentes do Ministério da Saúde, como no caso do documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos” (BRASIL, 2014), afirmam o cuidado em rede e de base territorial como estratégia principal da atenção em saúde mental, consolidando o princípio da incompletude institucional e da corresponsabilidade no atendimento de crianças e adolescentes, ao mesmo tempo em que insere a articulação como meta de uma agenda institucional permanente.

Trata-se de uma ruptura com uma longa tradição brasileira de internação de crianças e jovens, das elites aos setores populares, em instituições asilares de variados formatos institucionais, tais como colégios internos, seminários, abrigos, escolas de aprendizes, institutos, educandários ou reformatórios, que foram sendo criados desde o período colonial no país. Quando se incorpora a rede de atenção psicossocial para a infância e a adolescência como estratégia na política nacional de saúde mental temos um avanço não apenas para a reorganização dos serviços, mas também como condição de possibilidades de reversão desta cultura custodial, em favor da implementação de uma das diretrizes máximas do ECA- o direito à convivência familiar e comunitária, um dos cinco direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

A Invisibilidade do “a” na Política de Saúde Mental

Contudo, é curiosa a omissão do “a” na sigla proposta para o CAPS destinado ao atendimento de crianças e adolescentes- o CAPSi. Esta condição encoberta destoa da valorização que vem sendo dada à adolescência na contemporaneidade e do lugar designado aos adolescentes como ideal social, tanto para as crianças quanto para os adultos. Como compreender este paradoxo?

Em primeiro lugar, não parece ser estranho este destaque dado à infância, uma vez que ele é compatível com a histórica priorização dada à criança nas políticas de saúde, desde a sua gestação através do atendimento pré-natal da mãe, estendendo-se ao parto e ao acompanhamento do primeiro ano de vida e da primeira infância. Na maternidade, na unidade básica ou nas consultas especializadas é comum que ela seja um dos usuários mais frequentes da rede de saúde. No caso dos adolescentes, entretanto, não se constata um semelhante lugar, pois eles estão ausentes dos serviços e até mesmo invisibilizados e, mesmo assim, poucas iniciativas são feitas pelas equipes para uma maior aproximação a este segmento etário.

Sua rarefeita presença nos serviços contrasta com o quadro demográfico mais recente. A população atual de adolescentes no RS na faixa etária de 10 a 19 anos representa aproximadamente 16% da população. Observa-se um aumento populacional desse segmento, ocorrido nas três últimas décadas e resultante de uma transformação na estrutura etária da população, principalmente em função do crescente declínio da mortalidade infantil. Enquanto cresceu a proporção de adolescentes na população total, também foi observado o aumento de agravos em saúde nesta faixa etária, tais como a juvenilização da AIDS, a gravidez, a dependência a substâncias psicoativas, a prática de ato infracional e o aumento nas taxas de mortalidade por homicídios. Em síntese, as realidades demográfica e epidemiológica apontam, de forma inequívoca, a necessidade de uma política em saúde específica para a adolescência.

Foi apenas em 2009 que o Ministério da Saúde traçou diretrizes para o atendimento de adolescentes, com a finalidade de implantar uma

política de promoção de saúde e de identificação dos chamados grupos de risco. Em 2010, a Secretaria de Saúde do RS apresentou e aprovou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, desencadeando algumas iniciativas como a criação de serviços especializados (por exemplo, em hospitais de referência, como no Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas, em Porto Alegre) e a implantação das Cadernetas de Saúde do Adolescente, como um recurso para promover o autocuidado destes usuários e a sua participação no processo de busca aos serviços de saúde.

Apesar dos esforços para implantar a nova política, ainda não se observa uma maior presença dos adolescentes na rede de saúde, seja por encaminhamento ou por demanda espontânea. Quando eles chegam ao serviço nem sempre encontram uma equipe preparada para este atendimento ou até mesmo uma ambiência adequada. No caso dos CAPSi, é comum que a organização do espaço físico esteja muito mais voltada para a cultura infantil e até mesmo a oferta de recursos terapêuticos não contempla, muitas vezes, os interesses dessa faixa etária. Como os dispositivos terapêuticos costumam ser mais focados na intervenção em consultório, são mais raras as atividades “extramuros”, como o acesso a recursos comunitários de lazer, esportes e cultura. Desta forma, são pouco exploradas as oportunidades de tornar o serviço e a própria cidade mais amigáveis aos adolescentes. Além disso, alguns temas relacionados à adolescência são ainda considerados tabus para os profissionais da saúde e para a rede de proteção em geral, tais como a gravidez, a sexualidade e o uso de substâncias psicoativas. Semelhantes interditos aparecem nas intervenções junto a determinados segmentos, tais como os adolescentes em situação de rua, em exploração sexual ou em cumprimento de medidas socioeducativas, muitas vezes alvos de estigmas sociais na própria rede de proteção destinada a eles.

A Trajetória Gaúcha na Desinstitucionalização da Infância e Adolescência

Partimos da constatação, acima demonstrada, de que a desinstitucionalização de crianças e adolescentes pertence à segunda geração da Reforma Psiquiátrica, com demandas específicas: enquanto a primeira

geração teve como foco a desospitalização e a inclusão como princípios reformistas, apresentando o CAPS como um dos serviços substitutivos estratégicos para esta finalidade; na segunda geração, onde se inclui a política de saúde mental para a infância e adolescência, a demanda seria o enfrentamento da patologização e da criminalização.

Assim sendo, na análise do percurso gaúcho estaremos problematizando dois aspectos relacionados a esta segunda geração da Reforma Psiquiátrica e que dialogam com as diretrizes do ECA quanto à desinstitucionalização de crianças e adolescentes: a crescente tendência de acolhimento institucional de crianças e a sua relação com a destituição do poder familiar de genitores usuários de drogas; a “lógica penal-sanitária” no cuidado em saúde mental a adolescentes em cumprimento de medidas de privação de liberdade. Vamos aos fatos...

No início dos anos 90, a FEBEM/RS iniciou um processo de reordenamento. A iniciativa transformou as grandes unidades de abrigos em unidades residenciais transitórias destinadas ao acolhimento institucional. Essas unidades eram pequenas casas projetadas para operar segundo os princípios do ECA: o atendimento personalizado em pequenos grupos, a preservação dos vínculos familiares através da não separação de irmãos, a transitoriedade de acolhimento e a utilização de recursos externos (escolas, unidades de saúde, praças, academias do bairro etc). Foram criadas também unidades específicas para o atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e teve início o processo de regionalização do sistema socioeducativo, através da construção de unidades de privação de liberdade no interior do estado, em projeto arquitetônico diferenciado e com capacidade limitada de internos.

No final daquela década, a FEBEM foi extinta e foram criadas duas novas Fundações- de Proteção Especial e de Atendimento Socioeducativo (Fase), em sintonia com as diretrizes do ECA, ou seja, foram implantadas instituições especializadas e distintas para o atendimento de medidas protetivas e de medidas socioeducativas. Decorridos mais de 15 anos, esse reordenamento ainda está inconcluso, pois as unidades de acolhimento institucional até agora se encontram sob a gestão estadual, quando o

Estatuto prevê a sua municipalização. Por outro lado, continua crescendo a população de crianças e adolescentes em medidas de acolhimento institucional e de privação de liberdade (no caso de adolescentes), como veremos a seguir.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Crianças Acolhidas⁹⁵, em agosto de 2017 encontravam-se em acolhimento institucional 4.873 crianças e adolescentes no RS, sendo o 3º estado com maior número (muito embora seja o 5º mais populoso), superado apenas por SP e MG. Destaca-se que, deste total, 1.238 são crianças menores de 3 anos, o que contraria a recomendação de organismos internacionais, tais como o Unicef⁹⁶.

Há indicativos de que esse aumento de crianças nos serviços de acolhimento institucional esteja em parte relacionado à crescente destituição do poder familiar da genitora usuária de drogas. De 2011 a 2017 foram publicadas pelo Tribunal de Justiça do RS⁹⁷ 871 decisões judiciais sobre destituição do poder familiar de mães nesta condição, numa média de 12 destituições por mês. Não estão computados aqui os processos que ainda tramitam no sistema de justiça, tampouco aqueles envolvendo crianças de outras faixas etárias, além dos recém-nascidos e que são separados do convívio familiar por motivos geralmente associados ao uso de drogas pelos genitores, tais como negligência ou maus tratos.

O princípio base que tem determinado esta situação é a separação de crianças do seu meio familiar por se encontrarem em “situação de risco”. Entretanto, no caso dos genitores usuários de drogas a sua vulnerabilidade é resultado, principalmente, das falhas da rede de proteção e, sendo

95 <http://www.cnj.jus.br/sistemas/infancia-e-juventude/20545-cadastro-nacional-de-criancas-acolhidas-cnca>

96 Em 2013 o Brasil aderiu à “Mobilização pelo fim da institucionalização de crianças menores de 3 anos”, uma iniciativa da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), do Capítulo América Latina e Caribe do Movimento Global pela Criança (MMI-CLAC), da Rede Latino-Americana de Acolhimento Familiar (RELAF), com apoio da secretária-geral das Nações Unidas sobre a Violência contra as Crianças e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Naquele ano, foi lançada no país a campanha #FalePorMim como parte da mobilização regional.

97 Segundo dados extraídos do Portal JusBrasil. Acesso em 31 de agosto de 2017. <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/>

assim, caberia ao Estado não poupar esforços para assegurar as mínimas oportunidades de restituição de seus direitos. Portanto, ao invés do ônus da exclusão e dos altos custos para acolher seus filhos em programas de acolhimento, cabe indagar que investimentos (acesso ao tratamento, à moradia, profissionalização e geração de renda, por exemplo) têm sido feitos pelo poder público para diminuir os fatores de vulnerabilidade das famílias que se encontram à margem da rede de proteção, quando mais dela necessitam.

Tal problematização é fundamental pois, dentre as inovações legislativas introduzidas pela Lei nº 13.257/2016 que instituiu o “Marco Legal da Primeira Infância”, tivemos a alteração da redação do art. 19, caput, da Lei nº 8.069/90 (ECA). O referido dispositivo legal, que abre o capítulo destinado a regulamentar o exercício do “direito à convivência familiar” continha, em sua redação original, a expressa menção de que este vínculo deveria se dar “em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”. Visando evitar a utilização indiscriminada e sem maiores cautelas desta definição, o novo marco legal que alterou o Estatuto passou a ter a seguinte redação:

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.
(O grifo é nosso)

Além disto, esta lei determina o uso de medidas de “*inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos*”, assim como o “*encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico*”, justamente na perspectiva de evitar que, em razão do agravo de saúde dos pais, os filhos sejam afastados de seu convívio. Isto vem ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde na Portaria n. 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e reiterado na nota Técnica Conjunta

nº 001/2015 - SAS e SGEP, que estabeleceu um fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de *crack*/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

Todavia, temos constatado que alguns fluxos assistenciais nas maternidades do RS contrariam tais normativas e incluem a imediata notificação ao sistema de justiça ou ao Conselho Tutelar acerca do parto de mulheres usuárias de drogas, dando início ao processo de acolhimento institucional compulsório dos bebês. Destaca-se que, segundo coletivos de mulheres em situação de rua em Porto Alegre, esta medida é efetivada muitas vezes de forma arbitrária pois não tem sido garantido o direito de manifestação da genitora sobre o interesse de permanecer com o recém-nascido, tampouco assegurado o direito de conviver com o recém-nascido durante a hospitalização ou da família extensa ter assegurada a guarda provisória ou o direito de visita a esta criança no serviço de acolhimento institucional a que foi encaminhada.

Trata-se de um processo distinto daquele evidenciado no Brasil colonial, em que os filhos nascidos fora do casamento e em condição de pobreza eram “deixados” por seus pais em logradouros públicos, na porta das igrejas e casas ou, ainda, na Roda dos Expostos, quando a criança era “abandonada”, de forma anônima, através de um cilindro giratório colocado na parede da Santa Casa de Misericórdia. Em nossos dias, pode-se afirmar que existe uma produção institucional do abandono sob a suspeição dos especialistas de uma negligência previa dos pais. Em comum entre aquela situação de séculos atrás e a atual, talvez seja a mesma intencionalidade de garantia da sobrevivência da criança.

Presume-se que seja em nome da proteção do bebê que as maternidades sigam um ritual de notificação ao Ministério Público dos partos de usuárias de drogas ou de recomendação de acolhimento institucional ao sistema de justiça, totalizando mais de 40% dos casos atendidos pela rede hospitalar de Porto Alegre, conforme dados preliminares de um levantamento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde em 2016. São raros os encaminhamentos para a rede psicossocial a fim de viabilizar o tratamento das genitoras e o seu acesso a alguns serviços ou programas de apoio,

como por exemplo a Casa da Gestante, o abrigo de família ou o aluguel social. Neste cenário, se promove a ruptura de vínculos, muitas vezes de forma definitiva entre a mãe e o bebê desconsiderando os prejuízos ao desenvolvimento desta criança por uma institucionalização tão precoce.

No que tange à aplicação de medidas socioeducativas de privação de liberdade aos adolescentes em conflito com a lei, encontramos algumas similaridades com o quadro acima descrito. De um lado, temos um novo marco legal, a Lei 12.594/2012, que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), corroborando as diretrizes de desinstitucionalização já expressas no próprio ECA: a medida de privação de liberdade está “sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”; a unidade de internação é definida como “estabelecimento educacional”; o tempo máximo de internação é de três anos; a restrição de liberdade não significa a incomunicabilidade do adolescente; o interno deve ter assegurados os seus direitos básicos como qualquer outro adolescente brasileiro (acesso à escolarização, saúde, cultura, esporte e lazer, por exemplo).

Muito embora a medida de privação de liberdade seja a mais extrema, observa-se uma tendência brasileira de crescimento da aplicação desta medida, na maioria dos estados. No RS, de 860 internos em 2010, a Fase evoluiu para 1.404 adolescentes cumprindo privação de liberdade em agosto de 2017. Como sua estrutura de atendimento permanece praticamente inalterada há mais de uma década e diante da taxa crescente de internação, há evidências de que as unidades estejam operando com superlotação⁹⁸. Estudos demonstram que este aumento no país está associado a uma maior inserção de adolescentes no crime organizado, via consumo e tráfico de drogas, bem como há evidências de que a trajetória no ato infracional seja um atalho de reconhecimento às novas gerações de periferia diante do estreitamento de oportunidades de mobilidade social e acesso a bens de consumo valorizados na sociedade de mercado (OLIVEIRA, 2000). Contudo, a crescente “solução” pela via do aprisionamento não tem sido problematizada, uma vez que vem de encontro atende às demandas punitivas expressas na opinião pública, em parte pela vivên-

⁹⁸ <http://www.fase.rs.gov.br/wp/populacao-diaria/> Acesso em 31 de agosto de 2017.

cia de insegurança nas cidades e no campo e também pelo fato de que o hiperdimensionamento da violência juvenil na mídia gaúcha favoreceu a construção do adolescente como a principal ameaça à ordem pública (OLIVEIRA & HENN, 2003).

Isto explica, também, o clamor popular pela redução da maioria penal, cuja Proposta de Emenda à Constituição (PEC) foi aprovada em 2015, depois de ter ficado 24 anos engavetada na Câmara dos Deputados⁹⁹. Em contrapartida, são inúmeras as críticas dos especialistas em segurança pública sobre a efetividade do aprisionamento como medida que assegure a almejada redução da criminalidade, bem como têm sido frequentes as denúncias de violação de direitos nas unidades de internação do sistema socioeducativo, em muito distantes de serem consideradas como “estabelecimentos educacionais”, conforme preconizado no ECA.

É assim que uma série de denúncias foram trazidas ao conhecimento público em 2006, envolvendo a Fase/RS. Naquele ano, o Conselho Federal de Psicologia e a Ordem dos Advogados do Brasil coordenaram uma inspeção nacional às unidades de internação em todo o Brasil, sendo identificada a medicalização dos internos, entre outras violações de direitos. Nesta ocasião, foi apurado que em uma unidade socioeducativa do RS mais de 80% dos adolescentes fazia uso do medicamento psicotrópico Amplitil®4 (BUGES, 2014). Segundo a equipe de saúde, a prescrição era feita em razão do diagnóstico de transtorno de ansiedade, principalmente em decorrência do estado de abstinência do uso de drogas, sendo que a atenção psiquiátrica era ofertada, na época, mediante contrato de terceirização da prestação de serviços.

Em 2008, um levantamento nacional realizado pela FIOCRUZ revelou esta mesma realidade, em muitos aspectos contrastante com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica: o cuidado em saúde mental dos adolescentes era, na maioria dos casos, feito por equipes das próprias unidades; 80% dos adolescentes usavam antidepressivos; apenas 25% das unidades faziam referência aos centros de atenção psicossocial (CAPs); mais da metade das unidades (55%) informaram que utilizavam práticas de contenção

⁹⁹ Para aprovação em lei, o texto ainda precisa ser votado em outros dois turnos no Senado.

(métodos físicos ou mecânicos que impedem ou reduzem a mobilidade do interno); e 60% faziam uso do isolamento (confinamento involuntário em uma sala ou área).

Assim como na rede de acolhimento institucional, o tema das drogas aparece como um demarcador do sistema socioeducativo. Apesar da magnitude destas situações, o cuidado em saúde mental oferecido é controverso, pois além do atendimento psicológico e da avaliação psiquiátrica serem realizados dentro das próprias unidades, prevalecem os encaminhamentos externos para as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos, com uma menor utilização da rede de atenção psicossocial. Isto é, os adolescentes transitam entre diferentes instituições totais, em detrimento das abordagens de base territorial. Observa-se aqui mais um processo de transinstitucionalização do que uma efetiva desinstitucionalização, como preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica.

Este quadro diverge das diretrizes do SINASE (BRASIL, 2006) para o cuidado em saúde, que indica a necessidade de “garantir a equidade de acesso da população de adolescentes que se encontram no atendimento socioeducativo às ações e serviços de atenção à saúde da rede do Sistema Único de Saúde”. Esse acesso, inclusive, foi normatizado na Portaria do Ministério da Saúde no. 1.082/14, que redefiniu as prioridades da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Ou seja, a desassistência dos adolescentes internos não decorre da inexistência ou precariedade de regulamentação normativa, mas está condicionada à baixa priorização dos gestores em concretizar tais diretrizes seja no sistema socioeducativo, seja no SUS.

No distanciamento entre estas duas políticas cria-se um vácuo que favorece no imaginário profissional e popular a associação entre transtorno mental e criminalidade na adolescência, que legitima o uso de medidas de segurança nas unidades socioeducativas, incluindo o aumento do tempo de internação, o uso de alas de isolamento e a contenção química, cujos arranjos passam por um “crivo psiquiátrico estratégico” na avaliação de comportamentos de rebeldia e insubmissão aos ordenamentos institucionais (VICENTIN, 2005).

Trata-se de uma “lógica penal-sanitária” presente nas instituições de atendimento, como referem Vicentin et al (2010) e que encontra ressonâncias no Parlamento, a exemplo da alteração da Lei de Drogas, permitindo a internação involuntária de dependentes químicos, mediante laudo médico e autorização da família ou de alguns dispositivos polêmicos da Lei 12.594/2012, que instituiu o SINASE. Este marco legal é considerado um avanço no sentido de afirmar a medida aplicada ao adolescente infrator enquanto socioeducação e não apenas como forma de retribuição penal. No entanto, os artigos 64 e 65 determinam que o adolescente em conflito com a lei, ao apresentar indícios de sofrimento mental grave, deva ser encaminhado para acompanhamento especializado, inclusive, com a possibilidade de suspensão e mesmo de extinção da medida socioeducativa que lhe fora judicialmente determinada. O problema é que ficou previsto que enquanto não for cessada a jurisdição da Infância e Juventude, a autoridade judiciária poderá remeter cópia dos autos ao Ministério Público para eventual propositura de interdição e outras providências pertinentes. Deste modo, a internação em hospital psiquiátrico surge como espécie transmutada da medida de segurança, sem prazo legal.

Em síntese, como alertam Vicentin et al (2010), a associação entre ato infracional e transtorno mental vem produzindo argumentos para alterações no ECA e outros marcos legais garantistas de direitos, assim como oferece legitimidade a práticas contrastantes com as diretrizes da atual política de saúde mental. Por isto, as autoras destacam a necessária posição ética dos trabalhadores da saúde mental em recusar o uso dos diagnósticos e das terapêuticas como instrumento de controle, tutela ou de disciplinarização.

Desinstitucionalizando (n)o CAPSi

Qual o lugar ocupado pelos CAPSi na Reforma Psiquiátrica? Como estes serviços vêm operando a desinstitucionalização, em meio a estas demandas que atualizam o modelo custodial de atendimento a crianças e adolescentes? É assim que decorridos quinze anos da III CNSM, em que foi colocada como prioridade a implantação de centros de atenção psicossocial para a infância e adolescência, alguns desafios podem ser

apontados, a começar por sua escassa cobertura, pois ainda é insuficiente o número de CAPSi implantados no Brasil e também no RS.

Conforme diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), os 2.462 CAPS habilitados no país em suas várias modalidades (CAPSi, CAPSII, CAPSIII, CAPSi, CAPSAd, CAPSAdIII), existem 229 CAPSi, o que representa 9,3% do total destes serviços. Considerando a população geral do país nos 148 municípios com mais de 150 mil habitantes (critério para criação do CAPSi), este número corresponde a cerca de 50% da cobertura esperada.

No caso do RS, em 2014 haviam 180 CAPS habilitados, sendo 21 CAPSi¹⁰⁰ (a 3ª melhor cobertura do país, apenas superada por SP e RJ), ou seja, 11,7% do total destes equipamentos. Tomando como referência os 12 municípios gaúchos com mais de 150 mil habitantes, foi estimada a necessidade de 18 CAPSi para o estado, sendo que apenas em Porto Alegre seriam necessários 7 Centros. Contudo, a capital conta com menos da metade destes recursos e a rede implantada no interior do RS abrange municípios com uma população menor do que a projetada na portaria ministerial. Além de evidenciar a insuficiente cobertura, esta distribuição da rede existente demonstra que o critério populacional nem sempre é a melhor referência para a implantação dos serviços, pois outras variáveis se tornam mais imperativas, tais como o perfil epidemiológico, a localização geográfica do município, a regionalização dos serviços de retaguarda, dentre outros fatores.

A insuficiência é mais destacada no que se refere às possibilidades de cobertura para as prioridades de atendimento projetadas para os CAPSi - os transtornos mentais de maior gravidade. Estima-se que 10 % a 20% da população infanto-juvenil sofram com transtornos mentais no Brasil e, desses, 3% a 4% precisem de tratamento intensivo. Como em 2016 a FEE¹⁰¹ projetou a estimativa de cerca de 3 milhões de pessoas de 0 a 19 anos no RS (equivalente a 27% da população geral), teríamos em torno de 91 a 121 mil crianças e adolescentes necessitando de cuidados intensivos.

100 Porto Alegre (3), Canoas, Pelotas, Santa Maria, Novo Hamburgo, São Leopoldo, Passo Fundo

101 <http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/> Acesso em 30/08/2017.

Outros pontos de média complexidade da rede de atenção psicossocial também foram pouco investidos, tais como as Unidades de Acolhimento Infantil (UAI) e os leitos psiquiátricos para crianças e adolescentes em hospitais gerais, muitos deles contratualizados, mas indisponíveis para acesso, por justificativas de falta de equipe ou de condições da área física. Outros dispositivos usados no atendimento de usuários adultos são praticamente indisponíveis para a inserção de crianças e adolescentes institucionalizados, a exemplo do Programa de Volta pra Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Tal situação tem aumentado o gargalo na cobertura assistencial a alguns agravos, em especial para situações de maior gravidade, como no caso do tratamento da dependência a substâncias psicoativas. Pesquisas realizadas no CIAPS- Centro Integrado de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, vinculado ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, demonstram que a drogadição é o transtorno mental que mais demanda atendimento naquele serviço, frequentemente via determinação judicial (SCISLESKI et al, 2008), bem como 45% dos casos de internação de adolescentes são encaminhados por ordem judicial, predominantemente para casos de transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa (CUNDA et al 2013). Deste modo, como já referido na seção anterior, na ausência de uma retaguarda de serviços de média complexidade, as alternativas que se apresentam são os encaminhamentos para internação em clínicas psiquiátricas ou nas chamadas “comunidades terapêuticas”, muitas vezes com baixa efetividade, como atestam as suas elevadas taxas de reincidência, além de resultarem em obstáculos para a convivência familiar e comunitária.

É assim que ao invés de investimentos nos novos dispositivos, ressurgem das cinzas velhas alternativas em que temas da saúde mental são usados na perspectiva da defesa social. Vicentin et al (2015) afirmam que um indicador dos “processos de psiquiatrização” está no aumento da internação psiquiátrica de adolescentes por mandado judicial, nos hospitais psiquiátricos para adolescentes do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, mediante: “compulsoriedade; estipulação de prazos para a internação subordinada aos critérios jurídicos; tempo médio de internação

superior aos dos demais internos admitidos para outros procedimentos; e acentuada presença de quadros relativos a distúrbios de conduta”. Neste sentido, também chama a atenção o levantamento realizado por Cunda et al (2013), em que mais da metade dos encaminhamentos para o atendimento ambulatorial de um CAPSi em Porto Alegre teve como justificativas os problemas relacionados à conduta (“falta de limites”, “hiperatividade”, “agressividade”, “desinteresse e desatenção na sala de aula”).

Para Decotelli et al (2013), trata-se de uma necessidade de controle sobre a infância e a adolescência, justamente quando a criança e o adolescente passam a constituir um grupo social com direitos específicos e ter um corpo valorizado socialmente. No caso, o fortalecimento do exercício do biopoder, feito através do diagnóstico e da prescrição de psicofármacos, tem como agentes não apenas os médicos, mas os próprios pais, professores e cuidadores da rede de proteção responsáveis pelos encaminhamentos à avaliação médica.

Foucault (2006) alerta para o fato de que foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da infância, na medida em que ao longo do século XIX o poder psiquiátrico foi se consolidando através dos pares hospital-escola, instituição sanitária-instituição pedagógica, modelo de saúde-sistema de aprendizagem:

Parece-me que essa difusão do poder psiquiátrico se realizou a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância. Claro, vocês podem encontrar esboços, formas, dessa generalização a partir de certo número de personagens que não são o personagem da criança – podemos encontrá-los, por exemplo, a propósito do criminoso, e isso já bem cedo, desde a elaboração tanto das perícias psiquiátrico-legais como da noção de monomania – mas, enfim, parece-me que em todo o século XIX foi principalmente a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; foi muito mais a criança que o adulto. (p.255).

A ação intersetorial e de corresponsabilidade é uma estratégia que

tem demonstrado efetividade no enfrentamento da perspectiva minorista, especialmente em relação aos usuários provenientes da periferia, submetidos a um olhar estigmatizado dos educadores, conselheiros tutelares, profissionais da saúde e da assistência social e dos operadores do direito. A experiência de intersetorialidade em alguns municípios, como em Porto Alegre, levou à construção das chamadas “Redinhas”, cuja trajetória de mais de duas décadas na capital tem sido referência para outras cidades. Através de reuniões regulares (quinzenais ou mensais), geralmente na sede dos Conselhos Tutelares, profissionais de vários pontos da rede pública de proteção (CRAS, CREAS, Escola, UBS, CAPSi, ESF, Guarda Municipal etc) discutem e acompanham casos, compartilhando o cuidado. Estes encontros também servem para avaliar e ajustar fluxos assistenciais, superando a lógica da oferta de cuidado de forma “fatiada” entre os serviços, onde as ações se encontram superpostas ou contrapostas, bem como permite ainda uma melhor integração com o sistema de justiça.

Uma avaliação recente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2013) apontou justamente a necessidade da rede CAPSi superar alguns problemas derivados dos processos de trabalho: escassas estratégias formativas para os trabalhadores da rede, para cumprimento do seu mandato clínico e gestor; a fragilidade nos vínculos de trabalho dos profissionais, com forte tendência à terceirização das contratações, baixos salários e rotatividade nas equipes; o uso incipiente do dispositivo da supervisão clínico-institucional; e a carência de estratégias de registro do conhecimento produzido, bem como de avaliação e monitoramento, que poderiam contribuir para o reconhecimento da atenção psicossocial como modo resolutivo de cuidado.

Quanto ao trabalho em rede, é frequente que o trabalho clínico dentro do serviço concentre a maior parte do tempo e da energia das equipes, em detrimento de sua intervenção “dos portões para fora”, ou seja, para outros pontos da rede de saúde (outros CAPs, ambulatórios, hospitais, PSFs etc.), mas também em articulação com outras agências sociais cuidadoras de crianças e adolescentes (escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, conselho tutelar, instituições de acolhimento institucional, equipamentos culturais, dentre outros). O CAPSi ainda está encapsulado.

Todavia, experiências exitosas de articulação intrasetorial no campo da saúde vêm sendo empreendidas em vários municípios, em que a rede de atenção psicossocial atua de forma integrada à Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Consultório na Rua. Esta oferta de cuidado de saúde no território, em equipamentos mais próximos aos usuários, tem possibilitado detectar sinais precoces de agravos, além de auxiliar na mobilização de outros pontos de apoio da rede formal e comunitária para a reinserção social das crianças e adolescentes atendidos e o fortalecimento das estratégias de atenção às famílias.

Aprendimentos

Ao colocar em análise o percurso de implementação da política de saúde mental para a infância e adolescência no Brasil e, em especial no RS, emergiram algumas evidências que nos levam a afirmar que a desinstitucionalização de crianças e adolescentes encontrou no ECA e na Lei da Reforma Psiquiátrica marcos fundamentais para a implementação de políticas e programas nesta direção. Mais do que isto: pudemos constatar uma aproximação entre o movimento da infância e adolescência e a luta antimanicomial, gerando conexões em torno de pautas comuns e agenciadoras de várias conquistas, talvez mais difíceis ou mais demoradas de acontecer caso tivessem sido empreendidas por meio de uma atuação segmentada em cada campo da militância.

A Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelas demandas de efetivação do ECA, permitiu a constituição de uma rede de serviços especialmente direcionados ao cuidado de saúde mental de crianças e adolescentes – os CAPSi. Tais equipamentos são, hoje, espaços privilegiados para ouvir o que a criança e o adolescente demandam de seus cuidadores; para dar visibilidade ao que seus sintomas interpelam sobre o laço social na contemporaneidade; e, desta forma, mobilizar a corresponsabilidade da família, comunidade e Estado na proteção das novas gerações e na promoção de seus direitos.

Constatou-se também que a desinstitucionalização da infância e da adolescência implementada ao longo das últimas décadas é um processo

em que têm sido confrontados distintos sentidos e estratégias nem sempre convergentes. Da mesma forma que subsiste o Código de Menores-em-nós também persiste o Manicômio-em-nós e, assim, mesmo diante da agonia das instituições totais surgem novas formas de regulação dos corpos, destacadamente a psiquiatrização e a criminalização, incidindo no tecido social para a naturalização das patologias, consolidação de uma visão alarmista sobre os chamados “grupos de riscos” e legitimação das práticas institucionais segregacionistas.

Destaca-se que o tema das drogas na infância e adolescência trouxe novos desafios na última década para a rede de atenção psicossocial e também para as unidades de acolhimento institucional e o sistema socio-educativo. As evidências aqui levantadas sugerem que a política proibicionista em relação às drogas no Brasil tem gerado a institucionalização de crianças e adolescentes, além dos já conhecidos problemas de aumento exponencial das taxas de encarceramento, genocídio da juventude pobre e negra, vitimização policial, incentivo à corrupção de agentes estatais, livre circulação de armas, entre outros fatores de risco social.

Em certa medida, é preocupante a baixa priorização dada pelos CAPSi no cuidado em saúde mental para as crianças e os adolescentes institucionalizados. De um modo geral, tampouco as situações de violência (doméstica e sexual ou as autolesões, por exemplo) constituem um foco de maiores investimentos na organização de programas terapêuticos, apesar da sua prevalência em outras portas de entrada da rede de proteção, como os Conselhos Tutelares, a rede de assistência social ou o sistema de justiça. Assim sendo, é incipiente a implementação da Linha de Cuidado na área, bem como a notificação dos casos de violência e a coleta sistemática e abrangente de dados assistenciais, o que compromete a definição de novas estratégias de atenção a estes graves problemas.

Consideramos, entretanto, que a crítica à “desassistência” não decorre do fracasso da Reforma Psiquiátrica, mas justamente pela pouca priorização dada pelos gestores na sua plena implementação. Por isto, não buscamos rememorar o percurso para conservar os caminhos, e sim para apontar a necessidade de uma renovação dos compromissos e das práticas.

Afinal, nem mesmo os direitos de crianças e adolescentes e a política de saúde mental a eles direcionada podem ser tomados como consagração, mas como trajetórias capazes de receber novos traçados e nos levar a novas tomadas de posição/decisão.

Desta forma, decorridos 25 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica e 27 anos de implementação do ECA no RS e diante do atual contexto brasileiro de retrocessos de direitos é preciso compartilhar também nossos “aprendimentos”, como nos propõe o poeta Manoel de Barros (2006). Dentre estes, destacamos:

1. A desinstitucionalização como norteadora das ações da rede de proteção de crianças e adolescentes, buscando a reversão da patologização dos comportamentos e da mentalidade punitiva e tutelar em favor de uma cultura promotora de direitos.
2. A necessidade da criação de mecanismos para uma interlocução mais próxima entre o campo da Saúde Mental e o do Direito que leve em consideração a diferença entre estes dois campos discursivos e permita avançar na consolidação dos princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental, previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica e no ECA.
3. Os investimentos na construção de dados qualificados sobre a infância e adolescência institucionalizadas, suas demandas de atenção em saúde mental e os efeitos da institucionalização sobre o seu desenvolvimento, a fim de subsidiar e instrumentalizar a política de desinstitucionalização e o efetivo controle social.
4. O fortalecimento de iniciativas de gestão territorial, seja na articulação intrasetorial para o cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes, em especial junto à rede básica de saúde e na constituição de uma retaguarda hospitalar e de acolhimento; bem como no desenvolvimento de ações que promovam a intersetorialidade, tais como a construção de fluxos assistenciais e a definição de responsabilidades.

5. A garantia de atendimento na rede de saúde mental de crianças e adolescentes com maior vulnerabilidade (em situação de rua, trabalho infantil, cumprimento de medida socioeducativa, exploração sexual, entre outros), como usuários legítimos e preferenciais, promovendo iniciativas que superem sua baixa aderência aos serviços.

6. A implantação, com prioridade, da Linha de Cuidado a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência, através do desenvolvimento de protocolos de atendimento na rede intersetorial, em articulação com os sistemas de justiça e segurança e uso de procedimentos amigáveis a estes segmentos etários.

7. A constituição de espaços de escuta, acolhimento de dúvidas e construção compartilhada de conhecimentos entre os cuidadores de crianças e adolescentes e as equipes da rede de proteção, visando o desenvolvimento de competências familiares e os processos de autonomia dos filhos.

8. O enfrentamento da cultura adultocêntrica na rede de proteção, com a garantia do direito de crianças e adolescentes de serem ouvidas sobre o modo como desejam ser cuidadas nos serviços, incluindo a sua participação nas conferências e instâncias de deliberação sobre a política de atendimento a estes segmentos etários, bem como em eventos de mobilização dos coletivos de usuários no estado (tais como Mental Tchê, Orgulho Louco, entre outros).

9. A criação de canais de divulgação de informações sobre a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS - para adolescentes, utilizando vários meios de mídia e, preferencialmente, com a sua participação na elaboração dos materiais direcionados aos seus pares.

Cabe a todos nós que nos sentimos convocados pelos novos desafios produzir os recomeços da Reforma, com a mesma audácia dos primeiros passos e com a confiança no caminho já trilhado. Mais do que uma Reforma Psiquiátrica que promova o cuidado em saúde mental para crian-

ças e adolescentes, faz-se necessária a desinstitucionalização da infância e adolescência. E isso significa superar a lógica adultocêntrica e a cultura tutelar que, historicamente, povoam o imaginário social.

Esse deslocamento deverá ser produzido, necessariamente, com a participação dos maiores interessados nesta transformação- as crianças e os adolescentes. Eles são mestres em habitar tempos e espaços para além das referências dadas, duvidam das certezas, exploram zonas de vizinhança, improvisam e fazem caminhos. Por isto, o vigor da Reforma Psiquiátrica não estará apenas nos seus investimentos na criança, mas no devir-criança de todos que a fazem persistir, ou seja, na curiosidade dos reformadores em relação a caminhos ainda não explorados e na vontade sempre renovada de experimentação de novos modos de existir. Junto com as novas gerações e do jeito delas, é preciso fazer com que o verbo “reformatar” seja capaz de delirar, como nos sugere o poeta:

No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá onde a criança
diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não funciona
para cor, mas para som.
Então se a criança muda a função de um verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia, que é voz de poeta, que é a voz de fazer
nascimentos – o verbo tem que pegar delírio.
(Manoel de Barros, 2011)

REFERÊNCIAS

BARROS, Manoel (2006). Memórias Inventadas: a segunda infância. São Paulo: Editora Planeta do Brasil.

_____ (2011) Poesia Completa. São Paulo: Leya.

BARROS, Denise B. (2014). As representações sociais do uso do metilfenidato: do tratamento ao aprimoramento cognitivo. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL (1994). Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL (2006). Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo –SINASE. Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BRASIL (2014). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no sus: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2017). Panorama e Diagnóstico da Política de Saúde Mental. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Brasília.

BUJES, Janaina de Souza (2014). Governar infratores ou tratar corpos? A medicalização de jovens internados na Fase/RS como política pública da/na socioeducação. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*. Vitória, v. 15, n. 1, p. 105-124.

CARVALHO, Igho L. do Nascimento et al (2014). CAPS I: avanços e desafios após uma década de funcionamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.42-60.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Panorama Nacional das Medidas Socioeducativas de Internação*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2012.

COUTO, Maria Cristina Ventura e DELGADO Pedro Gabriel Godinho (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40.

CUNDA, MF et al (2013). Ensaio de uma rede ampliada entre os circuitos de exclusão dos adolescentes. *Psicologia e Sociedade*. 25 (46-54).

DECOTELLI, Kely Magalhães et al (2013). A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicol. Cienc. prof.[online]*. vol.33, n.2, pp.446-459. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>.

DELEUZE, Gilles (1977). *Crítica e Clínica*. São Paulo: Ed. 34.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho (2011). Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 63 (2): 1-121.

OLIVEIRA, Carmen S. de (2000). *Sobrevivendo no inferno: cartografias da violência juvenil na contemporaneidade*. Porto Alegre: Sulina.

OLIVEIRA, Carmen S. de; HENN, Ronaldo (2003). O hiperdimensionamento da criminalidade juvenil no noticiário. INTERCOM – Sociedade

Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – BH/MG – 2 a 6 Set 2003.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma (2004). A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

SCISLESKI, Andrea C., MARASCHIN, Cleci (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá-PR, v. 13, n. 3, p. 457-465.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2002). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 213 p.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia et al (2015). Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):363-370.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (2013). Anais do I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial – I CONCAPSI. Rio de Janeiro: UFRJ/UERJ.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves et al (2015). O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. *Diké*, Aracaju, ano IV, vol. I, p.21 a 50. www.dikeprodirufs.br

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves et al (2010). Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online]. 2010, vol.12, n.3, pp. 268-272. ISSN 1518-1812.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves et al (2010) A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* Crescimento. 2010; 20(1): 61-69.

A CASA DOS CATAVENTOS¹⁰²



A Casa dos Cata-Ventos é um serviço de atenção à infância e à adolescência em situação de vulnerabilidade, privação de direitos e violência oriunda da ação ou omissão do Estado. Teve início em 12 de julho de 2011, e é desenvolvido em parceria pelo Instituto APOA e o Instituto de Psicologia da UFRGS. Ela compõe a rede de atenção psicossocial à infância e à adolescência, enfatizando o caráter intersectorial necessário ao cuidado das demandas desta população. Nosso trabalho se coloca na intersecção entre saúde coletiva, assistência social, educação e direitos humanos; propondo um trânsito onde a singularidade de cada criança, adolescente ou família possa ser preservada. Nossas ferramentas de intervenção são a palavra e o brincar, veículos privilegiados de inscrição do sujeito no mundo. Inspiramo-nos na ética de Françoise Dolto que defendia o falar “com crianças”,

102 Texto produzido por membros da equipe da Casa dos Cata-Ventos: Ana Maria Gageiro, Anderson Beltrame, Ângela Lângaro Becker, Eda Tavares, Helena Kessler e Laura Wottrich.

ao invés de falar “de crianças”, reconhecendo-as como sujeitos desejan-tes e cidadãos com direito à verdade sobre suas origens e história. A Casa dos Cata-Ventos se define, assim, como “um lugar para brincar, contar histórias e conversar”.

Iniciamos a intervenção na Vila São Pedro (território emblemático da luta antimanicomial por acolher uma das primeiras experiências de desinstitucionalização: o Morada São Pedro) ofertando um espaço e um tempo de convivência para as crianças e adolescentes que ali vivem. Ao longo dos anos fomos incorporando outros dispositivos ao serviço:

A proposta da “Livração”, nome dado pelas próprias crianças para as oficinas de contação de histórias, partiu do reconhecimento de que a alfabetização e o letramento são vias imprescindíveis de acesso aos bens culturais, já que é a partir deste conhecimento que se ampliam as possibilidades de escolha e acesso ao simbólico. Criar um ambiente onde ler e escrever se conjuga ao brincar, favorece o encantamento pelas letras e permite novas formas de inscrição do sujeito na cultura, promovendo a inclusão e impulsionando o desejo de aprender.

Desenvolvemos também uma Oficina de Capoeira, onde as crianças experimentam o ritmo, o canto e o domínio do corpo. Sendo uma luta dançada, a capoeira possibilita a sublimação da agressividade: vence-se sem encostar no corpo do outro, mas com técnica e malícia, submetendo-se às regras que o jogo determina. A roda, o professor e o berimbau podem produzir uma nova filiação, inscrevendo o sujeito num outro campo cultural.

Alguns dos frequentadores foram “adolescendo” desde o início do trabalho em 2011. Nesta passagem entre “ser pequeno” e “ser grande”, foram demandando um espaço onde fosse possível elaborar uma nova posição subjetiva a partir do discurso social. A adolescência, como um momento de impasse, pode produzir um mutismo (ainda mais quando marcada pela exclusão e a falta de oportunidades). Nesta transição, o campo grupal e o encontro com outras realidades pode servir como trampolim para o desejo de reescrever seu futuro.

Atualmente, a equipe vem desenvolvendo ações que possam contemplar outros públicos e também contribuir para a formação de profissionais implicados com as questões da infância e adolescência em diferentes contextos.

Se o abandono do Estado e a privação de direitos podem ser potencialmente traumatizantes, dispositivos de escuta como a Casa dos Cata-Ventos adquirem importância como forma de promoção de saúde mental coletiva, restituindo a dimensão da fantasia. Ao brincarmos de ser um outro, brincamos com o tempo e inventamos um novo agora e um novo futuro.

COMO SABER
SE SOU
LOUÇO?
SE VOCÊ
SABE ME
DIZ.





A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: DESAFIOS PARA A GARANTIA DE DIREITOS

Míriam Dias¹⁰³

A Reforma Psiquiátrica que os trabalhadores e usuários, inicialmente, seguidos por familiares, gestores, universitários e tantos outros movimentos sociais, foi construída no Brasil na perspectiva da luta antimanicomial para a efetivação dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. A via privilegiada para esta luta é a de mobilização social e ação política, considerando que mudanças de concepção requerem debate e articulação para terem legitimidade. Os usuários dos serviços de saúde mental são protagonistas desta luta, inseridos em várias instâncias de participação e reivindicando reconhecimento da sua condição de sujeito partícipe da sociedade.

A potência da luta por direitos “somente se explicita quando se politiza, até mesmo porque só tem como ser travada em meio a conflitos sociais, jogos institucionais e postulações de autoridade ou de poder” (NOGUEIRA, 2004, p. 62). A elaboração e a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica nº. 9.716, de 1992, no Rio Grande do Sul foi um destes momentos que marcou a saúde mental no estado na luta pela cidadania das pessoas com transtorno mental.

No âmbito federal, somente em 2001 foi sancionada a Lei nº.10.216, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei foi debatida no Congresso Nacional por mais de uma década, quando houve uma disputa acirrada entre as forças que apóiam e as contrárias à extinção

103 Professora do Departamento de Serviço Social e do Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social do Instituto de Psicologia da UFRGS desde 2010. Assistente Social da Secretaria da Saúde do RS de 1982 a 2010: no Hospital Psiquiátrico São Pedro; como assessora e gestora na Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre; como Coordenadora Estadual da Política de Atenção Integral em Saúde Mental SES/RS; Vice-diretora da Escola de Saúde Pública da SES/RS. Membro fundadora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, e a regulamentação da internação psíquica compulsória.

Há 25 anos nas terras gaúchas e há 16 anos no Brasil se tem marco legal para garantir os direitos dos sujeitos com transtornos mentais, resultado das lutas iniciadas na década de 1980 pelos movimentos sociais Fórum Gaúcho de Saúde Mental e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. As lutas travadas no campo político, as iniciativas de formação profissional e de criação de serviços substitutos ao modelo manicomial e hospitalocêntrico produziram significativas transformações no campo da cultura e da configuração de uma nova política pública de saúde mental (FAGUNDES, 2016; DIAS, 2012).

Estes movimentos construíram um outro patamar de reconhecimento da cidadania deste grupo social e criou uma significativa rede de atenção. Entende-se cidadania como o “processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas” (MARSIGLIA, 1987, p. 13) e resultante da luta entre as forças sociais e as econômicas ao longo da história das sociedades. Quando os sujeitos se instalam como seres políticos, pode-se visualizar a possibilidade de efetiva mudança, pois o único lugar possível do homem é de se constituir como ser político (TESTA, 1992).

No Brasil é permanente a violação de direitos, o que é uma grave transgressão ética ao princípio de que as pessoas com transtorno mental são sujeitos de direitos. Este enunciado ético é absoluto, pois “[...] fazer uma afirmação ética é dispensar, automaticamente, o peso das evidências empíricas como garantia de legitimação última do que é dito” (COSTA, 1996, p. 28). Esta concepção é independente de determinadas circunstâncias e julgamentos, pois é um valor construído social e historicamente.

Os direitos no campo da saúde mental ainda requerem debate para acumular conhecimentos e produzir estratégias de superação das históricas violências às pessoas com transtorno mental. A constituição da noção dos direitos vem romper com a concepção de racionalidade, justificadora da segregação e isolamento, necessária em determinado momento histórico.

A função social dos manicômios ainda é reconhecida como natural e inquestionável, mesmo em processos de críticas e avaliações que vem ocorrendo nas últimas décadas, quando os movimentos geraram a construção do ideário de defesa dos direitos e de cuidados mais dignos às pessoas com transtorno mental (VASCONCELOS, 1992; AMARANTE, 1995; FAGUNDES, 2006). Há processualidade e historicidade no campo dos direitos, pois são gerados “em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes” (BOB-BIO, 1992, p. 5).

O campo da saúde mental tem requerido a presença da política de Assistência Social no horizonte da integralidade e do acesso aos direitos sociais dos usuários. Constata-se a presença da Assistência Social na I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987, quando o Ministério da Previdência e Assistência Social foi promotor do evento junto com os Ministérios da Saúde e da Educação. O Relatório Final afirma que a realização desta Conferência, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, “reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal” (BRASIL, 1988, p. 09).

O Relatório situa o contexto político e econômico vigente como produtor do adoecimento psíquico, assinalando que a “medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a este processo despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos” (BRASIL, 1988, p. 21). A década de 1980 tem a marca da ocorrência de um quadro de crise econômica, social e política advindas da queda do produto interno bruto, da aceleração inflacionária e redução na capacidade de investimento econômico, da perda da hegemonia das forças que sustentavam o regime militar e da forte reação de vários segmentos sociais contra as condições de vida instaladas. Como consequência, os rendimentos dos assalariados foram retraídos, principalmente daqueles com salários próximos ao mínimo; redução dramática do nível do emprego que reverteu um processo de formalização do mercado de trabalho erigido nos anos precedentes e aceleração da desigualdade social (FIORI; KORNIS, 1994).

Como uma proposta desta I Conferência Nacional, foi indicado “que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho” (BRASIL, 1988, p. 26). A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) reafirma a premência da intersetorialidade para o alcance dos direitos sociais, requerendo “interfaces importantes e necessárias reciprocamente entre ele [campo da saúde mental] e os campos dos direitos humanos, assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes, etc. (BRASIL, 2010, p. 09).

Antes da Constituição Federal no país, a política de Assistência Social estava sob a responsabilidade da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, para atender as necessidades das famílias que tinham seus provedores participantes da Segunda Guerra Mundial. Posteriormente amplia seus propósitos para a população carente do país, realizando uma política assistencialista e clientelista, comandada pelas Primeiras Damas dos governantes nacionais.

A LBA foi extinta somente em 1995, sete anos após a Constituição Federal, e foi a expressão da *cidadania regulada* (SANTOS, 1979), quando os direitos sociais são estendidos somente àqueles que pela sua condição de trabalhador são contribuintes da Previdência Social, acessando a saúde previdenciária e a assistência social, esta de caráter tutelar e assistencialista aos excluídos do mercado de trabalho. A classificação destes brasileiros nos documentos dos serviços de saúde na época era de *indigentes*, como no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), manicômio estadual

Na concepção vigente na época da criação dos hospitais psiquiátricos no país, a instituição hospitalar se fez necessária para assumir os estranhos à normalidade e de difícil convívio social, pois ainda não havia se constituído organicamente o saber da psiquiatria, que posteriormente se tornou a disciplina responsável pela administração e tratamento da loucura. No caso da realidade gaúcha, o ingresso de pacientes no estabelecimento psiquiátrico não era por exclusivo critério médico, pois os Intendentes

Municipais foram autorizados a requisitarem internação psiquiátrica, através de Decreto em 1924. (DIAS, 2007). Esta concepção estava marcada pelo ideário assistencialista, próprio da concepção residual de política social, que será a marca da instalação e consolidação do hospital psiquiátrico estatal, pois este teve a tarefa de acolher os loucos pobres de todo o estado.

Para ilustrar esta afirmação, em 1929 realiza-se em Porto Alegre o Congresso das Municipalidades do Estado, quando o Dr. Jacintho Godoy, diretor do HPSP nos períodos de 1926-1932 e 1937-1951, apresenta uma tese no tema Assistência Social, de que os municípios gaúchos deveriam “[...]concorrer materialmente para o serviço de Assistência a Alienados, mantido pelo Hospital São Pedro, com uma contribuição fixa, anual, pagável, por semestres vencidos” (GODOY, 1955, p. 95). A proposta de Godoy é aprovada e está sustentada no problema de excesso de internos no estabelecimento, revelando a função social exercida pelo hospital na sociedade gaúcha. (DIAS, 2007).

No segundo período de direção do HPSP, Jacintho Godoy cria a Escola de Enfermagem e o Serviço de Assistência Social (1938), este circunscrito no contexto de instalação do Estado Novo, como uma forma de “[...]intervenção ideológica, que se baseia no assistencialismo como suporte de uma atuação cujos efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento das populações pobres e carentes, o que engloba o conjunto das classes exploradas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 1988, p. 221-222). Ao longo do tempo este serviço hospitalar foi o palco de uma elevada concentração de pessoas, oriundas de todos os municípios do estado, para ali ficarem segregadas da sociedade por suas condições de adoecimento mental.

As características e condições desta população institucionalizada eram as seguintes: 61,7% dos pacientes na faixa etária mais produtiva, de 25 a 55 anos de idade; 63,7% sem necessidade de internação; 73,4% sem vínculo previdenciário; 55,5% eram mulheres; 42,3% com mais de 10 anos de internação, e 39% deles sem família localizada, entre estes, 47% sem necessidade de internação (SILVA et al, 1982), ou seja, o retrato da exclusão e segregação, reforçando a função social dos hospitais psiquiá-

tricos. No auge da superlotação o HPSP teve em torno de 5.000 internos, e após processos de desospitalização, ficou com 1.900 no início dos anos 1980. (DIAS, 2012).

Nesta época de *cidadania regulada* brasileira, os benefícios assistenciais eram providos pela política da Previdência Social, e dois destes eram acessados pelo Serviço Social do HPSP para os usuários institucionalizados. Para situar o contexto destas políticas de proteção social, se relata que em 1965, o regime militar unificou todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões para trabalhadores por ramo de produção com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sem nenhuma discussão com os trabalhadores, ficando excluídos os funcionários públicos e os trabalhadores rurais. Estes foram incluídos somente em 1971, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural - PRÓ-RURAL/FUNRURAL. Este programa beneficiava com a aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez e auxílio-doença, no valor de $\frac{1}{2}$ salário mínimo apenas para o arrimo da família (o que praticamente excluía as mulheres). Às mulheres, consideradas dependentes do marido, restava o benefício de pensão por morte, do auxílio funeral e do auxílio-reclusão, também no valor de $\frac{1}{2}$ salário mínimo. (FETAEMG, 2017)

Significativa parte dos usuários institucionalizados do HPSP eram provenientes do interior do estado, com fortes ligações com as atividades do meio rural, e para estes o trabalho dos assistentes sociais no HPSP era identificar a sua condição de dependente ou beneficiário¹⁰⁴ da previdência social para acessar os benefícios a que tinham direito. Nas situações de ausência de vínculo previdenciário e ser idoso, se obtinha o acesso a aposentadoria pelo Funrural para os usuários. O Funrural proporcionava benefícios equivalentes ao Regime Geral da Previdência Social no Brasil para o trabalhador urbano, mas com a peculiaridade de não requerer contribuições mensais como condição para a concessão de benefícios (NETO, 2017).

Nestas situações, se procurava os Sindicatos de Trabalhadores Rurais ou Sindicato dos Agricultores dos municípios de origem dos usuários,

104 Trabalhador contribuinte da previdência social.

identificando a família a que pertenciam, e os Sindicatos produziam documento comprobatório do exercício de atividades no meio rural, o qual era encaminhado ao INPS e este concedia a aposentadoria, conforme a Lei n. 6.260, de 06/11/1975, que institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes.

O outro benefício foi o da Renda Mensal Vitalícia (RMV), criado em 1974, como benefício previdenciário destinado às pessoas maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, *definitivamente incapacitados para o trabalho, que não exercessem atividade remunerada*, com renda de até 60% do valor do salário mínimo (BRASIL, 2017). Este benefício foi extinto com a institucionalização da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), no marco da Seguridade Social no Brasil pós Constituição Federal, em 07 de dezembro de 1993. O então INPS passa a ser Instituto Nacional de Seguro Social, a partir de 1990, como resultante também das profundas mudanças na proteção social brasileira decorrentes da Constituição Federal.

O contexto social e político da Constituinte, resultante da forte mobilização social por reformas no Estado brasileiro para o alcance de prerrogativas cidadãs e o processo de democratização, criou um consenso possível na definição de Seguridade Social, expresso no artigo 194 da Constituição Federal como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Inovações relevantes para a cidadania emergem, com a Saúde passando a ser universal, a Assistência Social como política pública e não mais assistencialismo, e a Previdência Social, que seguiu como seguro social mas passou a oferecer uniformidade e equivalência dos benefícios e irredutibilidade dos mesmos. (FLEURY, 2003).

A Assistência Social enquanto política pública setorial se orienta pelo princípio de respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao acesso a benefícios e serviços de qualidade, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade. Esta inovação no marco da cidadania não eliminou as tensões entre concepções distintas e até antagônicas, típicas das políticas sociais, pois há duas concepções em embate: uma que considera a política de Assistência Social como direito do cidadão e dever

do Estado, e outra posição a interpreta pelo princípio da subsidiariedade, isto é, o “Estado deve ser o último e não o primeiro a agir. [...] opera a assistência social sob o princípio de solidariedade como ação de entidades sociais subvencionadas pelo Estado” (SPOSATI, 2009, p. 16). A política de assistência social, na perspectiva da universalidade, não é mais exclusiva para aqueles considerados inaptos para o trabalho, mas inclui aqueles em situação de desemprego, subemprego e sob precárias condições de trabalho (COUTO, 2010). As condições de vida decorrentes das históricas desigualdades sociais estão postas a muitos extratos sociais, ainda estando presente o desafio da justiça social para todos.

O marco legal da política é formado pela Lei nº 8.742/1993, lei orgânica da Assistência Social (LOAS), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, a Lei nº 12.435/2011 que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e a Norma Operacional Básica (BRASIL, 2012). A Assistência Social é definida como direito do cidadão e dever do Estado, política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. Os mínimos sociais estão entendidos como o acesso aos bens e serviços básicos de reprodução da vida moderna, mas que se ampliam quando seu provimento se relaciona com o enfrentamento da pobreza, universalização dos direitos sociais, tornando-se um conceito “problematizador do próprio padrão desta reprodução” (LOPES, 1998, p. 96).

O público da assistência social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexual, desvantagem pessoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza e ou dificuldades de acesso às demais políticas públicas, uso de substâncias psicoativas, vítimas de diferenças formas de violências advindas do núcleo familiar, de grupos e ou indivíduos, desemprego ou inserção precária no mercado formal ou informal, além de sujeitos ou grupos que utilizam outras estratégias de sobrevivência que possam representar risco social ou pessoal (BRASIL, 2004).

As ações ofertadas no âmbito do SUAS visam a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território, pelos princípios da universalidade, descentralização compartilhada e a intersetorialidade. Os objetivos são da proteção social, da vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. A proteção social consiste no “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005). São dois os tipos de proteção social à população brasileira:

Proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, executados pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos, executados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

A legislação estabelece os benefícios eventuais, que consistem em provisões suplementares e provisórias destinadas “aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública” (BRASIL, 2011). E cria o benefício de transferência de renda para a pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, no valor mensal de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal, denominado de Benefício de Prestação Continuada (BPC). (BRASIL, 1993). A renda per capita do grupo familiar destas pessoas deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo vigente. A pessoa com deficiência é de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo

prazo. Para a sua obtenção se faz necessário o acesso ao CRAS, onde são fornecidas orientações para encaminhamento da solicitação ao INSS, o qual fará perícia e avaliação para a concessão do benefício. A Previdência Social ficou com a atribuição de executar o BPC, e as despesas com o pagamento são provenientes dos recursos do Fundo Nacional da Assistência Social, conforme o Decreto 1.744/1995.

Uma violação importante dos direitos das pessoas com transtorno mental ocorre na busca do acesso ao BPC, quando é comum a condicionalidade da interdição civil por parte do INSS. A interdição civil é um recurso jurídico que corresponde ao reconhecimento legal de que alguém é considerado incapaz para a prática da vida civil. O movimento da luta antimanicomial denuncia esta arbitrariedade desde o advento deste benefício social (FALEIROS et al, 1998).

Nos Marcos Conceituais da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, está que “é necessário construir mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência, e não apenas a partir de seu diagnóstico” (BRASIL, 1994). Assim, a consideração do sujeito de direitos equivale a reconhecer que a existência de um diagnóstico de doença mental ou a internação em estabelecimento psiquiátrico não deve implicar na perda da capacidade civil (PITTA; DALLARI, 1992). Esta realidade foi problematizada (BRASIL, 2002 a), provocando uma mudança, ainda que tênue, no sentido de não mais generalizar a todas as pessoas com transtorno mental a condição de interdito.

A Previdência Social tende a seguir a orientação legal indicada pelo Decreto nº. 3.048, de 06/05/1999, no artigo 162, parágrafo 1º: “é obrigatória a apresentação do termo de curatela, ainda que provisória, para concessão de aposentadoria por invalidez decorrente de doença mental”. Este Decreto foi substituído pelo de nº. 5.699, de 13/02/2006, que altera dispositivos do Regulamento da Previdência Social. Através de documento interno¹⁰⁵, o INSS fez um conjunto de orientações às Agências de Previdência Social: interrupção da solicitação do Termo de Curatela para 105 INSS. Memorando-circular nº 09 23/02/2006, expedido pela Diretoria de Benefícios até a publicação da nova instrução normativa que irá disciplinar os assuntos relacionados ao novo decreto.

os casos de aposentadoria por invalidez decorrente de enfermidade mental, inclusive aos benefícios de que dispõe a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); e nos casos da família expressar incapacidade do usuário para o recebimento do benefício, a conduta é solicitar uma procuração, visto que “o fato de ser acometido de enfermidade mental não significa a impossibilidade de consciência e expressão válida de vontade em todos os momentos” e também, “a interdição, seja total ou parcial, nunca deve ser exigência do INSS”.

O atual Código Civil, Lei nº 010.406, em vigor desde 2003, no artigo 1.767 define os que estão sujeitos à curatela, entre eles: “I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil”. O sujeito não é mais “incompetente, *a priori*, por ser doente mental. Seus sintomas são vistos na sua totalidade, em toda a sua personalidade, podendo haver dano parcial dessa, mas sem comprometer seu convívio social” (COHEN; MARCOLINO, 1996, p. 20).

Contudo, já está banalizada esta prática que afronta os direitos das pessoas, pois para terem acesso a um direito social estão sendo cerceadas no seu direito civil, como detectado no Ministério Público do RS (MEDEIROS, 2008). A legislação da LOAS não faz esta exigência, e várias resoluções já foram tomadas no âmbito dos órgãos responsáveis (MACAMBIRA, 2016). Em Goiás está sendo judicializada esta questão, onde a Justiça acionou o INSS, visto que foi comunicado que “suas agências ainda vêm exigindo o termo de curatela para concessão dos benefícios”. (IBDFAM, 2016).

Portanto, pensar direitos para as pessoas com transtorno mental envolve uma multiplicidade de dimensões, cujo polo central é relativo à noção da autonomia possível e requerida, de modo a reduzir os impactos das violações legais, institucionais e culturais a que estes estão submetidos. A III Conferência Nacional de Saúde Mental apontou o risco de ao se reivindicar direitos especiais para os usuários “temos que nos defrontar com a possibilidade do reforço da condição de tutelado, ou mesmo do poder do diagnóstico (psiquiátrico, psicológico, social) como critério de inclusão

nos direitos especiais” (BRASIL, 2002 b, p. 33). Esta contradição está presente desde a formação inicial da sociedade brasileira, quando o exercício da cidadania civil foi obstaculizado por três fatores: a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com os interesses privados. Esta situação torna o Brasil a terra da cidadania inconclusa (CARVALHO, 2004), pois a presença de alguns direitos não garante que todos sejam considerados.

O manicômio foi uma instituição necessária na fase do capitalismo industrial, que produziu a segregação e a tutela das pessoas com transtorno mental, e que em tempos de neoliberalismo e globalização é possível ser aceita no campo teórico a noção de direitos a este segmento, ainda que concretamente não realizáveis. Este consenso já existe a despeito do fracasso do modelo manicomial, e esta nova realidade possibilitou avanços no sentido de salvaguardar direitos dos que sofrem com o transtorno mental, ainda que de forma restrita, bem como a capacidade de agentes sociais formularem e executarem políticas públicas de superação do modelo hospitalocêntrico.

A reestruturação produtiva e a globalização da economia e da cultura aprofundaram a realidade já existente de não realização dos direitos de segmentos majoritários da sociedade brasileira, que lutam no cotidiano para ter condições mínimas de dignidade na vida. As aspirações dos homens e mulheres por emancipação são históricas e em permanente *devir*. As sociedades já avançaram na criação do estatuto dos direitos para *todos* os sujeitos, superando a racionalidade como critério de diferenciação. O desafio é a superação deste hiato nas desigualdades sociais e na realização da cidadania. E para tanto se faz necessário o constante deciframento da realidade e dos fenômenos que lhe dão dinamicidade, pois se constata que existe de fato uma fratura na cidadania. Para se garantir o acesso a um direito social é preciso abrir mão de direitos civis e políticos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Lei nº 6.260, de 06 de novembro de 1975. Institui benefícios de previdência e assistência social em favor dos empregadores rurais e seus dependentes, e dá outras providências. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128425/lei-6260-75>

_____. I Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206c-nsm_relafinal.pdf.

_____. II Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm.

_____. Decreto nº 1.744, de 089 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/23/1995/1744.htm>.

_____. Câmara dos Deputados. *Seminário Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002 a.

_____. III Conferência Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final*. Brasília, 2002 b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. (2004). Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. SUAS – Norma Operacional Básica -NOB/SUAS. (2005). Disponível em: <http://www.ppd.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=26>

_____. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. *Relatório Final*. 2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

_____. Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. *Resolução nº 33*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. *Renda mensal vitalícia*. (2017). Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/renda-mensal-vitalicia>

CARVALHO, JM. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COHEN, C; MARCOLINO, JAM. Noções Históricas e Filosóficas do Conceito de Saúde Mental. In: COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (Org.). *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: USP, 1996.

COSTA, JF. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira (Org.). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COUTO, B. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B; YAZBEK, MC.; SILVA, MOS; RAICHELIS, R. (orgs). *O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010.

DIAS, MTG. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. *Tese*. PUCRS, Faculdade de Serviço Social, Doutorado em Serviço Social, 2007.

DIAS, M.T.G. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. (2012). *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (online). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300019.

FALEIROS, E.T.S.; ALVES, MCCA; DINIZ, SP. O BPC como importante recurso de inclusão. I Encontro Nacional dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental. Brasília, agosto de 1998. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social/textos_beneficio_de_prestacao_continuada/pesquisas_bpc/o_bpc_como_importante_recurso_de_inclusao.doc/html2pdf.

FAGUNDES, S.M.S. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Porto Alegre: UFRGS, *Dissertação* - Faculdade de Educação - Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006.

FETAEMG. Capacitação sobre legislação previdenciária aplicada aos segurados especiais e assalariados rurais. (2017). Disponível em: http://www.fetaemg.org.br/consulte/cartilha_previdencia_apresentacao.htm.

FIORI, J.L.C; KORNIS, GEM. Além da Queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org.): *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

GODOY, J. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Edição do autor, 1955.

IAMAMOTO, MV; CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interrogação histórico-metodológica*. 6. ed. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 1988.

IBDFAM. Curatela não é mais exigida para concessão de BPC e aposentadoria por invalidez. 22/06/2016. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/noticias/6035/Curatela+n%C3%A3o+%C3%A9+mais+exigida+para+concess%C3%A3o+de+BPC+e+aposentadoria+por+invalidez>.

LOPES, JR. Mínimos sociais, cidadania e assistência social. *Serviço Social e Sociedade*. n. 58, São Paulo: Cortez, 1997, p. 94-108, nov. 1998.

MACAMBIRA, D.D.C.B. *O benefício de prestação continuada e os desafios no reconhecimento do direito das pessoas com transtorno mental*. In: ROSA, L. *Atenção psicossocial e serviço social*. Campinas, SP: Papel social, 2016.

MARSIGLIA, R.G. Os Cidadãos e os Loucos no Brasil: a cidadania como processo. In: MARSIGLIA, RG et al. *Saúde Mental e Cidadania*. 2. ed. São Paulo: Edições Mandacaru, 1987. p. 85-93.

MEDEIROS, M.B. Interdição civil, curatela e serviço social. (2008). Disponível em: http://www.mpdf.mp.br/senss/anexos/Anexo_7.20_-_Maria_Bernadette.pdf.

NETO, J.A.F. O caráter assistencial da aposentadoria rural por idade. (2017). Âmbito Jurídico. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4716

NOGUEIRA, MA. *Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. São Paulo: Cortez, 2004.

PITTA, AMF.; DALLARI, SG. A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, 2., Brasília. *Anais*. Ministério da Saúde, 1994.

SANTOS, WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed Campos, 1979.

SILVA, ACV.; PALMA, A. V.; PATRÍCIO, IR.; ESCOBAR, J.; MAYA, PV.; BERTELLI, ZV. Caracterização da População de Pacientes Existentes no Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 238-245, 1982.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Posto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, EM. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Se-grac, 1992.

DES'MEDIDA – Direitos Humanos e Saúde Mental: por um Acompanhamento na Rede

Vanessa Panozzo, Simone Paulon e Miriam Dias¹⁰⁶



¹⁰⁶ Vanessa Panozzo é Assistente Social, Dra. em Serviço Social (PUC-RS)
Simone M. Paulon é psicóloga Dra em Psicologia Clínica (PUC-SP)
Miriam Dias é Assistente Social, Dra. em Serviço Social (PUC-RS)
Todas as autoras são docentes e pesquisadoras da UFRGS

O “DES’MEDIDA – Saúde Mental e Direitos Humanos: Por um Acompanhar na Rede” é um Programa de Extensão intersetorial e interinstitucional, envolvendo os cursos de Ciências Jurídicas e Sociais, de Serviço Social e de Psicologia da UFRGS, em parceria com o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Com a finalidade de contribuir com o processo de desinstitucionalização da loucura requeridos para os necessários avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, o DES’MEDIDA objetiva atuar em duas frentes: no assessoramento dos/das juízas de primeira instância na aplicação e/ou na execução da sentença criminal aplicada ao caso específico quando houver instauração de incidente de insanidade mental e também no acompanhamento ao paciente judiciário e aos seus familiares, oferecendo condições singulares de atendimento psicossocial e orientações jurídicas, buscando sua inserção em liberdade junto ao território social, já em fase de cumprimento da sentença criminal imposta ao caso. Entendemos que a tese da inimputabilidade atribuída a esses sujeitos retira-lhes uma das peças mais importantes do mosaico que constitui sua saúde mental, a saber, a responsabilidade pelos seus próprios atos. Esta impossibilidade de falar em nome próprio tem sido percebida como o traço comum entre as pessoas marcadas pela presunção de periculosidade trazida nos laudos psiquiátricos forenses, além de reforçada pelo duplo estigma do louco infrator. O objetivo desses acompanhamentos é, portanto, possibilitar uma alternativa singular de tratamento e de assessoramento ao sujeito visando sua vinculação à Rede Intersetorial que aponte para o cuidado com sua saúde mental e sua situação de vulnerabilidade social, para além das amarras impostas pela instituição total do manicômio judiciário. Nessa perspectiva, o Programa desde 2013, se coloca diante do desafio de problematizar tanto as práticas como os campos discursivos que se constituem nessa associação entre crime e loucura no âmbito do sistema judiciário, da comunidade acadêmica e da rede de saúde mental e de assistência social. Para tanto, o trabalho estabelecido pelo DES’MEDIDA assenta-se na construção de um Plano Terapêutico Singular – PTS - do paciente judiciário, em consonância com os entendimentos da clínica ampliada e da cogestão, que sustenta uma dinâmica interdisciplinar e intersetorial dos acompanhamentos e resulta em relatórios subsidiários às decisões judiciais na perspectiva de construção de alternativas inclusivas

para um segmento historicamente violado em seus direitos, segundo os princípios garantidos desde a aprovação das Leis da Reforma Psiquiátrica do Estado do Rio Grande do Sul (Lei nº 9716/1992) e do Brasil (Lei 10.216/2001).

Nestes menos de três anos de existência, o Programa DES'MEDIDA veio funcionando como dispositivo articulador entre várias instâncias estatais e políticas públicas, (principalmente setores ligados à Saúde e Assistência em alguns municípios do Estado, mas também algumas secretarias de habitação e segurança) para contribuir na inserção comunitária de pacientes cujas sentenças já resultaram em alta progressiva do manicômio judiciário do Estado ou com processos criminais que resultaram diretamente em Medida de Segurança ambulatorial, ou prisão domiciliar. Os pacientes judiciários e familiares são atendidos em sala destinada ao Programa no Foro Central de Porto Alegre, em suas casas ou nos serviços dos territórios em que estão em processo de inserção. Algumas universidades do interior do estado têm se interessado pela temática e a Universidade de Passo Fundo, a partir do acompanhamento de um paciente da região, está iniciando um trabalho vinculado à extensão da UFRGS, voltado para o mesmo público usuário. Eventos científicos, processos de formação abertos à comunidade e pesquisas em nível de pós-graduação realizadas junto ao Programa começaram, neste curto período, também a divulgar as possibilidades de atenção psicossocial para pessoas com transtorno psíquico e em conflito com a Lei. Entendemos que iniciativas como esta ajudam a reforçar as diretrizes do cuidado em liberdade no qual se baseia a Reforma Psiquiátrica brasileira e lembrar que o paciente judiciário tem os mesmos direitos de acesso à saúde de qualquer cidadão do país.

EQUIPE COORDENADORA - UFRGS

Dr^a. Simone Paulon (Psicologia – coord.)

Dr^a. Miriam Dias e Dra. Vanessa Panozzo

(Serviço Social– coordenação adjunta)

Dr^a. Roberta Baggio (direito)

Tribunal de Justiça- RS

Dr. Luciano Losekann (juiz VEPMA)

Ms. Ana Luiza Castro e Ms. Adriana Mello (psicólogas)

Apoio/Parcerias

Adriana Feijó (SUSEPE/IPF)

Equipe PAI-PJ (TJ-MG): supervisão Fernanda Otoni de B Brisset

Dr. Moyses Pinto Neto (assessoria formação jurídica)

Ms Willian Guimarães (Psicólogo – núcleo Passo Fundo)

Bolsistas dos cursos de Direito / Psicologia e Serviço Social da UFRGS.



HOMENAGENS

Morrer também é lei da vida, como já cantou Jorge Drexler. Enterrar os mortos é marca civilizatória dos humanos no mundo. Uma das passagens mais tocantes da Odisséia de Homero é o diálogo entre Príamo e Aquiles, no qual o Rei de Tróia vai sozinho, à noite, ao encontro do guerreiro no acampamento inimigo suplicar que lhe devolva o corpo do filho Heitor, morto num duelo com Aquiles, após Heitor ter matado em combate, por engano, o jovem Pátroclo, primo de Aquiles. Príamo leva seu filho para que tenha um enterro digno, as cerimônias ocorrem durante 12 dias, período no qual há trégua na guerra.

As pessoas confinadas nos manicômios sofriam a violência da exclusão durante a vida e a invisibilidade era sacramentada ao morrerem: seus corpos eram doados para estudos universitários, em especial, na formação médica.

Uma das conquistas do cuidado em liberdade é que hoje pranteamos, enterramos e homenageamos nossos mortos, pois deixam histórias, têm vínculos e continuam vivos em nossas memórias. São e nos fazem, ao lembrá-los, radicalmente humanos.

Ao longo dos 25 anos perdemos companheiras e companheiros que construíram os caminhos do cuidado em liberdade. Como forma de homenagear suas lutas e mantê-las vivas em nossas memórias, a audiência pública lembrou quatro mulheres que fizeram a diferença.

Maria Cristina Carvalho da Silva

(20/05/1960 - 08/09/2012)

“Amar o devir, amar a transmutação, amar o estranhamento, ousar correr o risco de afirmar a vida.”



Loiva de Boni Santos

(30/10/1962 - 02/07/2016)

“É a potência de vida que pulsa dentro de cada um que me faz acreditar que outra política sobre drogas é possível, recheada pelas afecções originadas do encontro com o outro, dos acordos e acordos, criando espaço pra vida através da arte.”



Igídia Olegal dos Santos

(01/09/1940 - 12/08/2017)

“Onde quero ir?! No hospital São Pedro!

Eles precisam ver como estou bem e que posso ir e voltar do Alegrete sozinha, quando quiser!”



Tatiana Ramminger

(19/04/1973 - 14/11/2014)

“Durante 4 anos (1999-2002) integrei a equipe de coordenação da Política de Saúde Mental do RS. O desafio era tirar do papel a Lei da Reforma Psiquiátrica estadual...Nossa equipe era diversificada e qualificada, com pessoas generosas e experientes que abriram portas para mim, mera aprendiz... Particularmente, tive um envolvimento singular e afetivo como projeto São Pedro Cidadão. Aprendi sobretudo a fazer e assumir minha posição política. ”



LISTA DE AUTORES

Adriane da Silva, Katia S. Barfknecht e Tanise kettermann Fick são trabalhadoras da equipe da GerAção/POA, funcionárias públicas da PMPA, sendo Adriane e Tanise psicólogas e Kátia Terapeuta Ocupacional. simplesmenteadri@gmail.com

Ana Carolina Rios Simoni: Psicóloga, Especialista em Atendimento Clínico – Psicanálise, Mestre e Doutora em Educação (UFRGS), Servidora da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. anacarolrs@hotmail.com

Analice Palombini: Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pela UERJ, docente da UFRGS no Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, onde participa também da coordenação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva. Mantém, desde 1998, aliado ao ensino e à pesquisa, o projeto de extensão Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede. analice.palombini@gmail.com

Ana Maria Gageiro (docente e coordenadora UFRGS), **Anderson Beltrame, Ângela Lângaro Becker, Eda Tavares, Helena Kessler e Laura Wottrich** são psicanalistas e componentes da equipe da Casa dos Cataventos.

Bernadete Maria Dalmolin: Enfermeira, especialista em Saúde Mental Coletiva SES/RS, doutora em Saúde Pública (USP), trabalhadora do SUS (1988 – 2012); docente da UPF (desde 1992), pró-reitora de extensão. berna@upf.br
Carmen S. de Oliveira: Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Ativista da luta antimanicomial e dos direitos humanos. carmen.portoalegre@gmail.com.

Carmen Silveira de Oliveira

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Ativista da luta antimanicomial e dos direitos humanos.

Cristiane Holzschuh Gonçalves: Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS), especialista em Sistema Público de Saúde (UFMS), psicóloga e apoiadora matricial contratada do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2014. psicristianehg@yahoo.com.br

Cristiane Knijnik: Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, especialista em Intervenção Social em Saúde Mental pela Universidade de Rovira i Virgili (Espanha), docente no curso de psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Gilson Mafacioli: Médico psiquiatra, Mestre em Psicologia, integrante do comitê gestor do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2016. gilsonmafa@terra.com.br

Graziela de Araújo Vasques: Militante da Luta Antimanicomial, Psicóloga, Especialista em Atenção Psicossocial no Âmbito do SUS (UFPel), Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS), Coordenadora de seis edições do Mental Tchê (2011-2016), componente do colegiado autogestionário de coordenação do Mental Tchê da Resistência (2017). grazi.vasques@bol.com.br

Ivarlete Guimarães de França: Psicóloga, militante desde 1994, do Fórum Gaúcho de Saúde Mental (integrante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA); Conselheira Estadual de Saúde do RS de 2002 a 2016; integrou os Comitês Estadual RS e o Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (de 2014 a 2016); integrou a Associação Arte e Cultura Nau da Liberdade; sócia Fundadora e presidiu a Associação dos Profissionais de Nível Superior da SUSEPE – RS – APROPENS – RS; ex-diretora de Tratamento Penal da SUSEPE – SSP – RS. ivarletegf@terra.com.br

Judete Ferrari: Psicóloga; Especialista em Saúde Mental Coletiva /UR-CAMP/Bagé; Membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental; Coordenadora da Parada Gaúcha do Orgulho Louco/PGOL. judeteferrari@gmail.com

Karol Cabral: Psicóloga, Doutora em Antropologia Médica e Saúde Internacional (Universitat Rovira i Virgili, Espanha), Militante da luta antimanicomial. karolveigacabral@gmail.com

Lúcia Ottonelli Crescente é enfermeira, apoiadora da Política de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS, Mestre em Desenvolvimento Gestão e Cidadania. Fundadora da ASSAMI - Associação de Saúde Mental de Ijuí.

Atualmente é integrante do Colegiado Casa AMA e Funcionária Pública Estadual aposentada. lucia.crescente1402@gmail.com

Luciane Prado Kantorski; Vanda Maria da Rosa Jardim; Valéria Cristina Christello Coimbra; Michele Mandagará de Oliveira; Janaina Quinzen Willrich; Ariane da Cruz Guedes; Valquíria de Lourdes Machado Bielleman: Enfermeiras. Professoras da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. E-mail de contato: kantorski@pq.cnpq.br

Marcos Rolim: Doutor e mestre em Sociologia, jornalista e pesquisador. Membro do Conselho Administrativo do Centro Internacional para a Promoção dos Direitos Humanos (CIPDH), órgão ligado à Unesco, com sede em Buenos Aires, e presidente do Instituto Cidade Segura (ICS). Foi presidente da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da AL/RS e da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal. marcos@rolim.com.br

Míriam Dias: Assistente Social; Professora do Departamento de Serviço Social e do Pós-Graduação de Política Social e Serviço Social do Instituto de Psicologia da UFRGS desde 2010. Assistente Social da Secretaria da Saúde do RS de 1982 a 2010: no Hospital Psiquiátrico São Pedro; como assessora e gestora na Política de Saúde Mental do Município de Porto Alegre; como Coordenadora Estadual da Política de Atenção Integral em Saúde Mental SES/RS; Vice-diretora da Escola de Saúde Pública da SES/RS. Membro fundadora do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. miriamtgdias@gmail.com

Miriam Mattos: Psicóloga, mestre em Educação (UPF), trabalhadora do SUS (desde 1992); docente da UPF (desde 1998). miriam@upf.br

Pedro Augusto Papini: psicólogo, mestre em Psicologia social e institucional (UFRGS). pedroaugustopapini@gmail.com

Rafael Wolski de Oliveira: psicólogo, mestre em Psicologia social e institucional (UFRGS), docente do curso de graduação em psicologia e da Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. rafaelwolski@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim: Doutor em Psicologia, pós-doutor em Antropologia Médica, pesquisador 2 de Educação e Ensino da Saúde pelo CNPq, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na área de Educação em Saúde, orientador de mestrado e doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação. burgeccim@gmail.com

Rubén Oscar Ferro: Prof. Dr. Escuela de Salud Pública y director de la Maestría en Salud Mental. Universidad Nacional de Córdoba. rubenferro@gmail.com

Sandra Djambolakdjian Torossian: Professora do Instituto de Psicologia UFRGS e do PPG em Psicanálise: clínica e cultura. Coordenadora da Rede Multicêntrica- Centro Regional de Referência para Políticas sobre drogas. Equipe coordenadora da Casa dos Cata-Ventos. djambo.sandra@gmail.com

Sandra Maria Sales Fagundes: Psicóloga, mestre em educação, psicanalista, professora convidada da RIS Saúde Mental Coletiva da Ufrgs e do Mestrado em Saúde Mental da Universidad Nacional de Córdoba. Militante da luta-antimanicomial e integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. Coordenadora da Política Integral de Saúde Mental da SES/RS(1987-1990); Secretária Municipal de Viamão(1998-2002) e de Porto Alegre(2003-2004); Secretária Estadual de Saúde do RS (2014); Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição do Ministério da Saúde(2015-2016). sandra.m.sales.fagundes@gmail.com

Silvio Yasui: Psicólogo, Livre Docente em Psicologia e Atenção Psicossocial, doutor em Saúde Pública, docente do curso da graduação e da pós graduação em Psicologia da Unesp-Assis,SP. Índio velho da Reforma Psiquiátrica. syasui@assis.unesp.br

Simone Mainieri Paulon: Psicóloga, Mestre em Educação (UFRGS), e Doutora em Psicologia Clínica (PUCSP). Docente/Pesquisadora do PPG de Psicologia Social da UFRGS onde coordena o grupo de Pesquisa-Intervenção INTERVIRES: Políticas Públicas e integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental. simone.paulon@ufrgs.br

Sirlei Fátima Gomes é fundadora e atual presidente da Assami. Protagonista e ex usuária do CAPS Colméia de Ijuí.

Taís Machado é jornalista. É responsável pela AMA Escrever - oficina de incentivo à leitura e escrita na Casa AMA. Assessora de comunicação voluntária da Assami/Casa AMA. taisemmachado@gmail.com

Vanessa Panozzo é Assistente Social, Dra. em Serviço Social (PUC-RS), Docente da UFRGS e integra a coordenação do Programa de Extensão DES'ME-DIDA: Saúde Mental e Direitos Humanos – Por um Acompanhar na Rede. vanessa.panozzo@ufrgs.br

Volnei Antonio Dassoler: Psicanalista, doutorando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre e integrante do comitê gestor do Acolhe Saúde da Secretaria de Saúde de Santa Maria (RS) entre 2013 e 2016. dassoler@terra.com.br







2018 Assembleia Legislativa RS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Borges de Medeiros no site

<http://www2.al.rs.gov.br/biblioteca/PublicaçõesTemáticas/tabid/3101/Default.aspx>

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 2.500 exemplares

Organizadoras:

Simone Mainieri Paulon,
Carmen Silveira de Oliveira,
Sandra Maria Sales Fagundes

Revisão:

Loiva Teresinha Serafini

Equipe técnica da Comissão

Assessor - Lino de David

Secretária- Loiva Serafini - Revisora

Estagiário - Antônio Cláudio Costa Jr

Endereço CSMA – Comissão de Saúde e Meio Ambiente

Praça Marechal Deodoro, 101 – Porto Alegre / RS

CEP 90010-300 Sala 303 – 3º andar

Telefones – 51 32102093

Email – csma@al.rs.gov.br

Arte e diagramação: Renato Oliveira Pereira - Bancada do PT/RS



Endereço CSMA – Comissão de Saúde e Meio Ambiente
Praça Marechal Deodoro, 101 – Porto Alegre / RS
CEP 90010-300 Sala 303 – 3º andar
Telefones – 51 32102093
Email – csma@al.rs.gov.br