



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La reforma psiquiátrica en Brasil

Un Análisis Sociohistórico (1986-2015) de los Cambios de Modelo de Rehabilitación Psicosocial en el Ámbito de la Salud Mental

Jorgina Ferreira Vanderlei Soares

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Jorgina Ferreira Vanderlei Soares

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL:

Un Análisis Sociohistórico (1986-2015) de los Cambios de

Modelo de Rehabilitación Psicosocial en el Ámbito de la Salud Mental

Barcelona

Septiembre de 2020



Facultad de Psicología

Dpto. Psicología Social y Psicología Cuantitativa

Programa de Doctorado en Psicología Social y de las Organizaciones

TESIS DOCTORAL

Jorgina Ferreira Vanderlei Soares

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL:

Un Análisis Sociohistórico (1986-2015) de los Cambios de

Modelo de Rehabilitación Psicosocial en el Ámbito de la Salud Mental

Director de Tesis

Dr. Josep Maria Garcia-Bores Espi

Codirector

Dr. Andres di Masso Tarditti

Barcelona

Septiembre de 2020

DEDICATORIA

A los que perdieron parte de sus vidas en los pabellones psiquiátricos.

“Está el amor, dijo en una ocasión, y está el trabajo al que se entrega la vida, y uno solo tiene un corazón. Así que se vio obligado a escoger. Puso su corazón en el trabajo.

Espero poder mostrar con qué efecto.”

John Berger

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Irene P. Gil y Jesús Emilio Pérez Hernández Gil (*in memoriam*).

A Luiz Carlos Vanderlei Soares, mi marido.

A mi hija, Flavia Ferreira Francisco Alves, y a mi nieto, Thiago Ferreira Miranda.

A mi hermano, Anguay Gil (*in memoriam*).

A mis sobrinos, Emilio Gil Nieto y Ricardo Gil.

Al Prof. Dr. Alipio Sánchez Vidal, por su apoyo durante su temporada en la Universitat de Barcelona.

Al director de tesis, Dr. Josep Maria Garcia-Bores Espi, y al codirector de tesis, Dr. Andres di Masso Tarditti.

A Dr. ^a Ana María Jacó Vilela por su incansable asistencia y apoyo constante.

A mi tutor en el DEA, Xavier Serrano.

A mis profesores, Dr. Ricardo Blasco y Dr. ^a Nuria Codina, por inestimable apoyo durante el DEA.

A Lucia Pinto, por la ayuda en los momentos difíciles.

A Paulo Amarante, por su amistad y disponibilidad siempre.

A Luciano Elias, por su atención de gran estima y colaboración.

A Ninfa Amaral, por su escucha atenta en tiempos difíciles.

A Pedro Gabriel Godinho Delgado y Domingos Sávio do Nascimento Alves, por el incentivo en todos los momentos.

A mis amigos, Rosanna Mazzarello Martins D 'Ángelo, Yelixa Velásquez Tineo, Alba Zambrano, Denise Maurano, Gloria Chan, Eurípides Junior, Gladys Schincariol, Lucila Lima, Tainá Oliveira, Luiz Carlos Felício y Amauri Amaral, por el incentivo y amistad.

A Jordi Romero, amigo/hermano, y su estimada familia, por la generosa amistad.

A las amigas, In-Coelli Gavião y Arielle Lemos, imprescindibles a lo largo de la tesis.

En especial, a Zinda Vasconcelos y Luiz Zorzi, por hacerme creer que en la vida todo es posible.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XV
RESUMO	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	18
1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	18
1.1 La Salud en crisis: respuestas a las políticas sociales	22
1.2 La VIII Conferencia Nacional de Salud.....	26
1.3 El Sistema Único de Salud (SUS).....	31
1.3.1 Las directrices del SUS y la Reforma Psiquiátrica	34
1.3.2 La Constitución de 1988/Constitución Ciudadana.....	48
1.3.3 El encuentro de la Reforma Psiquiátrica con la Reforma Sanitaria: historia y situación actual.....	51
2 PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
2.1 Motivación y elección de la institución extranjera	63
2.2 Justificativa del proyecto y la tesis.....	66
2.3 Aportaciones teóricas	67
2.4 Relevancia.....	70
2.5 Delimitación del problema y objetivos	71
2.5.1 Objetivo general	72
2.5.2 Objetivos específicos	72
3 MARCO TEÓRICO Y LEGISLATIVO: LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	74
3.1 Evolución histórica de los modelos de la atención psicosocial.....	75

3.2	La salud mental comunitaria como marco psicosocial	89
3.3	La rehabilitación como proceso de resocialización comunitaria	91
3.3.1	La ciudad y el manicomio	91
3.3.2	La intervención.....	93
3.3.3	El cine como instrumento de la intervención.....	96
3.3.4	Efectos del cine como instrumento de la intervención	98
3.3.5	La opinión de la ciudad: evaluación.....	99
3.3.6	Del Principado al Estado de Derecho.....	103
3.3.7	Creación de un ciclo de actividades que se refuercen mutuamente	104
3.3.8	La conclusión	106
3.4	El campo de la rehabilitación psicosocial en Brasil.....	107
3.5	Acciones y servicios.....	118
3.5.1	Reorganizando la red de servicios.....	118
3.5.2	La fragmentación de los tres grandes hospitales públicos en unidades autónomas	126
3.5.3	La implantación de servicios que sustituyen los manicomios	127
3.5.4	Servicios para rehabilitar: talleres terapéuticos.....	138
3.5.5	Del CAPS al espacio público: otros recursos para rehabilitar	147
3.5.6	Generación de renta: la inclusión social por el trabajo	153
3.5.7	Las viviendas terapéuticas, vida cotidiana y la red de cuidado.....	158
3.5.8	Las viviendas terapéuticas en sus territorios	159
3.6	Marco legislativo de la rehabilitación psicosocial	167
3.6.1	Impacto de los nuevos servicios para la Reforma Psiquiátrica y la legislación de la Ley n.º 10.216/ 01	167
3.6.2	Escenario social para el Proyecto de la Ley n.º 10.216/ 01	168

3.6.3 La sostenibilidad de la Ley n.º 10.216/ 01	170
4 MÉTODO.....	183
4.1 Elección del método y técnicas utilizadas.....	183
4.1.1 La revisión bibliográfica	184
4.1.2 Análisis de documentos.....	188
4.1.3 Entrevistas	192
4.2 La mirada epistemológica	197
5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	200
5.1 Los profesionales de la Reforma.....	200
5.2 La formación de los nuevos profesionales	215
5.3 La visión de los informantes claves	219
5.4 Consideraciones finales.....	224
5.5 Los límites del estudio	234
5.6 Propuesta para estudios futuros.....	236
6 CONCLUSIÓN	238
6.1 Con relación al primer objetivo específico	238
6.2 Con relación al segundo objetivo.....	238
6.3 Con relación al tercer objetivo	239
6.4 Con relación a la cuestión psicosocial	240
REFERENCIAS.....	242
APÉNDICES.....	258

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Perfil etario y económico de los entrevistados.....	100
Figura 2 - Declaración de Caracas	112
Figura 3 - Expansión de los CAPS (1980-2014).....	133
Figura 4 - Beneficiarios del Programa De Vuelta a Casa	172
Figura 5 - Reducción de camas	182
Figura 6 - Organigrama referente a la articulación entre los sectores educación y salud mental.....	218

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Adhesión de los municipios al SUS, años seleccionados. Brasil (1988-2000)	33
Tabla 2 - Indicativos operacionales del Sistema Único de Salud (SUS).....	41
Tabla 3 - Número de entrevistados por región del municipio de Paracambi	100
Tabla 4 - Opinión pública tras un año del proyecto “Cinema na Praça”	101
Tabla 5 - Cuantitativo de camas en hospitales psiquiátricos - Brasil (1991-1996)	127
Tabla 6 - Evolución de tipos de CAPS	133
Tabla 7 - Consultorios en la calle implementados o en implementación (Brasil, diciembre, 2014).....	136
Tabla 8 - Talleres de generación de renta (Brasil, diciembre de 2005 a diciembre de 2013).....	157
Tabla 9 - Residencias Terapéuticas (Brasil, diciembre de 2014)	164
Tabla 10 - Análisis crítico referente a viviendas terapéuticas	165
Tabla 11 - Categorías de camas para financiación del SUS en hospital psiquiátrico.....	177
Tabla 12 - Categorías operatorias e indicadores.....	196

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Asociación Brasileña de Salud Pública
AIH	Autorización de Internación Hospitalaria
ARENA	Alianza Renovadora Nacional
BIREME	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en las Ciencias de la Salud
BIREME	Por su denominación original: Biblioteca Regional de Medicina
C.A.I.S.	Centro de Atención Integrada en Salud Mental
CAPES	Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior
CAPS	Centro de Atención Psicosocial
CAPS AD	Centro de Atención Psicosocial para usuarios de alcohol y otras drogas
CAPS	Caja de Seguridad Social
CAPSI	Centro de Atención Psicosocial Infantil
CEBES	Centro de Estudios Brasileños de la Salud
CETAD	Centro de Tratamiento de Alcohol y Drogas del Estado
CF	Constitución Federal
COEP	Red Nacional de Movilización Social - Comité de Entidades en el Combate al Hambre y por la Vida
CRP	Consejo Regional de Psicología
CSNM	Conferencia Nacional sobre Salud Mental
ECT	Electro Convulso Terapia
ESF	Equipos de Salud de la Familia
ESAM-RJ	Escuela de Salud Mental de Rio de Janeiro
FBH	Federación Brasileña de los Hospitales

FIOCRUZ	Fundación Osvaldo Cruz
FUNARTE	Fundación Nacional de Arte
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
INAMPS	Instituto Nacional de Asistencia Médica y Seguridad Social
INPS	Instituto Nacional de Seguridad Social
LOAS	Ley Orgánica de Asistencia Social
LOS	Ley Orgánica de Salud
LRF	Ley de Responsabilidad Fiscal
MDB	Movimiento Democrático Brasileño
MEC	Ministerio de la Educación y Cultura
MESP	Ministerio de Educación y Salud Pública
MS	Ministerio de la Salud
MTSM	Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental
NAPS	Núcleo de Atención Psicosocial
NASF	Núcleo de Atención a la Salud de la Familia
NOB	Norma Operacional Básica
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPAS	Organización Panamericana de la Salud

PAB	Piso de Atención Básica
PAB fijo	Piso de Atención Básica, fijada mensual de remuneración
PASM	Piso de Atención en Salud Mental
PBF	Programa Bolsa Familia
PC do B	Partido Comunista de Brasil
PSF	Programa de Salud de Familia
PT	Partido de los Trabajadores
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileña
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SGTES	Secretaria de Trabajo y Gestión de la Educación
SIA-SUS	Sistema de Informaciones de Ambulatorio del Sistema Único de Salud
SIH	Sistema de Información Hospitalario
SILOS	Servicios Locales de Salud
SRT	Servicios Terapéuticos Residenciales
SUDS	Sistema Unificado y Descentralizado de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidades Básicas de Salud
UF	Unidades Federativas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo analizar la Reforma Psiquiátrica Brasileña, considerando el período de 1986 a 2015, es decir, desde las transformaciones de las políticas de salud pública, hasta el final de la dictadura militar (1964-1985), que dio lugar a la creación del Sistema Único de Salud (SUS). En este sentido, se describe una visión general de los cambios en la salud, sobre todo, en las políticas de salud mental, así como sus efectos, lo que significa presentar la implementación de un nuevo modelo de atención, basado en la construcción de una red de servicios de atención psicosocial. Para la investigación, se utilizaron tanto documentos oficiales, principalmente leyes y normas técnicas, como entrevistas con directores y otros trabajadores de servicios de salud mental. Finalmente, se destaca la importancia de una política de salud consistente, con visión integral del sujeto. Para ello, el SUS debe entenderse como un sistema de salud dirigido a la ciudadanía. Para fortalecer esta propuesta, debe existir la articulación entre la academia y el campo de la salud mental, con el propósito de ajustar la planificación de la capacitación crítica y la calidad técnica de los nuevos profesionales.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica. Salud Mental. Sistema Único de Salud. Rehabilitación Psicosocial.

RESUMO

Esta tese tem como objetivo analisar a Reforma Psiquiátrica Brasileira, considerando o período de 1986 a 2015, ou seja, desde os movimentos de transformações das políticas de saúde pública, após o fim da ditadura militar (1964 – 1985) – que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, é traçado um panorama das mudanças nas políticas de saúde e, sobretudo, de saúde mental, assim como seus efeitos, o que significa apresentar a implantação de um novo modelo de cuidado, baseado na construção de uma rede de serviços de atenção psicossocial. Para a investigação, foram utilizados tanto documentos oficiais, principalmente leis e normas técnicas, como entrevistas com diretores e demais trabalhadores de serviços de saúde mental. Por fim, se destaca a importância de uma política sanitária coerente com a visão integral de sujeito. Para isso, o SUS deve ser entendido como um sistema de saúde dirigido à cidadania. Para fortalecer esta proposta, deve haver uma articulação entre a Academia e o campo da saúde mental, com a finalidade de ajustar o planejamento da formação crítica e de qualidade técnica dos novos profissionais.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Sistema Único de Saúde. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This thesis aims to analyze the Brazilian Psychiatric Reform in the period from 1986 to 2015, that is, since the transformations of public health policies, after the end of the military dictatorship (1964-1985) – which resulted in the creation of the National Health Service (SUS). In this regard, an overview of the changes in health and, above all, mental health policies is outlined, as well as their effects, which means presenting the implementation of a new model of care based on the construction of a network of psychosocial care services. For the investigation, both official documents were used, mainly laws and technical standards, as well as interviews with directors and other mental health service workers. Finally, the importance of a health policy consistent with the integral view of the subject is highlighted. For this, SUS must be understood as a health system aimed at citizenship. To strengthen this proposal, there must be an articulation between the Academy and the field of mental health, with the purpose of adjusting the planning of critical training and technical quality of new professionals.

Keywords: Psychiatric Reform. Mental Health. National Health System. Psychosocial Rehabilitation.

1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como objetivo presentar una visión de la política de salud pública en Brasil y su aproximación a la política social, ya que el campo de la salud, en diferentes momentos, está organizado según los intereses y las necesidades que se refieren al campo social. Tras esta comprensión, será presentada, en primer lugar, la contextualización incluyendo las fases históricas más importantes en las que se constituye la política de salud. Se observará de forma crítica que en la tercera fase los núcleos de la política social culminarán con la crisis del sector de la salud y, en especial, la salud mental. Se aclarará como la gestión administrativa y la responsabilidad del Estado durante las dos décadas de la dictadura militar construye una estructura perversa mediante la protección social. Se presentará la precariedad de la oferta pública para la población y, en contrapartida, el avance de la red privada.

En este capítulo, además, se observará la organización de los grupos de izquierda constituidos por profesionales de la salud que señalan las contradicciones de la asistencia en la salud vigente y presentan como propuesta una reforma sanitaria basada en la integralidad, descentralización de los servicios y la participación social. En el apartado 1.2 se dará énfasis a la VIII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986, que fortalece la propuesta de la reforma sanitaria culminando en el Sistema Único de Salud (SUS), ampliamente detallado en el presente capítulo. Se iniciará en el apartado 1.3.1 el comentario de entrevistas realizadas con profesionales del área de la salud sobre las directrices del SUS y la propuesta de Reforma Psiquiátrica. También se verá en este capítulo la importancia del Sistema Único de Salud en la Constitución de 1988. Al final se mencionará el encuentro de la Reforma Psiquiátrica con el Sistema de Salud, considerando reflexión histórica sobre la situación en el momento actual.

Resaltamos aquí la importancia de tenerse en cuenta la política de salud como un sistema cuyo modelo está compuesto por prácticas dinámicas y cotidianas que articulan la demanda y oferta en el proceso de salud/enfermedad. Esas prácticas se incluyen en el contexto social y en la construcción de la ciudadanía como compromiso ético-político, por lo que se hace imperativo considerar la salud como un derecho. Un derecho de todos los ciudadanos y sobre el cual tiene el derecho natural a ejercer su participación en la construcción de políticas públicas. Razón por la cual se hace imprescindible considerar la salud como un derecho accesible a todo y cualquier ciudadano (aquel que pertenece a la ciudad, a las polis).

En este sentido, Fleury y Ouverney (2008) incluyen la cultura cívica como base de la ciudadanía, es decir, “una construcción política que debe recrearse en cada momento de la sociedad” (p. 24). Fleury y Ouverney (2008) añaden que “la ciudadanía es la dimensión pública de los individuos percibida como autónoma, aislada y competitiva en la dimensión privada, pero cooperativos e integrados en la dimensión política” (p. 24)

Para mejor claridad narrativa, es pertinente presentar el contexto histórico de la organización del sistema de salud pública en Brasil. Abordaremos en esta construcción política, el vínculo más importante en la organización de sistemas de protección social y su desarrollo dentro de la realidad social brasileña.

En Brasil, el Sistema de Salud Pública se constituyó respondiendo a las fases histórico-políticas relevantes que marcaron la conformación del Estado brasileño, es decir:

- *El Período Virreinal* - con la llegada de la familia real portuguesa (1808-1888);
- *El inicio de la Primera República* - marcado por la política de desarrollo/ populista del presidente Getulio Vargas (1889-1945);
- *De la Dictadura Militar* - al final de esta y el inicio del proceso de democratización del país (1964-1985).

En la primera fase, de acuerdo con Escorel y Teixeira (2008), se construyen las primeras propuestas de gobierno para acciones de salud. Estas acciones se refieren, principalmente, a la operación de combate contra enfermedades epidémicas, como la fiebre amarilla, el cólera y la malaria. Resulta que el principal objetivo en la construcción de estas acciones de salud pública, aunque implicadas en la organización del espacio social, fue el compromiso de “mantener una fuerza de trabajo saludable y capaz de mantener el negocio impulsado por la realeza” (Escorel & Teixeira, 2008, p. 12).

En la segunda fase, la atención médica es la base fundamental de la protección social, a través de la aprobación de la Ley Eloy Chaves-Decreto n.º 4.682/23, el 24 de enero de 1923, que regula las Cajas de las jubilaciones y Pensiones (CAPSi), en cada una de las empresas de ferrocarriles en el país. Para sus empleados, se incluyen el derecho a la asistencia médica, los descuentos en los precios de los medicamentos, las jubilaciones y pensiones. La iniciativa legal, a través del decreto citado, faculta al Estado republicano la responsabilidad en la regulación de beneficios, sobre todo a la asistencia médica. Sin embargo, el costo de este beneficio suponía un descuento del 3% de los salarios de los servidores y el 1% de los ingresos brutos de la empresa y los consumidores de sus productos (Escorel y Teixeira, 2008).

Más tarde, ya en 1930, la regulación de las relaciones laborales aparece como uno de los hitos de la política de salud en desarrollo de Vargas. En su gobierno se crearon, mediante el Decreto n.º 22.872/33, el 29 de junio de 1933, jubilaciones y pensiones, institutos, según cada categoría de trabajo (Banco, Comercio, Armada), que poco a poco, fueron incluidos en las CAPS.

Los beneficios, además de la jubilación para los miembros de la familia, incluían pensión en caso de muerte y, en algunos casos, como era el de los funcionarios de la Armada, la hospitalización y asistencia de hospital para treinta días, además de ayuda farmacéutica. En este decreto la cuota fue denominada contribución tripartita, es decir, comprendía al empleador,

al empleado y al Gobierno. Se puede decir que, por estas medidas, existe la seguridad social en Brasil.

Además, podemos añadir, como marco de referencia de esta segunda fase, la creación del Ministerio de Educación y Salud Pública (MESP), que, entre sus propósitos, incluía la atención a la salud de la población, especialmente, a la de aquellos que no disfrutaban de los beneficios de la seguridad social, es decir, los desempleados y trabajadores informales (Lima, Gerschman, Edler, & Suárez, 2005). Sin embargo, a pesar de las importantes acciones gubernamentales, sigue habiendo dualidad en las políticas de salud. En 1953 se crea el Ministerio de la Salud, tras la desintegración del ministerio existente.

Ya en la tercera fase, durante la dictadura militar (1964-1984), el sistema de protección social obtiene otro formato, o sea, se compone ahora por el seguro de los trabajadores, garantizado en la legislación por el Decreto n.º 72/66, del 21 de noviembre de 1966, que reunió a los institutos de pensionistas y jubilados en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS). Con este sistema, se consolidó la exclusión social de las personas que estaban fuera del mercado laboral formal. Esta medida tiene el sistema de la ciudadanía regulada, en el que la falta de universalización de la asistencia médica hospitalaria a los trabajadores desempleados o informales crea una división social: el cuidado de la salud es solo para aquellos que pertenecen al mercado de trabajo formal, y, para los demás, la caridad a cargo de entidades filantrópicas y religiosas como las Santas Casas de la Misericordia.

En esa misma época (1964-1984) ocurre una supuesta modernización financiera e institucional, enmascarando las deficiencias en las áreas de salud, educación y saneamiento. El Estado favorece políticas públicas establecidas en la centralización al ejecutivo federal, en la reducción gradual de los recursos para el área social, en la fragmentación institucional y la privatización del espacio público. Estas acciones, como generadoras de crecimiento en la oferta de bienes y servicios, significaban un retroceso en las políticas sociales.

En el área de la Salud, este retroceso se produce durante la década de los setenta, por el dominio financiero de la seguridad con la creación de un Instituto de Seguridad Social¹ y por el incentivo al sector privado, que resulta en la mercantilización de la Salud.

Sin embargo, al final del período dictatorial (finales de los 70 y mediados de los 80), ante la creciente demanda de derechos sociales, surgen movimientos organizados, que transforman las cuestiones de orden social en hechos políticos concretos. De esta manera, surgen demandas para efectuar una política social guiada por un sistema democrático. En 1985, con el fin del gobierno militar, se inicia una promesa de democratización, con una expresiva propuesta de transformación de la política de salud, que se describirá a continuación.

1.1 La Salud en crisis: respuestas a las políticas sociales

En la década del 70, aún en la dictadura militar, el sistema de financiación del sector sanitario revelaba la estructura perversa de la gestión administrativa y de la responsabilidad del Estado frente a la protección social, con la finalidad de cumplir las exigencias de grupos financieros internacionales.

El Gobierno amplía el alcance del sector privado en la prestación de servicios, en particular en el área de la salud, dada las exigencias lucrativas del capital. Se observa un retroceso, cada vez más visible, del papel del Estado con relación a la protección social de la población frente a un orden político basado en la desigualdad, la exclusión de gran parte de la población a los derechos sociales básicos, tales como el acceso a los bienes públicos y la distribución equitativa de la riqueza nacional.

¹ *Instituto Nacional de Previdência Social, INPS*, en portugués. Instituto Nacional de Bienestar Social.

De esta forma, el desajuste entre derechos y deberes, entre ciudadanos y poder público reflejaba una sociedad aislada del Estado, erradicada de su subjetividad y subordinada al modelo antidemocrático basado en la deformación de los principios éticos de ciudadanía.

Ese tenso período que determinó la división entre Estado y Sociedad produjo continuas crisis. Se hicieron notables especialmente en el aparato de los servicios sanitarios, donde resultaba llamativo la falta de recursos, el clientelismo en la esfera pública, la inversión de la red privada - favoreciendo el desmontaje de la *cosa (res)pública* - y el poco interés del poder legislativo para valorar las políticas sociales. Todos ellos son factores que contribuyeron a la falta de eficacia y resolución de los servicios sanitarios.

Acerca de lo comentado anteriormente, Merhy (1997) nos revela:

Innumerables son los ejemplos que presentan la deshumanización de los servicios con relación a la clientela, la falta de compromisos de los trabajadores de la salud con el sufrimiento de los usuarios; la baja capacidad resolutive de las acciones de salud; la intensa desigualdad en la atención de los distintos estratos económicos-sociales y el privilegio de los ciudadanos que pueden pagar precios altos por servicios en el acceso a lo mejor que se tiene en el sector. (Merhy, 1997, pp. 125)

Con el objetivo de intervenir en la crisis que se configuraba en ese momento, los movimientos de la salud deciden acercarse al Parlamento como instrumento estratégico ante el Gobierno, como una manera de ser escuchado por el poder ejecutivo². El Gobierno intenta responder a las presiones sociales que se intensifican, creando, a través de la Ley Federal n.º 6.229 del 17 de julio de 1975, el Sistema Nacional de Salud. La nueva ley define la responsabilidad de la Salud, en ella se delegan al Ministerio de la Salud las prácticas de salud

² Es importante destacar que, a pesar de que el Parlamento se expresaba de forma tímida y, pese a la oposición de la izquierda, muy restrictiva, a través de un sistema de bipartidismo centrado en dos grupos, ARENA (Alianza Renovadora Nacional) y MDB (Movimiento Democrático Brasileño), en el año 1974 se integraron a estos partidos durante las elecciones algunos simpatizantes que se identificaban con el movimiento democrático de la salud, introduciendo así un elemento importante de legitimación política para esta reivindicación.

pública y al Ministerio del Bienestar Social la asistencia médica, destinando a este último la regulación en la distribución de recursos.

Esta dicotomía expresaba el pensamiento de los gestores de la salud que privilegiaba la asistencia médica frente a la salud pública (la cura frente a la prevención). Se crea un sistema fragmentado de prácticas y acciones técnicas sin considerar una visión integral de la salud. El sentido de *integralidad* objetiva la construcción de acciones y técnicas necesarias para satisfacer las demandas de salud, individual o colectiva, considerando el contexto histórico del individuo y de la sociedad. Este concepto abandona la visión fragmentaria del individuo y de la sociedad, basada en factores biológicos y articula la diversidad y pluralidad de las diversas áreas del conocimiento sobre salud, dando prioridad a la práctica preventiva frente a la curativa, fundamentada en la búsqueda de mejor calidad de vida.

Es por esta contradicción insuperable entre las dos concepciones de la asistencia y bienestar de los ciudadanos que no se podían aplazar las discusiones y propuestas de los movimientos de salud con el Ejecutivo.

Esos debates y propuestas derivan de la reorganización del sector de la salud pública, que pasa a comprender las prácticas de salud como prácticas sociales, articuladas con las demás políticas sectoriales, incorporando indicadores de carácter económico, político e ideológico.

Con esta preocupación, en 1976, se crea el CEBES (Centro de Estudios Brasileños de la Salud), organizado por personal sanitario e intelectual que, a través del medio académico, manifestaba el ideario a favor de la Reforma Sanitaria. Dos años más tarde, surgen el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM) y el Núcleo de Estudios del Sindicato de los Médicos, inducidos por la crítica al sistema hospitalario excluyente. El MTSM realiza en enero de 1979, en la ciudad de São Paulo, el I Congreso de los Trabajadores de Salud Mental para promover el debate sobre los medios de tratamiento ofrecidos a los enfermos mentales (Passos, 2003).

En ese período, técnicos más visionarios del Ministerio del Bienestar Social, influidos por un modelo de psiquiatría comunitario americano con fecha de 1963 (en la era Kennedy), empiezan el cambio en el modelo asistencial existente con el objetivo de reducir las hospitalizaciones. El hospital ya no es el centro y ámbito de acción de la atención psiquiátrica, se descubre en la comunidad el *locus* de la psiquiatría, y el enfoque se basa en la prevención. La asistencia de salud mental, considerada así, pasa del clásico modelo de atención a la enfermedad ya constituida al denominado de prevención.

La Orientación Preventiva, bajo la inspiración de los principios de la psiquiatría de G. Caplan (1980), presenta tres órdenes de prioridad:

1. Las destinadas a reducir (y no curar), en una comunidad, trastornos mentales, promoviendo la "sanidad" de los grupos sociales (prevención primaria);
2. Aquellas cuyo objetivo es reducir la duración de los trastornos mentales, identificarlos y tratarlos rápidamente (prevención secundaria); y
3. Aquellas cuyo objetivo es minimizar el deterioro que resulta de los trastornos mentales (prevención terciaria).

En Brasil este movimiento se fundamentó en la creación de alternativas extra-hospitalarias, como los talleres terapéuticos, ambulatorios, hospitales de día, programas de atención primaria, entre otros. Sin embargo, esta propuesta no ha cumplido su objetivo, se ha centrado exclusivamente en la expansión de la red de ambulatorios, resultando poco significativa la reducción de las hospitalizaciones.

En 1977, la distribución de los gastos de asistencia psiquiátrica es del 96% de los recursos destinados a la red de hospital para pacientes internos y solo el 4% para el gasto de ambulatorio. Anteriormente, en 1975, el 13% de las consultas acababan en ingresos, a pesar de que la Organización Mundial de Salud estimaba el límite en un 3%. Otro hecho relevante es

que tampoco se evitaba la cronificación y el *hospitalismo*³, ya que en 1980 el porcentaje de reingresos llegaba al 65% (Santos, 1994).

Ese escenario destacaba las insuficiencias en las soluciones que introducían estos cambios. En el marco de una crisis de la Salud, con el agravamiento del panorama de la Salud Mental, se percibe que la preocupación por la planificación gerencial-financiera de la salud, con la que se intenta transformar el modelo tradicional por el preventivo y con mayor inversión en la asistencia ambulatoria, no puede atender a una demanda en la que se refleja la quiebra de la organización social, en un país cuya población sufre graves problemas sociales y se obtiene como respuesta el hospital psiquiátrico intermediado por el ambulatorio (Ferreira, 1996) con reflejo en todos los sectores de la vida pública. A pesar de lo repetitivo del tema, es importante destacarlo por la angustia que generaba saber que todavía en los años 80⁴, en la periferia del Estado de Río de Janeiro, se encontraba el mayor parque de internamiento psiquiátrico de América del Sur, con 2500 camas en un hospital de la red privada. Es en este momento que los movimientos de salud y otros segmentos sociales pasan a exigir una política de salud compatible con el contexto histórico de restauración de la democracia, en el que se encontraba la sociedad brasileña. Por lo tanto, las reivindicaciones confluían en favor de la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud.

1.2 La VIII Conferencia Nacional de Salud

Al iniciar el presente apartado, se hace importante señalar que el origen de las conferencias de salud, según Escorel y Bloch (2005), precede a la publicación de la ley orgánica de la salud en 1990⁵ y que el objetivo de las conferencias era implicar al gobierno federal, así

³Llamamos así los síntomas adquiridos en las dependencias hospitalarias. Llevado por la necesidad de sobrevivir el paciente se adapta al ambiente hospitalario alienante, rechazando la posibilidad de vivir fuera de la internación.

⁴Este hospital de la red privada es la Casa de Salud Dr. Eiras que estaba bajo intervención municipal desde 2004, por una decisión del Ministerio Público actualmente se encuentra cerrado.

⁵ El modelo se establece desde el 13 de enero de 1937.

como a los gobiernos estatales, en el establecimiento de políticas de salud y en la obtención de subvenciones y fondos para esto. Obedeciendo al contexto político nacional, cuando se produjeron, las conferencias reforzaban propuestas que fomentasen cambios en las políticas de salud y acciones que mantuviesen el actual *status quo*.

Desde este ángulo y con el fin de democratizar el sistema político del país, la visión de la VIII Conferencia Nacional de la Salud (Ministerio da Saúde, 1986) es un modelo categórico de redefinición de las políticas públicas. Este hecho puede explicarse porque, con el final de la dictadura militar, gana fuerza el avance de la democratización del país. Partidos de izquierda que antes estaban en la clandestinidad reaparecen, como el Partido Comunista Brasileño (PCB) y el Partido Comunista de Brasil (PC do B); se reorganiza el movimiento sindical y sus entidades, que antes eran frágiles; se estimula la militancia en otras instituciones, tanto en el sector de la salud, como en la sociedad civil y gana gran importancia en el proceso el fin de la censura de prensa.

En este sentido, el movimiento sanitario — que había fundamentado su proyecto ideológico, en la perspectiva de la universalidad en la atención de la salud, donde toda la población tendría como garantía el derecho de acceso a los servicios de salud mediante la consolidación de la existencia de una ciudadanía plena — combina sus acciones con diversos actores sociales, como el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES), el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM), la Asociación Brasileña de Salud Pública (ABRASCO), así como los políticos y los gestores, que reivindican la realización de la VIII Conferencia Nacional de Salud como conferencia representativa de las bases democráticas.

La VIII Conferencia Nacional de Salud se celebró del 17 al 21 de marzo de 1986, con la intención de promover la salud, mediante la incorporación de diversos aspectos como la educación, vivienda, alimentos, así como el derecho a la libertad y ocio, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población. Correspondería al Estado el papel de facilitador de

estas condiciones y para esto se reivindica la reestructuración de las políticas de salud pública, ampliando las oportunidades de participación e incluyendo en la agenda de Estado las propuestas que reconfiguraron el campo social.

El impacto de la VIII Conferencia Nacional de Salud tiene su raíz en la masiva participación: 4000 miembros de distintos sectores de la política pública y segmentos sociales. Se aumentan los espacios de participación en la agenda de las propuestas del Estado que transformen el campo social. Esto significa que el concepto técnico/ideológico en la construcción de nuevas formas de políticas públicas destacó la importancia de la articulación Estado/Sociedad. Estas nuevas formas de pensar en lo público sólo se hacen posibles dentro de las prácticas democráticas donde operaban estos nuevos actores y que ganaban fuerza en los cambios que habían tenido lugar en el contexto de las políticas públicas.

La Conferencia se celebró con base en los siguientes temas:

1. La salud como un derecho,
2. La reformulación del sistema de salud nacional y
3. La financiación del sector,

A continuación, se discuten las conclusiones sobre los temas y se destacan los más relevantes.

El primer tema se refiere a la reformulación del sector de la salud, sin reducirlo a cambios financieros administrativos, sino dirigido a la construcción del concepto amplio de salud como se señala a continuación:

Salud como un derecho al trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad y acceso a la tierra en propiedad y el acceso a servicios de salud. Este derecho no se materializa únicamente en el texto constitucional formal. Hay, al mismo tiempo, necesidad de que el Estado asuma explícitamente una política de salud consecuente e integrada a las demás políticas económicas y sociales, asegurando medios que permitan efectuarlas. Entre otras esto

será garantizado mediante el control del proceso de formulación, gestión y evaluación de políticas sociales y económicas por la población. El Estado tiene como responsabilidades básicas en relación con el derecho a la salud: - La adopción de políticas sociales y económicas que garanticen mejor calidad de vida, en particular, a los segmentos más pobres de la población; - Definición, financiación y administración de un sistema de salud y un acceso universal y equitativo; - Operación descentralizada de servicios de salud; - Estandarización y control de acciones de salud por cualquier agente público o privado para garantizar estándares de calidad adecuados. (Ministério da Saúde, & Previdência e Assistência Social, 1986, pp. 4-8)

El segundo tema propone una redefinición institucional, cambiando el Sistema Nacional de Salud, anteriormente creado por la Ley Federal de n.º 6.229 del 17 de julio de 1975, como se señaló en el apartado 1.1 de este estudio, con la intención de separar las acciones de salud pública de las acciones de atención médica, cabiéndole al Ministerio de la Salud las prácticas de salud pública (prevención de la enfermedad con campañas como las de vacunación) y el control de las endemias y al Ministerio de Bienestar Social las acciones orientadas al bienestar (hospitalización, atención ambulatoria).

La propuesta de cambiar el sistema de salud presentaba como base concreta la creación de un Sistema Único de Salud (SUS), señalado al principio de la descentralización, presente en cada instancia de gobierno y donde la atención integral significaba la ejecución de acciones orientadas a la salud de los individuos y de la comunidad, con énfasis en la prevención, la rehabilitación y, en particular, en la participación comunitaria. Este tema representaba el punto más importante para la democratización de la salud, tal como se define la continuación:

A nivel federal, este nuevo sistema debe estar coordinado por un ministerio único, especialmente diseñado para este propósito. Con ello, el Ejecutivo dirigirá, en un corto plazo, un mensaje al Congreso. Sin embargo, la revisión debe ser previa y ampliamente

debatida por todos los sectores de la sociedad civil. Las decisiones deberían reproducirse en los niveles municipales y estatales. (Ministério da Saúde, & Previdência e Assistência Social, 1986, pp. 10)

El tercer tema evidencia principios importantes que orientan la política de financiación sectorial y la exigencia máxima de la responsabilidad del Estado sobre la financiación del Sector de la Salud.

Debe constituirse un presupuesto social que abarque recursos para políticas sociales de diferentes Ministerios y para los diferentes fondos sociales. Este presupuesto será dividido por sectores y le corresponde para la salud una parte de los recursos que constituyen el Fondo Único Federal de Salud. A nivel municipal y estadual se formarán Fondos Únicos de Salud, de manera análoga la financiación del sistema de salud será responsabilidad del Estado al cual le cabe llevar una política de descentralización articulando la participación del Estado y los municipios con una reforma fiscal grande y eficaz. El porcentaje de deducción de los trabajadores debe ser reducido, adaptándose a la nueva realidad. La deducción de los pensionistas debe ser suprimida. (Ministério da Saúde, & Previdência e Assistência Social, 1986, pp. 20)

La campaña para la Reforma Sanitaria prosigue con la formación de comités compuestos igualmente por entidades gubernamentales y los segmentos de la sociedad civil, partidos políticos de izquierda, entidades representativas del movimiento popular en salud, movimientos sindicales, representantes de la salud y movimientos de la Academia, además de las entidades en cada estado y municipio a favor de la Reforma. Estos comités habían preparado un proyecto constitucional para presentarlo en la Asamblea Constituyente, que resultó en el concepto de salud como un derecho universal y la creación de un nuevo sistema unificado de salud que respondiera a los principios democráticos de la descentralización y participación popular.

En resumen, la VIII Conferencia Nacional de Salud consolidó los nuevos principios para el sistema de salud, considerando la importancia de restablecer el contrato social y determinar las bases que se presentaron en la Asamblea Nacional Constituyente en 1988. Y de esa conferencia se lanza una campaña nacional para defender el derecho de universalización, contra la comercialización de la medicina y para la mejora de los servicios públicos para poder incluir el sistema de salud en la futura Constitución. También se estableció la política para el sector privado, que obedecería las reglas del Poder Público, como se recomienda en la Constitución Nacional sancionada en 1988. Como puede observarse, el concepto de salud en la VIII Conferencia llevó a la creación del Sistema Único de Salud.

1.3 El Sistema Único de Salud (SUS)

Con la separación de funciones entre el Ministerio de la Salud y el Ministerio de Bienestar Social, el Sistema Único de Salud (SUS) estableció en las directrices que sería posible construir las bases necesarias para una reforma psiquiátrica y sanitaria, generando, objetivamente, la reformulación del sector de salud, con propuestas efectivas de redefinición de las políticas sociales. El lema defendido es “la salud como un derecho para todos” y se adoptan los siguientes principios básicos:

a) Universalidad — que permite el acceso sin restricciones de la población a los servicios y acciones de salud. La oferta de servicios no es por naturaleza restringida, no depende de la complejidad del mundo de las relaciones laborales. Este principio resalta el fin de la ciudadanía restringida, ya que, en el sistema anterior, solo aquellos que colaboraban financieramente con el mantenimiento de la seguridad social tendrían derecho a la salud, los bienes y los servicios.

b) Descentralización del sistema y jerarquización de las unidades de atención de la salud — que proporciona la división de responsabilidades entre los distintos niveles de gobierno,

además de romper con el concepto de territorios burocráticos de las instancias federativas. Esto incorpora el proyecto Servicios Locales de Salud (SILOS)⁶ como propuesta de municipalización, las acciones se planifican según las características locales específicas, es decir, en función de la realidad sanitaria de cada región, como destaca Fernandes:

Cada municipio, para administrar mejor sus acciones en la salud, debe dividirse en cuantas regiones sean necesarias, según el perfil y las diferencias locales. Este proceso también garantiza la autonomía a los distritos locales, sea por la gestión de sus recursos humanos, sea por la estructura física y financiera. (Fernandes, 1996, pp. 18)

La descentralización significó que la gestión de acciones de las políticas de salud pública pasara de la esfera federal a la esfera estatal y municipal, mediante la transferencia de recursos humanos, físicos y financieros, basados en proyectos de finanzas integrados según su programación y su propuesta. A través de un sistema de financiación, ejecutado por el SUS, los servicios prestados se transforman en valor a ser transferidos a los municipios, según los criterios que indicaban los límites de estas transferencias. Este estilo de financiación creó las condiciones necesarias para fomentar la adhesión de los municipios al SUS durante años, tal como se muestra en la tabla 1:

Tabla 1: Adhesión de los municipios al SUS por años seleccionados. Brasil (1988-2000).

	1988	1993	1996	2000
Municipios habilitados	Cero	1074	3127	5450
Total de municipios	4179	4974	4973	5507
Habilitados/Total (%)	0%	26%	62,87%	98,96%

Fuente: Datos sobre la municipalización de la salud: Costa; Silva; Ribeiro, 1999; Guimarães, 2001. Datos sobre número de municipios: IBGE. Extraído de Arretche (2002, pp. 42).

⁶ Preconizado por la OPAS- Organización Panamericana de la Salud, en la década de 1970 y de acuerdo con el modelo sanitario italiano.

La jerarquización de los servicios permite atender la demanda existente y que los usuarios tengan acceso a otra unidad, fuera de la zona a la que pertenecen y con tecnología más compleja, aunque volverán después para la primera unidad del sistema para hacer el seguimiento. Este tipo de mecanismo se denomina de "*referencia y contrarreferencia*" (Noronha, Lima, & Machado, 2008, p. 441) y para su eficacia real es necesaria la articulación total entre las unidades del sistema.

c) Integralidad de la Asistencia — Este principio responde a las acciones de atención, tanto preventivas como curativas, centradas en la persona y/o colectivo, dependiendo de los casos involucrados.

La meta de la integralidad es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, siempre y cuando la asistencia – tanto hospitalaria como ambulatoria – sea impulsada por el proceso de diagnóstico-tratamiento-rehabilitación. Las acciones organizadas por los gestores del SUS deben fomentar actividades que faciliten la combinación de este trinomio. Es a través de la integralidad como se consigue la articulación de políticas económicas y sociales, previniendo la aparición de factores que generan el proceso salud-enfermedad. (Noronha et al., 2008)

d) Participación y control de la población en la reorganización de servicios – Consolidados a través de la organización del sistema nacional de órganos colegiados, están compuestos de usuarios de servicios de salud y representantes del gobierno local en igual número, con el 50% de los representantes de la población, el 25% de los representantes de los trabajadores de la salud y el 25% de los representantes del poder público. Así se forman los consejos de salud, que abarcan las tres esferas de gobierno (federal, estadual y municipal), y a los que se les toca el poder de deliberar sobre la gestión de la salud. Estos consejos participan en las conferencias de salud que ocurren periódicamente con el fin de evaluar y proponer directrices para las políticas de salud.

Estas instancias colegiadas de control social se crean con la función de la superposición burocrática, de crear una cultura de participación de los sectores populares, para la cual se requiere el conocimiento del derecho social (Fernandes, 1996). Este principio apunta claramente a la calificación de una democracia participativa. Las decisiones son democratizadas cuando los usuarios tienen acceso a la información y el derecho a expresar sus opiniones en defensa del interés colectivo, a convertirse en sujetos activos en la construcción de políticas sociales, especialmente las relacionadas con el sector de la salud.

1.3.1 Las Directrices del SUS y la Reforma Psiquiátrica

Para corroborar los elementos de análisis presentados – la matriz indisociable y la importancia de la relación establecida entre los principios del Sistema Único de Salud con la Reforma Psiquiátrica y su origen común: los movimientos de democratización – se realizaron entrevistas con los participantes de los movimientos o gestores, con los trabajadores de la salud mental, con los docentes de los cursos de formación en salud mental, etc.

De todas las respuestas obtenidas y analizadas, dada su similitud con el total del universo investigado, se seleccionaron aquellos que consideramos más relevantes, por condensar los conceptos expresados que se refieren al tema propuesto: la relación entre la Reforma Psiquiátrica Brasileña con la práctica de los principios defendidos por el SUS y, aún, cómo se establecen sus desarrollos, progresos y problemas.

En el transcurso de las entrevistas, se evidenció que los principales actores en el desarrollo del proceso de aplicación de esas directrices, pese al reconocimiento del control y la participación social como un instrumento democrático, formularon críticas relevantes en lo que se refiere a su desarrollo, según, por ejemplo, lo expresado por R. T. Kinochita (comunicación

personal, 25 de enero, 2009), psiquiatra en Santos, ciudad del Estado de São Paulo, y, actualmente, Coordinador Nacional de Salud Mental:

Una de las cosas que no ha avanzado desde 1990 hasta hoy, y se cumplirán 20 años, es la idea de que los consejos estatales, municipales o de servicios, no tienen poder real. Real en el sentido de poder operar. Tienen poderes formales para opinar, hacer esto, hacer y tal, pero ves, que cualquier secretario municipal consigue hacer su gestión, independientemente de cualquier Consejo Municipal de Salud. Este no tiene ningún poder real. Entonces faltaría, por ejemplo, un estatuto, un mecanismo que dijera lo siguiente: la aplicación de los recursos de una secretaria municipal de la ciudad debe tener aprobación previa del Consejo. Ahí podrías ver lo que se gastó bien, lo que se hizo mal, pero se discutiría antes de gastar. Discutir después de gastar es una tontería, no se puede hacer una gestión real. (R. T. Kinochita, comunicación personal, 25 de enero, 2009)

E. M. Vasconcelos (comunicación personal, 11 de enero, 2009), otro informante, psicólogo y profesor de psicología social en la Universidad Federal de Río de Janeiro, señalando una deficiencia en la construcción de estos espacios, ofrece respuestas sobre la existencia de espacios de control social en la Reforma Psiquiátrica:

Yo diría que hay otra cuestión que es importante y que, incluso, ciertos sectores del movimiento sanitario más consecuentes no piensan. Creo que sea la siguiente: se supone que hay un movimiento social activo, que prepara a sus representantes del Consejo y comienza a politizarlos. Pero ¿ese movimiento es el que tenemos en el área de la salud, salud mental? A veces hay asociaciones de pacientes con ciertos trastornos, se verá en la base, que son a menudo asociaciones de un profesional que entiende la importancia de tener una asociación de portadores de trastornos, pero él controla todo a menudo, es

el propio movimiento social el que genera a su sector un control social muy frágil. (E. M. Vasconcelos, comunicación personal, 11 de enero, 2009)

E. M. Vasconcelos (comunicación personal, 11 de enero, 2009), refiriéndose a la necesidad de fortalecer los movimientos de los usuarios y de la familia como representantes de la sociedad civil, compara la organización de movimientos sociales articulados por la reforma psiquiátrica en diferentes países y analiza el desarrollo de asociaciones de usuarios y sus familias según los rasgos culturales de un pueblo o región:

Existe un perfil en Europa, yo diría que son los países latinos y católicos en el sur, los que tienen la Asociación de familia. Principalmente, en España, se ve dicha clase de asociación; en Italia, también se la ve. Ahora, si usted va a los países del Norte, que tienen una cultura, hegemónicamente, protestante, autonomista e individualista, se verá una organización fuerte de usuarios. Porque en estas culturas existe una mayor independencia del individuo y una cuestión amplia de él. La psiquiatría rompe esta autonomía. Entonces, él se pone dependiendo de la familia. En los países nórdicos, en Escandinavia; en Inglaterra, un poco; en algunas zonas de Alemania tienen un perfil de autonomía y apoderamiento a un nivel mucho más alto, especialmente en los países anglosajones. En estos países el movimiento de los usuarios ha avanzado de forma independiente de los movimientos de la familia, etc. Por eso, es un dilema, pensando en Brasil, en este sentido, porque aquí se tiene un movimiento, una cultura jerárquica, católica, donde la dependencia a veces se refuerza y se estimula. (E. M. Vasconcelos, comunicación personal, 11 de enero, 2009)

J. Ferrari (Comunicación personal, 21 de enero, 2009) trabaja como psicóloga en Alegrete, estado de Río Grande del Sul y es concejala en la actualidad. Reconoce la importancia y la eficacia del control social de la experiencia en su campo de trabajo:

Es fundamental. No creo que se dé la Reforma Psiquiátrica si no hay control social, si no hay espacio de democratización y de participación de los usuarios en el control de la política, en las discusiones sobre política, en la supervisión de la política, y – es como se suele decir – construyendo la propia política, diciendo cuales son las directrices y orientándolas. (J. Ferrari, comunicación personal, 21 de enero, 2009)

Sin embargo, M. C. Ventura (comunicación personal, 15 de septiembre, 2010), al referirse a la existencia de espacios y mecanismos de control social y si la Reforma Psiquiátrica Brasileña proporciona ese espacio, responde:

Sin control social no hay posibilidad de institucionalidad democrática, la Reforma depende totalmente del vigor democrático, entonces sí, el control social es absolutamente necesario, creo que no hay capacitación para eso, de acuerdo, eso es una falla en el proceso de la Reforma, pero el control social existe, si es más o menos calificado, es otra discusión, pero existe, las Conferencias de Salud Mental en Brasil lo demuestran, recientemente tuvimos una, la IV Conferencia, y fue absolutamente participativa, con diferentes segmentos: usuarios, trabajadores... (M. C. Ventura, comunicación personal, 15 de septiembre, 2010)

A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009), Coordinadora de Atención Psicosocial de la Secretaría de Salud del Estado de Sergipe, informa que, durante su experiencia en la gestión, había una lucha por la creación y el fortalecimiento de grupos de control social, especialmente en la participación de los usuarios. Revela que invirtió en la capacitación de los participantes, pero reconoce que esta inversión depende de la gestión de servicios y con los nuevos cambios de gestión se debilitó el trabajo realizado:

Y hemos trabajado con muchos de ellos con la misma formación, en cuanto a sus derechos. A continuación, las asambleas siempre se llenan de gente y tuvimos como resultado la creación de la Asociación de usuarios. Lamentablemente, cuando dejamos

la gestión, los trabajos se debilitaron ... Aquí en el Estado tenemos la intención de una inserción, trabajos de rescate en esta misma asociación, para que vuelvan a estar activos.

(A. R. S. de Lima, comunicación personal, 27 de enero, 2009)

A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009) agrega y se centra en el poco incentivo que la Reforma Psiquiátrica ofrece a la formación de espacios de control social y ejemplifica con su experiencia la necesidad de una mayor militancia de asesoramiento para que se organicen correctamente los consejos:

Lo que entiendo aquí es que el estado más pequeño de Brasil no ha sido un estímulo para el control social. No tienen... Es el sentido de quien está dentro del servicio, no tiene la claridad que es fundamental para que se dé en el servicio, en la vida cotidiana de los CAPS.⁷ ... Aquí en el estado de Sergipe, hicimos una ley que regula el Consejo de Estado de Salud. No existía aquí. Sin embargo, hemos definido a través de una ley que el Consejo lo elijan los colectivos. ... A partir de ahí, el Estado se va organizando para capacitar a los consejeros. (A. R. S. de Lima, comunicación personal, 27 de enero, 2009)

En cuanto a la relación entre las prácticas políticas de bienestar, refuerza la idea de la presencia constante en el área de Salud Mental en el SUS. A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009) revela que los trabajadores de la Reforma reivindican otra forma de producir salud y añade:

Hay un equipo que trabaja actualmente con la Política Nacional de Humanización que son todos, en cierta medida, de la Reforma Psiquiátrica. Ellos están difundiendo en el SUS los conceptos utilizados por nosotros de la Reforma Psiquiátrica: acogida, proyecto terapéutico singular. ..., estos son conceptos de la Reforma Psiquiátrica. Entonces, yo te

⁷ Centro de Atención Psicosocial.

daré mi respuesta: creo que son casi inseparables ambos principios, no puedo pensar en uno sin pensar en el otro. (A. R. S. de Lima, comunicación personal, 27 de enero, 2009)

F. Ramos (comunicación personal, 13 de enero, 2009), médico psiquiatra, gestor de la unidad hospitalaria Instituto Municipal Philippe Pinel y Coordinador de Residencia Médica, confirma que la concepción de la relación es inmediata:

Con seguridad, la respuesta es sí. Creo que la Reforma Psiquiátrica tiene todo que ver con la propuesta del Sistema Único de Salud, incluso, porque históricamente tienen la misma fuente. Es decir, ambos, tanto la Reforma de la Salud como la Reforma Psiquiátrica, operan en el mismo caldero de ideas y también en el mismo movimiento político-social a finales de los 60 y a comienzos de la década de los 80, donde toda una generación de pensadores de la salud y militantes incluso construyó esta propuesta que se consolidó en la Constitución de 1988. Por lo tanto, creo que esta base común ya es un elemento que muestra la profunda relación entre los dos campos. (F. Ramos, comunicación personal, 13 de enero, 2009)

Se puede observar en los informes que el SUS, por su amplitud, es considerado la mayor política de inclusión social que se lleva a cabo en el país desde que fue incorporada en la Constitución en 1990 y consolidó el compromiso del Estado brasileño con su población. Por otra parte, hay una clara percepción de las partes interesadas sobre las dificultades encontradas en este proceso.

Para que esta política sea eficaz en su propuesta de universalidad y en su función de instrumento distributivo, es importante reconocer los avances y los obstáculos encontrados en la aplicabilidad de sus ejes estratégicos, de manera que las soluciones puedan ser identificadas. Para facilitar la comprensión de la situación actual, se resumen en la Tabla 2 algunos de los indicadores para evaluar la aplicación:

Tabla 2: Indicativos operacionales del Sistema Único de Salud (SUS)

Indicativos operacionales	Aspectos-clave, Avances y Dificultades
Atención a los usuarios	<p>Aspectos-clave: Universalización efectiva de acceso de todos los ciudadanos brasileños a todas las acciones de salud necesarias</p> <p>Avances: Ampliación de acceso en términos de población asistida y acciones ofrecidas por el SUS, cambios en las prácticas de atención o en varias áreas (por ejemplo, salud mental) y mejora de indicadores de salud en varias partes del país.</p> <p>Dificultades: Persistencia de desigualdades en el acceso y de distorsiones en el modelo de atención (medicalización, uso inadecuado de tecnologías).</p>
Descentralización y relación entre gestores	<p>Aspectos-clave: Definición del papel de las tres esferas de gobierno en el SUS respetando las particularidades regionales.</p> <p>Avances: Establecimiento de comisiones intergestoras (tripartita y bipartita) como una instancia de negociación efectiva y de decisión.</p> <p>Dificultades: Competitividad y conflictos en la relación entre los gestores en varios niveles (estado federal-estado-local, estadual y municipal).</p>
Control Social	<p>Aspectos-clave: Participación de la sociedad en las decisiones sobre política de salud.</p> <p>Avances: Constitución de consejos de salud a nivel nacional, en todas las unidades de la federación y en la mayoría de los municipios brasileños, con la participación de los usuarios.</p> <p>Dificultades: Funcionamiento eficaz de los consejos varía entre las diferentes UFs (Unidades Federativas) y predominio del carácter consultivo de los consejos sobre el carácter deliberativo en la política, en diferentes situaciones.</p>
Financiación	<p>Aspectos-clave: Fuentes estables para el sector de los tres niveles de Gobierno y desarrollo de políticas de inversión regional para el SUS.</p> <p>Avances: Aumento de la participación de los municipios en la financiación de la salud y aumento progresivo de transferencia automática ("el fondo") de los recursos federales a los estados y municipios.</p> <p>Dificultades: Insuficiencia de recursos para el sector y poca participación del Estado en la financiación de recursos; baja participación de las inversiones en el gasto público en salud y distribución de los recursos federales, sigue el modelo de la oferta con limitaciones en la adopción de criterios de promoción a la salud.</p>

Fuente: Elaboración de la autora (2017) a partir de Noronha et al. (2008, pp. 442-443, 467-469).

Pese a las afirmaciones de que el sistema de salud de Brasil se destaca por ser un proyecto de inclusión social, logrando una cobertura de “110 millones de personas atendidas

por los agentes de salud comunitarios en el 95% de los municipios y 87 millones asistidos por 27 mil equipos de salud de la familia” (Santos, 2009, p. 60), los números contrastan con el escenario de exclusión masiva de la población observada hasta la década de los 80, no se puede dejar de señalar que este escenario todavía presenta dificultades en el acceso a los servicios.

Una atención médica de alta calidad e inmediata, demandada por la población de renta media y alta, se obtiene a través de los planes de salud, como apunta Faveret Filho y Oliveira (1990, p. 153), en el uso del término “universalización excluyente” para referirse a sectores de la población que no usa el SUS. Aquella población sigue teniendo dificultades y carencias temporales y asistenciales, que todavía se componen como indicativo de desigual acceso.

No se debe dejar de mencionar la falta de oposiciones públicas federales, municipales y estatales para el cuidado de la salud en los últimos años, como un factor importante para el análisis de las condiciones del modelo actual de salud, en perjuicio esto de las relaciones laborales y la eficiencia y el rendimiento para la asistencia de la población solicitante.

En este proceso está ganando espacio la inclusión del tercer sector (entidades filantrópicas u organizaciones no gubernamentales) indiscriminadamente, como repasador de los pagos del préstamo de mano de obra para el área de la salud, golpeando duro a los municipios, lo que implica la financiación que se ve a la continuación.

Identificado en la Tabla 1 como crucial para el análisis del SUS, el problema de la financiación de la salud pública en Brasil tiene injerencia directa en la viabilidad de la Reforma Psiquiátrica (ver Tabla 1). El SUS, como sistema de gestión descentralizada, se financia con recursos de los tres niveles del Gobierno, en conformidad con el Artículo 198 de la Constitución de 1988, como veremos más adelante, resultando los municipios responsables de las acciones de salud y de servicios, mantenidos por los recursos que el Gobierno Federal repasará a los estados y/o municipios para los gastos de atención de salud.

A partir de la Ley Federal n.º 8142, del 28 de diciembre de 1990, la transferencia de recursos de salud entre las esferas de Gobierno para transferencias destinadas a Estados y municipios se realiza según unos criterios, tales como: el perfil demográfico de la región; el perfil epidemiológico de la población a cubrir; las características cuantitativas y cualitativas de la red de salud; el rendimiento técnico, económico y financiero en el período anterior; los niveles de participación del sector de la salud en los presupuestos estatales y municipales. Por lo tanto, las transferencias a los municipios se realizan a través de los Fondos Municipales de Salud y también dependen de los objetivos y prioridades establecidas en la Ley de Directrices del Presupuesto.

Es importante considerar también que la Ley Federal n.º 8.080 de 1990, que establece el SUS, define que “la mitad de los recursos destinados a estados y municipios se distribuirán según el coeficiente de su división por número de habitantes, independientemente de cualquier procedimiento previo.” (Art. 35, §1º).

Los entrevistados, para hacer referencia a la imbricación del SUS con la Reforma Psiquiátrica, han aclarado la importancia de este indicador — la financiación para el desarrollo completo del ideal deseado.

La psiquiatra A. P. Guljor (comunicación personal, 12 de enero, 2009), Coordinadora del curso de residencia en salud mental del Hospital de Jurujuba, en Niterói, reconociendo las críticas pertinentes al proceso de operatividad del SUS, considera la financiación un factor importante para la solidez de la Reforma Psiquiátrica, pese a subrayar las dificultades que se encuentran en dicha financiación:

El SUS con todas las críticas que tengamos, con todas las dificultades que hay para la total implementación y con la necesidad de la reformulación de un sistema que tiene 20 años, es decir, que es un recién nacido. Incluso con todas estas dificultades que podemos reconocer, creo que hoy, la diferencia, la condición de posibilidad de la Reforma es el

SUS. ¿Por qué? Porque él garantiza constitucionalmente el derecho de acceso a la salud. Pero ¡las dificultades son todas! Tiene usted dificultad en la financiación, tiene la transferencia, pero no tiene una rúbrica estampada. Por lo tanto, si por un lado el SUS permite que haya una transferencia de fondo a fondo, por otro, no garantiza que haya una transferencia a la salud mental con eficacia. (A. P. Guljor, comunicación personal, 12 de enero, 2009)

Además, continuando con el tema de recursos, A. P. Guljor señala: “Creo que es un tema importante, no hacemos la reforma sin dinero. Conseguimos ser capaces de ampliar la transferencia de fondos para la atención primaria” (comunicación personal, 12 de enero, 2009).

Ya E. M. Vasconcelos (comunicación personal, 11 de enero, 2009) comenta sobre estrategias, gestión y rentabilidad:

Y una de las estrategias importantes en la reforma del sistema financiero: cómo pensar una estrategia para valorar el servicio fuera del hospital de manera que el propio gestor municipal de salud, que es un gestor del SUS, pueda estar interesado en esto...mira, hacer un sistema, un servicio de asistencia psicosocial es más importante, da más recursos para manejar como política de gestión, mejor que el hospital psiquiátrico en el municipio vecino, más cercano. Por lo tanto, quiero decir, usted tiene toda una estrategia dentro de la política del SUS que es necesaria. (E. M. Vasconcelos, comunicación personal, 11 de enero, 2009)

F. Ramos (comunicación personal, 13 de enero, 2009) subraya los riesgos de la apropiación de los contenidos de la Reforma, como forma de reducir los costos para el Estado:

Creo que tenemos un problema de financiación en términos de macro y un riesgo que siempre se tiene, es que la Reforma Psiquiátrica puede ser conveniente a terceros como una forma de racionalización de los recursos y no como una forma real de la inversión pública; es decir, el cambio de modelo visto más como una forma de ahorro para el

Estado, más como la simplificación de la gestión de que de hecho como un esfuerzo del Gobierno, en el sentido de la cualificación y la inversión. No estoy diciendo que es eso lo que ha ocurrido. Afortunadamente, no ha sido así. Pero ese riesgo está siempre muy presente porque es el contexto en el que se vive en Brasil y en el mundo. Siempre es esa la preocupación de contención de costos, racionalización, reducción del Estado. Es en Brasil que claramente se tiene en la Salud un modelo, o sea, no podemos decir que el sistema de salud es lo que domina en el país. Claramente hay una escisión entre la asistencia sanitaria privada, que es un campo creciente y representa hoy en día enfoques ya ... el 30% de la población, que es asistido por los seguros de salud, es decir, es un modelo de estilo americano que compite con el sistema único de salud. (F. Ramos, comunicación personal, 13 de enero, 2009)

F. S. Diaz (Comunicación personal, 15 de enero, 2009), psiquiatra, analista de gestión de salud de la Secretaría del Estado de Salud de Río de Janeiro, destaca que el sector de la salud mental no es considerado, aunque tuvo prioridad en el período 2007-2010 debido a las inversiones que se realizaron en las acciones extrahospitalarias:

La cuestión de la financiación muestra cada vez más que la lógica de la financiación de la salud mental es diferente. Los recursos están disponibles de una forma diferente. Por primera vez, la red extrahospitalaria de inversión en 2007 aquí era mayor que la de hospitales psiquiátricos. Por eso, creo que es un factor que muestra la consistencia de la Reforma Psiquiátrica. Las dificultades de hoy son la cuestión de los recursos, la financiación. A menudo la cuestión de la salud mental no es una prioridad en la lógica de la salud. (F. S. Diaz, comunicación personal, 15 de enero, 2009)

Ya L. F. Tófoli (comunicación personal, 01 de febrero, 2009), médico generalista y psiquiatra, que trabaja como médico de familia (médico de cabecera) en Sobral, ciudad del estado de Ceará, aborda el tema como más propenso a verse afectado por la política local, por

los intereses externos y por la priorización de un modelo unificado - CAPS, y la diferenciación de los procedimientos relacionados con otros ámbitos de la asistencia:

no hay una herramienta de gestión que sea un instrumento financiero, que asegure que el cierre de la cama va a ser revertido y luego se controlará. Además, mira: no solo los CAPS abiertos, no. Usted debe ver de qué CAPS se trata. Ahora, afortunadamente, comenzaron a evaluarlo. El problema creo que es el mismo: no ha cambiado desde 1986 hasta aquí, y esto tiene que ver con la financiación. Seguimos pagando por el procedimiento. ¡Esto es una provocación! No hay nada más “INAMPS”⁸ que pagar por el procedimiento. Estoy de acuerdo con la Atención Básica de Salud, hay algunos procedimientos, pero ella se liberó de ese yugo cuando se creó el PAB⁹. PAB fijo¹⁰, PAB¹¹ variable. Podría haber Salud Mental PASM¹². En todos los lugares hay locos, en todas las partes hay personas con depresión, en todas las partes hay personas con tendencias suicidas. ... Se pagan CAPS de la misma manera que se paga una terapia renal sustitutiva, la quimioterapia tiene que ver con el pago de la Atención Básica. Entonces, esto no ha cambiado nada. Esto fue un problema en el momento y es un problema hoy. (L. F. Tófoli, comunicación personal, 1 de febrero, 2009)

El mismo punto de vista tiene S. M. S. Fagundes (comunicación personal, 18 de enero, 2009), psicóloga, Coordinadora de Programas de Salud del Estado de Río Grande del Sur, que destaca el destino de los recursos dentro de la lógica del sistema, con la preocupación de distribución interna para la Salud Mental:

Ya escribí acerca de la sostenibilidad en varias dimensiones: la del cambio social, la de lo económico, la de lo cultural y tecnológico. En economía, el tema de la financiación

⁸ Sistema de salud anterior a SUS

⁹ Piso de Atención Básica

¹⁰ Piso de Atención básica, fijada mensual de remuneración

¹¹ Piso de Atención Variable

¹² Piso de Atención en salud mental

del Sistema Único de Salud aparece por las tres esferas de Gobierno y allí tenemos problemas porque, así como el SUS no consiguió estabilizar hasta hoy los recursos para ello, lo mismo pasa en la salud mental. Si nos fijamos, entonces, en la salud mental vinculada al SUS brasileño, vamos a ver como el sistema de salud carece de financiación suficiente, estable y permanente, también carece de financiación la salud mental. Esto ha impulsado a algunos actores contra la Reforma. Por ejemplo, los recursos que ya no van a los hospitales psiquiátricos no están garantizados que vayan a la salud mental, a los servicios sustitutos. Por lo tanto, no está garantizado que la financiación para la movilización de recursos, que hay visibilidad, vaya para la salud mental. (S. M. S. Fagundes, comunicación personal, 18 de enero, 2009)

V. R. Fernandes (comunicación personal, 15 de febrero, 2009), médico sanitarista, asumió la función de coordinación, de planificación y presupuestos del Ministerio de la Salud durante dos años (2004/2006) y también tiene la experiencia de coordinación de red hospitalaria en Rio de Janeiro. Hoy es vicepresidente de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), en el área de medio ambiente, la atención y la promoción de la salud:

El modelo de financiación ha cambiado mucho, pero se trata de la misma base. Se ha basado en la financiación de atención ambulatoria y hospitalaria. Gran parte de los recursos va para estos dos, ya sea para la atención ambulatoria especializada o no, pero es la atención ambulatoria. Cuando hablamos de atención primaria de la salud, los recursos que se asignan para esta son para atención ambulatoria sea de salud de la familia¹³, sea para ambulatoria especializada, es esta la división. Hay otra parte de los recursos que va directamente a las acciones de vigilancia sanitaria, para las acciones de la atención farmacéutica. Pero de la asistencia eficaz, tiene estas dos cosas: el rendimiento y desempeño de los hospitales y el desempeño de ambulatorios. Como

¹³ Los médicos de cabecera.

diseño probado propuesto para el cuidado de la salud mental, tiene como objetivo la atención ambulatoria, agregada a una serie de otras tecnologías, un número de otros dispositivos tiene dos alternativas: o se inyectan más recursos para la atención ambulatoria en otra parte o se transfieren, si lo que quieres es cumplir la atención con el mismo paciente, que ahora está deshospitalizado, en otro dispositivo más abierto. (V. R. Fernandes, comunicación personal, 15 de febrero, 2009)

1.3.2 La Constitución de 1988/Constitución Ciudadana

El SUS como derecho público adquirido por el movimiento de la Reforma Sanitaria ha traído cambios importantes al sistema de salud: el acceso de toda la población a sus servicios; la descentralización para concesión de mayor autonomía a los estados y municipios por la transferencia de poder y recursos; el establecimiento de la participación popular como función esencial de la sociedad organizada en las decisiones de las autoridades. Aunque el SUS haya sido propuesto en 1986 durante la VIII Conferencia Nacional de Salud e incluido en la Constitución Federal de 1988, hubo fuerte resistencia por parte del Gobierno¹⁴, que tardó un año para enviar el proyecto de ley al Congreso. Mientras el SUS generaba debates en el Congreso, se creó en 1987 el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud– SUDS, a través de la relación entre el gobierno federal y los municipios, y se vio como experiencia de transición entre el antiguo sistema de salud y el SUS. Finalmente, después de varias negociaciones con el movimiento sanitario, el SUS fue regulado por dos leyes, la Ley Federal n.º 8.080/90 del 19 de septiembre de 1990 que lo establece, además de establecer las normas para la promoción y la

¹⁴ José Sarney (1985-1990) fue el primer presidente que asumió el cargo después de años de dictadura militar. Participó como vicepresidente de Tancredo Neves durante las elecciones, este fue elegido por votación indirecta. Sarney asumió la presidencia después del fallecimiento de Tancredo Neves. Históricamente vinculado a las tradicionales oligarquías del nordeste de Brasil, el gobierno de José Sarney tomó la misión de recuperar la economía brasileña, sin sacrificar los privilegios de las élites que lo apoyaron. Disponible en: www.mundoeducacao.com.br/historiadobrasil/governo-jose-sarney.htm.

restauración de la salud, así como la prestación de servicios. Esta ley se complementa con la Ley Federal n.º 8.142, del 28 de diciembre de 1990, ya en otro gobierno¹⁵, que regula la participación de la comunidad en la gestión de SUS, que proporciona la organización y los procedimientos operativos del Consejo de Salud, así como prevé la transferencia de recursos financieros entre las esferas de gobierno. Este conjunto de leyes es conocido como Ley Orgánica de Salud (LOS) y contiene las directrices que deben ser respetadas por los tres niveles de gobierno, su función principal es aclarar la forma de actuar y el rendimiento de las esferas de gobierno para garantizar la atención de la salud. De esta manera, son leyes reglamentarias que rigen y supervisan las acciones y servicios.

En 1991¹⁶, el Ministerio de la Salud, publica la primera Norma Operacional Básica (NOB)¹⁷ que establece normas y procedimientos para la realización de la descentralización de las acciones de salud y servicios, basados en criterios que garanticen la autonomía de los municipios. Estas normas son justificadas por la Constitución Federal y las leyes orgánicas de la Salud. Son las NOBs que surgen de disposiciones ministeriales.

La VIII Constitución de Brasil fue reconocida como la Constitución Ciudadana por su importancia al establecer prioridades políticas en el área de la salud pública y legitimar una política de protección social incluyente y universal que permitía el desarrollo de las políticas sociales en todo el país. Sin embargo, para que las propuestas de Reforma Sanitaria y el SUS fuesen incorporadas a la Constitución era necesario luchar contra alternativas formuladas por grupos conservadores que aún querían mantener el viejo sistema de salud y que presentaban resistencia a la descentralización y, sobre todo, querían mantener la ampliación y el dominio de

¹⁵ Gobierno del presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), primer presidente elegido por voto directo después de la dictadura. Disputó las elecciones para presidente con Luiz Inácio Lula da Silva. Su gobierno se caracterizó por la apertura del mercado interno a las importaciones y el inicio del Programa Nacional de Privatización. Fue interrumpido por el proceso de juicio político basado en el mandato de cargos de corrupción. disponible www.mundoeducacao.com.br/historiadobrasil/governo-collor-mello.htm.

¹⁶ Gobierno del presidente José Augusto Cautiero Itamar Franco (1992-1995). Fue vicepresidente de Fernando Collor de Melo. Asumió la Presidencia tras el *impeachment*. Proceso de Juicio Político de Fernando Collor.

¹⁷ Las NOBs se actualizaron en 1993, 1996, 2001 y 2006.

la red privada. La Constitución de 88, en su Artículo I sobre los Principios Fundamentales, define el país como un Estado Democrático de Derecho, fundamentado en: "I - la soberanía; II - la ciudadanía; III - la dignidad de la persona humana; IV - los valores sociales de trabajo y la libre iniciativa; V – el pluralismo político". (CF Art.1º). Es importante destacar que el Art. 196 cita que "la salud es derecho de todos y deber del Estado", como garantía de acceso a todas las políticas sociales y económicas. Estos principios vienen a confirmar la extensión del concepto de salud, ya que la Constitución concibe la salud como ausencia de enfermedades relacionada con el bienestar físico, mental y social. Así, según Dallari (1995), el intérprete constitucional tendrá que revisar el concepto de salud teniendo en cuenta las directrices recibidas en la Constitución Federal (1988), para completar el concepto de salud, como registra el Art. 196:

La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado por medio de políticas sociales y económicas que se destinen a reducir el riesgo de enfermedad y de otros agravantes y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación. (Brasil, 1988, pp. 137)

Las directrices que definen el concepto de salud son también foco de operatividad del sistema de seguridad social. La Constitución Federal para garantizar el derecho a la salud se expresa así en el Art. 194:

La Seguridad Social comprende un conjunto integrado de acciones e iniciativas de los poderes públicos y de la sociedad para garantizar los derechos relativos a la salud, bienestar y asistencia social. **Párrafo único.** Le toca al poder público, de acuerdo con la ley, organizar la seguridad social sobre la base de la siguiente meta **1:** universalidad de la cobertura y atención. **2:** uniformidad y equivalencia de las prestaciones y servicios de las poblaciones urbanas y rurales. **3:** selectividad y distribución en la prestación de servicios y beneficios. **4:** Irreductibilidad del valor de los beneficios. **5:** Equidad en la forma de participación en el coste; **6:** diversidad de la base de financiación; **7:** carácter

democrático y descentralizado de la administración, a través de la administración cuadripartita, con participación de los trabajadores, los empleadores, los jubilados y el gobierno en cuerpos colegiados. (Brasil, 1988, pp. 135)

El marco legal que obliga y establece los parámetros para la organización de acciones que garanticen el derecho de la población a la salud de manera igualitaria está en el Art. 198 I, II y III y se basa en los principios de integralidad de la atención, descentralización y participación popular:

Las acciones de los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituye un sistema único ordenado de acuerdo con las siguientes directrices: **I** descentralización con dirección única en cada esfera del gobierno; **II** Atención integral con prioridad para acciones preventivas sin pérdidas de los servicios asistenciales; **III** Participación de la comunidad. (Brasil, 1988, pp. 137).

Además, es la directriz III la que incluye en el 1º párrafo el sistema de financiación: § 1 “el sistema único de salud se financiará con arreglo al artículo 195 de los presupuestos, Seguridad Social, Unión, Estados, Distrito Federal y municipios” (Oliveira 2002, p. 137).

La Constitución Federal de 1988, por lo tanto, legalmente define el funcionamiento del Sistema de Salud como el compromiso de una política pública enfocada hacia el cuidado y la protección de la población, considerado y aplicado como un derecho de prioridad y universal.

1.3.3 El Encuentro de la Reforma Psiquiátrica con La Reforma Sanitaria: Historia y Situación Actual

El proceso de acercamiento entre la Reforma Psiquiátrica y el SUS, como hemos visto anteriormente, se establece en la relación político/ideológica entre los miembros del Movimiento Sanitario y el Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM). De la época turbulenta de la dictadura militar en Brasil a la construcción del proceso de apertura para la

democracia, en los años 80, diferentes movimientos de trabajadores y estudiantes del área de la salud (CEBES, MTSM y ABRASCO)¹⁸, se encuentran en los mismos foros: la perspectiva de un cambio en la atención de la salud, sobre la base de los idearios sociales y políticos de la reanudación de las libertades democráticas. Esto significaba poder implementar una política sanitaria basada en la integralidad y la equidad, en una política social incluyente.

Después de la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986, se organiza, a partir del mismo movimiento, la I Conferencia Nacional de Salud Mental en 1987, con propuestas de modificación del área biomédica, social y política, que requieren la reducción de camas hospitalarias y la implementación de la Reforma Psiquiátrica, destacando también la importancia de la Reforma Sanitaria. En este mismo año el MTSM promueve en São Paulo, en la ciudad de Bauru, el II Congreso Nacional de los Trabajadores de la Salud Mental. Este evento fue considerado una manifestación pública de importancia histórica, centrado en los derechos de reivindicación de la ciudadanía. En él se concretó el concepto político de Lucha Antimanicomial y fue aprobado, en la Plenaria, el documento llamado Manifiesto de Bauru (ver apéndice 2). Este documento contenía los principios de la Lucha Antimanicomial. Se adhieren a él, debido a su importancia, los trabajadores de la salud mental, los usuarios, familiares y profesionales de la salud de todo el país, con el objetivo de reivindicar el fin de los hospitales psiquiátricos y crear alternativas de tratamiento, lo que permitiría la inclusión de los usuarios en el entorno social, favoreciendo la mejora de la calidad de vida, así como exigiría el derecho a la ciudadanía de los enfermos mentales. En este sentido, existe una notoria afinidad ideológica entre los militantes la Reforma Sanitaria y los militantes de la Reforma Psiquiátrica.

M. C. Ventura (comunicación personal, 15 de septiembre, 2010) clarifica e identifica una relación estrecha entre las prácticas de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y principios preconizados del SUS:

¹⁸ Centro de Estudios Brasileños de Salud (CEBES) - 1976, Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM) - 1978, Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) - 1979

Una cosa está totalmente ligada a otra, los principios del SUS también son principios de la salud mental. A grandes rasgos, del proyecto de salud mental como política brasileña a la luz de la Reforma Psiquiátrica, Brasil tiene opción, la mayoría de los países hacen eso, incluyen la salud mental en su sistema de salud, en nuestro caso es el SUS, que es un sistema con una perspectiva universal e integral. La Reforma Psiquiátrica y la Reforma Sanitaria son contemporáneas, de alguna forma comenzó primero, claro, el movimiento sanitarista, pero la Reforma Psiquiátrica en Brasil, como un movimiento, es muy contemporánea, los dos movimientos fueron preconstitucionales. Participaron activamente del movimiento de la Constitución, de la redemocratización del país, ellos tienen mucha filiación política, yo no formo parte, es decir, formo parte de una cierta escuela dentro del movimiento de la Reforma Brasileña, el movimiento de la Reforma es múltiple.

Las perspectivas son convergentes hacia el futuro: la desinstitucionalización, un país sin manicomios, etc.

Sin embargo, las estrategias para llegar a eso son diversas y son interesantes por esa misma causa. Yo formo parte de un movimiento que afirma la clínica, una clínica amplia, una clínica no tradicional, no armada sobre el paradigma problema – solución, sino en la idea de la complejidad del fenómeno humano, etc. (M. C. Ventura, comunicación personal, 15 de septiembre, 2010)

En 1992, la II Conferencia Nacional de Salud Mental (Ministério da Saúde, & Coordenação de Saúde Mental, 1994) refuerza las críticas al modelo hegemónico del hospital psiquiátrico y propone un nuevo modelo asistencial a partir de la construcción de una red de servicios extrahospitalarios. Dichas propuestas favorecieron la iniciativa de los municipios en la construcción y expansión de unidades no manicomiales, con una asistencia basada en los principios de autonomía e integración social del usuario.

En diciembre de 2001, en la III Conferencia Nacional sobre Salud Mental (Ministério da Saúde, SUS, & Conselho Nacional de Saúde, 2002), el tema “Cuidar sí, excluir no - Efectuando la Reforma Psiquiátrica con acceso, calidad, humanización y control Social” traduce expresamente la consonancia de la Reforma Psiquiátrica, vinculada a las directrices del SUS, a través de los siguientes subtemas: financiación; recursos humanos; control social y accesibilidad; derecho y ciudadanía. Según la evaluación expresada en el boletín de la III Conferencia,

Esto representa un claro fortalecimiento de consenso en torno a la propuesta de la Reforma Psiquiátrica, con toda su pluralidad y diversidad interna, la preparación de propuestas y estrategias para implementar y consolidar un modelo de atención de salud mental que sustituya al manicomio. Todo este recorrido viene a reafirmar el proceso histórico de la Reforma Psiquiátrica, entendida como la transformación de conocimientos, prácticas, valores culturales y derechos sociales, marcados por las tensiones, los desafíos y conflictos. En este sentido suscribe las posibilidades y límites de las políticas públicas (y del Sistema Único de Salud). (Ministério da Saúde, SUS, & Conselho Nacional de Saúde, pp. 19).

Con los resultados de esa Conferencia y fortalecida por el SUS, la política de salud mental sigue su camino para la construcción de nuevas formas de pensar y hacer salud. Para permitir una transformación política-institucional, una administración pública descentralizada, se compone en 2003 la Junta de Coordinadores de Salud Mental que reúne a representantes de los diversos niveles de gobierno.

Este grupo tenía como tarea articular y analizar el proceso de cambio del modelo de atención de salud mental en los Estados brasileños y combinar propuestas para acciones prioritarias. Esto se suma a una red de servicios de inclusión social (vivienda, trabajo, servicios

de atención diaria e interacción social)¹⁹ y acciones comunitarias orientadas hacia la familia y el paciente en su entorno físico y social.

Como resultado, las prácticas de salud mental se extienden a la atención básica y toman importancia junto al Programa de Salud de la Familia (PSF), con el apoyo matricial de los profesionales de la salud mental integrado en estos equipos. Esas estrategias que combinan salud mental y atención básica de salud implican abandonar la lógica de la atención centrada en la enfermedad para invertirla en la lógica de cuidado desde la perspectiva de la integralidad y equidad establecida en el SUS.

En varios lugares, principalmente en el Norte/Nordeste del país, se han desarrollado experiencias de soporte a la Salud Mental en la atención básica. Se pueden mencionar, por ejemplo, los equipos de Recife, ciudad en el Estado de Pernambuco, donde el proyecto incluye equipos itinerantes formados por profesionales de servicio diario en salud mental y equipos de las Unidades Básicas de Salud (UBS), que trabajan con el Programa la Salud de la Familia, organizados a partir del Centro de la Atención Psicosocial (CAPS), que veremos en el capítulo II.

Se percibe, poco a poco, que la ejecución de un conjunto de acciones para la integración de equipos de salud mental con equipos de atención básica se amplía a otras regiones, con énfasis en la realidad local e incorporando la actividad de *matriciamento*²⁰.

De esta manera, la organización del campo de la salud implica la necesidad de ampliar la red de salud mental, articulada por actores sociales que pueden reclamar una mayor producción de políticas públicas y la garantía de los derechos. Esta ampliación nos lleva a un debate sobre las acciones más complejas, que requieren una política conjunta de mayor avance de “gestión, finanzas, normalización, evaluación y construcción de estrategias innovadoras de

¹⁹ Será comentado con más detalles capítulo II apartado 2.6.1

²⁰ Matriciamento es una forma de producir salud en que dos o más equipos, en un proceso de construcción compartida, crea una propuesta de intervención educativa o terapéutica.

cuidado” (Ministério da Saúde, SUS, & Conselho Nacional de Saúde, 2010, p.3). Además, existe la necesidad de expansión y especial atención en el campo de la asistencia en salud mental.

Las acciones más complejas para avanzar en el campo de la salud mental requieren la diversificación de la articulación política a nuevas estrategias de atención. Por lo tanto, es fundamental considerar la coordinación intersectorial con “varias líneas de actividad del gobierno en todos los niveles de poder para asegurar el adecuado apoyo político, la financiación y el trabajo integrado de las políticas sociales que se centran en el campo de la salud mental” (Ministério da Saúde, SUS, & Conselho Nacional de Saúde, 2010, p. 13).

Esta propuesta para la articulación sectorial supone una diferencia con relación a las Conferencias Nacionales de Salud Mental anteriores, pues se requieren cambios en las políticas públicas y se da una mayor dimensión a la integralidad de la atención en salud mental.

Situación Actual

Entre la III (2001) y la IV Conferencia (2010) hubo un intervalo de nueve años. Este período se caracterizó inicialmente por el silencio de algunos actores sociales de la Reforma. Poco a poco, se fue rompiendo el silencio con motivo de la IV Conferencia, en diversos tonos, lo que significó la rearticulación de los movimientos sociales que se habían acomodado con el paso del tiempo. Surgió la necesidad de reorganizarlos para exigir la convocatoria de la IV Conferencia, aunque existiesen grandes divergencias en la manera en cómo se debía llevar a cabo dicha la Conferencia: ¿debía ser una conferencia nacional específica sobre salud mental o debía ser insertada en la Conferencia Nacional de la Salud? Se daría un impase como se muestra en la entrevista siguiente.

Resulta pertinente señalar que, aunque se realizase la IV Conferencia Nacional de Salud Mental en 2010, es importante registrar la opinión de los informantes sobre el retraso que se

dio en su convocatoria. Estas entrevistas fueron realizadas en los meses anteriores a la Conferencia de 2010.

A. C. S. S. Silva (comunicación personal, 26 de enero, 2009), Psicóloga del Ayuntamiento de Río de Janeiro, con la función de articulación de la subgerencia de ámbitos territoriales, consejera del Consejo Regional de Psicología-05 RJ, al hablar de estas relaciones, subraya los cambios en las actividades de las comisiones entre el sector:

Creo que no podemos seguir en este debate. Por eso, ¿cuáles son las estrategias que encontramos en espacios de control social, ...? El propio movimiento no consigue ampliar esto. Algunas personas participan en este espacio de control social con esta preocupación, pero ¿cuántos pueden participar en este debate, ya que no están participando en esta única discusión? Aunque haya muchos intereses en salud mental, este es solo uno entre muchos otros. Así también, creo que en este contexto el movimiento ha estado intentando acumular fuerzas para concretar la IV Conferencia Nacional sobre Salud Mental. Las explicaciones que se han dado – he sido representante del movimiento en la Comisión Intersectorial de Salud Mental en Brasilia durante dos años – han sido que el Consejo Nacional de salud había cambiado la forma de administrar las comisiones intersectoriales. De hecho, algunas comisiones intersectoriales se han disuelto. Hemos conseguido mantener la Comisión Intersectorial de Salud Mental, pero parece que fue una resolución de la Junta Nacional de salud no realizar más conferencias temáticas. Pero hay una presión de la sociedad y algunos segmentos de la salud mental y otros sectores, para realizar una Conferencia específica, así que por ello estamos luchando. La última información que tengo parece que ya indica posibilidad de una Conferencia de Salud Mental. ...Creo que será fundamental esta IV Conferencia para poder, hoy, decir cuál es la atención psiquiátrica que deseamos en nuestro país. (A. C. S. S. Silva, comunicación personal, 26 de enero, 2009)

L. F. Tófoli (comunicación personal, 1 de febrero, 2009), psiquiatra, médico generalista del Programa de Salud la Familia, (Médico de Cabecera) en Sobral, Estado de Ceará, también manifiesta su opinión sobre la necesidad de la realización de la IV Conferencia:

Creo que, por el principio de equidad, primero los más necesitados... Por lo tanto, podemos considerar que el área de salud mental sigue siendo contrahegemónica. Así, por el bien de la equidad, creo que tiene que haber una conferencia general de la Salud Mental. Ha pasado mucho tiempo. (L. F. Tófoli, comunicación personal, 1 de febrero, 2009)

P. Amarante (comunicación personal, 22 de enero, 2009), profesor y coordinador del Curso de Especialización en Salud Mental y Atención Psicosocial, médico y uno de los intelectuales orgánicos de la Reforma, se manifestó con antipatía política acerca de la Conferencia:

El movimiento de la lucha antimanicomial no es considerado, no tiene expresión nacional, tiene una militancia, tiene militantes que construyen sobre una base diaria, con sus problemas, ..., sus adversidades, etc., ... ¿Por qué no tenemos Conferencia Nacional de Salud Mental desde 2001? No tuvimos una conferencia en el gobierno de Lula, ¿me entiendes? Un gobierno participativo y democrático. En Bolivia, en Ecuador, allá en Venezuela ..., hay un gobierno democrático participativo, presupuestos participativos y otras cosas, mucho más que en el Gobierno del PT. (P. Amarante, comunicación personal, 22 de enero, 2009)

R. T. Kinochita (comunicación personal, 25 de enero, 2009) es otro entrevistado que, reflexionando sobre la sostenibilidad de los mecanismos de reforma social y política, expresó su crítica a la política de retrasar la realización de la IV Conferencia:

Lo que creo es que hoy, ... es raro, sea la política institucional, la política partidista, extrapartidistas, en el sentido de participación porque lo que yo decía era "bien, a

mediados de los 80, hubo un espíritu de construcción de la nación y tal”, que a partir de la mitad de los 90, se enfrió mucho. Esta disposición a decir “vamos a construir los ideales, los valores y las instituciones” que, ... estaba siendo reemplazado por un cierto oportunismo de aficionados a la política. ¿Qué sucede? Más que mecanismos, hay actores políticos que no son capaces de evolucionar, y entonces yo no sé, es muy contingente. ... Creo que tenemos que avanzar para llegar a una IV Conferencia. ... Dentro de la Reforma Sanitaria, muchas personas están en contra de la idea de Conferencias. Por eso, aunque sea raro, ... (por lo menos, he escuchado la frase), “ya no es tiempo para Conferencias Sectoriales”, como si él creyera que el SUS ha evolucionado, claro. Creo que el SUS también vive un impase. En la última década, el SUS crece en tamaño, no en términos de capacidad de gestión real, resolución de problemas y tal, vive un cierto momento inicial también, porque tiene pocos actores reales para la construcción del SUS. (R. T. Kinochita, comunicación personal, 25 de enero, 2009)

En abril de 2010, finalmente es convocada por el presidente de la República, la realización de la IV Conferencia Nacional sobre Salud Mental-intersectorial (CNSM IV-I). Se celebra del 27 de junio al 01 de julio de 2010 en Brasilia-DF y tuvo como tema central la “Salud Mental, derechos y compromiso de todos: consolidar los avances y enfrentar desafíos”. Supone un importante pacto político y social sobre cuestiones logradas por la Reforma Psiquiátrica hasta hoy, y reconoce la necesidad de consolidar las acciones de las nuevas cuestiones que surgen en la atención psicosocial. El tema central permitió la participación de los sectores directamente involucrados en las políticas públicas y quienes tienen preguntas y propuestas para formular sobre el tema de la salud mental. La llamada hecha a la intersectorialidad fue un avance radical en relación con las conferencias anteriores y cumplió con los requisitos reales y

concretos del cambio de modelo de atención actual. Participaron 1.200 municipios y 46.000 personas.

La IV Conferencia Nacional de Salud Mental define tres ejes que orientan la Reforma Psiquiátrica: la clínica, la gestión y el enfoque intersectorial presentados de la siguiente manera:

I – Salud Mental y Políticas de Estado: Pactar caminos intersectoriales;

II – Fortalecimiento de la red de atención psicosocial y de los movimientos sociales;

III – Derechos humanos y ciudadanía: un desafío ético e intersectorial.

En la Conferencia tuvieron lugar discusiones en profundidad sobre los avances de la Reforma Psiquiátrica, mientras se señalaban las dificultades que impiden el desarrollo de una política basada en los principios del SUS. Se reconoció que también hubo avances y se señaló el cambio favorable del escenario de la atención en el SUS y del debate social sobre el tema desde 2001, cuando se realizó la III Conferencia Nacional de Salud Mental y que también se aprobaba en el Senado Federal la Ley Federal n.º 10.216. Se subrayó la importancia de construir con solidez la nueva agenda de la Reforma Psiquiátrica para años próximos.

La IV Conferencia señaló la perspectiva histórica de no ser dissociables los dos movimientos (Reforma Sanitaria con la implementación del SUS y Reforma Psiquiátrica), como ya se ha abordado en este apartado, y se subrayó la necesidad de la conjunción de estos en todos los niveles para fortalecer las acciones vinculadas:

Algunos principios, como integralidad y participación social, son absolutamente comunes a ambas Reformas, creo que es un agente común de un mismo proyecto social.

Un implementador principal del SUS, que dice que la Reforma Sanitaria es un proceso civilizador, porque presenta ideales y principios que queremos para la sociedad [...] y esto se aplica en la Reforma Psiquiátrica. No es poco cuando hablamos de construcción social de nuevo lugar para la locura, es muy complejo, porque hay una implicación desde el punto de vista del proyecto de la sociedad y que de lo que esta significa

subjetivamente, psíquicamente ¿cómo conseguimos un lugar para la psicosis, para los psicóticos?, ¿cómo obtenemos un mundo en el que esta diferencia puede existir? La Reforma no tiene que ser sólo un cambio de servicios, un cambio de formas de atención, es mucho más que eso, es un cambio de modelo de salud, un cambio de la forma de producir salud. (Ministério da Saúde, SUS, & Conselho Nacional de Saúde, 2010, pp. 11)

Está claro que, a pesar de que los informantes presenten diferentes perspectivas sobre la evolución, los avances y retrocesos teóricos/prácticos/políticos en relación a la inserción efectiva y permanente de los principios establecidos por las directrices en el diseño de políticas de salud pública en Brasil, tanto la Reforma Psiquiátrica como el movimiento sanitario son, en sus resultados, interdependientes; y los factores de desarrollo, implementación y acción sobre la consolidación del paradigma democrático de equidad, accesibilidad, ciudadanía, inclusión social, mejora de la calidad de vida, descentralización de acciones y consolidación del proceso civilizador siempre se dieron gracias a acciones conjuntas con todas las áreas de políticas sociales básicas.

No puede pensarse que una política de salud enfocada universalmente a todos los brasileños esté cerrada en sí misma, que no se consideren en su formulación y ejecución todos los indicadores que forman la génesis de este pueblo. Es esto lo que en este capítulo hemos intentado demostrar a través de las distintas fases de desarrollo y períodos que esta política ha ido absorbiendo. El discurso de los actores que aún están en la lucha por el pleno funcionamiento de los ideales expresados anteriormente confirma el eje que orienta este trabajo.

El capítulo presentado sobre política de salud significa la base para comprender la importancia del camino recorrido en la reivindicación de un sistema de salud universal que permitiera la construcción de una política de atención en salud mental. Este sistema considera

la rehabilitación psicosocial como un instrumento de primordial relevancia para la reorientación de la atención psiquiátrica en el país. Este será el tema central del capítulo siguiente.

2 PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Considerando que en los apartados anteriores exponemos los antecedentes y las aportaciones para el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en Brasil, incluso los marcos legislativos y psicosociales, en el apartado siguiente serán presentadas inicialmente la motivación y elección de la institución extranjera, la justificativa seguida de las aportaciones teóricas, de la relevancia y delimitación del problema y objetivos.

2.1 Motivación y Elección de la Institución Extranjera

Mi trayectoria profesional como psicóloga se sitúa en la actuación en Salud Mental y en la implicación, cada vez más intensa, con el movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Mi interés por esta investigación se ha ido desarrollando a lo largo de mi experiencia en la implantación de servicios de salud mental en zonas de precariedad social y económica. La experiencia profesional junto a la población de baja renta me ha llevado a darme cuenta de que, dentro del panorama político del país, la salud mental estaba vinculada a cuestiones sociales y a la incapacidad de la gestión en salud pública. Con el pasar del tiempo, sentí necesidad de reflexionar sobre este movimiento y mi propia participación en él, hasta entonces, vivida como práctica y analizada bajo la perspectiva de los actores de ese proceso.

Percibí que era necesario crear una “mirada desde fuera”, una cierta perspectiva antropológica, sobre la Reforma. Así, evaluando los diferentes programas de postgrado brasileños en que la temática de la Reforma Psiquiátrica Brasileña podría ser incluida, percibí que mantendría los mismos referenciales de análisis. Era necesario salir hacia otro lugar, tener otro pensamiento, otra forma (o no-forma, incluso por el desconocimiento) de descubrir la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

Por diversos motivos, mejor señalados más abajo, escogí la Universidad de Barcelona. Pude frecuentar disciplinas como “Cultura, Discurso y Subjetividad” que contribuyeron a reflexionar acerca de la formación identitaria y los mecanismos de acción capaces de intervenir en la construcción de una cultura diferente. Fue a través de esta disciplina que aumentó mi interés sobre el discurso de los signos como desdoblados en acción e identificados por un contexto sociocultural y por la construcción histórica. Otra disciplina, como “El papel de Sí mismo en el tiempo libre”, implicó en la reflexión sobre la noción que se tiene de ocio y calidad de vida en la que el tiempo libre no puede estar dissociado del uso de la autonomía y de la libertad.

Considero estos, principios éticos imprescindibles, instrumentos fundamentales para devolver el amor por la vida a aquellos que perdieron parte de su existencia en los pabellones psiquiátricos. Por haber trabajado siempre en la asistencia en salud mental, consideré esta disciplina fundamental para mí desarrollo investigativo, puesto que, para trabajar con la inserción social de pacientes psiquiátricos, duramente estigmatizados por la sociedad, es necesario trabajar las mentalidades para que se pueda cambiar el sistema social excluyente. Hay que considerar la acción social a la luz de los siguientes vectores morales: la libertad, la intencionalidad, el otro, la conciencia moral y la responsabilidad. Vectores, que tuve la oportunidad de comprender en la disciplina “Ética de la intervención social”.

Podría añadir, además, otras múltiples disciplinas que tuvieron importancia para la rehabilitación psicosocial como un principio fundamental en la reorientación de la asistencia psiquiátrica. Así, registro que en esta tesis se considera importante articular el campo de la salud mental a la psicología social, con la intención de reflexionar sobre el discurso que considera la transición entre paradigmas epistemológicos, sociales, políticos y culturales. Para ese fin, es importante también utilizar un método que pueda auxiliarnos en el análisis de las prácticas

constitucionales cotidianas de un servicio no “manicomial”, intentando entender lo que deberá consolidar la ruptura con el modelo que él representa.

Así, además de la distancia anhelada, se consideró otro aspecto de relevancia en la elección de la Universidad de Barcelona como *locus* de nuestro doctorado: el hecho de que nos sería de gran utilidad el desarrollo que en ella se produce sobre el llamado pensamiento construccionista. Tuve la oportunidad de estar cerca de autores que investigan sobre este tema como, por ejemplo, Frederic Munné, que escribió artículos como “La complejidad y el caos: además de una ideología del desorden” y “La debilidad de la crítica en la psicología construccionista”; Nuria Codina, autora del libro “El papel de Sí mismo y el tiempo libre”; Federico Javaloy, con la publicación del libro “Comportamiento colectivo y movimiento social”; Alipio Sánchez cuya obra fue “Ética de la Intervención Social”. El tiempo de convivencia, dedicación y aprendizaje junto al Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona me brindó la posibilidad de publicar el artículo “Reforma Psiquiátrica: la ética de los derechos civiles” en el libro “Psicología Comunitaria Europea: Comunidad, Poder, Ética y valores”. El intercambio de relaciones marcado por culturas diversas y la convivencia en el Departamento de Psicología Social me resultaron muy fructíferos. La comunicación en la vida cotidiana es extremadamente rica e importante, pues está vinculada a los procesos de producción y dice respecto a las diversas ideologías existentes (Bakhtin, 1995). Bauman (2004) cree que, aunque “la convivencia humana pueda beneficiarse de reglas diferentes de las que consideramos superiores, sobre todo, debemos dudar de que tengamos acceso a la verdad absoluta...” (p. 178). Dice, además, que “eso no es un obstáculo en el camino que conduce a la comunidad humana” (p. 178). Conforme Bakhtin (1995) la palabra es el modo más puro de relación social, es donde se enfrentan valores sociales contradictorios, es expresión e instrumento de las relaciones y luchas sociales.

La Universidad de Barcelona fue para mí un espacio de aprendizaje, de análisis de las prácticas discursivas y, así, me facilitó la consecución del conocimiento y de la práctica de la atención psicosocial.

2.2 Justificativa del proyecto y la tesis

La tesis presentada para el Programa de Doctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, España, es un análisis sociohistórico de la Reforma Psiquiátrica en Brasil desde 1986, durante la implementación del Sistema Único de Salud, hasta la actualidad. Partimos del entendimiento que dicha Reforma ha recorrido un largo camino, que ha constituido la base para la reorientación de la atención psiquiátrica, pero haremos una reflexión para ver si, de hecho, constituye un cambio del modelo asistencial hegemónico hasta ahora y tiene las condiciones estructurales para que se concrete como política pública.

La elección de este período está relacionada con el hecho de que en él hubo un intenso debate político, que permitió conducir los proyectos de ley para una implementación más amplia de la política de salud, en particular, para quienes promovería la Reforma Psiquiátrica: la Ley Federal n.º 10.216/2001, del 06 de abril de 2001, determinando la reorientación psiquiátrica, el control de los ingresos psiquiátricos *compulsorios* y sobre todo una asistencia fortalecida en la atención psicosocial. Para su sostenibilidad, el tema propuesto para la III Conferencia Nacional de Salud Mental “Cuidar sí, Excluir no”, realizada en diciembre de 2001, intensificó la necesidad de ampliar la red de unidades de servicio no manicomiales, construyendo una asistencia en salud mental con el foco en la atención psicosocial, tales como viviendas terapéuticas, centros de convivencia con acciones centrados en el desenvolvimiento de la autonomía y en la sociabilidad del sujeto cuya vida fue marcada por el sufrimiento psíquico.

2.3 Aportaciones Teóricas

Basamos nuestros estudios bibliográficos y reflexiones, sostenidos en la experiencia y formación de la autora. De esta forma, la elección de los autores pasa por distintos caminos, indicaciones y referencias de los profesores del Departamento de Psicología Social en la Universidad de Barcelona, como de otros profesionales que actúan o actuaban en el campo práctico y también académico de la Salud Mental, bien como otros autores en el campo de conocimiento de las ciencias humanas.

Para construir la base del pensamiento de la psicología social en esta tesis, se utilizaron autores como Vidal (2002), que aporta la perspectiva de la psicología social aplicada.

Por razón de construir el relato comprensivo a lo largo de la tesis, se seleccionaron conceptos como ciudadanía en autores como Fleury y Ouverney (2008) y Marshall citado en Vicherat (2001). En la metodología de la tesis se utilizó la visión de Minayo (2004) que aclara la pertinencia de analizar la Reforma Psiquiátrica, considerando los conceptos de cotidianeidad y praxis, así como también se debe considerar la mutabilidad de sus instituciones, leyes y perspectivas del mundo.

Se utilizó a Caplan (1980) para entender la importancia del “preventivismo”²¹ como influencia en el intento de cambio en el sistema de salud brasileño.

El modelo de Caplan (1980) consistía en la jerarquización de la asistencia en tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, como presentado en el apartado 1.1.

Para entrar en el contexto histórico de la rehabilitación psicosocial, considerando la evolución de varios modelos de atención en otros países y su influencia en la Reforma Psiquiátrica Brasileña, se hizo importante marcar el pensamiento de Laing (1968) sobre la accesibilidad de eventos sociales y su relación con un contexto social ampliado en el tiempo y

²¹ Prevenir antes que la enfermedad progrese.

en el espacio. Para una reflexión sobre el modelo tradicional de atención, se utilizó el estudio crítico de Foucault (1991) y Amarante (2007). Y a Nicácio (2001): para entender la función disciplinaria y jerárquica del médico en la unidad hospitalaria del siglo XVII. También a Serrano (1982) con el mismo tema, ejemplificado por la creación de la Alianza Brasileña de Higiene Mental. Para comprender mejor la psiquiatría institucional, basado en el Tosquelles, se utilizó a Oury (1976) y a Passos (2000).

Considerando la importancia de los movimientos culturales para el cambio de pensamiento social y sus influencias en una nueva mirada a la enfermedad mental, se eligió a Debord (1997), y a Cooper (1968) para alcanzar la influencia del pensamiento de Hegel y Marx en la antipsiquiatría.

Para definir el modelo de reorientación en la política de salud mental italiana y su base teórica se ha elegido además a Amarante (1996) y, para conceptualizar el proceso de desinstitucionalización, a Franco Basaglia (2009). Más adelante se utilizó a Rotelli, Leonardis y Mauri (1990), a Nicácio (2003) y a Basaglia (2009) para comprender la inclusión de la experiencia del modelo italiano en los cambios de la atención en salud mental en la ciudad brasileña de Santos.

El panorama social contextualizó el movimiento pro-Reforma Psiquiátrica en España, para aclarar la importancia de este hecho se destacó a Desviat (1999). Se consideró importante conocer el origen del término psicosocial y cómo fue adecuado a la Rehabilitación Psicosocial, ajustándose en adelante su significado, para eso, se destacó a Amarante (2007), a Pitta (1996) y a Saraceno (2001).

La aparición de los movimientos sociales en Brasil a finales de los 70 y principios de los 80 surge en busca de una definición de ciudadanía y una sociedad equilibrada. Es, entonces, cuando se recurre a la definición explicativa de Javaloy, Rodríguez y Espelt (2001) acerca de la motivación en grupos sociales. En este sentido, la nueva Constitución de 1988 surge como

uno de los factores que contribuyen al cambio social. Para esta reflexión, se destacó a Telles y Paoli (2000).

La participación de los usuarios psiquiátricos en la II Conferencia Nacional de Salud Mental en Brasil llévanos a reflexionar sobre la construcción de la democracia, trayendo de nuevo el pensamiento de Vicherat (2001) y Sotomayor y Fernández (2003).

En la construcción de los nuevos servicios, en particular los Centro de Atención Psicosocial (CAPS), se destacó la importancia de la inclusión de los talleres terapéuticos para los enfermos mentales. Con el objetivo de definir la función de dichos talleres y los modelos que influyeron en los mismos en Brasil, se buscó la referencia de Simon (1937), Melo (2001), Cerqueira (1965) y Silveira (1993) en entrevista concedida a Marcia Guimarães. Además, para comprender la complejidad de la práctica, se eligió a Vázquez (1990) y a Kosik (1989).

Para reflexionar sobre la diversidad cultural, se eligió a Mamberti (2008), a Delgado (2008) y, sobre la inserción social de los usuarios de los servicios de salud mental, se buscaron las diferentes acciones culturales realizadas por grupos y servicios no manicomiales. Para esto se seleccionó a Pál Pelbart (2008), a Britto (2008) y a Sayão (2008).

Antes de entrar en las acciones para la inserción en el trabajo y generación de renta, se necesitó una reflexión sobre la función tutelar en el hospital psiquiátrico y la incapacidad que este confiere al enfermo mental, para esto se eligió a Castel (1978) y sobre producción de autonomía a Nicácio y Kinker (1996), a Varela citado por Eirado y Passos (2004) y, más adelante, el pensamiento de Held (1997) sobre el concepto de autonomía. Para tratar de la función de las cooperativas de trabajo y las consecuencias sobre este modelo de producción económico, se eligió a Monnerat (1999), a Galaz y Prieto (2006). Martins (2008), para aclarar la importancia de la asociación entre El Programa Nacional de Salud Mental y la Secretaria de Economía Solidaria.

Los nuevos dispositivos de la Reforma Psiquiátrica fueron creados para oponerse a los espacios asilares y garantizar el rescate de poderes físicos, sociales e intelectuales y para eso es necesario que las viviendas terapéuticas ocupen el territorio como instrumento de importancia para la autonomía del paciente. Sobre este tema considerando el concepto de territorio y cotidianeidad se eligió a Santos (1991), a Delgado (1999), a Pinheiro (2001) y al relato de la experiencia de Ferreira y Fonsêca (2000).

2.4 Relevancia

Además de todas las aportaciones mencionadas anteriormente, la presente tesis tiene la intención de ser un hecho narrativo documental en el área del conocimiento de la psicología social acerca de un difícil proceso de cambio en Brasil, lo del modelo psiquiátrico asilar al de la asistencia psicosocial. Oportunamente explicaré como la tesis se sitúa en el ámbito disciplinar de la psicología social y de la psicología comunitaria²². Entendemos que esas áreas de conocimiento tienen su importancia en el manejo del aporte terapéutico, que evoca una mirada subjetiva sobre los pacientes enfermos, en especial los de largo ingreso. Sujetos esos, psicóticos, que, en su vacío interior, reflejan al vacío afectivo de los pasillos manicomiales, mientras se percibe la ausencia de atención de los trabajadores de la psiquiatría a las necesidades reales de los pacientes. Además, tal situación evidencia la enfermedad de la institución manicomial, que se exprime en la conducta y en el cuerpo maltratado del paciente. La desinstitucionalización necesaria para el desarrollo y la autonomía de los pacientes egresos de larga internación psiquiátrica es discutida en esa tesis, y aportamos como ha sido la construcción de los servicios territoriales de base comunitaria en Brasil, en que se trabajó la inclusión de los egresos de hospitales psiquiátricos en sus respectivas comunidades, acciones

²² Capítulo III – 3.2 La Salud Mental Comunitaria como marco psicosocial.

bien representadas en la psicología comunitaria, contemplando así la red de atención psicosocial fuertemente significativa en la Reforma Psiquiátrica.

Para una mejor clarificación del problema de la Reforma Psiquiátrica, tema de la presente tesis, en el capítulo III, se realizará una breve explicación de sus antecedentes y su marco teórico psicosocial.

2.5 Delimitación Del problema y Objetivos

A pesar de que la Reforma Psiquiátrica nace por el apelo al derecho a la ciudadanía y la inclusión de los que padecían del sufrimiento psíquico, ella tuvo una trayectoria en la que se construyeron las bases para la reorientación del modelo asistencial en salud mental, considerando que es necesario reflexionar sobre una efectiva "reversión del modelo asistencial hegemónico". Así, nos preguntamos:

- ¿Los servicios han multiplicado los actores para intensificar acciones comunitarias y cambiar los valores sociales?
- ¿Los profesionales recién contractados valoran las técnicas centradas en la rehabilitación psicosocial?
- ¿Los recursos de financiación son compatibles para efectivizar la reestructuración de la asistencia psiquiátrica?
- ¿Se crean mecanismos gubernamentales adecuados para la implantación de políticas sociales, para reducir las desigualdades sociales?
- ¿El control social está capacitado para acompañar la implantación de las políticas públicas?

Las preguntas de investigación contribuyen para suscitar las cuestiones alrededor del problema de investigación:

- ¿La Reforma Psiquiátrica Brasileña es suficiente para hacerse viable como política pública?

Considerando los cuestionamientos anteriormente señalados, definimos, como objeto de investigación, el movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Brasil de 1986 hasta 2015.

Mediante las indagaciones anteriores, establecemos los siguientes objetivos:

2.5.1 Objetivo General

El análisis de las posibilidades para la sostenibilidad de la Reforma Psiquiátrica como política pública.

2.5.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, por otro lado, pretendemos:

- Analizar si una política dirigida hacia un proceso democrático, como propone la Reforma Psiquiátrica, tiene posibilidad de viabilidad de forma lineal y coherente, a pesar de los alegados límites establecidos a los municipios por la Ley de Responsabilidad Fiscal;
- Analizar la importancia del cierre de camas psiquiátricas en el país, después de la aprobación de las leyes federales de reorientación de la asistencia psiquiátrica (Ley Federal n.º10.216 de 06 de abril de 2001 - regula el modelo asistencial y el ingreso psiquiátrico, y “compulsorio”, Ley Federal n.º 10.708 de 31 de julio de 2003 – crea beneficio para “egresos” de hospitales psiquiátricos y otras leyes);

- Analizar, a través de los 20 últimos años de la creación del Sistema Único de Salud, la convergencia entre la implantación del SUS como política de reorientación en el campo social y la implicación de este en el movimiento de la Reforma Psiquiátrica.

3 MARCO TEÓRICO Y LEGISLATIVO: LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

En este capítulo se dará énfasis al principio fundamental que marca las prácticas definidas por la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Para comenzar, nos referiremos al contexto histórico, con el fin de comprender los modelos teóricos que esbozaron la atención psiquiátrica brasileña. Además, a través de este contexto, se presentará un panorama también histórico, político y cultural que marcó el mundo y contribuyó a modificar las prácticas psiquiátricas. Veremos que las construcciones de los cambios en el campo de la salud mental en diferentes países contribuyeron para definir la asistencia psiquiátrica en Brasil. A continuación, en este mismo capítulo se centrará en el campo de la atención psicosocial en Brasil con conceptos que acercan las prácticas de rehabilitación psicosocial a los derechos y a la ciudadanía. Para esto, se presentará la trayectoria de transformaciones políticas y sociales del país a través de los movimientos sociales que han fortalecido la iniciativa de medidas por parte del gobierno brasileño y que ampliaron la atención psiquiátrica teniendo en cuenta el principio del derecho a la ciudadanía.

A continuación, será presentada la reconstrucción de la red de servicios destacando (como se propone en el proyecto de tesis) el camino trazado desde 1986: el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad de Santos en el Estado de São Paulo, la construcción de una red de dispositivos no psiquiátricos y la divulgación entre los profesionales de los resultados de la reestructuración de la red de salud mental, proporcionando así nuevos servicios en otros Estados brasileños. Se relatará con detalles la implementación de estos servicios y la propuesta de nuevas disposiciones con códigos de financiamiento y regulación.

En este capítulo, además, se trazará una cartografía de forma narrativa de la extensión de la red de servicios hasta diciembre de 2014, considerando los diversos centros de atención psicosocial y la importancia de una política de atención al uso abusivo de alcohol y otras drogas.

También, será considerada como fundamental la función de los talleres terapéuticos de atención psicosocial, pues se constituyen como una importante herramienta de integración entre los pacientes psiquiátricos. Este momento se aprovechará para revelar la trayectoria histórica de los talleres terapéuticos, su función y los resultados en la creación de servicios. Se seguirá discutiendo la importancia de las actividades culturales propuestas dentro de los centros de atención psicosocial mediante la creación de grupos de música, teatro y bellas artes, que favorecen, especialmente, la inserción social y la oportunidad de desarrollo de la potencialidad de creación de los pacientes psiquiátricos.

Después, se presentarán las nuevas disposiciones destinadas a facilitar la generación de renta como una posibilidad de inclusión social a través del trabajo. Y para finalizar el capítulo, se tratará del camino para la creación de la Ley Federal n.º 10.216 del 06 de abril de 2001, que reformula el modelo de la asistencia en salud mental y es reconocida como marco referencial que viabiliza la concretización de la Reforma Psiquiátrica y fortalece las acciones creadas con la finalidad de ofrecer la sostenibilidad de la Ley Federal n.º 10.216.

3.1 Evolución histórica de los modelos de atención en salud mental

Para entrar en el campo conceptual y entender los modelos teóricos y prácticos que definieron la rehabilitación psicosocial como un principio de la Reforma Psiquiátrica en Brasil, es necesario presentar el trayecto de los principales modelos de atención psicosocial en otros países por su influencia en el campo de la asistencia psiquiátrica brasileña. Para eso, es preciso reconocer que cualquier hecho se sitúa en un contexto social y que, a su vez, es atravesado por otros, ampliándose y formando una red que va de un subsistema a un sistema más amplio, todos ellos entrelazados. Según Laing (1968, p. 15), “la inteligibilidad de los acontecimientos sociales exige que siempre sean vistos en un contexto que se extiende espacial y temporalmente”. Es a

partir del escenario internacional que podemos entender los orígenes del sistema de la asistencia psiquiátrica brasileña. Tomaremos así algunos datos históricos que se refieren a una reflexión mundial sobre el modelo de asistencia psiquiátrica convencional.

Desde 1656, fecha del decreto de la creación del Hospital General en París, excluidos de todas las especies (vagos, insanos, desempleados), que estaban alojados en diversos establecimientos esparcidos por la ciudad, son reunidos en un único local, bajo una única administración en *Salpêtrière*, donde la locura se establece en función de los principios que deberían cumplir según el orden social. Este local de confinamiento marcó la locura como especificidad entre los que vivían anteriormente en grandes abrigos y todos aquellos que no se incluían en un orden social y político, como, por ejemplo, los mendigos, los vagos, etc., que se presentaban de forma espontánea o eran presentados por orden real o judicial.

Según Foucault (1991), la creación del hospital general tenía la función de:

Celar por la subsistencia, por la buena conducta y por el orden general de aquellos que no pudieron encontrar su lugar allí, pero que podrían o merecerían estar allí. Esa tarea es confiada a los directores nombrados para toda la vida y que ejercen sus poderes no sólo en los edificios del Hospital, sino también en toda la ciudad de París, sobre todos aquellos que dependen de su jurisdicción. (Foucault, 1991, pp. 49)

Sin duda, la reflexión de Foucault (1991), sobre la función del hospital general define el ejercicio de esta institución como de absoluto poder sobre su clientela, considerándolo en calidad de una estructura semijurídica paralela a los tribunales existentes, puesto que “*juzga y ejecuta*” (pp. 49). Este autor añade, además, el artículo VI del decreto de la fundación del Hospital General:

Los directores dispondrán de postes, golillas de hierro, prisiones y celdas en dicho hospital general y en los lugares que de ellos dependan conforme sea su parecer, sin que se pueda apelar a las órdenes por ellos dadas dentro de dicho hospital; y en cuanto a las

órdenes que interfirieran con el exterior, serán ejecutadas en su forma y disposición a pesar de cualquier oposición y apelación hecha o que se pudiera hacer y sin perjuicio de dichas órdenes y no se concederá ninguna defensa o excepción. (Foucault, 1991, pp. 50)

Después de la Revolución Francesa, Philippe Pinel (1773-1826) es convocado para dar un destino más humano a los locos, dentro del ideario revolucionario de “Libertad, Igualdad y Fraternidad”. De esa forma, se dan cambios que incluyen la liberación de enfermos mentales de un régimen opresor, pues Pinel trata la locura como enfermedad, de ahí la necesidad de tratamiento. A partir de ese momento, se produce un saber sobre las enfermedades a través de un modelo epistemológico de las ciencias naturales. Amarante, relata que:

Al llegar a las instituciones hospitalarias, en nombre de un nuevo y promisor saber sobre las enfermedades, el médico sustraía de la filantropía y del clero el poder administrativo del hospital. Si anteriormente el médico era convocado al hospital únicamente para atender a algunos casos más graves; si frecuentaba el espacio hospitalario de modo eventual e irregular (de la misma forma en que era convocado en las prisiones, por ejemplo) ahora se hacía el personaje fundamental del hospital. (Amarante, 2007, pp.27)

El loco, denominado por la medicina alienado mental, no dejó de ser visto como peligroso e insensible y con desvío de la razón. De esa forma, la medicina creía, así como la sociedad, tener los motivos necesarios para mantenerlos aislados en el manicomio. Según Serrano:

La sociedad burguesa valora las calidades individualistas y retira de sí y del relacionamiento humano toda la responsabilidad sobre la locura, niega sus contradicciones, niega que ella es el escenario de relacionamientos productores de sufrimiento entendiendo que la locura viene del cuerpo por estragos hereditarios o acontecidos por casualidad. Luego, los relacionamientos dentro de la familia, escuela y sociedad no necesitan ser cambiados. (Serrano, 1982, pp. 26)

Es así como Kraepelin, conforme Amarante (2007), afirma que “todo alienado constituye de algún modo un peligro para sus prójimos y para sí propio” (p.31). El aislamiento pasó a ser visto como un acto terapéutico en la conducta médica. El hospital pasa a ser la institución disciplinar, adoptando como lógica de la psiquiatría la lógica de la opresión, con la función de reducir los locos para “acercarlos a la realidad”. De esa forma el paciente pasa a ser custodiado por el manicomio.

En Brasil, cuyo primero hospicio había sido creado en 1854, solamente en 1903, bajo la influencia del psiquiatra Juliano Moreira, se crea la Disposición n.º 1132 (1903) de Asistencia a los Alienados, primera legislación brasileña específica que exige tratamiento obligatorio para los enfermos que no lo aceptaban. Costa (2007) señala que la práctica de la nosografía inicial en Brasil ignoraba los aspectos sociales y culturales. Había una preocupación en seguir los textos franceses, inicialmente. Sin embargo, los textos alemanes eran una fuente de inspiración para Juliano Moreira y por esta razón comenzaron a ser las referencias a los conocimientos psiquiátricos. La cultura se entendía como fenómeno psíquico. Según Serrano (1982), “había preocupación con la formación étnica del pueblo brasileño, se consideraba que la buena salud mental venía de la raza, por cuestiones hereditarias” (p. 33). Basado en ese pensamiento, se hace peculiar la práctica de prevención a la enfermedad mental y se crea la Alianza Brasileña de Higiene Mental en 1923, potenciándose prejuicios en los cursos de formación médica. El objetivo mayor sería formar personas de acuerdo con esos ideales vigentes a la época.

La 2ª Guerra Mundial, con su escenario de profundo sufrimiento humano, trae para la sociedad una reflexión ética que promueve, a partir de ahí, nuevas modalidades de psiquiatría convencional y de institucionalización manicomial que incluyen experiencias alternativas de tratamiento. Se destaca un nuevo cuestionamiento sobre la Rehabilitación. Surgen en diversos países modelos como la comunidad terapéutica (Inglaterra), la psicoterapia institucional y la psiquiatría de sector (Francia), la psiquiatría preventiva (EE. UU.), la antipsiquiatría

(Inglaterra), la medicina comunitaria (EE. UU.) y la psiquiatría democrática (Italia). Esos movimientos buscan reformular los sistemas de salud de formas más específicas.

La psiquiatría francesa de sector surge como una reorganización del modelo manicomial, creando ambulatorios, hospital-día, hospital-noche, apartamentos terapéuticos e insertando el propio hospital psiquiátrico en la lógica de una nueva red de servicios territorializados. Consideraba al equipo de profesionales insertada en la comunidad, cuya función era la de prestar un conjunto completo de servicios, desde la prevención hasta la rehabilitación, incluyendo el ejercicio terapéutico. El objetivo de ese modelo de psiquiatría sería añadir todas las acciones de una forma más integral, sin caer en el riesgo de la segregación.

La psiquiatría institucional, término que fue utilizado por primera vez en 1952 en los “Anais Portugueses de Psiquiatría” por los médicos franceses Georges Daumézon y Philippe Koechli - inspirados en el trabajo de Francesc Tosquelles²³, propone una radical transformación de la práctica psiquiátrica pues entiende que esta solo puede ser realizada con la participación de los enfermeros y demás profesionales de todos los sectores del hospital. Considera que toda la institución es “enferma” y, por eso, debe ser tratada para que el paciente pueda ser rehabilitado. La institución psiquiátrica es capaz de promover la alienación a través del vacío de las relaciones y de sistemas jerarquizados. Jean Oury (1976) afirma que:

El ambiente hospitalario tiene un valor estructural en la edificación de una parte del síndrome psiquiátrico, remitiéndonos al que podemos llamar de “patoplastia”, es decir, el paciente se asemeja al ambiente en el cual está insertado. El medio en el cual la enfermedad está localizada cambia frecuentemente el estilo de la enfermedad. Es importante entonces tener conciencia de la estructura del medio psiquiátrico a fin de

²³ Francesc Tosquelles Llauredó (1912-1994), psiquiatra catalán, en 1939 fue admitido en el Hospital Saint Albán en Lozère en París como enfermero una vez que no hubo convalidación de su diploma médico. Con Lucien Bonnafé, fue uno de los ideólogos y fundadores de la Psychotherapie Institutionnelle francesa, una corriente psiquiátrica que en los años sesenta, en manos del propio Tosquelles, Jean Oury y Roger Gentis, dio lugar a la versión francesa de la antipsiquiatría internacional.

intentar orientarla, en su totalidad, hacia la desalineación. Esto permite devolver progresivamente la articulación dialéctica de la alienación – que es más trascendental – a la locura con su tipo de alienación social. Es solamente así que toda psicoterapia (individual o de grupo) puede estar situada de una forma coherente tanto con relación a sus indicaciones cuanto a sus efectos. (Oury, 1976, pp. 35)

Según Passos (2000, p. 221), Tosquelles “defendía la idea de que el asilo debe ser el lugar donde se crean zonas de libertad”. Consideraba importantes las ideas del psiquiatra alemán Simón, que incluían la necesidad de considerar el paciente capaz de ser responsable dentro del espacio de tratamiento, además de oponerse a la inactividad y aislamiento en el hospital.

Además, en Francia en los años 60, se fortalece el movimiento de la psiquiatra de sector centrada en la Clínica La Borde, localizada en la ciudad de Blois a 200 km al sur de París donde, anteriormente, sobresalía el modelo manicomial, pasa entonces a ser una institución en que la resocialización del paciente se convierte en objetivo de tratamiento. Se crean servicios extrahospitalarios sectorizados, como, por ejemplo, los clubes de ocio y talleres terapéuticos, que componen una red de servicios. Sin embargo, tal hecho es pasible de críticas pues, según Passos (2000), se refiere a: “una multiplicidad de servicios externos, que, en la mayoría de las veces, reproduce la misma lógica autoritaria del sistema institucional de donde emanan, con mera sustitución de la cronificación asilar anterior por recurrentes reingresos más cortos” (p. 226).

En 1962 surgen los centros comunitarios en Estados Unidos como alternativa a la política de exclusión manicomial. Proyectos como, por ejemplo, el del psiquiatra Lindemann tenían como objetivo intervenir en la crisis a fin de responder a las situaciones patógenas para evitar los ingresos psiquiátricos. La teoría de Lindemann influenció la Psiquiatría Preventiva (Couto & Albert, 2008).

En este contexto, la propuesta preventiva de Caplan (1980) sobre la intervención social, en la cual el psiquiatra trabajaría en la comunidad junto a los otros agentes, llevó a la creación de estrategias para identificar personas con perfil para desarrollar un trastorno mental. Esa propuesta preventiva preconizaba una linealidad en el proceso salud/enfermedad, creyendo que todas las enfermedades mentales podrían ser prevenidas siempre y cuando se diagnosticaran precozmente (Amarante, 2007). Eso ocurriría a través del encaminamiento de la persona a un psiquiatra para diagnosticarla. El modelo de Caplan (1980) consistía en la jerarquización de la asistencia en tres niveles de atención como presentado en el apartado 1.1.

Además de eso, se creó una red de servicios comunitarios para cambiar los factores de riesgos existentes en esos locales y, de esa manera, evitar el desarrollo de la enfermedad mental.

Para hacer referencia a la antipsiquiatría y a la psiquiatría italiana como movimientos influyentes en la transformación del modelo manicomial de asistencia, es importante recordar el escenario de reivindicaciones políticas y culturales que tenían lugar en la época de 60, tales como la guerra del Vietnam, la lucha por inclusión de los Derechos Civiles en Estados Unidos, la proscripción de la bomba atómica, la Revolución Cultural de China, es decir, la proliferación de complejidades en el mundo. Además, “Mayo de 68” se constituyó en un movimiento con proporciones revolucionarias que se caracterizó por levantamientos populares que rebasaron el campo étnico, cultural y el de clases sociales. El movimiento alcanza su auge con la adhesión de renombrados intelectuales europeos, tales como Sartre, Foucault, Debord que contribuyeron para hacer efectivas las transformaciones políticas y de comportamiento. La sociedad del Espectáculo, de Guy Debord, publicado en París en 1967, se convirtió en uno de los íconos de la literatura en el grupo más extremista del Mayo de 68 en París. De inicio afirma que:

Toda la vida de las sociedades en las que dominan las condiciones modernas de producción se presenta como una inmensa acumulación de espectáculos. Todo lo que era directamente vivido se convierte en una representación. Las imágenes que se han

desprendido de cada aspecto de la vida se funden en un curso común, donde la unidad de esta vida ya no puede ser restablecida. La realidad considerada parcialmente se despliega en su propia unidad general mientras aparece pseudo mundo aparte, objeto de mera contemplación. La especialización de las imágenes del mundo se encuentra realizada en el mundo de la imagen hecha autónoma, donde el mentiroso miente a sí mismo. El espectáculo en general, como el reverso concreto de la vida, es el movimiento autónomo de lo no-viviente. (Debord, 1997, pp. 13)

Consignas como “Abajo la sociedad de consumo”, “El agresor no es aquel que se levanta, sino aquel que reprime”, “Corran camaradas. El viejo mundo está atrás de ti”, “Yo participo, tú participas, nosotros participamos. Y ellos lucran” pasan a simbolizar la insatisfacción social y surgen como forma de reacción al creciente dominio capitalista.

En ese contexto, se da una mayor diseminación del pensamiento socialista en el mundo universitario, lo que supone importantes cambios teórico-ideológicos en todos los sectores que tienen como objetivo el ejercicio ético de ciudadanía. Así, surge una nueva mirada sobre la cuestión de la enfermedad mental y sus formas de tratamiento.

En Inglaterra ya había movimientos a favor de cambios en el sistema social. En 1967, se realizó en Londres, un congreso sobre la dialéctica de la liberación, organizado por Ronald Laing, Joseph Berke, León Redler y David Cooper, con el objetivo de desmitificar el concepto médico sobre esquizofrenias e identificar ese trastorno como una representación política del mundo de la época. El Congreso tuvo como participantes Gregory Bateson, Herbert Marcuse, Stokly Carmichael. El grupo organizador se preocupaba en innovar su campo de trabajo, apropiarse del término “Antipsiquiatría” para conceptuar su propuesta contra los rótulos convencionales de los trastornos psíquicos. Esas preocupaciones las explica Cooper (1968), de la siguiente manera:

Nuestra experiencia se originó de nuestros estudios acerca de la predominante forma de locura socialmente estigmatizada que es la esquizofrenia. Muchas personas a quién se les llama de locas y que se transforman en víctimas sociales en virtud de esos atributos (se las deja lado, se les somete a choques eléctricos, tranquilizantes y a cirugías que dilaceran el cerebro) provienen de ambientes familiares en los que hay una necesidad de alivio en la persona de alguien que lo consentirá, hasta cierto punto de intensidad, de cargar con la perturbación de cada uno de los otros y, en cierto sentido, disponerse a sufrir por ellos. De esa forma, la víctima pasa a ser un objeto enfermo dentro del sistema de la familia, acaba involucrando a los cómplices médicos en sus mecanismos. Los médicos tienen la finalidad de ser utilizados para ponerle el rótulo “esquizofrenia” al miembro familiar enfermo y, de esa manera, sistemáticamente promueven la destrucción de ese objeto, a través de procesos físicos y sociales al que se le da el nombre de “tratamiento psiquiátrico”. Todo eso nos parecía relacionado con ciertos hechos políticos que se verifican en el mundo a nuestro redor. Uno de los principales hechos de esa especie era la guerra de Estados Unidos contra el pueblo vietnamita. (Cooper, 1968, pp. 7-8)

La antipsiquiatría nace cuestionando el concepto de alienación y explora su significado en las escuelas de Hegel y Marx. Este último “extendió la idea de alienación para comprender numerosas otras formas de vida social” (Cooper, 1967, p. 58). Hegel utilizó el mismo concepto en la siguiente revelación “adquirí el significado de una condición en que las potencialidades humanas aparecían en una forma exteriorizada como entidades autónomas no-humanas, dominando la vida humana ‘de fuera” (Cooper, 1967, p. 58). En ese sentido, Cooper adelanta que los hombres sufren la invasión de sus espacios subjetivos por los otros, pasando a ser solo un objeto de necesidades de miembros de su grupo sin tener espacios propios. Pone énfasis en que, aunque las apariencias son de que tal persona nunca realizó nada, constituye el efecto de

procesos grupales que anulan lo que tal sujeto hace y, en consecuencia, todo lo que él es. Esa anulación del sujeto por su grupo familiar hace con que él sea caracterizado como el depositario de la “enfermedad” de la familia y representa la ruptura de comunicación entre el paciente y su grupo. A la luz de esas ideas se creó Vila 21, una enfermería en el Hospital de Enfermedades Mentales al noroeste de Londres donde había 2000 camas, con el intuito de diferenciarla de las demás enfermerías del referido hospital. Además, se quería dar énfasis a la interacción personal orientada para atender a los problemas de los jóvenes que habían sido diagnosticados como esquizofrénicos.

De esa forma, el abordaje estaría en la comprensión de la esquizofrenia como conjunto de padrones de interacción personal no visto aisladamente en una sólo persona, sino, presente en un grupo de personas.

Se trataban también los problemas organizacionales prácticos, la relación entre funcionarios y pacientes, cuestión que era facilitada con la existencia de grupos de trabajos, así como con la relación interactiva grupal y familiar. Había un programa diario de reuniones comunitarias, grupos terapéuticos, grupos de trabajo y reuniones de grupo de trabajadores. Cooper (1967) también se dio cuenta de que era necesario crear unidades autónomas fuera del hospital como medio terapéutico; en estas sería permitido un mayor grado de libertad, de inserción social, hecho que una enfermería hospitalaria no permitiría.

Laing (1973) construyó incontables experiencias con abordajes de la enfermedad mental basadas en la corriente existencialista de Kierkegaard. Esta se opone al determinismo lógico, entendiendo que no existe predeterminación con respecto a la vida humana y que la verdad es totalmente subjetiva. También Heidegger viene a contribuir con el pensamiento sobre el ser y la existencia. Con esa base y apoyado en la filosofía de Sartre, Laing entiende que la angustia revela el verdadero ser, y la libertad lleva el hombre a escoger a sí mismo y a autogobernarse. (Laing, 1973)

Laing crea en Kingsley Hall, barrio situado en Londres, la comunidad terapéutica para que vivan personas con trastornos mentales (Barnes & Berker, 1983). Funda en 1965, además, la Filadelfia Asociación, una institución para estudio de la fenomenología clínica. A través de esa asociación, crea una red de comunidades terapéuticas para hasta doce pacientes sin equipos jerarquizadas, con la propuesta de mayor interacción entre los habitantes y total libertad de elección en la relación con el mundo, de forma que las crisis de trastorno psíquico fueran entendidas como proceso individual en la búsqueda de sí mismo.

Ya el movimiento italiano de transformación de la asistencia psiquiátrica empieza, a partir de 1961 cuando el psiquiatra Franco Basaglia²⁴ asume la dirección del hospital provincial de Gorizia, en el extremo norte de Italia. Al depararse con la estructura manicomial inhumana y violenta, inicia discusiones con los demás compañeros, va hasta el consejo provincial y se opone a tal realidad. Al principio influenciado por la experiencia de la psicoterapia institucional de Tosquelles y por la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, según Amarante (1996, p. 66), “intenta viabilizar cambios básicamente en el ámbito intrahospitalario, lo que para eso mostró la importancia del movimiento de todos: pacientes, médicos y personal técnico y administrativo”.

A través de pensamientos fundamentados en Gramsci y Basaglia, durante los años 1960, llega a una medida más radical, cuestionando la hegemonía de los psiquiatras y demás funcionarios, como teniendo la función de sostener, tutelar y mantener la estructura social. Se da cuenta que a través de los cambios de valores entre los mismos se viabilizaría una transformación institucional.

Basado en esta comprensión realiza discusiones sobre el proceso de institucionalización total del paciente psiquiátrico durante su ingreso. Surge de ahí el pensamiento teórico y político

²⁴ Psiquiatra italiano que creó la psiquiatría democrática y luchó para la promulgación de la Ley 180 que decreta el final de los manicomios italianos.

sobre la desinstitucionalización²⁵, que implica en la desmitificación de las normas, vistas como verdades en nuestra estructura social creando la exclusión, la estigmatización basada en la idea de meticulosidad del loco y del tratamiento bajo la realidad de la ciencia psiquiátrica o incluso un cambio de valores sociales. De esa forma se inicia el trabajo de desconstrucción de la cultura manicomial en otras ciudades italianas, como Trieste.

El movimiento basagliano es fortalecido por diversos grupos políticos de izquierda, así como por los movimientos sociales paralelos que surgen y que se extienden por todo el país. Se constituye en esa época, 1973, la psiquiatría democrática, y Basaglia reivindica reforma de la asistencia psiquiátrica nacional (Barros, 1994).

De esa forma, en 1978, se vota en el parlamento italiano, tras recoger 500 mil firmas, la Ley 180, incluida como parte de la Ley de la Reforma Sanitaria Nacional, que prohíbe la construcción de nuevos hospitales y de nuevos ingresos psiquiátricos. Según Barros (1994), esta ley:

Determina la inactividad gradual de los hospitales psiquiátricos existentes, la constitución de los servicios territoriales que pasan a ser responsables de la asistencia, abolición del estatuto de peligrosidad social del enfermo mental y la tutela jurídica. El enfermo mental se convierte en ciudadano pleno para todos los efectos y el tratamiento pasa a ser un derecho. (Barros, 1994, pp. 127)

La desinstitucionalización propuesta por la psiquiatría italiana es ampliamente divulgada en Brasil. Basaglia y otros representantes de la reforma italiana (como Dell'Acqua, Gotelli, Slavich, Pirella) participan intensamente en el intercambio con profesionales brasileños, lo que permite el establecimiento de reflexiones sobre la dura realidad de los hospitales psiquiátricos.

25 El término “desinstitucionalización” fue acuñada en Estados Unidos y asumió diversos significados en diferentes contextos. De entre esos significados podemos decir que si presupone el cierre de cualquier tipo de institución que tuviera directrices segregacionistas e incluso se orienta hacia la perspectiva de la Reforma con la consecuente reducción de camas (Passos, 2000, p. 148).

De forma paralela a la Reforma Psiquiátrica Italiana, en España se dan diversos movimientos de denuncia sobre el panorama de la asistencia psiquiátrica junto a protestas contra el sistema político del Estado español. La lucha contra el franquismo revolucionaba las universidades y se movilizaban cuestiones complejas en la psiquiatría española. Según Desviat:

Fueron años intensamente politizados de movilización de los trabajadores y, por encima de todo, de movilizaciones universitarias contra la dictadura. Tiempo de denuncia y lucha por la libertad democrática, por el cambio social. En la salud fueron los médicos residentes del Congreso de Médicos Jóvenes, realizado en Valencia, y los psiquiatras de los manicomios, de la coordinación de psiquiatría, los primeros a proponer la necesidad de una reforma. Los referenciales de la reforma psiquiátrica se inspiraban en experiencias europeas y norte – americanas surgidas después de la segunda guerra mundial. (Desviat, 1999, pp. 106)

El inicio de ese cambio en España trae una separación entre una psiquiatría oficial que, según Desviat (1999), “se aglutinaba en las cátedras universitarias y de los psiquiatras de los manicomio y neuropsiquiatras del seguro²⁶, que, en 1967, llegarían a la Junta Directora de la Asociación Española de Neuropsiquiatría” (p. 106).

A partir de la década de 70, se inicia una serie de denuncias sobre el problema de la salud mental con la contribución de la prensa, que publica fotografías del Manicomio de Omnia y de Valencia. Esa serie de denuncias y su divulgación auxilian lo que sería el Informe de la Comisión Ministerial en 1976 que muestra algunos puntos a continuación (mantenemos la enumeración adoptada en dicho informe):

- 2 - Formación de una comisión de Planificación en cada región o nacionalidad; 3 – Evaluación de los recursos de cada zona antes de la utilización de los presupuestos

²⁶ Hasta después de instaurada la democracia, las cátedras fueron baluartes distanciados de la asistencia e inmovilistas en términos del saber, sensibles sólo a una correcta ‘investigación’ farmacológica y a sus clínicas particulares. Cualquier intención de romper el cerco era inútil, sino véase el veto a Castilha del Pino o el silencio sobre Martín Santos (Desviat, 1999, p. 106).

globales existentes, estableciendo un orden de prioridad; 7.1 – Creación de equipos sectoriales que comprendan la totalidad de la atención, permitiendo el acompañamiento de cada enfermo en cualquier enfermedad y en cualquiera de las estructuras de la red pública de su zona; 7.2 – Cada equipo debe estudiar epidemiológicamente su zona, aprovechando todos los recursos sanitarios y sociales existentes, antes de su configuración definitiva; 7.3 – Separación entre la psiquiatría y la neurología en los ambulatorios de la Sanidad Social; 7.6 – Dedicación exclusiva por parte de todo el personal del sector; 7.9 – Establecimiento de condiciones de preparación del personal y presupuestario para garantizar la actividad del centro; 7.10 – Recuperación de los derechos del enfermo mental, con la intención de devolver a la persona ingresada la autonomía y la identidad perdidas en el proceso de cronificación manicomial; 7.11 – Creación de estructuras como clubes de enfermos, hospital-noche, hospital-día, talleres protegidos y casas protegidas; 9 – Se juzga perjudicial la creación de centros especiales para enfermos peligrosos (un informe gubernamental defendía la creación de esos dispositivos), alcohólicos de hospitalización prolongada y toxicómanos; 10 – La asistencia psiquiátrica debe ser financiada por el Estado, sin ninguna discriminación en relación al resto de la salud en el país. (Desviat, 1999, pp. 107).

También en España el proceso de Reforma Psiquiátrica es concomitante a la Reforma Sanitaria, entendiendo aquel como un proceso social de cambios de las prácticas sanitarias. Además, según Desviat (1999) la reorientación de la asistencia psiquiátrica se impuso en España junto a la atención básica de salud.

La trayectoria del campo de la asistencia en salud mental en el exterior trae diversos modelos a Brasil, que influyen a profesionales y gestores de la asistencia psiquiátrica y se implementan conceptos a la vez que se reivindican, también, cambios estructurales en la política brasileña.

3.2 La Salud Mental Comunitaria como marco psicosocial

La Reforma Psiquiátrica en Brasil está apoyada en la necesidad ética en se oponer a las instituciones totales. Con esta base exige de forma gradual el cierre de los manicomios y determina la creación de redes alternativas de atención psicosocial con el manejo técnico y acciones territoriales que permitan el trabajo de inclusión social de las personas con sufrimiento psíquico, evitando el estigma que anula la condición de sujeto. Para asegurar que estas propuestas sean eficaces, es necesario construir caminos que aseguren la permanencia del paciente en su territorio. Así es necesario que el equipo en salud mental, incluso el psicólogo, considere la importancia de su presencia en la comunidad, sea acompañando la familia y el propio paciente en situaciones diversas o en reunión de vecinos para aclarar el tema de la enfermedad mental y sobre todo intentar la mediación de conflictos cuando involucran el paciente en su territorio. Para eso, hay que considerar la importancia de la cultura territorial, de los valores sociales instituidos que pueden ser incompatibles frente a las vivencias sufridas del paciente. Estos son factores que exigen estrategias de intervención comunitaria para posibilitar el proceso de cambios de valores y mentalidades.

Basado en esos factores, se vuelve importante señalar la psicología social como un pilar teórico que “se ocupa de las relaciones entre las personas y de su mutua influencia, de la interacción humana.” (Vidal, 2002, p. 2).

La psicología social en el campo de la comunidad posibilita analizar las relaciones en su complejidad, para comprender la necesidad de cambiar el sistema excluyente. Así, la psicología social se articula con el campo de la psicología comunitaria, una disciplina con un extenso campo de conocimiento en el que se incluyen acciones e instrumentos para intervenir en conflictos en la comunidad, en núcleos sociales como la familia y el entorno.

Ana María Arias Cardona entrevista al Profesor Alipio Sánchez Vidal (2015) citando en su artículo un fragmento de su libro “Psicología comunitaria: Origen, concepto y características”. Según esta autora, la psicología comunitaria se concibe como “un campo de estudio de la relación entre sistemas sociales entendidos como comunidades y comportamiento humano y su aplicación intervencionista a la prevención de los problemas psicosociales y el desarrollo humano integral” (Sánchez, 2007). Cabe aquí marcar que, en consonancia con la psicología comunitaria, se presenta la salud mental comunitaria, que, según Sánchez (2007), utiliza estrategias sociales y comunitarias de intervención sustentadas en unas bases teóricas valorativas y metodológicas (pág. 63). Destacamos las más pertinentes para la atención a la población en comunidades: intervención en las crisis psíquicas, utilización de ayudadores no profesionales (agentes sanitarios, educadores), promoción de la salud mental, así como la prevención, que considera el trabajo multidisciplinar y la participación de la comunidad primordial para facilitar la comprensión de los conflictos a respecto de las enfermedades mentales y formas de atención. Teniendo en cuenta que el objeto central de la Reforma Psiquiátrica brasileña es la desocupación de los hospitales psiquiátricos y el incentivo a la creación de redes de cuidado basado en la atención psicosocial, para eso fue necesario crear leyes y disposiciones para incentivos financieros que facilitasen la implementación de servicios, sobre todo informar la población, ofrecer soporte a la familia y la comunidad utilizando las estrategias de la salud mental comunitaria mencionadas anteriormente. Durante el proceso de la Reforma Psiquiátrica brasileña fue necesario acercarse de la salud mental comunitaria para favorecer cambios de valores y mentalidades de la población, valores posiblemente instituidos por la presión de una cultura social excluyente. En este sentido es posible observar que la salud mental comunitaria es compatible con el significado de desinstitucionalización mencionado en el apartado 3.1.

La importancia que la comunidad comprenda la necesidad de cambiar el sistema excluyente de tratamiento psiquiátrico y acepte la convivencia posible con las personas portadoras de sufrimiento psíquico, por cierto, viabiliza el cierre de los hospitales de larga internación psiquiátrica. Este tema será más comprensible a partir de la experiencia en el trabajo con la comunidad presentado a continuación.

3.3 La rehabilitación como proceso de resocialización comunitaria

El texto que se presenta a continuación tiene la finalidad de mostrar el estudio sobre un proyecto de intervención comunitaria, implementado en un municipio del interior del Estado de Río de Janeiro (Brasil).

Esta breve exposición del contexto histórico/político/social expone las bases necesarias para comprender la propuesta de este trabajo, donde se relata la experiencia de intervención social, que sirve como base para la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, con un historial clínico de internaciones prolongadas, durante el proceso de cierre del mayor hospital psiquiátrico del país, localizado en el municipio de Paracambi.

3.3.1 La ciudad y el manicomio

El municipio de Paracambi tiene 43.011 habitantes, distribuidos en un área de 186,8 Km². Localizado en la región metropolitana del Estado de Río de Janeiro, dispone de escasos recursos presupuestarios tras la quiebra económica, casi simultánea, de las grandes empresas que mantenían la economía local. La más importante era la fábrica Brasil Industrial, fundada en 1874, responsable de la canalización del agua, de la luz eléctrica y, más tarde, de la construcción de una escuela, un club y una central eléctrica. Otras industrias, situadas en el municipio, utilizaban 1.250 operarios. En total, el municipio poseía cuatro industrias que traían

desarrollo y permitían la autonomía político-económica y social en 1960 (Guljor & Vidal, 2006).

De forma conjunta a la quiebra industrial del municipio surge el gran manicomio (Casa de Saúde Dr. Eiras), considerado el mayor asilo hospitalario de la red privada en Latinoamérica. La entidad pasa a ser el polo empleador del municipio y se instituye en el imaginario popular como el centro de convergencia de la economía local. A este acuden tanto los que buscan un empleo, como los que pretenden beneficios sociales de jubilación, por un diagnóstico psiquiátrico. Llegó a generar 800 plazas de empleo y a convertirse en el mayor contribuyente tributario, representando el 35% de las entradas municipales. Se instaura en el municipio una cultura asilar, cimentada en el sufrimiento humano. La ciudad pierde su instrumento de poder social al cambiar su centro de poder. Las fiestas cívicas y culturales de la localidad pasan a realizarse en la casa de salud y no en las plazas públicas. Al mismo tiempo, los cuatro cines locales no consiguen subsistir y cierran sus puertas.

La “Casa de Saúde Dr. Eiras” pasa a guiar el modo de vida de la ciudad, imprimiendo otra mirada sobre sí misma y sobre el hospicio, que pasa a reflejar su misma imagen. Este hecho puede expresar el concepto de estructura, tal como lo hace Max Weber (1979) con el de “ciudad principado”. O sea, una ciudad donde la capacidad productiva de sus habitantes depende directa o indirectamente del poder adquisitivo de la gran propiedad del príncipe. En el caso aquí analizado, el municipio depende del gran manicomio. La “Casa de Saúde Dr. Eiras” de Paracambi es un macrohospital psiquiátrico que, gracias a su convenio con el SUS, llegó a atender a 2.500 pacientes en la década de los ochenta.

Por las condiciones degradantes que ofrecía a los internos, el 17 de junio de 2004, casi tres décadas después de su fundación, el Ministerio Público decretó una intervención técnica y gerencial de la institución. La medida contó con el apoyo y la articulación de las tres instancias ejecutivas del SUS - Municipio, Estado y la Federación.

Según el relato técnico del equipo (Levcovitz, 2004) que participó del proceso de intervención, la situación que encontraron en la “Casa de Saúde Dr. Eiras” de Paracambi sobrepasaba el límite de las condiciones infrahumanas. Las instalaciones del manicomio tenían habitaciones sin ventanas, mal ventiladas, comedores oscuros y con estructuras de cemento, patios internos estrechos, con suelos en declive en dirección a una canaleta central destinada a la salida de excrementos, depositados frecuentemente en el suelo. La cantidad de colchones y ropas de cama era menor que la de pacientes. La mayoría de los internos estaba desnutrida y en pésimas condiciones sanitarias y de higiene, que agravaban la aparición de infecciones. También se presentaban marcas corporales reveladoras de extrema violencia de las prácticas institucionales. Este cuadro de horrores fue revelado también por los medios de comunicación nacional. La sociedad brasileña exigió un posicionamiento inmediato del gobierno ante estos hechos, a pesar de que ya se encontraban en curso medidas implementadas para ejecutar la intervención técnica y gerencial, a través de los gestores del SUS, así como de representantes del Ministerio Público.

3.3.2 La Intervención

Junto con las medidas internas del proceso de cierre de la casa de salud, se vio la necesidad de ampliar la desinstitucionalización hacia el exterior del hospital. Era fundamental involucrar a todos los actores locales para que tuviesen un compromiso real y se hicieran cargo de la nueva situación.

Dado que la orientación de las políticas públicas en salud mental es la reintegración del paciente a la sociedad, el manicomio de Paracambi se desocupó y se sustituyó por una red de servicios independientes, por ejemplo, la construcción de 21 residencias terapéuticas. Esa nueva perspectiva de vida, que implica construir nuevos espacios y permitir a los antiguos ocupantes de la casa de salud la integración en vida de la ciudad, exige compromisos y posiciones que

afronten los desafíos de la reconstrucción de un nuevo paradigma de la asistencia psiquiátrica y de su planificación.

La ciudad, con sus territorios y comunidades, comienza a entenderse como recurso terapéutico y como referencia imprescindible en la trama de las relaciones sociales. Las actividades que permiten una mayor presencia de los antiguos pacientes del Dr. Eiras en el espacio urbano hacen que la ciudad sea un marco importante en el proceso de rehabilitación psicosocial y en la recuperación de la ciudadanía integral.

Según la reflexión de García (2002), los más privilegiados ven con desinterés el tema de los derechos de los grupos socialmente más carentes, ya que no se identifican con esa realidad. Para una eficaz estrategia política de integración social, sería indispensable una intervención en la comunidad que transforme el imaginario social, de manera que todos asuman las reivindicaciones, generándose así una conducta pública marcada por la ciudadanía. Esta conlleva una relación de compromiso con la ciudad e implica una manera de desenvolverse. Una ciudad puede ser considerada humanizada cuando su desarrollo corresponde a las necesidades reales de sus habitantes (Veciana & Olivé, 2002).

El contexto social de la ciudad de Paracambi ha sufrido, durante décadas, la influencia de un poder que propiciaba la aparición de enfermedades y desajustes sociales, tanto en el plano real como en el plano simbólico de las representaciones de la comunidad sobre la ciudad y sobre sí misma.

La quiebra y el cierre sucesivo de las fábricas, que fortalecían el poder social y mantenían relaciones socioafectivas en la vida diaria de la comunidad, creó un perfil de pasividad entre los habitantes, que dejaron de tener cualquier reflexión crítica ante los problemas sociales. Kelly y otros definen la intervención comunitaria como las “influencias en la vida de un grupo, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal y promover el bienestar de la comunidad” (como citado en Sánchez, 2007, p. 226).

Tomando como base esa definición, se consideró importante el abordaje de una mediación en la comunidad, en el que se conjugue una multiplicidad de gestiones capaces de hacer recuperar habilidades, vencer adversidades y, así, conquistar derechos.

Un abordaje sistémico lleva a pensar y situar el problema dentro del contexto global. Según Camarotti (2005), la concepción sistémica percibe el mundo a través de las relaciones y la integración, valorando el todo sin despreciar las partes.

La utilización de la obtención de poder en la intervención comunitaria se hace importante, una vez que alcanza el punto crucial de transformación, o sea, el desenvolvimiento de la autonomía. Esto se traduce en la capacidad de los individuos y grupos de conseguir poder, de decidir sobre las cuestiones que les sean propias, ya sea a través del ámbito político, cultural o económico. De esa forma, conquistar poder, en esta concepción, significa también abrir vías de participación institucional en el espacio público y distribuir fuerzas de poder, de los más fuertes a los menos favorecidos. En ese sentido, cualquier acción emancipatoria debe encontrarse junto a las demandas sociales, ya sea a través de los sujetos o de las organizaciones, lo que significa resistencia a la dominación y contribución a la equidad social.

3.3.3 El cine como instrumento de intervención

Por el cambio de comprensión sobre la salud mental y los imperativos impuestos por RPB, se entiende que los proyectos de arte-cultura y trabajo se constituyen como formas de resistir a las políticas y a los reveses neoliberales. Tales proyectos, que fueron muchos y tuvieron gran importancia, demostraron gran cantidad de formas de participación, circulación

social y ampliación de ciudadanía de los más importantes en el escenario de su época y en el actual. De la comprensión de una serie de convergencias y singularidades existentes entre las diferentes experiencias analizadas en Brasil, hay algunas reflexiones fundamentales sobre los desafíos y perspectivas para los procesos de reforma y desinstitucionalización psiquiátrica en las políticas de salud mental en el país (TORRE, 2018, pp.9)

En 2004, año en que se inicia la intervención en la Casa de Salud Dr. Eiras, frente a la nueva contingencia de la evacuación gradual de los pacientes de la institución para que vivan en casas populares alquiladas por la alcaldía del municipio, se constata la importancia de desarrollar un proyecto de inclusión en la convivencia social. Este se destina a pacientes internos en proceso de alta y pretende motivar la reflexión y posibilitar el esclarecimiento de las condiciones de vida de los pacientes con trastornos psíquicos, bajo el reto de transformar la manera como la sociedad se comporta frente a la locura y con las personas vinculadas al manicomio.

Al utilizar el cine como instrumento de intervención para modificar el imaginario social sobre la locura y sobre los medios de tratamiento excluyentes, el proyecto pretende la inclusión social de un grupo excluido por partida doble – padeciendo cronicismo por los largos años de aislamiento forzado, por la falta de convivencia social y también por el prejuicio de la sociedad.

La primera fase do proyecto consistió en exhibir mensualmente, en la plaza principal de la ciudad de Paracambi²⁷, una selección de películas brasileñas escogidas por especialistas. Los equipos garantizaron proyecciones de calidad, lo que facilitó el encuentro entre la población local y los pacientes de la Casa de Salud Dr. Eiras. En ese espacio de convivencia en torno a una actividad cultural, de la que la región carecía, la interacción entre esos dos grupos, separados por décadas, propició una transformación que lleva a la valorización de la ciudadanía,

²⁷ Todo contenido acerca del proyecto desarrollado en Paracambi está disponible en la página *web* <http://cinemanapraça.blogspot.com/>

gracias a la aceptación y la solidaridad. También se pretendía que la conexión entre intervención y cine proporcionase otros efectos y que la experiencia vivida construyese un diálogo entre el mundo, el ser humano y la naturaleza. Para eso era importante que nuestros objetivos no se limitaran y se permitiera dar continuidad de manera libre, a tono con el concepto de imagen definido por Cabrera (2006, p. 22). Este concepto consiste en vivir una experiencia “sin contornos del todo nítidos y definitivos, una especie de dar curso en el sentido de ‘ponerse en camino’ de una dirección comprensiva, pero sin cerrarla, con la experiencia vivida llevando a un impacto emocional”.

Las funciones se llevaban a cabo un sábado por mes, durante doce meses. Recorríamos los pabellones de la Casa de Salud Dr. Eiras y reuníamos a los pacientes previamente seleccionados por los coordinadores. Uno de los criterios de participación en el proyecto, definido por el equipo de la institución, era que los pacientes, incluidos aquellos con dificultades de locomoción, no estuviesen en crisis y desearan ir al cine. Nuestro contacto con los pacientes, antes de las sesiones de cine, cuando se conversaba con el grupo sobre la película para facilitarle la comprensión, tenía la finalidad de establecer vínculos con este. En seguida, eran conducidos por los cuidadores o auxiliares de enfermería (dos encargados para ocho pacientes) hasta la portería de la institución, donde un ómnibus los aguardaba. Al mismo tiempo, una furgoneta recorría los pabellones donde se encontraban los pacientes con deficiencias físicas más severas, y los transportaba a la plaza, que el equipo técnico de proyección había preparado previamente para recibir a estos pacientes.

El proyecto se completaba con una selección rigurosa de películas realizada por especialistas. Para documentar el proceso, las sesiones se fotografiaban con tecnología digital, lo que permitió montar una exposición²⁸. Para evaluar el impacto de las exhibiciones en el

²⁸ Exposición “O Hospício é Deus” en el Museo Bispo do Rosario, fotografías de Freddy Kaeser, curaduría Wilson Lázaro, Flavia Corpas y Ricardo Aquino.

imaginario social de la comunidad local sobre la locura y la presencia de los internos en la vida de la ciudad, se estructuró una encuesta de opinión pública,²⁹ que comentaremos más adelante.

3.3.4 Efectos del cine como instrumento de la intervención

El cine, además de su especificidad como medio de comunicación, es considerado por varios teóricos como un fuerte instrumento de acción política. Según Carrière (2006), las películas no existen tan sólo en las pantallas, en el momento de su proyección, sino que se mezclan con nuestras vidas, influyen en la forma en cómo pasamos a ver el mundo, consolidan afectos, estrechan lazos y tejen complicidades. Marina, durante su largo tiempo de internación, con frecuencia presentaba síntomas de auto y hetero agresión, quizás movida por la angustia de no sentir su propio cuerpo. Llevada por la desesperación de sentir con dolor el vacío de la vida, se golpeaba la cabeza contra las paredes o pedía a sus compañeras que la hirieran con una piedra. Por todo ello, con seguridad nunca iba a ser elegida por el equipo para ir al cine. En cierta ocasión, al recorrer el pabellón, cuando pasábamos junto a ella, nos dimos cuenta de que estaba bien vestida y aguardaba para ir al cine. El equipo nos advirtió que, debido a su comportamiento, no se nos recomendaba incluirla en el grupo de espectadores. Entonces nos retiramos. Al alejarnos, escuchamos los gritos de Marina, que decía: “Cine, cine, quiero cine”. Esta actitud se parecía a algo más que a la imitación de comportamiento, a la repetición de palabras dichas por otras compañeras o al deseo de salir de la enfermería. Parecía pedirnos complicidad para creer en derechos, igualdad, humanidad y vida. Decidimos ir a buscarla y asumir la responsabilidad frente al equipo del pabellón. Durante la sesión, Marina asistió silenciosa, y de forma gentil ofreció palomitas a sus compañeras de alrededor. Fue solidaria, fue humana, fue cómplice. No volvió a faltar a ninguna sesión de cine.

²⁹ Núcleo de Opinión Pública, coordinación Flavia Ferreira, publicitaria, especialista en Opinión Pública por la UERJ

Si para el proyecto de intervención comunitaria utilizamos el cine como instrumento, logramos la fuerza de la imagen expuesta en la pantalla como recurso. Esta fuerza de la imagen nos llevó a observar el gesto de otra paciente durante la proyección de la película “Dios es brasileño” de Carlos Diéguez. Durante la escena en que caía un fuerte chaparrón, una paciente que acompañaba la película con gran atención, en un “gesto de fidelidad a la imagen”³⁰, dejó que se deslizara una de sus manos por el costado de la silla hasta introducirse en el bolso que estaba en suelo. De allí sacó su paraguas, lo abrió y siguió casi paralizada, hasta que, en la escena siguiente, el cielo aparece límpido en la pantalla. La paciente/espectadora cerró entonces su paraguas y lo guardó otra vez en el bolso, volviendo a mirar tranquila la imagen en la pantalla. Cuando se acabó la proyección de la película, una compañera del equipo le preguntó:

– ¿Usted ha abierto el paraguas porque estaba lloviendo? ¿Pero la lluvia era dentro o fuera de la película? Ella respondió con aire perplejo:

- En la película ¡Claro!

La imagen fue tan fuerte que antecedió a la palabra, volviéndose metáfora: público y personajes representan y se interrelacionan en silencio, lo que Cabrera (2006) llama arte en movimiento.

3.3.5 La opinión de la ciudad: evaluación

La encuesta sobre la opinión pública fue ejecutada en dos etapas distintas, una antes de la primera sesión de cine y otra después de un año, con el fin de evaluar el resultado de esa interacción, y su influencia en la representación de la locura en el imaginario popular. Para recoger los datos, se realizó una encuesta cuantitativa a los habitantes de Paracambi, mediante un cuestionario estructurado por preguntas abiertas y cerradas, que totalizaban 800 entrevistas,

³⁰ Comentario de Wladimir Dias-Pino a la autora, sobre el relato de la escena, durante un encuentro casual en la Galería del Lago del Museo de la República (2006).

divididas en segmentos de edad y número de habitantes por región investigada³¹, lo que nos ha posibilitado un 95,5% de éxito.

Es importante destacar que los entrevistados, todos residentes del municipio de Paracambi, tenían más de 20 años. No estaban vinculados ni al ayuntamiento ni a la Casa de Salud Dr. Eiras.

Presentamos, a continuación, las tablas del perfil de los entrevistados:

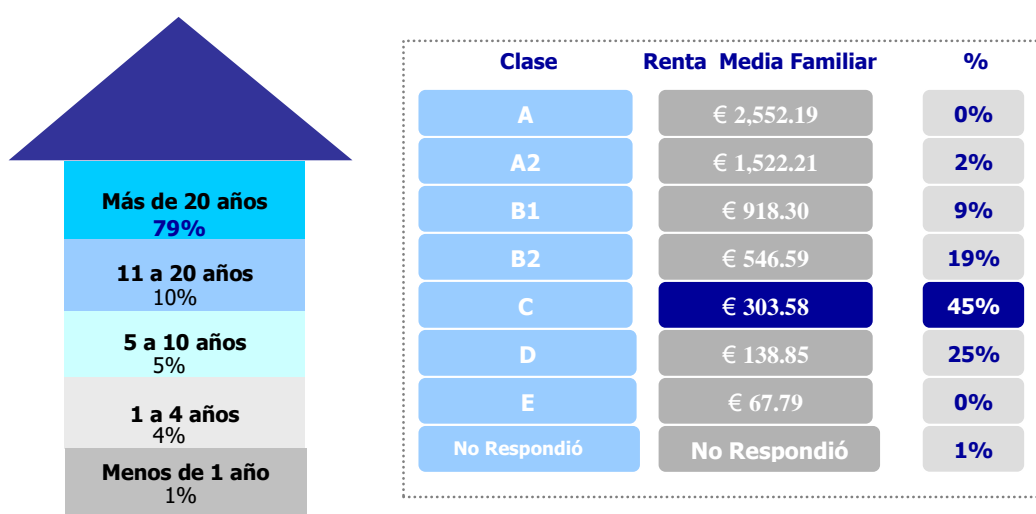


Figura 1: Perfil etario y económico de los entrevistados:

Fuente: Extraído de reporte sobre la pesquisa de opinión pública sobre el proyecto “Cinema na Praça”, elaborado por Flávia Ferreira Francisco Alves, 2011.

Tabla 3: Número de entrevistados por región del municipio de Paracambi

Región	Entrevistados
Lages	302
Amapá	16
Cascata	8
Capinheira / Raia / Quilombo	32
Zona Rural	16
Bom Jardim	8

³¹ Fueron divididos en segmentos según el Censo 2000 del “Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”.

Jardim Nova Era	32
Guarajuba	64
BNH	40
Sabugo / F. Sabugo / Vila Nova	80
Centro / Cope / Fábrica / Barreira	202
Total	800

Fuente: Extraído de reporte sobre la pesquisa de opinión pública sobre el proyecto “Cinema na Praça”, elaborado por Flávia Ferreira Francisco Alves, 2011.

Antes de la realización efectiva del trabajo de campo, se efectuó un pretest para verificar la adecuación del instrumento de recogida de los datos. Luego después de ampliarse el número de cuestionarios en esta fase, se incluyeron y/o modificaron algunas preguntas. Todo el trabajo fue supervisado por un equipo especializado, tanto a nivel de campo como, más adelante, en el análisis de los resultados obtenidos. El objetivo era eliminar cualquier error en la recogida de datos, ya que el cuestionario debe ser legible, perfecto, coherente y claro. Una vez concluido el trabajo de recogida de datos y evaluación crítica de todo el material obtenido, el 20% de la muestra, por región territorial, fue analizado antes de que los resultados fuesen codificados y se hiciera la digitación de los cuestionarios.

Los datos recogidos arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 4: Opinión pública tras un año del proyecto “Cinema na Praça”:

Personas consideradas anormales por la sociedad y que podrían frecuentar la comunidad	96%
Personas que consideraron que el enfermo mental tiene derecho a frecuentar el ocio comunitario como plazas, espectáculos, exhibición de películas	95%
Los <i>locos</i> son agresivos	32%

Los <i>locos</i> son capaces de trabajar	45%
Para ayudar al tratamiento deberían realizar actividades como pintar, estudiar, plantar, etc.	84%
Se considera pésima la Casa de Salud Dr. Eiras debido al descuido y malos tratos a los pacientes	70%
Consideran las residencias terapéuticas instituciones de calidad para el tratamiento psiquiátrico	85%
Están de acuerdo con el cierre de Dr. Eiras y la transferencia de los pacientes a las residencias terapéuticas	63%
Conocen el proyecto de Cine en la Plaza	94%
Consideran el proyecto de Cine en la Plaza muy importante	89%
Considera que la convivencia con la población ayuda en el tratamiento y los pacientes se vuelven más sociables.	48%
Considera el Cine como ocio, cultura, dándoles el mismo derecho que al resto de la población.	41%
Opinaron sobre la intervención y llegaron a la conclusión que la palabra “cierre” es fuerte y significativa	84%

Fuente: Extraído de reporte sobre la encuesta de opinión pública sobre el proyecto “Cinema na Praça”, elaborado por Flávia Ferreira Francisco Alves, 2011.

Es posible comprobar que hay un consenso sobre la inserción de los pacientes en las actividades propuestas y sobre el proyecto. Flávia Ferreira, comunicóloga, coordinadora de la encuesta de opinión pública, relata que “[después de pasado un año] la población ya había considerado el proyecto como el más importante. Si antes lo veía con prejuicio, eso se ha reducido. [...] han visto que se hacía posible convivir con ellos en los espacios públicos de la ciudad”. (Ferreira & Jacó-Vilela, 2012).

Se destaca que el 32% aún considera que los “locos” son agresivos, pero están dentro del 95% que aceptó la integración de los pacientes en varias actividades comunitarias.

3.3.6 Del principado al Estado de Derecho

La palabra “cierre”, para la ciudad de Paracambi, remite a la palabra exclusión y, como consecuencia, a la marginalización social vivida por la población del municipio como resultado del cierre de las fábricas, y conlleva sufrimiento por la falta de un mercado de trabajo dinámico en la localidad.

Considerado este indicador, se realizó con el equipo de salud colectiva un diagnóstico de situación en las regiones del municipio más precarias desde el punto de vista socioeconómico y cultural. Se constató la presencia de altos índices de diabetes, de hipertensión arterial, de abuso de alcohol y drogas, de casos de violencia doméstica y abuso sexual infantil, además de que muchos hipertensos dejaban de tomar los medicamentos prescritos con el fin de obtener los beneficios económicos de una jubilación, lo que resultaba en un gran número de óbitos por derrame cerebral. Debido a esto, se volvió fundamental la construcción de una red de recursos internos y externos al municipio que pudiese conducir a cambios en la calidad de vida del conjunto de la población de Paracambi.

En la segunda fase del proyecto se hizo manifiesto para el equipo la necesidad de trabajar en la reconstrucción de la identidad comunitaria, y, por lo tanto, fue importante la realización de acciones colectivas que permitieran un proceso de concientización frente a la realidad vivida por la población desempleada, debido a las consecuencias por los cambios producidos en el manicomio.

La segunda fase del proyecto alcanza una amplitud mayor, teniendo como objetivos:

- Contribuir en la formación de identidades de los diferentes actores, facilitando una identificación colectiva;
- Aumentar la cooperación social a través de asociaciones internas y externas en el municipio para propiciar la formación de una red organizativa;
- Incentivar a la población para la ocupación de los espacios urbanos para asuntos de interés colectivo, propiciando su emancipación;
- La preocupación centrada en el establecimiento de compromisos y acciones colectivas con los principales actores que pertenecen a la comunidad;
- Talleres de video en las escuelas públicas para facilitar la inclusión de acciones de poder aglutinante, con el objetivo de desarrollar el juicio crítico en los jóvenes estudiantes, necesario para la participación más efectiva en la vida comunitaria;
- Talleres de reciclaje de papel en la plaza pública, para reflexionar sobre el medio ambiente y su preservación. Se pone énfasis en la acción positiva del ser humano en relación con la naturaleza, buscando reforzar el sentido de pertenencia al lugar donde se vive, así como el aumento de la autoestima;
- Representaciones teatrales que, por su carácter lúdico, posibilitaran un abordaje más efectivo de la diversidad cultural, punto clave que lleva a una comprensión mayor del otro, la alteridad y la diferencia, lo que nos remitió al punto de partida del proyecto;
- Creación de un programa de radio para información socioeducativa y apertura de canales para la participación interactiva del público.

3.3.7 Creación de un ciclo de actividades que se refuercen mutuamente

Las nuevas acciones creadas por el proyecto traen aparejados nuevos intereses en la población. Con el cierre del hospital psiquiátrico, aparece la posibilidad de expropiación del

terreno de la Casa de Salud Dr. Eiras y su transformación en una propiedad del Estado. Con ese objetivo, se inicia una campaña, aún lenta. Que esta conquista llegue a concretarse dependerá del interés y de la participación de otras instancias gubernamentales.

El proyecto apoya otras iniciativas y amplía, así, sus objetivos, en especial para atender las demandas de un ambulatorio en un área de gran complejidad social y para acoger mujeres víctimas de la violencia doméstica.

Diferentes debates de profesionales del área de la salud mental ponen en evidencia un mayor interés del público en las acciones del proyecto.

También se realizan reportajes filmados con personalidades de la ciudad relacionados con los espacios históricos y eventos locales. La iniciativa de editar el video y presentarlo antes de la exhibición de la proyección de la película tiene como objetivo aumentar la autoestima de la población, fortaleciendo la importancia de la ciudadanía y del vínculo del proyecto con la ciudad.

Esto se hace captando el interés de los comerciantes de la ciudad, debido a la utilización del espacio público para esos eventos. Ellos han acordado utilizar camisetas con el logotipo del proyecto los días de exhibición de películas, lo que demuestra que querían participar activamente en el evento.

Con esta relación de confianza con la población, se incrementa la dinámica de actuación de ésta y la asociación con las instancias públicas. Se promueve la organización y la presentación de debates de profesionales, abiertos a la población, sobre abuso sexual infantil y otros abusos contra niños y adolescentes detectados en el diagnóstico, haciéndose necesaria la presencia de una red de entidades y de acciones dirigidas a la protección de la infancia.

De esa forma, en los sectores de educación, medio ambiente, cultura, turismo y desarrollo social, entre otros, se organizaron actividades, con fuerte presencia popular, sobre temas que permiten, a través del debate y la publicidad, concientizar a los participantes y

cambiar la realidad del municipio. La múltiple producción de instrumentos de intervención comunitaria hace más intensa la interrelación social y crea estímulos para que se aceleren los cambios.

3.3.8 La Conclusión

En el proceso histórico-social y político del municipio de Paracambi, la ausencia de trabajo, fuente primordial de calidad de vida de la población, impide que la comunidad se autogestione ante las necesidades esenciales para vivir de forma digna. Esta situación crea focos de tensión en el medio social, provoca su desorganización y desarrolla una cultura asentada en la exclusión de los menos favorecidos en cualquier aspecto, ya sea físico, etario o de género. Motivos suficientes para justificar, según Sánchez (2007), la intervención comunitaria para compensar pérdidas sociales y disminuir la desigualdad.

El proyecto se elabora mediante la invención de un nuevo modo de vida y de una nueva mirada sobre los valores que conducen a la exclusión social. Muchas veces reflejadas en la pantalla del cine. No sabíamos, todavía, lo que encontraríamos al final al administrar otra encuesta de opinión pública. Pero, durante las sesiones de cine, buscamos que la población, sentada al lado de aquellos que antes eran reconocidos como pacientes psiquiátricos, se quedase cautivada por la imagen de la pantalla y actuase como si las dos escenas (dentro y fuera) se integraran en una única experiencia, plena y universal. Esperamos que así se haya construido una memoria duradera que tendrá por función mezclar el arte con la vida, la locura con la ciudadanía, la diferencia con la igualdad.

Sin embargo, para vencer la resistencia simbólica de una cultura de exclusión, es necesario transformar la lógica en que esa cultura se produce. Muchas veces en la intervención comunitaria utilizamos instrumentos de mediación, como el cine. En el proyecto aquí presentado, se considera fundamental la construcción colectiva de la autoestima, del

sentimiento de pertenencia a la comunidad y la participación social, que permiten restablecer el contrato social y el estado de derecho, del cual la población había sido despojada.

3.4 El campo de la Rehabilitación Psicosocial en Brasil

“Según George Rosen, la expresión psicosocial surge a partir de un libro de James L. Halliday intitulado *‘Psychosocial Medicine’*, publicado en Londres el año de 1948, significando la relación entre las transformaciones sociales y el psiquismo” (Amarante, 2007, p. 42). A lo largo del proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica en el escenario mundial, de ese término se apropió el movimiento de desinstitucionalización. La rehabilitación psicosocial es inherente al alcance de la ciudadanía, por ese motivo está dentro de la realidad sociocultural e histórica. En este sentido, Saraceno (2001) revela que la rehabilitación psicosocial es una práctica que envuelve procesos de ciudadanía plena, así como también la relación contractual en los campos de trabajo, sociabilidad y vivienda. Pitta (1996) se refiere a la rehabilitación como desarrollo de potencialidades, mediante un abordaje comprensivo y soporte social ajustado a la singularidad de cada individuo. Esto significa que los recursos tecnológicos en el manejo de la asistencia psiquiátrica deben ser articulados a las múltiples acciones de intervención en el campo social.

En el concepto de Rehabilitación Psicosocial, por ser considerado intrínseco al de ciudadanía, es importante aclarar las bases sociales en las cuales se desarrolló la Reforma Psiquiátrica brasileña.

A finales de los años 70 e inicio de los 80, con el declive de la dictadura militar, Brasil pasa por transformaciones importantes en el campo político y social. Estas vienen fijadas por varios factores que van construyendo el trayecto hacia la democracia: los movimientos sociales

buscan una definición de ciudadanía y expresan el deseo de una sociedad equilibrada cuya lógica se asienta en valores democráticos como la igualdad y la justicia social.

Los movimientos emergen de la multiplicidad de representación de nuevos actores legitimados: mujeres, campesinos, indígenas, negros, sin techo y otros.

Cabe aquí la observación de Javaloy:

Para que exista un problema social es preciso que un cierto número de personas lo definan como tal, es decir, que consideren que su situación es perjudicial, desagradable o injusta. Ello requiere que posean cierto criterio o valor ideal con el cual contrasten su propia situación. (Javaloy, 2001, pp. 16).

Así, las minorías discriminadas reclaman aspectos relativos a la discriminación de género, raza y etnia, ecología, violencia y derecho humano, reivindicando al Estado condiciones para el desempeño de su ciudadanía.

Otro factor de suma importancia es la formación de bases sindicales que conquisten, como mediadores, el poder de negociación para la regulación de las relaciones de trabajo, habiendo sido hasta ese momento de ámbito exclusivo del Estado. En este momento se concreta otro factor reconocido: la consolidación de un partido de representación de las fuerzas sindicales y populares, el Partido de los Trabajadores (fundado en 1980), que mantiene una fuerte presencia en el escenario nacional³². Siguiendo estos acontecimientos, podemos presentar, como un último factor, la Constitución de 1988, principalmente como aspecto de relevancia para la dinámica del proceso democrático, donde se reconocen los derechos sociales y civiles. En este sentido: “el nuevo texto legal traduce una exigencia de participación en la gestión de la cosa pública y conlleva la posibilidad de construcción compartida y negociada de una legalidad capaz de conciliar democracia y ciudadanía” (Telles & Paoli, 2000, p. 109).

³² El PT disputó las principales elecciones del país, conquistó y amplió una importante base parlamentaria en niveles nacional, estadual y municipal y conquistó los ayuntamientos de diversos municipios, incluyendo algunas de las principales capitales del país, como Sao Paulo en 1988, Porto Alegre en 1988 y 1992, Belo Horizonte en 1992. (Telles & Paoli, 2000)

Además, surge la posibilidad de que grupos organizados echen mano de leyes e instrumentos jurídicos basados en el nuevo texto constitucional, en particular las leyes orgánicas de los ayuntamientos, para que se pueda plantear la legitimidad de decisiones de los ejecutivos locales. La importancia de este periodo radica en el fin de la dictadura militar, en el año 1984, eligiéndose mediante elecciones parlamentarias el primer presidente civil brasileño y finalmente las elecciones directas realizadas en el año 1989.

En este escenario podremos dilucidar el campo en el que ocurrió la victoria de la VIII Conferencia Nacional de Salud. Se considera que ésta tuvo relevancia a la hora de establecer las bases de la “I Conferencia Nacional de Salud Mental”, realizada de 25 a 28 de junio en 1987, en Río de Janeiro, por el Ministerio de la Salud, la cual se percibe como un proceso de desdoblamiento político. Diversos encuentros regionales precedieron esta Conferencia con el objetivo estratégico de trazar metas para una discusión nacional y viabilizar su realización una vez que, según Amarante (1996), había resistencias para su convocatoria por parte del Ministerio de la Salud. En la I Conferencia se discutieron temas como: I) Economía, Sociedad y Estado: impactos sobre salud y enfermedad mental; II) Reforma Sanitaria y reorganización de la asistencia a la salud mental; III) Ciudadanía y enfermedad mental: derechos, deberes y legislación del enfermo mental.

Es importante destacar que las cuestiones sobre ciudadanía y derechos de los enfermos mentales tuvieron fuerte relevancia, así como la propuesta de revisión de la legislación brasileña:

Debe ser constitucionalmente asegurada la condición de ciudadanía plena al individuo considerado enfermo mental. Tal garantía presupone una legislación ordinaria que disponga sobre la especificidad de la enfermedad mental y sitúe la necesidad de revisión de toda la legislación en vigor. (Brasil. Ministério da Saúde, 1988, pp. 21)

Para este fin, son presentadas recomendaciones específicas para las legislaciones civil, penal, sanitaria y psiquiátrica. La garantía de los derechos civiles y humanos era la tónica principal de las recomendaciones.

Durante la Conferencia se presentan inúmeras denuncias sobre la violencia y los malos tratos a que se exponen a los pacientes de los hospitales psiquiátricos; se exige la Reforma Psiquiátrica; se presentan propuestas que implican el reverso del modelo hospitalario custodial a través de la progresiva disminución de camas psiquiátricas y se fortalece la propuesta para una reforma sanitaria. Cabe aquí enfatizar la importante actuación del Movimiento de Trabajadores de Salud Mental (MTSM) que, como consecuencia de la I Conferencia Nacional de Salud Mental, promueve, en Bauru (Estado de São Paulo), el I Congreso de Trabajadores de Salud Mental. Este último presentó como temas centrales la salud mental y la ciudadanía.

Las propuestas giraban en torno a transformaciones del punto de vista teórico y ético de la asistencia psiquiátrica, creando estrategias de intervención social a través de la creación del Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomial, con el lema “Por una Sociedad Sin Manicomio” y es elegido el día 18 de mayo como el Día de la Lucha Antimanicomial.

A partir de estas dos conferencias, aparece un hecho importante para la historia de la Reforma: La intervención en la Casa de Salud Anchieta en la ciudad de Santos³³ por el gobierno local, en 1989, promovida por denuncias de malos tratos, como presenta Chioro en Guljor:

Superpoblación, con tasa de ocupación de 210%. Para 214 camas acreditadas había 580 ingresos, disputas de los ingresados por las camas, con la presencia de “cama-suelo”, electrochoques (ECT) y contención física punitivas; existencia de celdas fuertes sin luz, sin sanitarios y con sólo un orificio de abertura para dar la alimentación. (Guljor, 2003, pp. 17)

³³Ciudad de 400.000 habitantes en el Estado de Sao Paulo.

En consecuencia, se creó una comisión de reorientación de la asistencia, construyendo una red alternativa de atención, hasta que pudieron cerrar el hospital.

Recordamos aquí que en 1987 empezó el proceso de discusión de la Constitución proponiéndose a extender las garantías de los derechos sociales, culminando con su aprobación en 1988. La nueva Constitución posibilita la creación de la Ley Federal n.º 8.080 (1990) – Sistema Único de Salud (SUS), eso resalta el lugar de la ciudadanía en el nuevo contexto de la política brasileña.

En 16 de noviembre de 1990, en Caracas, Venezuela, la Organización Panamericana de Salud (OPAS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) promueve la Conferencia Regional para la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en el Continente. La Conferencia fue organizada con el apoyo de diversas entidades del campo mundial de psiquiatría³⁴. Participaron de las delegaciones técnicas³⁵ miembros de los parlamentos³⁶ de varios países. La importancia de esas representatividades viene a garantizar la discusión de propuestas para la reorientación del modelo, además de la garantía de derechos humanos y civiles. La Conferencia viene a proponer, a través de la declaración de Caracas (ver figura 2):

³⁴Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, Asociación Psiquiátrica de la América-Latina, Centro Colaborador de la OMS de la Universidad de Umea/Suecia, Comisión Interamericana de Derechos Humanos/Organización de los Estados Americanos (OEA), Consejo de Salud de Asturias/España, Cámara Provincial de Valencia/Servicio de Salud Mental/España, Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Andalucía/España, Federación Mundial de Salud Mental, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno/Italia, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Parma/Italia, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Reggio Emilia/Italia, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Trieste/Italia, Sociedad Interamericana de Psicología y Sociedad Venezolana de Psiquiatría.

³⁵Brasil, Colombia, Chile, Curazao, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

³⁶ Brasil, Colombia, Chile, Curazao, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

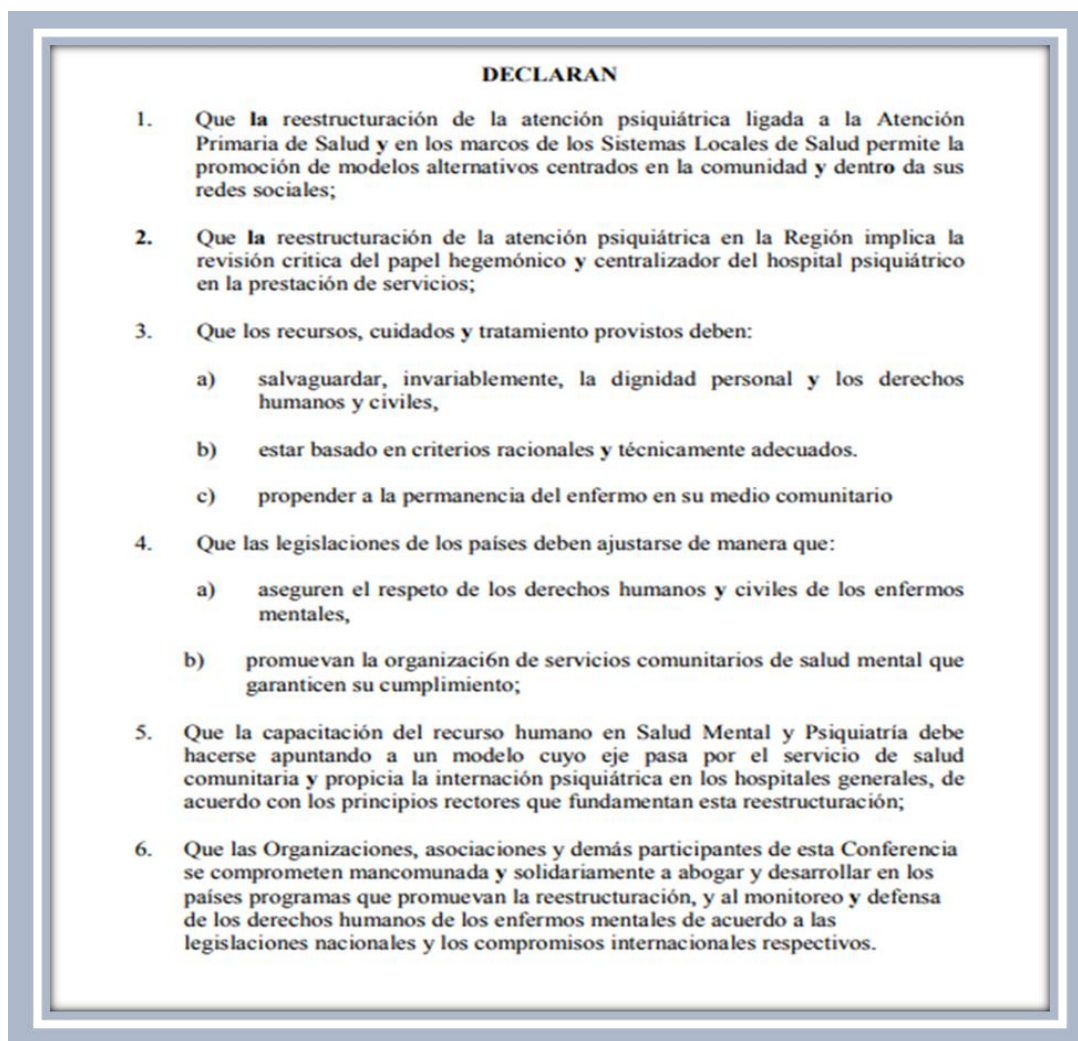


Figura 2: Declaración de Caracas.

Fuente: Extraído de OPS (1990) Declaración de Caracas. p. 3 Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

La Declaración se basa en la necesidad de aproximar la atención psiquiátrica a la atención primaria, marcando de un lado el hospital psiquiátrico y, de otro, los servicios comunitarios descentralizados con integralidad y enfoque preventivo. Su importancia deriva también por mostrar la necesidad de formular legislación que pueda reestructurar adecuadamente los servicios de salud mental. Se entiende que nuevos modelos asistenciales con la garantía de derechos deben ser considerados y contenidos en las legislaciones de los países. Es visible, en las propuestas de la Declaración de Caracas, la importancia que las normas sean asumidas en el campo de la psiquiatría como instrumentos para transformar la asistencia.

Frente a estas circunstancias, la política de salud mental decide establecer nuevas directrices y el Ministerio de la Salud opta, a partir de 1990, por las siguientes acciones:

1. Cambiar la financiación del área de Salud Mental en Tabla de Procedimientos del Sistema Único de Salud;
2. Constituir un consejo permanente compuesto por Coordinadores / Asesores Estatales de Salud Mental para gestar articuladamente el proceso de cambios;
3. Pactar con la sociedad el proceso de cambio convocando la Conferencia Nacional de Salud Mental; asesorar al parlamento con vistas a alterar la legislación psiquiátrica;
4. Incrementar las relaciones de intercambio internacional asesoradas por la OPAS y OMS. (Alves, 1996, pp. 30).

A pesar de ir modelándose la política de la Reforma, es en 1992 cuando se definen sus características. Esto se hace evidente durante la II Conferencia Nacional de Salud Mental (Ministério da Saúde, 1994), realizada en Brasilia a 4 de diciembre. Construida a través de diferentes actores y sectores sociales, político y cultural tuvo como marco conceptual la Atención Integral y Ciudadanía con deliberaciones centradas en los temas a) rede de atención en salud mental; b) transformación y cumplimiento de leyes; c) derecho a la atención y derecho a la ciudadanía. Estas características se definen aún de una forma más dinámica a través de la fuerte representación de los usuarios de servicios en salud mental, pidiendo el derecho a la palabra, cuestionando el saber psiquiátrico y el dispositivo tecnocrático, frente a una realidad que solo ellos conocen, exigiendo el fin del manicomio a través del desarrollo de *equipamientos* y recursos no manicomiales, tales como: centros de día, pensión protegida, viviendas terapéuticas, centros de convivencia y cooperativas en la red pública de asistencia a salud. Es incuestionable que en este escenario se generan los instrumentos de transformación importantes para la construcción efectiva de la Reforma. La participación de los usuarios constituida como

base organizada e integrada en diversos movimientos sociales es correctamente descrita por Desviat:

A las cinco y media de la madrugada de un día caluroso de diciembre, una nube de papeles, como confetis improvisados, llena un salón de Brasilia y centenares de brazos erguidos, cantando, conmemoran al final de una sesión que fue un verdadero maratón en el que fuera aprobada la moción número 212. Terminaba, así, la II Conferencia Nacional de Salud Mental. El debate final, en el que se discutieron enmiendas a las conclusiones presentadas por los delegados, había comenzado en la víspera a las diez de la mañana. Aún estaban presentes buena parte de los 500 delegados y dos observadores internacionales. El total de los participantes – profesionales, políticos, asociaciones de usuarios y de familiares de pacientes, además de movimientos sociales del área de la salud mental venidos de todos los rincones de este inmenso País – había sobrepasado las 1.500 personas. Muchos partieran sin más demora, puesto que los conductores de los autobuses estaban hartos de la larga espera y temían viajes de vuelta que podrían durar hasta 35 horas. Pero aquellos momentos de júbilo pusieron fin a algunos días del encuentro e inauguraron un camino esperanzador de participación democrática en el futuro de la atención psiquiátrica brasileña y, quizá, de América Latina. (Desviat, 1999, pp. 143)

En esta conferencia se refleja el proceso de la Reforma Psiquiátrica como práctica democrática, entendiéndose que la democracia se construye cuando se amplían los canales de participación y se distribuyen las fuerzas entre clases y sociedad civil a favor de un *bien común*, dotándole de un significado en lo político. Por lo tanto, la Reforma Psiquiátrica se vuelve democrática al definir como campo de acción el espacio público, dándole una categoría política y social, al llevar hacia el colectivo la discusión sobre los conflictos de su cotidianidad, al hacer de los “rechazados” actores activos y ciudadanos militantes.

Se caracteriza así la participación de los pacientes y de sus familiares, reconocidos como integrantes de la sociedad civil y exigiendo junto al poder público el fin de la práctica asistencial excluyente del manicomio, con una revisión de prácticas, valores y discursos reconocidos en la ciudadanía de Marshall citado por Vicherat (2001). Se subraya la conquista de derechos a la libertad (derechos civiles), participación de la vida pública (derechos políticos) y obtención de mejor calidad de vida (derechos sociales). Se constituye así un movimiento social reconocido como un colectivo de la lucha antimanicomial.

Los comentarios de Vicherat (2001, p. 3) señalan la democracia “como ejercicio para considerar a los grupos sociales, por sí mismos, espacios a partir de los cuales la gente gana representación y reconocimiento público y pueden organizarse para levantar la voz que legítimamente interpele a las autoridades” y adecua la participación de los usuarios en el escenario de la II Conferencia.

Asimismo, Sotomayor y Fernández (2003) se refieren a la participación como el paradigma de la democracia que promueve la mayor participación de los ciudadanos junto al poder institucional para resolver los conflictos de la vida social.

El movimiento de la Reforma Psiquiátrica, visible en esta Conferencia, asume a partir de ahí el desafío para expresar la ética en todos los dominios de la vida, o el desafío para la construcción de una democracia real que tiene en la participación (interés, valores y opiniones) la fuerza del colectivo como instrumento de referencia en las diversas instancias que compone el público.

En este apartado fue expuesta la importancia del concepto de rehabilitación psicosocial, históricamente situado.

Es importante destacar, sin embargo, que actualmente este concepto sufre un análisis crítico de su nomenclatura y el contexto en el cual se inserta, como podremos observar abajo en las narrativas que surgen en las entrevistas realizadas por la autora.

A. C. S. S. Silva (comunicación personal, 26 de enero, 2009), psicóloga, consejera del Consejo Regional de Psicología-05 en Río de Janeiro expresa su insatisfacción y explica que:

Nunca me ha gustado este término. [...] Para mí, es muy claro que la rehabilitación psicosocial no es rehabilitar al paciente. Pero habilitar la sociedad para recibir el sujeto. Establecer una red de corresponsabilidad de los equipos, las políticas y de todos los actores sociales. Habilitar la sociedad es la obra de construcción de una red de corresponsabilidad de los equipos, las políticas y de todos los actores sociales. (A. C. S. S. Silva, comunicación personal, 26 de enero, 2009)

Para A. P. Guljor (comunicación personal, 12 de enero, 2009), psiquiatra, Coordinadora de la Residencia Médica del Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, en Estado de Río de Janeiro, el término está en desuso desde la década de 1990:

Yo no uso ese término: no siempre estamos hablando de rehabilitación, muchas veces estamos hablando de la habilitación psicosocial, dando a esta, la dimensión que tenemos que trabajar con diversos aspectos y dimensiones de la persona, tanto en términos de su subjetividad, a su entorno, su cultura. (A. P. Guljor, comunicación personal, 12 de enero, 2009)

En seguida V. R. Fernandes (comunicación personal, 15 de febrero, 2009), médico, Fundación Oswaldo Cruz, Fiocruz, en el área de medio ambiente, la atención y la promoción de la salud, presenta su punto de vista sobre el concepto del término y explica porque el término rehabilitación psicosocial genera confusas interpretaciones:

Hoy yo hablo de rehabilitación psicosocial como el proceso de una acción de varias dimensiones, por lo que se convierte en potencialidad. Es una condición de una dimensión integrada en el problema. Por otra parte, da una cierta ambigüedad, la palabra "rehabilitación", hace un enlace con el estigma de la discapacidad. La palabra Rehabilitación genera confusión. Es como si estuviera recogiendo un miembro físico,

una pierna y restaurándolo para caminar mejor que antes. Yo diría que no es un buen término en este sentido. "Psicosocial" es un término que conlleva a una idea de que no es una acción puntual, pero al mismo tiempo conlleva un cierto estigma. (V. R. Fernandes, comunicación personal, 15 de febrero, 2009).

L. F. Tófoli, psiquiatra, médico generalista del Programa de Salud la Familia, (Médico de Cabecera) en Sobral, Estado de Ceará, muestra cómo sustituir el término Rehabilitación Psicosocial: "Me encanta la palabra 'cuidado'... Y la palabra 'atención'. Incluso me gustaría decir más 'atención psicosocial' que 'la rehabilitación psicosocial'." (L. F. Tófoli, comunicación personal, 01 de febrero, 2009).

Las opiniones presentadas por los profesionales mencionados expresan sus afinidades con el pensamiento de Saraceno:

No existen las "des-habilidades" ni las habilidades "en sí mismas", o sea, descontextualizadas de los complejos conjuntos determinantes constituidos por los lugares donde se dan las intervenciones, por las organizaciones de los servicios, por las interacciones con las estructuras sanitarias y sociales de un territorio, por los recursos situados en campo.

La rehabilitación no es la substitución de la "des-habilidad" por la habilitación, pero un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de cambios de recursos y afectos: es solamente en el interior de tal dinámica de los cambios que se crea un efecto habilitador. (Saraceno, 2001, pp. 111).

La discusión conceptual no impide que se reconozca la naturaleza política y social del concepto de rehabilitación psicosocial. Su operación es amplia y requiere una transcendencia de los límites del cuidar, un otro locus para la enfermedad mental que la haga invariablemente identificada con las cuestiones de ciudadanía.

3.5 Acciones y servicios

La importancia de este apartado está en la constitución de acciones y servicios que promuevan la posibilidad de los pacientes egresos de hospitales psiquiátricos de largo ingreso para que sean capaces de convivir con sus familiares o en viviendas terapéuticas, pero intentar que sea posible un grado de autonomía para regir su propia vida. Esto sería ideal para lograr una posible autonomía y una amplitud de visión del mundo. Así es lo que esperamos.

3.5.1 Reorganizando la red de servicios

El camino de la Reforma Psiquiátrica, ya a partir de 1986, prosigue en la tentativa de fortalecer el ideario para la construcción de servicios considerados innovadores y, de esa forma, construyendo nuevos paradigmas. Ese año se creó en la ciudad de São Paulo el primer servicio de atención diaria para psicóticos y neuróticos graves: el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) Profesor Luiz da Rocha Cerqueira. Esta propuesta surge a través de un grupo de profesionales de la salud con la intención de ampliar y diversificar la oferta de atención para personas con sufrimiento psíquico severo de forma que la hospitalización no sea el primero ni único recurso. Para eso no midieron esfuerzos para conseguir junto al Estado la sede de un ambulatorio donde ejercían sus funciones y que por cuestiones administrativas sería extinto. Sin embargo, para que se pueda entender su historia es necesario que se relate los avances y retrocesos en su contexto sociopolítico.

Para el gobierno del Estado de São Paulo, en 1983 es electo André Franco Montoro como candidato de un partido de la oposición que asume la promesa de realizar cambios en el cuadro de la Salud Mental con mayores inversiones y ampliación de la red extrahospitalaria. Según Yasui (1989) en el rol de las prioridades estaba la implantación de equipos multiprofesionales y la promoción de una mejoría en la calidad de la asistencia de los hospitales

psiquiátricos. Yasui reconoce que hubo esfuerzos efectivos para la concretización de esas propuestas hasta 1986 con la ampliación de los Centros de Salud con el equipo de Salud Mental y nuevas oposiciones públicas, para profesionales de diversas áreas, “aún no contaminados con la inercia burocrática de las instituciones públicas” (Yasui, 1989, p. 49), lo que dio vida a las propuestas asistenciales una vez que se trabajaba creyendo en cambios. Tiempos antes, en 1984, la campaña de las “Directas Ya”³⁷ iría contaminar toda la sociedad. Brasil ansiaba por la democratización y por las elecciones directas. Según el portal del Gobierno del Estado de São Paulo, esta fue la mayor manifestación política jamás vista en el país contando con la participación de aproximadamente 1,5 millón de personas en el Valle del Anhangabaú³⁸. Sin embargo, después de la implementación de la Nueva República³⁹, ya en 1986, la falta de esperanza se adueñó de varios sectores de la sociedad y la Salud Mental no quedó fuera de eso. Muchos movimientos que intentaban colocar en funcionamiento una nueva práctica para la salud mental desistieron del proyecto bajo un clima opresor. “De tanques del ejército a las exoneraciones y alejamientos, se intentó reimplantar el orden. El orden de la exclusión, de la mediocridad, de la falta de Ética” (Yasui, 1989, p. 51). Fue en ese clima de retroceso, que nace el CAPS Profesor Luiz da Rocha Cerqueira como espacio de acercamiento de actores con representación importante en la lucha por la Reforma y que han visto la dilución de sus proyectos frente a tal retroceso. Es importante subrayar que este nombre fue un homenaje al hombre que representó resistencia y lucha entre los años de 1973 y 1984. Luiz Cerqueira luchó contra los internamientos indebidos y contra las degradantes condiciones de los hospitales psiquiátricos públicos, denunciando el agravamiento del sector de la salud con el crecimiento de los convenios junto a la red privada. No consiguiendo quebrar las resistencias políticas para

³⁷ Campaña para elección popular para la Presidencia de la República.

³⁸ <http://www.saopaulo.sp.gov.br/saopaulo/historia/diretas.htm>

³⁹ Era llamada de Nueva República el proceso de las elecciones directas para presidente, así como el proceso para formar la Asamblea Nacional Constituyente para redacción de la nueva Constitución. Lo que se esperaba era que la democracia política en proceso resolviera los graves problemas económicos y sociales.

propuestas humanizadas que evitasen tales situaciones degradantes, en plenos “años de plomo⁴⁰” dejó el cargo de Coordinador de Salud Mental con la siguiente afirmación:

Aquí y ahora, al dejar la coordinación, elemental censo de humildad manda reconocer que los años no curan cierta omnipotencia de reformador que pretendió dar un paso mayor que las piernas. Debo convenir, sin embargo, que, sin la experiencia de estos meses en São Paulo, aún repetiría la osadía de intentar concursar para un cambio de mentalidad... No se puede reformular sin tocar nada. (Cerqueira, 1984, pp. 241)

La lucha para la implementación de una red de servicios va a encontrar espacio y concretización con la intervención municipal en el Hospital Anchieta en la ciudad de Santos, hasta su cierre conforme lo comentado anteriormente. Se trataba de una clínica privada que mantenía convenio con el poder público con la finalidad de ofrecer asistencia pública a la población y, durante 40 años, absorbió gran demanda de internación en toda la región. El proceso de cierre tuvo dos momentos: Podemos observar el primero a través de la descripción de Lancetti (1989) en la época, colaborador del programa de Salud Mental de Santos:

Ya en el primer día fueron arrancadas las puertas de las celdas fuertes, prohibidos los electrochoques, todas las formas de malos-tratos físicos o psicológicos; fue permitido el acceso de los pacientes a los dormitorios y visitas todos los días de la semana. Los antiguos médicos habían abandonado las guardias. Pocos que éramos, ordenándonos con los pacientes... Fueron ordenadas las enfermerías, cada paciente comenzó a dormir en una cama donde está escrito su nombre (anteriormente los más fuertes ocupaban la cama y los otros dormían en el suelo. Estábamos transformando un depósito en un hospital y a la vez desmontándolo. (Lancetti, 1989, pp. 3)

⁴⁰ Los “años de plomo” fueron el período más represivo de la dictadura militar en Brasil, que se extendió básicamente desde finales de 1968, con la edición del AI-5 el 13 de diciembre de ese año, hasta el final del gobierno de Médici, en marzo de 1974.

En un segundo momento, después de estas transformaciones, se construyó una red territorial con núcleos de asistencia funcionando 24 horas, conocidos como Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS). Se trata de espacios creados para dar soporte terapéutico a los egresos del hospital, que estaba bajo intervención municipal. Esta experiencia fue basada en el modelo de la Reforma Psiquiátrica en la ciudad italiana de Trieste: durante la intervención en el Hospital Psiquiátrico San Giovanni, fueron creados centros de salud mental abiertos 24 horas durante los 7 días de la semana, accesibles al cualquier usuario. “Esa accesibilidad corresponde a una elevada permeabilidad de las diferentes formas de utilización del centro por los usuarios” (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 1990, p. 38-39). A partir de esa referencia, Nicácio (2003), se refiere a esta modalidad del servicio como “puertas abiertas” (p. 157) para atender la multiplicidad de demandas que surgen del cotidiano:

En la experiencia del NAPS, la puerta abierta requirió producir una forma de organización del proceso de trabajo plástica, flexible, sensible y permeable a la demanda que posibilitara acoger las personas 24 horas/día, 7 días/semana, en diferentes lugares y momentos de su proceso. No era necesaria cualquier forma de encaminamiento para la primera atención y ese podría ser realizado, cuando necesario, en el domicilio, en la calle, y en cualquier otro espacio del territorio. Con esa perspectiva, escogemos estructurar el cotidiano del NAPS, en el período desde las 7:00 a las 19:00 horas, con una pareja de trabajadores - un profesional universitario y un auxiliar de enfermería -, disponibles para atender todas las personas que llegaran al NAPS, las situaciones de crisis (dentro y fuera del NAPS) y las llamadas por teléfono de usuarios, familiares y de los servicios sociosanitarios. (Nicácio, 2003, pp. 157)

El NAPS, como primer servicio creado para responder al cierre del Hospital Anchieta, representó un gran desafío al crear otra referencia de atención en salud mental, lejos de la objetivación del manicomio; se trataba de servicios substitutivos⁴¹ al hospital psiquiátrico.

Tras eso, surgen las cooperativas de trabajo, asociaciones de usuarios y familiares y residencias terapéuticas para pacientes previamente hospitalizados y sin lazos familiares, que, como veremos más adelante, dan otro perfil a la red de servicios.

Es en ese momento que el proceso de desinstitucionalización, constituido por la creación de nuevas prácticas en la comunidad, viene a asegurar la propuesta de desconstrucción del estigma social del loco, privilegiando la participación e intervención en el espacio social.

Basaglia, explica:

Lo que debe cambiar, para que se puedan transformar en la práctica las instituciones y los servicios psiquiátricos (como, de resto, todas las instituciones sociales), es la relación entre ciudadano y sociedad, en la cual se inserta la relación entre salud y enfermedad. O sea, la primera actitud necesaria es que se reconozca que la estrategia, la finalidad primera de toda acción, es el hombre, con sus necesidades, su vida, dentro de una colectividad que se transforma para obtener la satisfacción de esas necesidades y la realización de esa vida para todos. Ahí reside el significado de la necesidad de una toma de conciencia política dentro de toda acción técnica. (Basaglia, 2009, pp. 230)

Ese proceso tuvo repercusión en todo el país haciendo de Santos el “escaparate” de la Reforma. También el CAPS Luiz Cerqueira, como proyecto de resistencia a las contradicciones del sistema político, como experiencia institucional renovadora, encuentra eco entre los profesionales de la salud. Este hecho corre las universidades, lo que viene a contribuir para aguzar el interés de los nuevos profesionales por nuevas prácticas rehabilitadoras.

⁴¹ La sustitución del término es utilizada por los trabajadores de la Reforma en el sentido de otro lugar que contribuye a la extinción del hospital mental y en oposición al “alternativo” término que significa “elección” que no implica el fin de asilo.

No se puede decir que el CAPS fue el primer dispositivo extrahospitalario, pero fue el primero a ser emprendido por el poder público y tuvo, para los profesionales de su grupo fundador la inspiración de experiencias anteriores. Está correcto que en el grupo estaban personas enlazadas desde la década de 1970 a la psiquiatra Nise da Silveira,⁴² a través del Hospital Día Casas de las Palmeras, en Río de Janeiro. En 1946, esta profesional, conocida como psiquiatra rebelde, teniendo un profundo interés por los fenómenos psíquicos e inconformada con los métodos violentos de tratamiento psiquiátricos (el electrochoque, el coma insulínico, la lobotomía), encuentra en la terapia ocupacional una forma de tratamiento para los usuarios de salud mental. Por medio de un acervo de dibujos y pinturas hechas por sus pacientes, en los talleres de terapia ocupacional del Hospital Psiquiátrico Pedro II, crea el Museo de Imágenes del Inconsciente. Diez años después, en un otro barrio de la misma ciudad, fundó una casa particular de carácter filantrópica para pacientes egresos de hospitales psiquiátricos con la finalidad de evitar nuevos ingresos. La Casa de las Palmeras funcionaba desde las 13:00 a las 17:00 horas con talleres expresivos (pintura, modelaje, carpintería, periódico, encuadernación) y actividades grupales (baile, expresión corporal, teatro, coral), además de la atención ambulatoria y actividades de ocio. Muchos profesionales, entre ellos, los trabajadores de la Reforma pasaron por allí, vivieron experiencias, aprendieron y ciertamente modificaron sus vidas. La importante contribución de esas experiencias para la Reforma es revelada por Ana Pitta, Coordinadora Nacional de Salud Mental en 2001: “Lo que pude aprender en la Casa de las Palmeras era otra cosa. Difícil de teorizar a la época, y quizás, ahora, casi dieciocho años después” (Pitta, 1994, p. 161).

⁴² Nise da Silveira (nacida el 15 de febrero de 1905, Alagoas — fallecida el 30 de octubre de 1999, Río de Janeiro) fue una renombrada psiquiatra. Dedicó su vida a la psiquiatría y radicalmente contraria a las formas agresivas de tratamiento, como el confinamiento en hospitales psiquiátricos, electrochoque, terapia de insulina y lobotomía. Fundó el Museo de imágenes del inconsciente.

También, el Centro de Atención Psicosocial Profesor Luiz Cerqueira surge como espacio de atención diferenciado, poseyendo un abanico de actividades integradas con la finalidad de no permitir la cronificación y ni la segregación:

Una vez admitido, el usuario iniciaba una rutina de actividades durante toda la mañana.

Al llegar, se dirigía a uno de los siguientes talleres: artesanía, pintura o costura de acuerdo con su elección o indicación. A las diez horas era ofrecida una merienda y, entre diez y treinta y once horas, tenían inicio las actividades grupales con la participación de todos los usuarios y que variaban de acuerdo con el día de la semana: grupo verbal, periódico-mural, expresión corporal, música o jardinería y paseo o vídeo.

La coordinación de cada una de esas actividades quedaba a cargo de uno o más técnicos que presentaran interés o tuvieran más habilidades. (Yasui, 1989, pp. 53).

La necesidad de crear instrumentos que permitieran tratar el sujeto de forma singular, con atención a los fenómenos de la existencia y del sufrimiento, lleva al empeño en la creación de nuevos CAPS en otras regiones. En el Estado de Río de Janeiro el primer CAPS fue creado en la ciudad de Angra de los Reyes, en 1993. Con la entrada del primer gobierno del Partido de los Trabajadores (PT) en la ciudad de Angra de los Reyes, fue ordenado el primer equipo de Salud Mental, a través de Concurso Público de la Secretaría de Salud de este Ayuntamiento en 1991. La repercusión del Programa de Salud Mental de Santos y la apertura intelectual y disponibilidad para cambiar la característica conservadora del antiguo sistema de salud facilitó la construcción de una nueva estructura para el Programa de Salud Mental, como la organización de una puerta de entrada para las emergencias psiquiátricas, la constitución de los equipos mínimos (psicólogo y asistente social) alocados en las unidades de salud de los distritos sanitarios. Después de la consolidación de ese programa, se creó una estructura intermediaria que cuidara de la clínica de la psicosis, aliando su comprensión a la historia social y a la cultura

del individuo: un espacio de atención con acompañamiento diario y con una amplitud de ofertas terapéuticas.

De esa manera, surgió el CAPS de Angra de los Reyes nombrado de C.A.I.S (Centro de Atención Integrada en Salud Mental), en 1993, situado en el centro de la ciudad. Las ofertas terapéuticas eran basadas en los talleres de trabajo: pintura, cerámica, collage, ganchillo y pintura en tejido, clase de expresión corporal, deportes, paseos y asambleas (espacio de reflexión y de cambio de informaciones). Para mejor ejercicio de la práctica asistencial en los talleres el equipo fue capacitado en la Casa de las Palmeras y en el Museo de Imágenes del Inconsciente.

Pese la resonancia entre los profesionales sobre los buenos resultados de la reestructuración de la asistencia en esas ciudades y de otras que seguían la misma trayectoria, como Bagé, Santa María y Porto Alegre en el Río Grande del Sur, la ciudad de Río de Janeiro caminó con pasos lentos. Esto, a pesar de haber una cultura de implicación en los movimientos de renovación de la asistencia psiquiátrica, manteniendo presencia en las arenas públicas de discusión por la Reforma en Brasil, fuera por la participación en la propuesta de la construcción del SUS, fuera por los debates de la nueva constitución, fuera por los intercambios de otras experiencias. Sin embargo, no se tenía la tradición de acciones municipales y estatales que posibilitaran agilizar la implementación de las nuevas propuestas.

Según Ferreira (2003), por haber sido antigua capital de Brasil Colonia del Imperio y más tarde de la República, Río de Janeiro siempre recibió una atención especial del Gobierno en la asistencia psiquiátrica. Allí fue creado el primer hospicio brasileño: el Hospicio de Pedro II. Este fue sustituido posteriormente por tres grandes hospitales psiquiátricos que constituyeron la base de la Psiquiatría en la capital: Hospital Pedro II, en la Zona Norte de la ciudad, Colonia Juliano Moreira, en la Zona Oeste, y Hospital Pinel, en la Zona Sur.

Con el golpe militar de 1964, hubo en todo el país una falta de aplicación del Gobierno Federal en la salud pública, en particular en la Psiquiatría. Los tres grandes asilos, la ausencia de inversiones del Estado y del Municipio y una fuerte red de clínicas particulares subsidiadas formaban la asistencia psiquiátrica en Río. Ya a finales de la década de 70 e inicio de 80, con el declino de la dictadura militar y las denuncias sobre las pésimas condiciones de la asistencia psiquiátrica en el país, se intensifica el escenario de revuelta frente a la inercia del Gobierno para efectuar cambios que viabilizasen la reorientación de la asistencia. Después de la VIII Conferencia Nacional de Salud, con las propuestas para las directrices del Sistema Único de Salud (SUS), la I Conferencia Nacional de Salud Mental (exigiendo la Reforma Psiquiátrica en Brasil), la Declaración de Caracas y el nuevo modelo de reorientación de la Asesoría de Salud Mental del Ministerio de la Salud⁴³, todos claros en sus directrices para el reverso del modelo hospitalario custodial, Río de Janeiro presenta tres momentos importantes en el proceso de reforma de su Psiquiatría: 1º) La fragmentación de tres grandes hospitales psiquiátricos públicos en unidades autónomas con pluralidades de ofertas terapéuticas; 2º) Implantación de servicios que sustituyen los manicomios; 3º) La preocupación con el tema de la vivienda que lleva a la creación de viviendas terapéuticas.

3.5.2 La fragmentación de los tres grandes hospitales públicos en unidades autónomas

Los viejos pabellones psiquiátricos son sustituidos por talleres de trabajo, centros comunitarios, hospitales-día, clubes de ocio, etc. Como consecuencia, se consigue una mejor calidad en la asistencia, y una más pequeña demanda por las hospitalizaciones se efectiva para el periodo en cuestión (ver tabla 5).

⁴³ Comentado en el apartado 3.2

Tabla 5: Cuantitativo de camas en hospitales psiquiátricos - Brasil (1991-1996)

	1991	1996
Público	19.551	12.881
Contratado	65.486	49.633
Total	85.037	62.514

Fuente: AEB/IBGE/SIH/INAMPS/CIS/MS/COSAM/DAPS/SAS/MS. Extraído de Ferreira, G. (2004, p. 53).

3.5.3 La implantación de servicios que sustituyen los manicomios

En 1993 se inicia la participación de la administración municipal en la asistencia psiquiátrica de la ciudad de Río de Janeiro, hasta entonces vista como competencia exclusiva del gobierno federal. La Reforma de la Asistencia Psiquiátrica pedía la presencia del gobierno municipal por la posibilidad de hacer más flexibles las decisiones y la transferencia de recursos, conforme directrices organizadoras del Sistema Único de Salud. El factor de contribución para la efectividad de las acciones fue la III Conferencia Municipal de Salud, realizada del 11 al 15 de noviembre de 1995, que tenía propuestas que reivindicaban la municipalización de la Colonia Juliano Moreira. De esa forma, esta colonia fue premunicipalizada en 1995. A finales de 1993, el municipio planea su estrategia a partir de la necesidad de cambiar el modelo vigente, pues la mayoría de los recursos se concentraban en el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos, lo que imposibilitaba inversiones en la creación de una asistencia extrahospitalaria.

La secretaría municipal de salud de Río de Janeiro realiza un censo de los internos en los hospitales psiquiátricos con el objetivo de levantar el perfil socioeconómico y clínico de la población hospitalizada y planear los servicios no manicomiales (CAPS, casas de protecciones, etc.).

Se observó, en la geografía que emergió del censo, la existencia de regiones con gran densidad poblacional y carente de acceso próximo a una asistencia psiquiátrica. De esa forma, se da el inicio de la ocupación de la ciudad por una red de CAPS (Centro de Atención Psicosocial). Se crea el primer CAPS en la Zona Oeste, donde un millón de habitantes tiene pocas opciones de servicios de salud. Con la consolidación del SUS (Sistema Único de Salud) y la entrada del Municipio en la gestión semiplena, se posibilita un mayor traspaso de presupuesto y una mayor autonomía en la gerencia de los programas, y de esta manera se agiliza la apertura de nuevos servicios.

El CAPS Rubens Correa inaugurado en mayo de 1996, en el barrio de Irajá, en la ciudad de Río de Janeiro fue el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Dado que era una experiencia piloto, sería necesaria una inversión mayor en la capacitación de sus profesionales. Estos fueron formados en otros servicios como por ejemplo la C.A.I.S. de Angra de los Reyes.

En este periodo el servicio funcionaba sólo en un turno y contaba con 18 pacientes. Fueron hechas visitas domiciliarias, reuniones semanales con familiares y diarias con los usuarios. Actualmente, el CAPS Irajá funciona de las 08 a las 17:00h y cuenta con 120 pacientes adscritos (noviembre de 1997). Muchos de los pacientes encaminados para tratamiento son pacientes egresados de hospitalizaciones, en la mayoría considerados graves, y, aun así, desde su inauguración hasta noviembre de 1997 fueron registrados únicamente 4 ingresos. (Fagundes & Libério, 1997, pp. 34).

Considerando la necesidad de organizar una red de atención para personas con trastornos psíquicos en los municipios, el Ministerio de la Salud crea la Disposición GM 189, de 19 de noviembre de 1991. Esta Disposición presenta un sistema de pago por las actividades como grupos y talleres terapéuticos realizadas no sólo en ambulatorios, pero también en los Núcleos/Centros de Atención Psicosocial, como se muestra a continuación los códigos:

Códigos 840-0 Atención en Centros/Núcleos de Atención Psicosocial (01 turno);

Componentes: atención a los pacientes que demanden programa de atención de cuidados intensivos, por equipo multiprofesional en régimen de un turno de 4 horas, incluyendo un conjunto de actividades (acompañamiento médico, acompañamiento terapéutico, taller terapéutico, psicoterapia individual/grupal, actividades de ocio, orientación familiar), proporcionando comida y desayuno, en unidades locales debidamente registradas en el SIA⁴⁴ para la ejecución de este tipo de procedimiento.

Código 842-7 Atención en Núcleos/ Centros de Atención Psicosocial (02 turnos);

Componentes: atención a pacientes que demanden programa de atención de cuidados intensivos, por equipo multiprofesional en régimen de dos turnos de 4 horas, incluyendo un conjunto de actividades (acompañamiento médico, acompañamiento terapéutico, taller terapéutico, psicoterapia individual/grupal, actividades de ocio, orientación familiar), con suministro de comida y desayuno realizado en unidades locales debidamente catastradas en el SIA-SUS para la ejecución de este tipo de procedimiento.

(Ministério da Saúde, & Secretaria Executiva, 2002, pp. 53)

La alteración de la financiación de acciones y servicios de salud mental contribuye a la ampliación del desarrollo de políticas públicas donde el SUS es el principal financiador del sistema público. Con esa Disposición, se abre la posibilidad de construir servicios más actuales que puedan sustituir un modelo tradicional, aprobando los procedimientos de los NAPS/CAPS y talleres terapéuticos. Ya con el proceso de evolución de la implantación de los CAPS en 1992, el Ministerio de la Salud aprueba la Disposición n.º 224, del 29 de enero de 1992, que presenta las principales directrices en la organización de servicios:

- Organización de servicios basados en los principios de universalidad, la regionalización y la integralidad de las acciones;

⁴⁴ Sistema de Información de Ambulatorio del SUS.

- diversidad de métodos terapéuticos y técnicas en distintos niveles de complejidad de la asistencia;
- asegurar la continuidad de la atención en varios niveles; multiprofesionales en la prestación de servicios;
- énfasis en la participación social desde la formulación de las políticas de salud mental para el control de su ejecución; definición de los órganos de administración local a ser responsables de la realización de esta orden normativa y del control y evaluación de los servicios prestados.

Además de esas directrices, la Disposición n.º 224 (1992) considera que los Núcleos/ Centros de Atención Psicosocial (NAPS/CAPS) locales, regionalizados que ofrezcan atención de cuidados entre el régimen de ambulatorio y la hospitalización, pueden constituirse la puerta de entrada de la red de servicios para acciones de salud mental.

La importancia de esta disposición está también en la financiación de los servicios, condicionando la acreditación de plazas en Hospital Día y la reducción de igual número de camas contratadas en hospital psiquiátrico especializado, según criterios de los órganos gestores estatales y municipales. Esta norma se refiere a los municipios cuya proporción de camas psiquiátricas sea mayor que la proporción de 01 cama para cada 3000 habitantes. Según el secretario nacional de asistencia a la salud y presidente del INAMPS, Ricardo Ackel, esta Disposición reglamenta el funcionamiento de todos los servicios de salud mental haciéndose imprescindible para regular el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos que sabiamente eran y algunos aún son lugares de exclusión, silencio y martirio. Fue aprobada por el bloque de coordinadores de salud mental de los Estados y comprendida como regla mínima a ser cumplida en todas las regiones del país.

Los CAPS se diferencian por la capacidad de atención, por la clientela y por el perfil de la población de los municipios brasileños. De esa forma, se establece diferentes categorías:

- CAPS I: servicios de pequeño porte en municipios con población estimada entre 20.000 y 50.000 habitantes. Representa cerca del 19% de los municipios brasileños donde residen un 17% de la población del país. Son servicios con un equipo de nueve profesionales de nivel medio a nivel superior. Generalmente, funcionan durante los días laborales y tienen capacidad para atender alrededor de 240 personas al mes⁴⁵;
- CAPS II: servicios de medio porte con cobertura para municipios con más de 50.000 habitantes, cerca del 10% de los municipios brasileños donde reside un 65% de la población brasileña. Son servicios con equipo de 12 profesionales de nivel medio a nivel superior que funcionan los días laborales⁴⁶;
- CAPS III: servicios de mayor porte de la red CAPS y dan cobertura a los municipios con más de 200.000 habitantes. Están presentes hoy en las grandes metrópolis brasileñas. Son servicios de gran complejidad y funcionan durante 24 horas, los siete días de la semana. Cuentan como máximo con 5 camas. Deben realizar, cuando es necesario, la acogida nocturna, sin embargo, debe tratarse con el ingreso de corta duración (máximo de 7 días). El equipo tiene como mínimo 16 profesionales de nivel medio a superior. Es un servicio organizado para atender alrededor de 450 personas al mes⁴⁷;
- CAPSi: Se trata de los Centros de Atención Psicosocial especializados en la atención a niños y adolescentes con trastornos mentales y están organizados para responder a la demanda en municipios con más de 200.000 habitantes. Funcionan durante los días laborables y con capacidad para realizar el seguimiento de unos

⁴⁵Boletín de Salud Mental/ MS/ 2007

⁴⁶Ídem

⁴⁷ Boletín de Salud Mental/ MS/ 2007

180 niños y adolescentes al mes. Poseen un equipo de como mínimo 11 profesionales de nivel medio a superior⁴⁸;

- CAPS AD: Se trata de los Centros de Atención Psicosocial especializados en la atención a usuarios de alcohol y otras drogas. Atiende municipios con población estimada en más de 200.000 habitantes o municipio con características peculiares en la cuestión de alcohol y las drogas, como, por ejemplo, regiones de fronteras o que se constituyen como ruta para el tráfico de drogas. Poseen un equipo de como mínimo 13 profesionales de nivel medio a superior;
- CAPS AD III: Se trata de los Centros de Atención Psicosocial especializados en la atención a usuarios de alcohol y otras drogas con oferta de camas para el ingreso de los usuarios en el momento que necesitan. Atiende municipios con población estimada en más de 200.000 habitantes o municipio con características peculiares a la cuestión de alcohol y drogas. Poseen un equipo de como mínimo 17 profesionales de nivel medio a superior⁴⁹.

Para la planificación de la red de atención a la salud que definirá la implantación y organización de los CAPS debe tenerse como criterio el perfil de la población de los municipios, aunque eso deba ser entendido como forma de orientación pues es el gestor local, junto a gestión del SUS, quien deberá definir los dispositivos adecuados para responder a las demandas de salud mental.

En Brasil, según los datos de la Coordinación General de la Salud Mental, Alcohol y otras Drogas del Ministerio de la Salud de Brasil, publicados en *Saúde Mental em Dados* (octubre de 2015), en 2014, contabilizaba 2209 Centros de Atención Psicosocial (ver figura 3).

⁴⁸ Boletín de Salud Mental/ MS/ 2007

⁴⁹ Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

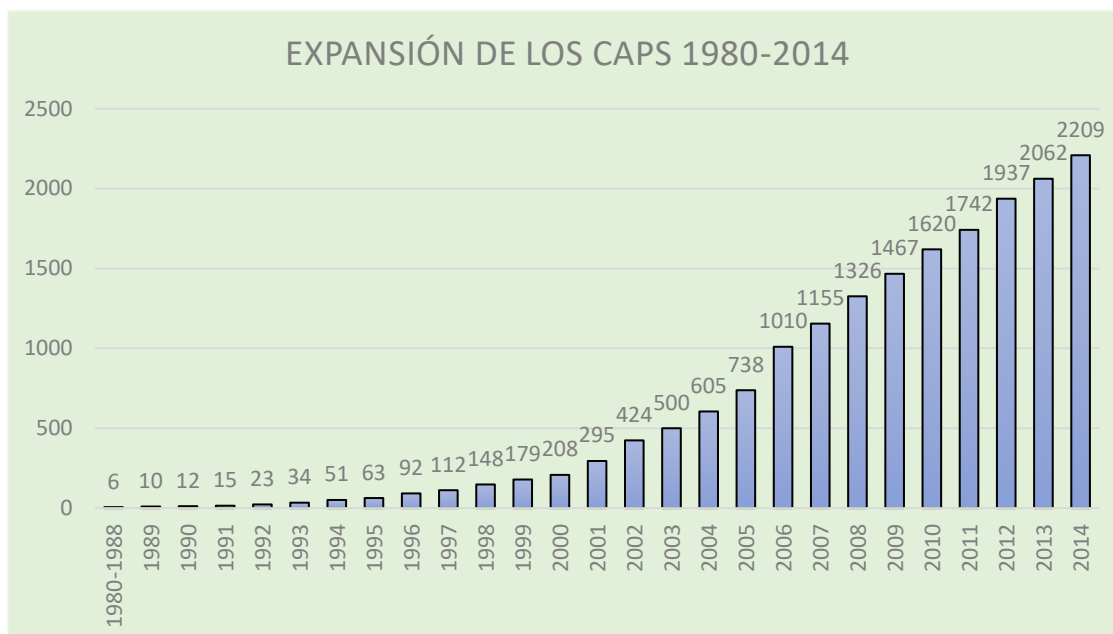


Figura 3 - Expansión de los CAPS (1980-2014).

Fuente: Elaboración de la autora (2017) a partir de los datos de la Coordinación Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas/DAPES/SAS/MS, en BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados* (agosto de 2007, marzo de 2012, octubre de 2012, octubre de 2015).

La tabla 6 que aparece a continuación, presenta la evolución de distintos tipos de CAPS desde diciembre de 2006 hasta diciembre de 2014.

Tabla 6: Evolución de tipos de CAPS.

Año	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fuente: Extraído de Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas/DAPES/SAS/MS. (Ministério da Saúde, 2015, p. 10).

Se observa en la tabla 6 que hubo un crecimiento importante en la red de CAPS. Sin embargo, es necesario señalar que, como aparece en la tabla 6 se contaba con 309 CAPS destinados a los usuarios de alcohol y otras drogas. Así como 69 CAPS ADIII en todo país. Por

lo tanto, no se puede considerar que sean suficientes para satisfacer una demanda que se hace cada vez mayor y más propagada en los espacios urbanos, especialmente en las grandes ciudades como Río de Janeiro y São Paulo.

Para una mejor asistencia a esa población, el Ministerio de la Salud creó la Disposición n.º 1.190, de 4 de junio de 2009, instituyendo el Plan Emergencia de Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras Drogas en el Sistema Único de Salud – SUS e integrado por Ley Federal n.º 7.179, de 20 de mayo de 2010, donde define sus directrices generales y acciones. Entre ellas, establece la integración de los consultorios en la calle como importante dispositivo público de la red de atención substitutiva en salud mental, con el objetivo de ampliar las políticas de salud hacia el consumo perjudicial del alcohol y otras drogas por población de las calles, por medio de acciones de promoción, prevención y atención primaria en el espacio de la calle.

El Consultorio en la Calle llegó a finales de 1990, en la ciudad de Salvador (BA), para dar soluciones a la población en situación de riesgo y vulnerabilidad social, especialmente a los niños y adolescentes usuarios de alcohol y otras drogas. La experiencia del Consultorio en la Calle de Salvador es una referencia para nuevos proyectos Consultorio en la Calle orientados hacia el crack, que consolidan sus operaciones para los usuarios de crack y otras drogas que viven en zonas de mayor riesgo en espacios urbanos. En el Consultorio en la Calle, un equipo de médicos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y educadores proporcionan servicios a los adictos directamente en la calle, con el apoyo de una clínica móvil. El enfoque está inspirado en la ONG Médicos del Mundo, que atiende a los habitantes de las calles y las prostitutas en un autobús equipado como una clínica. Después de verificar dónde están los usuarios de drogas concentrados, los profesionales hacen una intervención con esta población local que puede llevar de semanas a meses.

Después de ganar la confianza de los asistentes locales y distribuir kits que contienen preservativos, medicamentos, folletos y concienciar sobre el uso de drogas, el personal del consultorio hace un intenso trabajo psicosocial y educativo con los visitantes de la zona.

Para los equipos del proyecto no hay expectativas de que el usuario abandone inmediatamente las drogas o participe en un tratamiento, pues deberá ser una consecuencia del trabajo realizado con ellos en la calle, de las ganas de la persona y no del equipo profesional. Si el usuario decide hacer el tratamiento en el CETAD (Centro de Tratamiento de Alcohol y Drogas del Estado), tendrá disponible un equipo de psicólogos y psiquiatras y participará en grupos terapéuticos.

En 25 de enero de 2012, el Ministerio de la Salud crea la Disposición n.º 122 para los consultorios en la calle, exigiendo complementar los recursos humanos según los módulos que se presentan a continuación⁵⁰:

I – Modalidad

El equipo compuesto, como mínimo, por cuatro profesionales, elegidos según lo establecido en el art. 2º de esta Disposición, salvo el médico, serán:

- a) dos profesionales de nivel superior y
- b) dos profesionales de nivel medio;

II -Modalidad:

El equipo compuesto, como mínimo, por seis profesionales, elegidos según lo establecido en el art.2 de esta Disposición, salvo el médico, serán:

- a) tres profesionales de nivel superior y
- b) tres profesionales de nivel medio;

III - Modalidad:

El equipo de modo II, más un profesional médico.

⁵⁰Disponible en: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>

Art. 4 – pueden estar compuestos por los siguientes profesionales de la salud:

I-enfermera;

II-psicólogo;

III-trabajador social;

IV-terapeuta ocupacional;

V-médico;

VI-trabajadora social;

VII-técnico o auxiliar de enfermería;

VIII-técnico en salud dental.

También, según el Art 3º de la Disposición 123 de 25 de enero de 2012, que define los criterios de financiación y el número máximo de equipos para el “Consultorio en la Calle”, hasta diciembre de 2014, había 111 consultorios en la calle en el país⁵¹ (ver tabla 7).

No hay otros datos registrados por el Ministerio de la Salud sobre el número de consultorios en la calle en ejercicio.

Tabla 7: Consultorios en la calle implementados o en implementación (Brasil, diciembre, 2014).

Región	Estado	Modalidad I	Modalidad II	Modalidad III
CENTRO OESTE	DF	3	0	0
	GO	0	0	2
	MS	0	2	1
	MT	0	1	0
<i>Subtotal centro oeste</i>		3	3	3
NORDESTE	AL	0	6	0
	BA	3	1	3
	MA	0	0	1
	PB	0	5	0
	PE	3	1	0
	PI	0	1	0
	RN	0	3	0

⁵¹Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111898-123.html>

Subtotal Nordeste		6	17	4
NORTE	AC	1	0	0
	AM	0	0	1
	AP	0	1	0
Subtotal Norte		1	1	1
SURESTE	ES	1	2	0
	MG	2	10	1
	RJ	0	3	6
	SP	7	6	22
Subtotal Sureste		10	21	29
SUR	PR	0	5	1
	RS	1	2	1
	SC	1	1	0
Subtotal Sur		2	8	2
TOTAL		22	50	39
		111		

Fuente: Departamento de Atención Básica (DAR/SAS/MS). Extraído de Coordinación de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas/DAPES/SAS/MS (Ministério da Saúde, 2015, p. 8).

Con un número insuficiente de consultorios en la calle, a través de la Disposición n.º 131 de 26 de enero de 2012, se establecen incentivos financieros de R\$ 15.000,00 (5,538 mil Euros, en diciembre de 2012) para los servicios en el programa residencial, incluyendo las comunidades terapéuticas, dirigidos a personas con necesidades derivadas de la utilización de alcohol, crack y otras drogas, dentro de la red de atención psicosocial⁵²

Esta disposición ha promovido debates entre profesionales, por ofrecer, la oportunidad de que la red privada construyese comunidades terapéuticas que, sin la calidad en la atención y con el tiempo, se invirtieran en pequeños asilos.

Conforme el artículo de Tófoli (2012), médico y psiquiatra, publicado en el periódico Caras, se señalan algunos puntos sobre el tema del crack y demás drogas: la ineficacia de la hospitalización compulsoria; la falta de responsabilidad en la inversión de dinero público en un sistema sin condiciones estructurales y técnicas para solucionar un problema que implica la desorganización social y la complejidad del sufrimiento humano, el desconocimiento sobre una

⁵² Disponible en http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html

droga devastadora como es el crack, la explotación de los medios de comunicación para alimentar a “la sociedad del espectáculo”, como llamaría Debord (1997). Para finalizar, dicho artículo menciona los modelos alternativos basados en acciones que preservan la ética y el derecho del sujeto, pero señala la preocupación por la financiación del Gobierno de equipos y servicios y menos de las acciones. Esto se hace más preocupante debido a la vulnerabilidad de los profesionales.

El Ministerio de la Salud ha publicado la Disposición n.º 615, de 15 de abril de 2013. Se trata de normativas sobre el incentivo financiero de inversión para construcción de centros de atención psicosocial (CAPS) y unidades para alojamiento, según la red de atención psicosocial, para las personas con trastorno mental y para aquellos que sufren como consecuencia del uso de la cocaína, del crack, del alcohol y otras drogas en el marco del Sistema Único de Salud (SUS).

3.5.4 Servicios para rehabilitar: Talleres Terapéuticos

En la construcción de nuevos servicios de atención diaria es importante destacar los talleres terapéuticos como herramienta fundamental en la integración del cliente con trastorno psíquico en los nuevos espacios, en especial los egresados de hospitales psiquiátricos. Para eso, se hace necesario hacer una breve reflexión sobre el espacio de la asistencia hospitalaria de modo general.

Vale señalar que los esfuerzos para la creación de estos nuevos servicios de atención diaria nos regaló, en la actualidad, un cambio en el estatuto de la locura, que deja de ser un error para llenarse de sentido, con sujetos concretos, creando una producción poderosa en la superación de la opresión del asilo mental a través del arte, y que revoluciona las formas de comprensión social de la locura, produciendo un corte enorme en la visión hegemónica

psiquiátrica y ganando repercusión internacional. Este es uno de los hitos históricos en la relación entre arte, locura y cultura en Brasil (MELLO, 2015).

El hospital psiquiátrico mantiene una estructura jerárquica propia y una organización interna en la que el equipo debe responder al “deseo” de la institución, donde la vida se cronometra lejos de las necesidades internas de los pacientes y sus singularidades. Tal hecho viene a propiciar una ruptura entre lo que se encuentra dentro y fuera del hospital, así como la distinción entre el equipo técnico y el paciente. Realmente, ese es el mundo de las rupturas que propicia ambigüedades y dudas en las relaciones, que traza así la relación con el psicótico y con las imágenes contradictorias que tenemos de él. En un ambiente autoritario y represor, la respuesta es la violencia. El estatuto de peligrosidad será destinado al loco por las instituciones que desean desviar la atención de las agresiones como causa del ambiente. Por otro lado, el miedo tal vez sea el único poder que él aún ejerce, sea por la agitación, por el silencio o por la inmovilidad. Tosquelles, al crear los Clubes Terapéuticos, consideraba que la pasividad de los pacientes ingresados era la contrapartida de la actividad del personal, mientras existe en el interno la necesidad de cuidar más allá de la necesidad de ser cuidado. Así, las fuerzas inmersas e inutilizadas que residen en los pacientes deben ser utilizadas. Los CAPS se crean para oponerse al manicomio y con la intención de que su ambientación esté organizada de forma que ofrezca instrumentos diversos que cambien el cotidiano del psicótico. Así, los CAPS deben buscar la construcción de espacios de vida. Como un dispositivo de la Reforma, deben poseer un conjunto de estrategias ofrecidas para rehabilitar, deben ser instrumentos importantes para ese fin. Relatos históricos nos revelan que hace dos mil años los pacientes cuidaban los jardines, realizaban rituales y bailes dedicados a los dioses. En la Grecia Antigua se registraron 320 templos donde los locos permanecían recluidos hasta tener un sueño revelador y después eran tratados a través de ritos que incluían músicas y bailes. Desde ese periodo hasta la entrada de Pinel en el escenario psiquiátrico, las actividades para los locos se abandonaron, siendo

retomadas bajo orientación médica como garantía de que el paciente estuviera constantemente “en ocupación”. Tal conducta fue basada en el tratamiento moral propuesto por Pinel (Foucault, 1991, p. 488) donde “el medio más seguro y tal vez la única garantía del mantenimiento de la salud, del buen comportamiento y de la orden es la ley de un trabajo mecánico, rigurosamente ejecutado”. De la misma forma, en la visión afinada de Nicácio (2001), la psiquiatría surge como instrumento de orden social, usando como modelo de intervención el tratamiento moral:

Heredera de una demanda social que exigía la exclusión de los locos, que incomodaban el buen funcionamiento social, al tiempo que desarrollan un saber que pasa a justificar la medida de internación como necesaria al tratamiento de la enfermedad mental, en su momento inicial, la psiquiatría no estaba moldeada en el modelo clínico (anatomopatológico), característico de la medicina moderna y sí en una concepción social sobre la enfermedad mental y sus causas. (pp. 66).

En el periodo de paso del siglo XVIII al siglo XIX, la enfermedad mental tenía como justificación el gran movimiento de la vida en las ciudades, hecho naturalmente conferido al nacimiento del mundo industrial. Así, el aislamiento del enfermo mental se hacía “necesario”, creyéndose que él pudiera volver a una vida más “saludable”. El nacimiento de la sociedad industrial hacía cumplir estrategias que llevaran al enfermo a ejercer la función de “trabajador”. Con esto se marca la forma referencial del trabajo en la asistencia asilar, se concibe el uso de la ocupación como método terapéutico⁵³.

Durante la 1ª Guerra Mundial, momento en que la mano de obra era escasa, se hizo necesario incluir a los pacientes psiquiátricos en los equipos que tenían la misión de construir galpones que serían utilizados por los agrupamientos militares. Herman Simón (1937), psiquiatra alemán, autor del pensamiento de que todas las dificultades del trastorno psíquico

⁵³ George Barton, en 1914, creó el término “Terapia Ocupacional”. El arquitecto Barton comenzó a interesarse por el uso de la ocupación como método de tratamiento debido a su experiencia personal como individuo portador de deficiencia.

residen en la inactividad, se dio cuenta de que en el Hospital de Warsteim la actividad de los pacientes ingresados en el trabajo del establecimiento (construcción de parterres, caminos, etc.), resultaron en una mejora general: “Se notaba una desaparición gradual de los habituales y desagradables cuadros morbosos” (p. 27). Se consideraba la vida como una actividad incesante y, si esa actividad no estuviera orientada, se crearía una conducta anómala:

La raíz de todos estos males que deliberadamente he subrayado reside en la inactividad.

La ociosidad no solo es el comienzo de todos los vicios – en nuestros pacientes hablamos de rasgos antisociales –, sino también de la demencia. ¡La vida es actividad!

Este principio rige tanto para la vida corporal como para la mental. Las fuerzas que no son empleadas disminuyen y desaparecen. La agilidad mental, de la que depende todo rendimiento, solo se conserva a fuerza de ocupación. Cuando esta falta, la actividad todavía existente, incluso aumentada en los comienzos de muchas psicosis, se exterioriza en un sentido anormal mediante manierismos, estereotipias, estropicios, tendencias coleccionistas, tendencia a vagar sin rumbo y a importunar el contorno. Un psiquiatra experimentado expresó esto con las siguientes palabras: ‘el hombre nunca permanece sin hacer nada; si no hace algo útil, hace algo inútil’. (Simón, 1937, pp. 23-24).

Paul Sivadon, citado en Lima (1998), psiquiatra francés de la década de los 50, introdujo las ocupaciones sociales y artísticas, creando los talleres terapéuticos como una nueva situación de relaciones con el mundo externo en el cual estaban las posibilidades de los niveles funcionales aún intactos o conservados. Su papel no sería distraer, ni obtener ningún trabajo ventajoso para el hospital. Sivadon dio importancia a las actividades expresivas y a la creación utilitaria y era adepto a la prescripción médica de actividades como, por ejemplo, el modelaje en arcilla o el telar para los pacientes con diagnóstico obsesivo-compulsivo, por exigir gestos repetitivos.

Según Cerqueira (1965), en Brasil las actividades para enfermos mentales llegan en 1854 al Hospicio Pedro II, a través de su director Manoel José Barbosa, basadas en una concepción utilitaria. Se introducen talleres de zapatero, sastre, floristería y desliar estopa para pacientes crónicos.

En 1931, basado en la obra de Simón – Tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales – Ulises Pernambucano, en Recife, al noreste del país, propuso en la Colonia de Asistencia a los Psicópatas, una acción multiprofesional intra y extrahospitalario que consistía en ocupación terapéutica con trabajos agropecuarios para todos los pacientes (De Carlo & Bartalotti, 2001). Influenciada por Sivadon, Nise da Silveira inaugura en 1946 en el Centro Psiquiátrico del Engenho de Dentro el sector de terapia ocupacional. A través del acervo de la producción plástica de sus pacientes, así como, incentivada por el pensamiento de C. G. Jung, Nise desarrolla investigaciones, a la luz de las mitologías, dando origen al Museo de Imágenes del Inconsciente. Como se ha mencionado anteriormente, diez años después se inaugura la Casa de las Palmeras donde el principal método de tratamiento son los talleres terapéuticos.

Melo (2001), relata el funcionamiento del servicio implementado por la psiquiatra en el Museo de Imágenes del Inconsciente:

Antes de Nise, este servicio se caracterizaba por actividades monótonas y reproductivas, como barrer el suelo, juntar estopa, cargar la ropa de las enfermerías hasta la lavandería, etc. Bajo su dirección, este método fue totalmente modificado. Su objetivo era entrar en contacto con el mundo de las personas que se encontraban ingresadas, lo que no sería posible a través del trabajo mecanizado. Propuso, entonces, actividades expresivas a fin de que fueran activados los gérmenes creativos inherentes no sólo al hombre, sino a toda la naturaleza. (Melo, 2001, pp. 63)

Luiz Cerqueira (1965) consideraba que toda actividad debe ser estimada por su significación psicológica y su actuación terapéutica, con base en los principios de la psiquiatría.

Entendía que los talleres deberían ser una preparación para la rehabilitación en la medida que ofrecieran condiciones de reestructurar la personalidad a través de las partes normales que fueron conservadas; así, permitiría la expresión de las emociones y el enfrentamiento entre ellas. Cerqueira analizaba la inclusión del arte como una actividad espontánea, viene de dentro para fuera, propicia la creación, entendiéndose que la capacidad creadora puede dar sentido al mundo interno. Ese pensamiento resulta visible a quien visita el Museo de Imágenes del Inconsciente y observa el trabajo de los pacientes en el taller de pintura. Se perciben, ante las incontables series de producción de un mismo paciente, trazos y figuras que parecen revelar emociones y formas de ver el mundo. En el psicótico, la pintura reactiva sus fuerzas curativas que se mueven hacia el consciente, intentando buscar un sentido de realidad. En las pinturas de los esquizofrénicos se ve constantemente la búsqueda de una organización interna que, partiendo del caos, permite delinear cada trazo hasta configurar una forma como expresión de su intento de contacto con el mundo exterior.

El trabajo terapéutico desarrollado en el Museo, así como un trabajo en filigrana, es visible en la historia relatada por Dr. ^a Nise sobre el proceso de inserción de Emygdio de Barros (ver apéndice 3) en los talleres terapéuticos:

¿Qué hacía Emygdio antes de comenzar a pintar? Eso, para mí, es uno de los problemas más importantes de la psiquiatría. Emygdio llevaba ingresado 23 años. Y como era una persona frágil, pura, obediente, los enfermeros le asignaban siempre los trabajos más pesados, como siempre hacían con esos enfermos.

Emygdio llevaba sacos de ropa de las enfermerías para la lavandería y, un día, un monitor lo llevó hasta el taller de pintura sin autorización. Los enfermos venían del hospital para el taller siempre con autorización médica, porque decían que se escapaban. Entonces yo se lo dije al monitor y el monitor, Hernani Loback, me dio esta respuesta rotunda, que ningún psicólogo o psiquiatra sabría darme:

–Yo lo traje porque ya hace días que, cuando voy a buscar a los otros que tienen autorización, noto en los ojos de este enfermo las ganas de venir también.

Ante eso, bajé la cabeza. Saber leer en los ojos de un esquizofrénico no lo hace cualquiera, ni un psiquiatra, ni un psicólogo, ni ningún sabio. Enseguida, busqué al psiquiatra de Emygdio para darle una explicación de su venida a mi taller. Y él me dijo:

– Si quiere autorización, yo se la doy, pero no sirve para nada porque él ya lleva 23 años ingresado, en estado de decadencia psicológica muy profunda, y no va a hacer nada que merezca la pena.

La expresión del médico para referirse a Emygdio fue "un crónico muy deteriorado". Y ese "crónico muy deteriorado" coge el pincel y pinta un cuadro que Mario Pedrosa y Ferreira Gullar creen que es de un genio. Ahí estamos ante un problema muy serio, para todos aquellos que se interesan por la psique humana. ¿Cómo la creatividad puede mantenerse viva durante tanto tiempo, sin ninguna solicitud de orden afectiva? ¿Cuál es ese fenómeno fantástico de la psique humana? La cuestión de la creatividad es universal y no solo del dominio de la psiquiatría. (Documento em relatório cedido pelo Museu de Imagens do Inconsciente, 1993)

Pese a que este modelo de atención se reveló como promisor y obtuvo reconocimiento a través del pensamiento de Cerqueira y Nise da Silveira, no era ampliamente desarrollado en las prácticas asilares, donde el vacío de las relaciones se proyectaba en el abandono de la asistencia en la gestión de salud, por el conservadorismo hegemónico de la psiquiatría. Era visible todavía otro modelo de tratamiento, el centrado en la cama hospitalaria sin estímulo de cualquier producción y sociabilidad.

Con la implantación de los CAPS por la Reforma Psiquiátrica, a partir de 1986, basados en los principios de la rehabilitación psicosocial – que incluye el desarrollo de las potencialidades del sujeto, el rescate de derechos sociales obedeciendo al trabajo, el ocio y la

vivienda, los talleres se hacen espacios de referencia con las siguientes prácticas: se dividen en dos turnos con el intervalo del almuerzo, donde la parte de la tarde finaliza con una merienda colectiva ofrecida por la casa. Sentarse y comer juntos es un ritual de intimidad, solidario e integrador.

Las actividades en los dos turnos obedecen a un plan permanente, con un espacio referencial de los talleres, donde cada taller tiene un monitor del equipo técnico que actúa como referente afectivo, puente catalizador entre el psicótico y la actividad. En el CAPS de Angra dos Reis, por ejemplo, la existencia de talleres volantes aparece como fruto de un deseo singular del psicótico o, en otra lectura, como expresión que señala una actividad como posibilidad autocurativa, con un sentido de reorganización interna, que constituye un tejido de vida. De esa manera, tras escuchar atentamente, aparece un taller temporal demandado por el usuario. Así, el arte de fotografiar un convento en ruinas en el CAPS Angra dos Reis y la posibilidad de reconstruirlo en una bella exposición fue el deseo expresado por uno de los usuarios. El equipo, compuesto por dos psiquiatras, un enfermero, dos psicólogas, una asistente social, tres auxiliares de enfermería, un agente administrativo y dos personas del personal de servicio, compone un cuerpo unitario, el canal afectivo que acoge las múltiples proyecciones de los psicóticos. Así, se mantiene un cuerpo donde no hay jerarquías, políticas de poder, sistema de rupturas. Se da la participación colectiva e igualitaria, sin diferencia entre técnicos y usuarios. La reflexión de nuestras prácticas nos ha llevado a la construcción de nuestras acciones. Estar juntos, elaborar talleres e incorporar el usuario a la praxis ha sido fruto de reflexiones acerca del concepto de taller de trabajo. Los talleres no deben existir como espacio de actividades para distraer o simplemente ocupar, sino con la necesidad de promover una categoría que “desarrolle la actividad humana, que transforme el mundo natural y social para hacer de él el mundo humano” (Vázquez, 1990, p. 3).

Según Hegel en Vázquez (1990), esa actividad transformadora sería una praxis material y productiva como adjunto del trabajo humano, por lo tanto, la relación hombre y trabajo, la práctica material debe transformarse en una manifestación del desarrollo del espíritu, entendiéndose eso como la experiencia de la conciencia.

Cuando el sujeto incorpora el conocimiento y lo sabe hacer, él domina el objeto, desaparece el dualismo hombre vs. objeto, se abre espacio para la conciencia, para el conocimiento de sí. Normalmente, la esencia humana es negada en la producción, solo se estimula el trabajo como producción aliada al logro, como propiciador de la riqueza. Un trabajo donde el sujeto no se reconoce es un trabajo alienado. No es ofrecer un trabajo cualquiera, sin ninguna conciencia de la práctica, del uso del cuerpo, sino como el cuerpo del trabajo, no se separa el espíritu de la actividad.

Es de esa forma, que en la clase de expresión corporal se trabajan los movimientos del cuerpo aliado a los sentimientos que llegan de sus prácticas cotidianas o, en un grupo, se refleja sobre el acto de pintar o de coser un libro, reorganizándolo como producción de un futuro taller de encuadernación:

Al separar la mano de la conciencia, el trabajo en cadena no hace más que aprisionar la mano humana, esclavizarla y alterar así su destino, como un lazo de unión entre el hombre y las cosas, entre la conciencia y la materia. (Vázquez, 1990, pp. 269)

La mano es la herramienta de transformación, la que confiere a otras herramientas parte de su continuidad, la que construye un objeto pleno de un significado humano. No es el mirar, ni la palabra, sino el contacto de las manos el que supone el reconocimiento de la vida. Al separar la conciencia de las manos en una práctica repetitiva y poco creativa se acaba por separar el pensamiento de la acción causando un vacío de conciencia. El acto de crear es una necesidad vital, está implícito en la esencia humana, es creando que el hombre encuentra nuevas soluciones para adaptarse o transformar un mundo que invariablemente le es muy exigente.

La praxis creativa, además de reflexiva, auxilia la autoconsciencia, el reconocimiento de sí mismo. Sin embargo, es importante que la conciencia abandone la singularidad, presa a la soledad de un deseo, para ser reconocida como objeto capturado por una otra conciencia. “Un hombre sólo satisface su deseo humano, cuando un otro hombre le reconoce un valor humano” (Vázquez, 1990, p. 269). Desear en ese sentido significa ser reconocido. El individuo no puede buscar reconocimiento en aquello que él no reconoce, en aquello que él desvaloriza. Los talleres sólo pueden ser terapéuticos si fundamentados en la creación y en la valorización del hombre.

La función de un técnico en los talleres de trabajo no es incentivar la productividad aliada al capital, ni simplemente distraerlos. Fundamentalmente, es mantener una relación dialéctica hombre vs. trabajo, donde los actos de crear y producir rescaten el sentido de capacidad de trabajo, el poder hacer, construyendo de esta manera el sentimiento de *más valía*⁵⁴ y poco a poco la autonomía e identidad diluidas en el tiempo de internación. Es descubrir, según Kosik (1989), “los pares dialécticos siguientes: necesidad x libertad, particular x universal, real x ideal, interior x exterior, sujeto x objeto, teoría x praxis, hombre x naturaleza” (p. 16).

3.5.5 Del CAPS al espacio público: otros recursos para rehabilitar

La matriz histórica de construcción del CAPS pasa a englobar nuevas propuestas. Surgen prácticas de expresiones culturales con el objetivo de desarrollar la potencialidad humana e integrar la diversidad cultural del país como presenta el pensamiento de Sergio Mamberti (2008), secretario nacional de la identidad y de la diversidad cultural⁵⁵:

Creemos que la dimensión de la Salud Mental puede y debe ser incorporada a los objetivos del programa ‘Brasil Plural’, así como las demás acciones del Ministerio de la Cultura, de manera transversal. Podemos, por lo tanto, colaborar dando visibilidad a

⁵⁴ más valía - a autora en el texto mantiene la forma según la cita de Kosik (1989).

⁵⁵ Departamento Regional del Ministerio de Cultura.

las diferentes acciones culturales que construyen identidades y fomentan inclusión y autonomía a partir de los lenguajes de las expresiones artísticas. (Mamberti, 2008, pp. 24)

Nace como propuesta ampliar las acciones de Salud Mental incluyendo las actividades pertinentes a la cultura, los pequeños grupos de dramatización que dejan de ser talleres de teatro terapéutico para convertirse en propuestas culturales con reconocimiento social. De dentro de los hospitales, CAPS y los demás servicios de salud mental directo para los espacios públicos, pasan a presentarse actores que acaban por abandonar el estatuto de pacientes. De esa forma, la Cía. Teatral UEINZZ de São Paulo, creada en el hospital de día a solicitud de un interno, surge como una compañía de teatro autónomo que conforme relata Peter Pál Pelbart (2008)⁵⁶:

Somos la Cía. Teatral UEI ZZ – SP, nacida hace diez años en un Hospital de día en São Paulo, cuando un paciente propuso hacer teatro de verdad y no un ‘teatrillo de locos para locos’. Esa propuesta estuvo bajo la dirección artística de Sérgio Pena y Renato Cohen y tras un tiempo dejamos enteramente el Hospital de día donde nacimos para construir una compañía autónoma, especie de ‘Ñau de los Insensatos’, a la deriva en el circuito artístico. Nosotros ensayamos semanalmente. Hemos realizado más de 150 presentaciones en total, viajamos mucho por Brasil y también por el exterior. Todo eso forma parte de nuestro currículum glorioso, pero todo eso no garantiza nada. A veces, pasamos meses en el marasmo de ensayos semanales insípidos y, a veces, nos preguntamos si ya nos presentamos o volveremos a presentarnos, algunos actores desaparecen, los patrocinios se reducen, los textos se olvidan... La compañía, ella misma, aparece como una virtualidad impalpable y, de repente, surge una fecha, un teatro disponible, un mecenas o un patrocinador, el deseo de una temporada, una invitación para Cariri, o para París, o para Kassel – una ciudad en Alemania. El

⁵⁶ Filósofo, actor e integrante de la Compañía Teatral UEINZZ.

responsable del vestuario recupera los trajes empolvados, los actores desaparecidos hace meses reaparecen, a veces, huidos del ingreso. Un campo de emanación es reactivado, los solitarios se van enganchando, los dispersos se convocan mutuamente. Pero, aun viniendo, es el límite tenue lo que separa la construcción del desmoronamiento, y tal vez eso sea lo más radical de ese tipo de proyecto, pero también eso demanda un tipo de inversión y de entorno singular. En nuestro caso, llevamos trabajando, todos de modo voluntario, casi diez años, excepto cuando gracias a algún patrocinio, todos – actores, equipo, etc. – somos debidamente remunerados. Me gustaría entonces hablar sobre eso, sobre ese punto, esa línea tenue que se da en el límite entre la construcción y el desmoronamiento”. (Pál Pelbart, 2008, pp. 29-30)

Las propuestas culturales que surgen, por ejemplo, como ejercicio para desarrollar la capacidad de entender las cuestiones de la existencia se vuelven especulares al observarse una dramatización teatral. Según Britto, en el caso del teatro:

Existe esa capacidad de observar en el presente lo que ocurrió en el pasado, para construir el futuro. Shakespeare decía que el teatro es el espejo de la humanidad. Creemos que es más que eso. El Teatro del Oprimido, creemos que es el espejo de la humanidad. (Britto, 2008, pp. 47)

A través de esas experiencias se fortalecen nuevas propuestas de implementación de políticas culturales junto a la política de Salud Mental. Los incentivos provenientes de financiaciones para prácticas culturales en salud vienen a fomentar la producción de emancipación del sujeto, creando nuevas modalidades que ayudan de manera eficaz en la recuperación. De esa forma, los ambulatorios están menos ocupados y los equipos de las unidades de salud pasan a utilizar sus intereses artísticos en pro de los talleres de creación, formando grupos no solo de teatro, sino también musicales. En este sentido se crea en 2001 el grupo “Harmonia Enlouquece” cuyo creador, el psiquiatra Francisco Sayão, director de un

Centro Psiquiátrico de Río de Janeiro perteneciente al poder público, considera su nacimiento como revolucionario en la vida de todos los participantes y en el concepto de capacidad frente a la enfermedad mental puesto que, a pesar de saber que esta no causa perjuicio a la memoria o a la inteligencia, sus portadores son desacreditados por los propios técnicos. Según Sayão (2008):

Cuando yo digo que el grupo *Harmonia Enlouquece*⁵⁷ es revolucionario en el concepto de enfermedad mental es porque nuestra estrella guía no es un profesional de la salud, sino un portador del trastorno, que ha conseguido superar su condición de pasividad e incapacidad que la enfermedad le imponía, por creerse capaz debido a la unión y la suma de todo el mundo. Y así, todos están recibiendo de regalo esa oportunidad de participar en algo maravilloso y desprovisto de una escala jerárquica y se trata de un sumatorio de intenciones que van mucho allá del grupo en sí. Nuestro estreno fue el día 07 de abril de 2001, el día Mundial de la Salud. Aquel año estábamos homenajeando la salud mental y nuestra primera presentación en público fue en el evento llamado ‘Cuidar sí, excluir no’. De allá para acá, nos mantuvimos unidos debido a las invitaciones, tocando en servicios de salud mental, en conferencias, en los programas de salud, en empresas, como Furnas, Petrobrás, Embrapa, además de facultades, tocar en la calle, adonde nos invitan vamos. ... En 2005, nos invitó la FUNARTE⁵⁸ para participar en el proyecto “Arte sin barreras”⁵⁹. Tuvimos la oportunidad de conocer el trabajo de otros grupos que se proponían mostrar la superación de los más diversos problemas. ... En aquella ocasión, *Harmonia Enlouquece* recibió un premio que nos permitió grabar nuestro segundo disco. ... Nosotros, el grupo Armonía Enloquece, abrimos todos los

⁵⁷ “Harmonia Enlouquece” es el nombre del grupo artístico brasileño y, por eso, no está vertido al español.

⁵⁸ Fundación Nacional de Arte – Órgano Gubernamental.

⁵⁹ Proyecto financiado por FUNARTE para posibilitar la superación de las deficiencias físicas y mentales.

eventos de 2005, de 2006 y los dos primeros de 2007, aquí en el Río y en Salvador.

(Sayão, 2008, pp. 73, énfasis añadido)

En los ejemplos mencionados anteriormente que hacen referencia a las cuestiones artísticas y culturales podemos ver más allá de un simple proceso de inserción cultural, se trata de factores que objetivan la intervención en la cultura promoviendo la transformación de los valores excluyentes, visando hacerla práctica de la rehabilitación psicosocial. En ese sentido, el concepto de cultura deja de ser una reducción de la estética. Según Delgado (2008), Coordinador Nacional de Salud Mental en Brasil, al referirse a las políticas afirma:

Nosotros tenemos que pensar que debemos incorporar a la cultura el dinamismo de un proceso permanente de creación de la vida, de creación de la vida cotidiana, en ese sentido, y no exclusivamente, producción de bienes simbólicos definidos como artísticos o estéticos. Desde el punto de vista de la Salud Mental, pensamos que existen tres componentes fundamentales, que son nutrientes muy importantes para que la Reforma de la Atención en Salud Mental consiga construir el dinamismo que la sostenga para el futuro. Creo que estamos consiguiendo cambiar la forma de cuidar la salud mental en Brasil. Creo que (está claro que siempre se puede ver de una forma positiva, una forma optimista o de una forma pesimista), pero yo creo que, objetivamente, existen evidencias de que el cuidado en salud mental en Brasil ha cambiado; de que la concepción sobre la cuestión de la locura está en un proceso muy acelerado de modificación en el imaginario; que existen acciones, que son acciones de combate al estigma contra el loco y que están presentes en diversas actividades – sea en la cultura, sea en el proceso de atención en el campo de la Salud Mental. También creo que ya podemos decir (y creo que eso es útil para el análisis del proceso de cambio de la asistencia en salud mental en Brasil) que ya se ha cumplido una etapa importante. (Delgado, 2008, pp. 77-78)

Esos nuevos instrumentos para la inserción social en Salud Mental fueron frutos de un trabajo en la construcción de políticas públicas culturales para determinados seguimientos que siempre fueron invisibles o rechazados por nuestra sociedad. En 2005, se inicia una acalorada discusión como consecuencia de la política de diversidad cultural basada en los principios de la Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales, aprobada por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura, realizada en París en 2005 – UNESCO (2005). En ese contexto, se pasa a realizar talleres y debates, dentro y fuera del medio académico, en los que se presentan trabajos culturales en el área de cine, teatro, baile y artes visuales donde se insertan los portadores de sufrimiento psíquico en situación de riesgo social. De esa forma, en 2007 la Secretaría de la Identidad y de la Diversidad Cultural del Ministerio de la Cultura, con apoyo de la Fundación Oswaldo Cruz⁶⁰, realiza el taller nacional de indicación de políticas públicas culturales con un público estimado de más de 300 participantes. El evento contó con la participación de autoridades como el ministro de la cultura, el secretario nacional de la identidad y diversidad cultural, el coordinador nacional de salud mental y el director nacional de la escuela de salud pública, Sergio Arouca. La finalidad del encuentro versaba sobre la construcción de propuestas de directrices y acciones para subsidiar la elaboración de políticas públicas del Ministerio de la Cultura con relación a los sujetos y grupos en situaciones de riesgo social. Las mesas de debates que trataron sobre políticas públicas, identidad y diversidad propiciaron un amplio debate que resultó en propuestas de Puntos de Cultura⁶¹ en los servicios de salud mental, en líneas de investigación prioritaria para el apoyo, financiación, proclamación

⁶⁰ Fundación Oswaldo Cruz – FIOCRUZ-es un órgano de enseñanza, investigación y tecnología vinculado al Ministerio de la Salud cuya finalidad es promover la salud y el desarrollo social, generar y difundir el conocimiento científico y tecnológico y ser un agente de ciudadanía.

⁶¹“Puntos de Cultura” son iniciativas desarrolladas por la sociedad civil a través de convenio con el Ministerio de la Cultura cuya selección se da a través de concursos públicos. Tienen como objetivo articular e impulsar proyectos culturales ya desarrollados en determinada comunidad.

y premios para trabajos culturales en el área. Esas propuestas fueron consideradas viables para la creación de recursos capaces de modificar la cultura manicomial y multiplicar ideologías sobre la inclusión social de personas con trastorno psíquico. Vinieron también para fortalecer la necesidad de modificar el método de trabajo en la asistencia social de personas con trastorno psíquico.

3.5.6 Generación de renta: la inclusión social por el trabajo

En los cuidados a la Salud Mental, integrar al portador del sufrimiento psíquico en la sociedad significa romper la práctica tutelar característica de los hospitales psiquiátricos que, según Castel, se sitúa en la “cualificación del tutor vs. incapacidad del tutelado” (1978, p. 20). Para este autor, la responsabilidad que el manicomio mantiene sobre el sujeto asilado asegura el mantenimiento del estatuto de incapacidad. Así, en la perspectiva de la rehabilitación psicosocial del sujeto, el proceso de desinstitucionalización significa romper la barrera de la incapacidad para alcanzarse la autonomía. De acuerdo con Nicácio y Kinker (1996):

La producción de autonomía de las personas con sufrimiento psíquico, en particular con sufrimiento psíquico grave, implica una nueva forma de pensar y actuar que considere como punto de partida la ampliación de los espacios/hábitat, de las posibilidades de expresión subjetiva y de las redes de cambios sociales. Las nuevas instituciones producidas, desde 1988, se han arriesgado a entrar en el terreno contradictorio de la inserción social, balizado en la construcción/reconstrucción de los derechos de ciudadanía. La inscripción de la ciudadanía de la persona con sufrimiento psíquico no se limita a una declaración de derechos, sino que se efectiva en el trabajo cotidiano, gradual y artesanal, de tejer las condiciones que posibiliten el “vivir fuera” de las instituciones totales y el “volver a entrar en el mundo” (Nicácio & Kinker, 1996, pp.168)

Además, en la interpretación de Nicácio y Kinker (1996), las acciones de rehabilitación y de inserción social no significan el fin del tratamiento, sino una ampliación de redes de relaciones y de poder contractual del tutelado. En este sentido, hay que redimensionarse el trabajo como un instrumento para la rehabilitación, hecho que nos remite a la necesidad de articular recursos de potencialización del sujeto en su experiencia singular y colectiva. Es esta potencialización del sujeto la que incluye la autonomía según el concepto de Varela, citado por Eirado y Passos (2004), al referirse a los sistemas naturales: “la capacidad de interaccionar consigo incluso auto determinándose, garantizándose la relación entre los términos vivir, conocer y hacer” (p. 78). Para él, el conocimiento de la existencia está delineado a partir de la praxis y, apropiándose de este pensamiento y considerando este concepto como el desafío de la función del trabajo, regido por el principio social de la rehabilitación, se objetiva el desarrollo y la capacidad de producción por medio del encuentro consigo mismo durante el acto de saber, hacer y crear.

Como ya se ha mencionado, el cierre de la casa de Salud Anchieta en 1987 generó innumerables nuevas propuestas. Entre estas, surgen en la ciudad de Santos proyectos de inserción de usuarios en los servicios sustitutivos al manicomio, creándose núcleos de generación de renta. Nace así, en 1990, el proyecto “Tierra” ofreciendo cursos prácticos en el huerto municipal con becas de participación para los usuarios de los servicios de salud mental con la finalidad de aprendizaje y producción.

En Río de Janeiro, una enfermería⁶² rompe con la estructura autoritaria de la institución con la apertura de las puertas de servicio, la abolición de la contención mecánica, del electrochoque. Pasa a actuar por medio de la creación de talleres orientados a las necesidades reales de los pacientes, es decir, al ejercicio de sus habilidades y su subsistencia fuera del espacio hospitalario. De esa forma se creó un comedor, y los usuarios del servicio pudieron

⁶² Se trata del actual servicio Espacio Abierto al Tiempo, unidad de salud del Instituto Municipal de Asistencia a la Salud Nise da Silveira.

realizar cursos del área de las artes culinarias (gastronomía y servicios de buffet) en empresas especializadas. Después, se inician nuevas perspectivas de inserción social a través del trabajo que culminan en la planificación de las cooperativas laborales, que pasan a dar una nueva visión de relaciones entre sujetos individuales y colectivos. Con esa lógica, la experiencia de la Cooperativa de la Playa Roja, estructurada en las dependencias del Instituto Phillippe Pine1⁶³, proporcionó la capacitación de mano de obra para el trabajo en la educación para el cooperativismo a través de una organización no-gubernamental: la Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares. Por medio de ella se inició la confección de artefactos de papel y producción de dulces de castañas. Con la experiencia del cooperativismo, técnicos y usuarios, en un curso sobre el tema, pasaron a reflexionar críticamente sobre la naturaleza de las actividades que dieron sentido a aquella cooperativa. De acuerdo con Monnerat:

El funcionamiento de la Cooperativa de la Playa Roja se estructura a partir de asambleas semanales donde se discute el programa de trabajo para la semana subsecuente, las responsabilidades de cada miembro y, principalmente, el establecimiento de reglas de convivencia y producción. El auxilio mutuo es permanentemente incentivado por los asociados, que entienden que, encontrándose en la misma situación de desventaja frente al mercado de trabajo, pueden, con la suma de sus esfuerzos, obtener ventajas comunes en actividades económicas. (Monnerat, 1999, pp. 90)

La Reforma Psiquiátrica además de incentivar las cooperativas o las propuestas culturales ya citadas en este apartado, en noviembre de 2004, la coordinación del área técnica de salud mental se aproxima a la Secretaría Nacional de Economía Solidaria⁶⁴ con el objetivo de viabilizar un plan de acción conjunta en el área de generación de renta en salud mental de donde surgió la Red Nacional de Salud Mental y Economía Solidaria. Esta implica la

⁶³ Antiguo Hospital Psiquiátrico Federal que fue municipalizado a partir del año 2000.

⁶⁴ Esta Secretaría pertenece al Ministerio del Trabajo.

posibilidad de vencer las restricciones del mercado formal a las personas consideradas minusválidas, abriéndose de esta manera oportunidades en diferentes áreas donde las personas más débiles y excluidas del mercado formal pasan a tener sus derechos reconocidos en iniciativas de generación de trabajo y renta y comparten espacios y decisiones sobre su actividad. Galaz y Prieto (2006) parten del principio de que la economía actual no es democrática y está fundamentada en un enfoque capitalista, lo que significa que el capital es considerado el factor orientador de las actividades económicas. De esa forma, todos los otros factores como, por ejemplo, fuerza de trabajo, tecnología, modelos de gestión, etc. están subordinados al capital. Así, se hacen protagonistas nuevos modelos económicos que permiten que el mercado cree otra lógica basada en experiencias de intercambio. En este sentido, las experiencias de autogestión y de cooperativismo pueden facilitar que otros factores económicos como, por ejemplo, el trabajo, el consumo, el ahorro y la administración modifiquen sus relaciones, abandonando la dependencia del capital a favor de modelos económicos alternativos. Aun según Galaz y Prieto:

El fortalecimiento de estas nuevas formas de organización puede tener consecuencias impensadas, ya que libera y despliega nuevas energías sociales, incide en el mercado, introduce otras racionalidades económicas, distintas a la capitalista. En suma, creemos que es posible remover progresivamente las relaciones de fuerza para conseguir un cierto “empoderamiento” de sujetos individuales y sociales actualmente marginados del ciclo económico. En otras palabras, creemos que la descentralización del poder implica concebir una economía donde todos los factores tengan la posibilidad de desarrollarse, permitiendo el crecimiento de sujetos económicos autónomos, que no necesariamente se muevan bajo la lógica del beneficio propio, sino que apunten a una distribución más solidaria y a un mercado más democrático. (Galaz & Prieto, 2006, pp. 36)

La generación de renta a través de la economía solidaria se hizo importante en el contexto de las políticas sociales al generar alternativas de emprendimientos económicos que propician a los menos favorecidos oportunidades de inclusión en el mercado de trabajo.

El primer encuentro nacional para la construcción de acciones efectivas para la inserción de las personas con trastorno mental en el mundo del trabajo, en noviembre de 2004, tuvo la participación de 78 iniciativas de diversos lugares del país (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005). El encuentro, tenía como objetivo contribuir en la construcción de políticas públicas de intersección entre la salud mental y la economía solidaria.

Actualmente, existen 26 estados en las 5 regiones del país, según la *Saúde Mental em Dados 12* (Ministério da Saúde, 2015), recibiendo asesoría técnica – soporte y acompañamiento del área técnica del Ministerio de la Salud y del Ministerio del Trabajo y Empleo para la ejecución de planes de acción que tienen como objetivo la implementación de acciones con la finalidad de efectuar relaciones entre la Salud Mental y la Economía Solidaria. Con la descentralización de poder, que implica una economía donde todos tienen la posibilidad de desarrollarse, se hace posible una distribución solidaria y un mercado menos competitivo y más democrático (ver tabla 8).

Tabla 8: Talleres de generación de renta, Brasil, diciembre de 2005 a diciembre de 2013.

REGISTRO DE INICIATIVAS DE GENERACIÓN DE RENTA – 2013		
Región	Estado	Número de iniciativas
Norte	Acre	5
	Amapá	1
	Amazonas	15
	Pará	20
	Rondônia	2
	Tocantins	36
Nordeste	Alagoas	39
	Bahia	86
	Ceará	44
	Maranhão	20
	Paraíba	46
	Pernambuco	38
	Piauí	14
	Rio Grande do Norte	25

	Sergipe	18
Centro Oeste	Distrito Federal	13
	Goiás	20
	Mato Grosso	19
	Mato Grosso do Sul	26
Sureste	Espírito Santo	10
	Minas Gerais	77
	Rio de Janeiro	88
	São Paulo	177
Sur	Paraná	69
	Rio Grande do Sul	57
	Santa Catarina	43
TOTAL		1.008

Fuente: Extraído de Coordinación de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas/DAPES/SAS/MS - Brasil. *Saúde Mental em Dados 12* (Ministério da Saúde, 2015, p. 31).

3.5.7 Las viviendas terapéuticas, vida cotidiana y la red de cuidados

La fragmentación de los grandes hospitales federales y la creación de la red de CAPS (Centro de Atención Psicosocial) mostraron que la cuestión de la vivienda era uno de los motivos principales de la ocupación de los hospitales psiquiátricos. Se hace necesario mostrar, principalmente a la sociedad civil y al Estado, que muchos pacientes que vivían en los hospitales psiquiátricos podrían vivir en pequeñas casas, convivir de manera armoniosa en vecindad y a un coste menor para el gobierno. Nacen, de esta forma, viviendas terapéuticas en Porto Alegre, Bagé, São Paulo. En Río de Janeiro en 1999 el Ministerio de la Salud desarrolla a través del Hospital Philippe Pinel la primera vivienda terapéutica fuera de los muros hospitalarios y coordinado por la autora de esta tesis. Un año más tarde, se creó la Disposición GM, n.º 106, del 11 de febrero de 2000, y se instituyen las viviendas terapéuticas con el objetivo de la reestructuración al portador de trastornos mentales en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), enfatizando la necesidad de la implementación de políticas de mejora de calidad a la asistencia de la Salud Mental cuya finalidad está en la reducción de los ingresos psiquiátricos. Esa resolución, en su párrafo único define las residencias terapéuticas como: “viviendas o casas insertadas, preferentemente, en la comunidad, destinadas a cuidar de los portadores de

trastornos mentales, egresados de la hospitalización psiquiátrica de larga duración, que no posean soporte social y lazos familiares y que viabilicen su inserción social” (Ministério da Saúde, 2000).

Además, en el Art. 2º se define que

Los servicios residenciales terapéuticos en salud mental constituyen una modalidad asistencial sustitutiva a la internación psiquiátrica prolongada, de modo que, cada transferencia de pacientes del hospital especializado para el servicio de residencia terapéutica, se debe reducir de la acreditación del SUS, igual al número de camas en aquel hospital, destinando el recurso de la autorización de internación hospitalaria (AIH) correspondiente para los límites presupuestarios del Estado o municipio que se responsabilizará de la asistencia al paciente y por la red sustitutiva de cuidados en salud mental. (Ministério da Saúde, 2000, pp. 23)

Esa Resolución tiene su importancia por consolidar el proceso de creación de modelos cuyas estructuras se oponen al modelo hospitalario/manicomial.

3.5.8 Las viviendas terapéuticas en sus territorios

La organización de los servicios no-manicomiales, sobre todo las viviendas terapéuticas, que son los dispositivos más nuevos de la Reforma Psiquiátrica, fueron creadas para oponerse a los espacios asilares y garantizar el rescate de poderes físicos, sociales e intelectuales. Para eso, es necesario que los muros sean virtuales, se expandan y se contraigan en la ciudad. De esa forma las residencias pasan a pertenecer a la ciudad como un punto céntrico desde el cual el sujeto parte para su transitar. Esa nueva modalidad de equipamientos de cuidados en la rehabilitación psicosocial supone una vivencia desafiante en la reconstrucción de la asistencia psiquiátrica y su planificación. Se trata de territorio que debe entenderse como recurso terapéutico, como referencia en la construcción de relaciones sociales. Por esto, cabe

reflexionar aquí sobre la noción de territorio para poder comprender la dinámica de los servicios en los espacios urbanos. De forma general, podríamos decir que el territorio es el espacio geográfico de referencia de los sujetos, donde se encuentran el domicilio, el trabajo y una red de servicios. Como instrumento importante en la rehabilitación psicosocial, el concepto de territorio debe acercarse a subjetividad vista por el geógrafo Santos (1991), el cual lo define como un espacio en permanente construcción, producto de una dinámica social. Según el autor “un conjunto indisociable en el que participan, de un lado, cierto conjunto de objetos geográficos, objetos naturales y objetos sociales y, de otro, la vida que los llena y los anima, o sea, la sociedad en movimiento.” (Santos, 1991, p.18). De esta forma Santos valora el territorio como espacio de articulación entre actores y procesos sociales. De acuerdo con el pensamiento de Santos, Delgado (1999) conceptúa el territorio y su importancia para el campo de la rehabilitación psicosocial de la siguiente manera: “un territorio no es (solo) el barrio del domicilio del sujeto, sino el conjunto de referencias socioculturales y económicas que diseñan el marco de su cotidiano, de su proyecto de vida, de su inserción en el mundo” (p. 117).

Se considera que este concepto de nueva asistencia en salud mental enfatiza el territorio como instrumento de rehabilitación, como proceso y espacio de sociabilidad. Así, las acciones técnicas y políticas, durante el proceso de rehabilitación psicosocial, que involucran la participación de la comunidad, pasan a ser utilizadas como canales de interlocución, implicando la participación popular en la organización de los nuevos equipamientos⁶⁵, haciéndolos presentes a través de la frecuencia de los profesionales y usuarios / pacientes en consejos de salud, asociaciones de vecinos, etc. Debemos aquí llamar la atención sobre la autonomía como un componente importante para el desarrollo personal y la garantía de la ciudadanía. Para ello,

⁶⁵Unidades de salud no manicomiales, como viviendas, centros de atención psicosociales, etc., creadas por la autora de la presente tesis, por solicitud del Ministerio de la Salud.

se tiene en cuenta la apropiación del territorio, lo que engloba sus aspectos políticos y culturales.

Como bien reconoce Held:

La autonomía del ciudadano puede estar representada por ese haz de derechos del que las personas pueden disfrutar gracias a su estatus de miembros libres e iguales de las comunidades particulares, es decir, como resultado de sus luchas por afirmar la posibilidad de la autonomía en su territorio. (Held, 1997, pp. 186)

Esto nos muestra la experiencia con los usuarios del servicio de vivienda terapéutica (proyecto de iniciativa del Hospital Philippe Pinel y del Ministerio de la Salud en Río de Janeiro, mencionado anteriormente) y expresa con claridad la influencia del territorio:

Para cumplir el objetivo del proyecto, es decir, mantener a los pacientes lejos de la necesidad de internamiento, era importante evitar que los pacientes volvieran al hospital, para lo que fuese, y para eso teníamos que involucrarlos con la comunidad, hacer de ella el escenario de su cotidianidad. Entonces, debíamos tener un mapa de recursos de la comunidad y así desarrollar acciones inherentes al proyecto. Para esto, el equipo trabajaba exhaustivamente con la documentación de los pacientes (vecinos), acompañándolos al ambulatorio, matriculándolos en escuelas profesionales, buscando salas de baile de salón, estiramientos, natación, tai-chi-chuan y esas cosas, todo dentro del barrio y con todo público o con becas cedidas por entidades particulares. Llevar al vecino al ambulatorio significaba ponerse en una cola a las siete de la mañana para poder ser atendido a las dos o tres de la tarde. La mayoría de estos pacientes que nos era encargada, en la primera etapa del proyecto, en pésimas condiciones de salud, solo después de que comenzamos a cuidar de ellos descubrimos que uno tenía tuberculosis, otro una rinitis aguda, otro andaba con hipertensión, uno tenía una hernia, otro sufría de asma. Observar la mejora física y mayor autonomía de esos vecinos que, después de nuestras compañías iniciales, comenzaban a ir solos a hacerse análisis de laboratorio,

para volver a casa y explicarnos todo sobre la medicina que la clínica les había recetado, ¡era una gran alegría! Vivir sin el hospital exige que la ciudad sea protagonista de este proceso. Es indispensable organizar una red social tejiendo relaciones de cooperación. Comenzamos a visitar más instituciones locales, como núcleos de acción comunitaria, asociaciones de vecinos, centros culturales, cursos profesionales. Era importante que las personas opinaran y así ir formando un compromiso, creando intereses colectivos en la construcción de un bien común. Era la formación de la red social y de la inclusión de los pacientes en el territorio. Paralelamente se iba estructurando un equipo para que, en situaciones de crisis, el interno pudiese continuar en la misma casa, sin interrumpir su rutina, sin parar el tiempo. (Ferreira, 2000, pp. 34)

Según esta perspectiva, la Reforma Psiquiátrica opta por la creación de las viviendas como momento importante en el proceso de transformación de la asistencia, exigiendo que esta se desarrolle a través de actividades que permitan mayor tránsito de los vecinos por la ciudad. Siendo este un espacio de integración, se vuelve canal de fuerza y punto de partida para la reconstrucción de las relaciones del barrio, de la ciudad y del mundo. De esta forma, partiendo del territorio, de la comunidad, la ciudad se vuelve protagonista del proceso de rehabilitación y de construcción de la red social como característica importante en el cambio de la vida cotidiana de los pacientes. En este sentido, Pinheiro recuerda que

Por cotidianidad se entiende el locus donde se expresan no solamente las experiencias de vida, en la perspectiva individual que el término pueda contener, sino contextos de relaciones distintas que involucran tanto a personas, como a la colectividad y las instituciones, en espacios y tiempos determinados. (Pinheiro, 2001, pp. 65)

De este modo se establecen cambios, se teje una red de relaciones, creando una ósmosis entre el “dentro” y el “fuera” de la casa. Esta relación de acercamiento constante entre personas (usuarios, vecinos, profesionales) y espacios (viviendas, espacios urbanos, instituciones)

sentidas como algo de orden natural de la existencia y que permiten que las crisis típicas de los trastornos psíquicos se toleren más, reconociéndose otra manera de cuidar y sin interrumpir el flujo con la vida. Además, se podría añadir que la producción de sociabilidad significa el vínculo del sujeto con el mundo y que se construye entre el colectivo (instituciones diversas como familia, casa, trabajo) y el territorial.

La construcción política de las residencias terapéuticas tiene como objetivo reducir camas hospitalarias y también viabilizar la desinstitucionalización, sacar a los pacientes de un estado “crónico” y que el hospital deje de ser espacio para vivir. En la visión de Furtado (2006), existen dificultades en la disminución de camas sea con la construcción de alternativas de vivienda para egresados de hospitales psiquiátricos, sea con el soporte requerido para garantizar su permanencia fuera del hospital, sea por la dificultad de reinserción familiar. Furtado (2006) además añade que

Es común que hospitales públicos y privados no posean la documentación de los internos de larga hospitalización o referencias familiares. Tal situación frecuentemente hace inviables intentos de la vuelta del paciente a la familia o a su local de origen. Además de eso, existen dificultades de diverso orden para la acogida de los internos por los familiares cuando estos son localizados. (Furtado, 2006, pp. 786)

En este contexto los CAPS pasan a ser vistos como ordenadores de la red de cuidados cuya meta es ejecutar acciones que respondan a la necesidad de disminuir las camas hospitalarias conforme los principios de la desinstitucionalización, promoviendo reintegración en las viviendas terapéuticas dando el soporte necesario a la concretización de los lazos societarios⁶⁶. Furtado (2006) además señala que, a pesar de la voluntad política expresada por los órganos oficiales a través de la Disposición GM n.º 106/2000 y de la positiva evaluación de

⁶⁶ En 21 de septiembre de 2017 surge la disposición n.º 2.436, que pasa a regular la Política Nacional de Atención Básica, estableciendo la revisión de directrices para que la Atención Básica, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), sea el regulador de la red de cuidados. Pero, las viviendas terapéuticas siguen articuladas a los CAPS.

los resultados en las iniciativas existentes, el número de Residencias Terapéuticas todavía estaba muy lejos de su verdadero potencial. Se observa que, en 2014 aún existían 25.988 camas en hospitales psiquiátricos en Brasil, completando que, con base en los cálculos del Ministerio de la Salud, según Furtado (2006), se estima en el 30% el número de camas ocupadas permanentemente por los llamados “habitantes”, pudiendo considerarse una clientela potencial para nuevos servicios residenciales terapéuticos (SRT) de 7.796,4 “habitantes”. Observamos, entonces, que 610 SRT (ver tabla 9), para 2014 es un número insuficiente.

Tabla 9: Residencias Terapéuticas (Brasil, diciembre de 2014).

Región	Unidad Federativa	Total de SRT operativos vinculados a establecimientos de salud (CNES)	Total de SRT habilitados
CENTRO OESTE	GO	12	11
	MS	2	1
	MT	6	0
Subtotal Centro Oeste		20	12
NORDESTE	BA	22	8
	CE	6	3
	MA	6	0
	PB	14	1
	PE	58	53
	PI	5	5
	RN	3	0
SE	7	5	
Subtotal Nordeste		121	75
NORTE	PA	1	0
	TO	1	1
Subtotal Norte		2	1
SURESTE	MG	116	69
	RJ	136	53
	SP	179	48
Subtotal Sureste		431	170
SUR	PR	13	10
	RS	21	20
	SC	2	1
Subtotal Sur		36	31
TOTAL		610	289

Fuente: Extraído de Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas/DAPES/SAS/MS – en *Saúde Mental em Dados* (Ministério da Saúde, 2015, p. 22).

En el I Encuentro Brasileño sobre Residencias Terapéuticas en Paracambi, ciudad del Estado de Río de Janeiro, en 2005, Furtado (comunicación personal, 2005) se refiere a las

experiencias de las residencias terapéuticas como diversificadas, es decir, de acuerdo con las necesidades locales, estando presentes solo en 14 estados brasileños.

Para considerar importante los factores que se revelan como obstáculos para la expansión de los SRT en el país, Furtado en 2006 organizó debates orientados hacia la identificación de impases y soluciones. Ese debate se dio a través de la discusión de la Disposición GM n.º 106/2000, por dirección electrónica, contando con la participación de diferentes profesionales – incluso de la autora del presente trabajo – de los más diversos lugares del país que fueron escogidos según los siguientes criterios:

- 1) gestores de los SUS locales;
- 2) coordinadores de SRT, o
- 3) autores de trabajos académicos sobre el tema.

Además de estos participaron también dos profesionales y un consultor de la Coordinación Nacional de Salud Mental con la función de mediar en el debate.

Los problemas levantados fueron categorizados conforme se muestra en la tabla 10:

Tabla 10: Análisis crítico referente a viviendas terapéuticas.

CATEGORÍAS	PROBLEMAS PLANTEADOS
------------	----------------------

1. Gestión y Presupuesto	<ul style="list-style-type: none"> • La implementación de los SRT no es una prioridad para los gestores municipales. • La rotación de gerentes a menudo conduce a la discontinuidad de las iniciativas. • Las responsabilidades de los SRT están sobredimensionadas por los administradores, esto los lleva a evitar iniciativas. • Incompatibilidad entre las secretarías de la burocracia y la búsqueda de la autonomía de los usuarios en la gestión de viviendas. • El arrendamiento de un inmueble es lento por la secretaría de salud. • No hay ningún censo o un registro nacional de los residentes de los hospitales psiquiátricos. • Falta de instrumentos que garanticen la inversión de recursos derivados de las AIH. • La financiación de los SRT ligada exclusivamente a las AIH. • A menudo existe financiación, pero no existe ningún compromiso financiero del presupuesto para la aplicación de los SRT.
2. Legislación y normativas	<ul style="list-style-type: none"> • La nomenclatura “servicio” induce a las acciones disociadas de la lógica requerida por una vivienda. • La disposición de cuentas obligatorias por la LOAS⁶⁷ inhibe esfuerzos para la obtención de beneficios para los pacientes. • La Ley de Responsabilidad Fiscal evita la contratación de recursos humanos para la secretaría de salud. • Otras clientelas que necesitan los SRT son eliminadas por la actual Ordenanza 106/2000.
3. Trabajadores y asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Baja participación de los técnicos en el proceso. • El mantenimiento del modelo hospitalario por técnicos en los SRT. • Pocos o ningún proceso de educación permanente de los trabajadores. • La amenaza del desempleo de los trabajadores de los hospitales dificulta la aceptación de los SRT.

Fuente: Furtado, J. (2006).

⁶⁷ Ley Orgánica de Asistencia Social n.º 8.742 del 7 de diciembre de 1993 que proporciona lo mínimo necesario para garantizar las necesidades básicas.

Pese a que los problemas e impases categorizados en la Tabla 3, presentada, permanezcan hasta los días actuales, se ha dado, todavía, una superación como para mantener una calidad suficiente que permita mejores condiciones de vida a los pacientes egresados de hospitales psiquiátricos.

La Disposición n.º 3090, del 23 de diciembre de 2011, establece nuevas propuestas de financiación para las viviendas terapéuticas, antes mantenidas solo por recursos repasados de las AIH (el pago por ingresos hospitalario). Hoy las viviendas poseen, además de recursos para la implementación, un presupuesto para la manutención mensual que minimiza los problemas de financiación.

3.6 Marco legislativo de la rehabilitación psicosocial

El impacto de esos servicios promovió el debate nacional respecto a la extinción progresiva de los manicomios. Tal hecho da lugar a la aprobación de la Ley Federal n.º 10.216, del 6 de abril de 2001, que instituye la reorientación del modelo asistencial y regula el ingreso psiquiátrico compulsorio. De esta forma, en el ítem II del párrafo único, son derechos de la persona portadora de trastorno mental “ser tratada con humanidad y respeto y en el interés exclusivo de beneficiar su salud, visando alcanzar su recuperación por la inserción en la familia, en el trabajo y en la comunidad”.

3.6.1 Impacto de los nuevos servicios para la Reforma Psiquiátrica y la legislación: Ley n.º 10.216/01

Es importante reflexionar sobre el proceso legislativo que culminó en la elaboración de la Ley Federal 10.216 (2001), dado que se inserta en un contexto político y social muy claro en el debate legislativo del proyecto de ley presentado por el diputado Paulo Delgado, en 1989 – en esa época, aún en la forma de Ley Federal 3.657/89 – desde la tramitación en la cámara de

los diputados hasta la promulgación en la forma de Ley Federal 10.216 (2001). En 1988, la nueva Constitución Brasileña, presenta en su título IV, cap. I, la organización del poder legislativo, ejercido por el Congreso Nacional, que está compuesto por la Cámara de los Diputados y el por Senado Federal (Brasil, 2003). Después de la aprobación final de los proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional deberá el presidente de la República sancionarlos. En caso de veto presidencial este deberá ser apreciado en sesión conjunta solo pudiendo ser rechazado por la mayoría absoluta de los Diputados y Senadores, en votación secreta. Si el veto no se mantiene, el proyecto será enviado para promulgación por el presidente de la República (Brasil, 2003, Art. 66).

3.6.2 Escenario Social para el Proyecto de la Ley n. ° 10.216/01

En 1989, el escenario político nacional vive el fin del periodo de autoritarismo a través de las elecciones directas para presidente de la República con el objetivo de traer el régimen democrático al país. Así, José Sarney es elegido primer Presidente Civil. Con la apertura política, las discusiones sobre ciudadanía se realizan más ampliamente, viabilizando movimientos en la Salud Mental, cuya propuesta de revisión de la legislación que ampara a los enfermos mentales ya había sido iniciada en la I Conferencia Nacional de Salud Mental, promovida esta por el Ministerio de la Salud en 1987. Esas circunstancias privilegiaron algunos aspectos como, por ejemplo, la reivindicación para la implementación de redes de servicios sustitutivos a los hospitales psiquiátricos que viabilizasen, a largo plazo, la extinción de estos. El proyecto del diputado Paulo Delgado presentaba inicialmente dos puntos fundamentales: a) La reorientación de la asistencia psiquiátrica extinguiendo el modelo centrado en el hospital; b) La garantía de los derechos civiles de los ciudadanos ingresados, estableciendo instancias judiciales como controladores en la revisión de los ingresos psiquiátricos compulsorios⁶⁸.

⁶⁸ El ingreso compulsório (sin permiso del paciente) debía ser comunicado en 24h a la autoridad judicial local.

La extinción progresiva de los manicomios propuestos por un proyecto de ley tendría como base la prohibición de construcción, contratación o financiación por el gobierno de nuevas camas en hospitales psiquiátricos. Eso ocurriría con la creación paralela de servicios no manicomiales para la atención a las personas con trastornos psíquicos. Así, los ingresos, cuando fuera necesario, deberían hacerse a un hospital general, hospital-día, hospital-noche o en otros centros de atención.

El gerenciamiento de la planificación de reorientación del modelo asistencial sería propuesto a las administraciones regionales de salud, cabiéndoles a las instancias estatales y federales el gerenciamiento en el proceso de sustitución de camas. Ese proyecto preveía la inclusión de diversas instancias del sector salud (municipal, estadual y federal) como forma de identificación con la descentralización propuesta por el Sistema Único de Salud (SUS) creado en 1988. El control social, también propuesta del SUS, es identificado en la creación del Consejo Estadual de Reforma Psiquiátrica, insertado en el proyecto.

El proyecto tuvo como escenario un modelo internacional de reorientación hacia la Reforma Psiquiátrica, principalmente la experiencia italiana. La ineficacia de la privatización de la salud es la consecuencia del crecimiento de las camas psiquiátricas. Según Delgado en Pereira (2004):

En Brasil, los efectos dañinos de la política de privatización paroxística de la salud, durante los años 60 y 70, incidieron violentamente sobre la salud mental, creando un parque manicomial de casi 100.000 camas remuneradas por el sector público, además de cerca de 20.000 camas estatales. La interrupción del crecimiento de esas camas es imperativa para el inicio efectivo de una nueva política, más competente, eficaz, ética, de atención a los pacientes con disturbios mentales. (Pereira, 2004, pp. 69)

El proyecto fue distribuido por las comisiones permanentes de la Cámara de los Diputados después de su aprobación, que se dio tras un amplio periodo de tramitación. El 4 de

abril de 1990, el relator de la Comisión de Constitución de Justicia y de Redacción (CCJR), el diputado Harlan Gadelha, profirió el parecer por la constitucionalidad, juridicidad y técnica legislativa del proyecto. Sin embargo, Gadelha dio su parecer con una enmienda que proponía la sustitución del término decreto-ley por, solo, decreto y que fue aprobada por unanimidad por la Comisión. El 6 de julio del mismo año el proyecto va para la Comisión de Seguridad Social y Familia y tiene parecer favorable. El parecer fue aprobado por esta última comisión también por unanimidad. En esa época, aparecen más claramente los movimientos de oposición al proyecto de ley, promovidos por la Federación Brasileña de los Hospitales, instancia a favor de la red privada.

El 14 de diciembre de 1990, el proyecto fue aprobado y encaminado al Senado Federal. Hasta 1999 hubo una gran movilización social de apoyo al proyecto entendiéndolo como significado de avance en la Reforma Psiquiátrica Brasileña. En el Senado el proyecto recibió enmiendas que lo alteraban sustancialmente como la enmienda del Art. 9.º que incluía la comunicación de alta al Ministerio Público Estadual en el caso de los ingresos psiquiátricos involuntarios. Considerado un tema de complejidad, el proyecto generaba divergencias. Después de tres enmiendas, el texto fue votado y aprobado por el plenario del Senado Federal y encaminado a la Cámara de los Diputados para nueva apreciación debido a las enmiendas. El resultado de ese proceso culminó en la formulación de la Ley 10.216, del 4 de junio de 2001, que terminó conjugando las enmiendas, fruto de argumentos que o no se pactaban en el proyecto original, o buscaban una acomodación. Sin embargo, no se pudo evitar la discusión que llevó a la modificación de la propuesta original de extinción progresiva de los hospitales psiquiátricos, dando lugar a una propuesta de reorientación del modelo asistencial, manteniendo las estructuras hospitalarias como equipamientos integrantes de la red. Así, no se da una garantía de cambio de forma legal, pero se viabilizan formas de cuidado como “de derecho” para ser aplicadas. La propuesta de reorientación del modelo asistencial pasa a ser objeto del Poder

Ejecutivo a través del Ministerio de la Salud. Obedecen a los principios del SUS por tener en su ejecución instancias de control social (las asociaciones de familiares, las ONG de apoyo a las personas con trastornos psíquicos y los movimientos sociales).

3.6.3 La sostenibilidad de la Ley n.º 10.216/01

Después de la aprobación de la ley, hubo mayor financiación del Poder Público para la creación de servicios basados en la atención psicosocial. En 2003, por la creación de la Ley Federal 10.708, fue creado el programa De Vuelta a Casa, con incentivo financiero para facilitar el retorno a la familia y al ambiente social de egresados de hospitales (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2003). El beneficio significa una ayuda mensual, con duración de un año que puede ser renovado para garantía de la reintegración social del usuario, de un valor de R\$ 412,00⁶⁹, con posibilidad de ser reajustado de acuerdo con la disponibilidad financiera del Poder Administrativo.

La importancia de la Ley n.º 10.708, de 31 de julio de 2003, se señala en el párrafo 2 de su Artículo 3º, que define los requisitos acumulativos para la obtención del beneficio: “que la situación clínica y social del paciente no justifique la permanencia en el ambiente hospitalario, indique técnicamente la posibilidad de inclusión en programa de reintegración social y la necesidad de auxilio financiero.” Y, además, en el inciso 4 del mismo artículo y ley: “que se le garantice al beneficiario, la atención continuada de Salud Mental, en la red de salud local o regional.”, medida de cambio en la reintegración social del usuario, tanto por parte de la familia como de los equipos locales de Salud Mental. El Artículo 4º deja claro, en su párrafo 1, que el Auxilio Rehabilitación Psicosocial será suspendido cuando el beneficiario sea reingresado en hospital psiquiátrico.

⁶⁹ 93,0550 EUR.

Para concretización de la Ley Federal n.º 10.708, de 31 de julio de 2003, la articulación entre el Ministerio de la Salud y el Ministerio Público se mostró consistente para potencializar a los usuarios de largo ingreso, que, en su mayoría, no poseían documentación para el registro, como por ejemplo el certificado de nacimiento. El Ministerio Público estimuló, a partir de 2005, a través de un programa llamado Colectivos de la Ciudadanía, a que garantizara la posibilidad de registro de identificación tardía de personas de institucionalización prolongada. La iniciativa de adhesión al Programa De Vuelta a Casa parte de los equipos de los CAPS o de las residencias terapéuticas, o de los ambulatorios de los municipios, comprometidos con la inclusión social. La ley es considerada un instrumento del proceso de desinstitucionalización, con la perspectiva de provocar cambios en el día a día del beneficiario que rompió con la institución manicomial.

Según la Coordinación General de Salud Mental/Data SUS (Ministério da Saúde, 2015), el número de beneficiarios del programa De Vuelta a Casa ha tenido una progresión significativa, como se muestra en la figura 4.

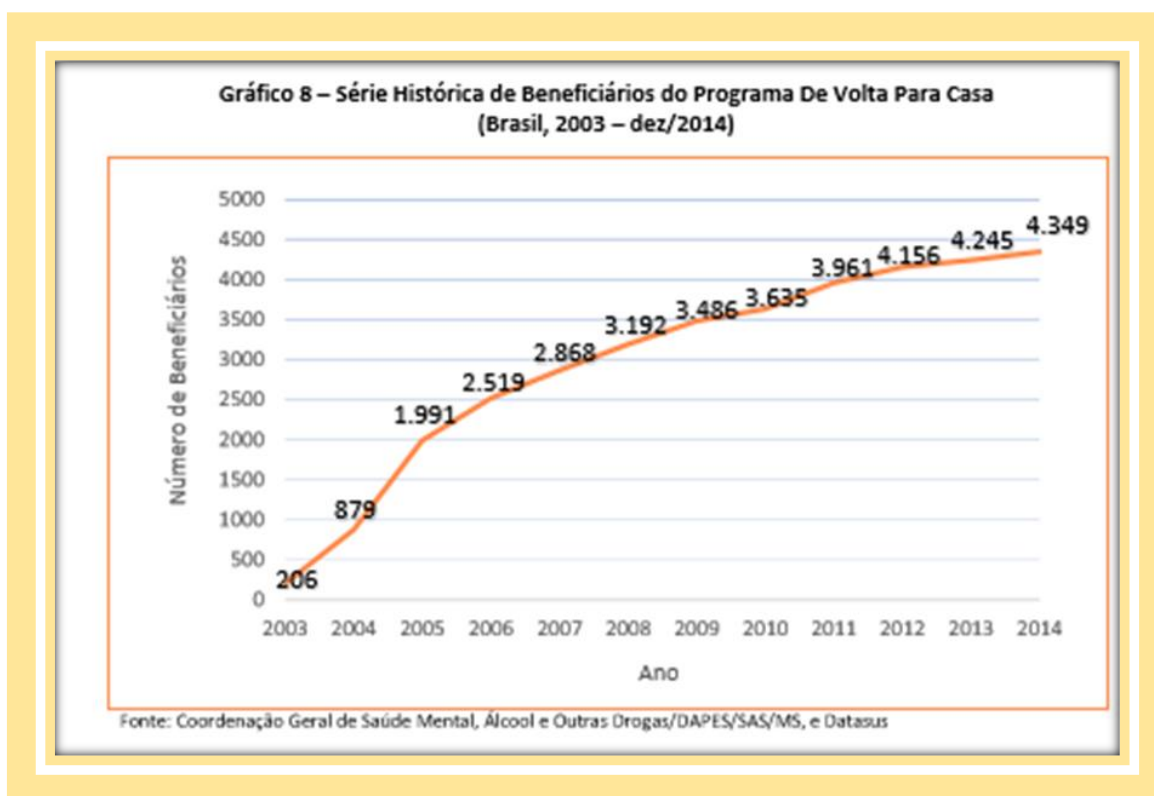


Figura 4: Beneficiarios del Programa De Vuelta a Casa.

Fuente: Extraído de la Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas/DAPES/SAS/MS - en *Saúde Mental em Dados 12* (Ministério da Saúde, 2015, p. 25).

Sin embargo, es importante enfatizar que, de la misma forma que los servicios residenciales terapéuticos, el programa De Vuelta a Casa integra el núcleo de acciones para la reestructuración de la atención psiquiátrica en el SUS. Además, según la Coordinación General de Salud Mental/Data SUS (2008), la tasa de cobertura del programa se incluyó como indicador complementario en el Pacto por la Vida⁷⁰ pautada en la sostenibilidad de la Ley Federal n.º 10.216 (2001). Se percibe entonces que la Política Nacional de Salud Mental ha creado propuestas de reutilización de las AIH⁷¹ en pro de la construcción de servicios extrahospitalarios en salud mental, con el objetivo de consolidar nuevos modelos que contemplen una red de atención psicosocial.

Por lo tanto, la Disposición GM/MS n.º 336, del 19 de febrero de 2002, ya considera la Ley Federal n.º 10.216, de 06/04/01, que dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirecciona el modelo asistencial en salud mental. Establece, según su Artículo 1º, que “los Centros de Atención Psicosocial podrán constituirse en las siguientes modalidades de servicio: CAPS I, CAPS II y CAPS III, definidos por el orden creciente de porte/complejidad y el alcance poblacional, conforme dispuesto en esa disposición”.

Esas modalidades de servicio deben funcionar junto a una red estructurada de atención y estar capacitadas para realizar la atención a pacientes con trastornos mentales severos. Deben también funcionar fuera de la estructura hospitalaria, lo que no invalida que esté en una zona de hospital general o de instituciones universitarias de salud, pero deben ser independientes de

⁷⁰ El Pacto por la vida es el compromiso entre los administradores del SUS de los alrededores con las prioridades que tienen un impacto sobre la situación de salud de la población. Hay seis prioridades: a) la salud de las personas mayores; b) el control de cáncer de cuello de útero y de mama; c) la reducción de la mortalidad materna e infantil d) el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las enfermedades endémicas y emergentes, con énfasis en la fiebre del dengue, la lepra, la tuberculosis, la malaria y de influenza; e) la promoción de la salud; f) el fortalecimiento de la atención básica. (Ministério da Saúde, 2006).

⁷¹ Remuneración de los ingresos en los hospitales psiquiátricos realizada por el SUS.

su estructura física. Deben responsabilizarse de la demanda de la red de cuidados en salud mental, así como supervisar y capacitar equipos de atención básica para servicios de salud mental en el ámbito de su territorio.

Esa disposición añade nuevas medidas, antes definidas por la Disposición 224 (1992), citadas en el apartado 3.5.3, ampliando el alcance de los servicios de atención diaria. Por lo tanto, encamina servicios específicos para el área de alcohol y otras drogas, así como para la infancia y la adolescencia, creando, además, mecanismos de financiación propio.

Para dar resolución a los servicios destacados por la Disposición 336 (2002) citada anteriormente, la Disposición GM/MS 626, de abril de 2002, adiciona los valores financieros de los procedimientos realizados por los servicios a los recursos propios de Estados y del Distrito Federal, destinados para ese mismo fin, y los incluye en el Fondo de Acciones Estratégicas de Compensación (FAEC). Esos recursos son valores financieros ya existentes en el techo libre⁷² y destinados para el coste de los procedimientos en salud (establecidos por la Disposición SAS/MS 189 (2002), que define la acogida/observación de pacientes en acompañamiento en los CAPS) y también recursos nuevos que pone a disponibilidad el Ministerio de la Salud. Esos valores, referentes a la financiación de los procedimientos, deben ser procesados por el departamento de informática del SUS (Data SUS), y transferidos a municipios y estados habilitados en gestión semiplena⁷³ del sistema. En el caso de los Estados no habilitados, serán añadidos a los respectivos límites financieros. Esa disposición garantiza el pago a los prestadores de servicio. Garantiza, además, la utilización de esos recursos para el

⁷² Techo- Límite que se extiende de acuerdo con la contabilidad de la producción de los servicios de Salud Mental.

⁷³ Sistema de gestión para hacer efectivo el principio de descentralización preconizado por el SUS, promoviendo la autonomía del estado, a través de una ayuda financiera. De acuerdo con Cortez (1998), “en la década de los 90, bajo inspiración de las leyes 8.080/90 y 8.142/90, es elaborada la Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 01/93), que preveía tres formas de gestión: incipiente, parcial o semiplena y plena. Para tener acceso a cualquiera una de ellas, era necesario que los municipios, entre otras cosas, constituyes en Consejos Municipales de Salud (CMS): espacios políticos públicos donde se representan, formal y públicamente, los intereses de los representantes de la población.”

procedimiento previsto, definiendo así la expansión de la red de dispositivos que sustituirá al manicomio.

Otra posibilidad de expansión de los servicios para garantizar la Ley Federal n.º 10.216, es la Disposición GM/MS n.º 1.455, del 31 de julio de 2003, que define un incentivo financiero de unos R\$ 20.000,00 (veinte mil reales)⁷⁴ para cada CAPS I; R\$ 30.000,00 (treinta mil reales)⁷⁵ para cada CAPS II; R\$ 50.000,00 (cincuenta mil reales)⁷⁶ para cada CAPS III; R\$ 30.000,00 (treinta mil reales)⁷⁷ para cada CAPSi habilitados en el país. Esos incentivos se transfieren de una vez, fondo a fondo, es decir, a los recursos financieros de salud del Estado, del municipio o del propio Distrito Federal. La importancia de los incentivos financiero previstos por esa disposición es su utilización para compraventa de equipamientos para estos servicios – incluyendo todos los CAPS dados de alta desde 2002-2003 hasta la fecha de hoy.

Con la expansión de la red de CAPSi, justificada por la gran demanda de la población infantojuvenil con trastornos psicosociales, se crea el 10 de octubre de 2003 la Disposición GM/MS 1.946 y se establece un grupo de trabajo orientado hacia la elaboración de propuestas de constitución del Fórum Nacional de Salud Mental de Niños y Adolescentes. Ese fórum tenía como objetivo analizar el diagnóstico y la atención psicosocial al niño y el adolescente, en la esfera del SUS, y constituir medidas para el acceso y equidad de la atención, de acuerdo con su artículo 1º. El Fórum tiene la propuesta de ser representado por varias instancias bajo la dirección del coordinador nacional de Salud Mental, y, además, invitar a los Ministerios de Justicia, Educación y Cultura, así como a los consejos de representación social, para su participación. Esas instancias hacen referencia a la Coordinación de Políticas del Niño y del Adolescente.

⁷⁴ Aproximadamente 7.195 euros según el cambio de diciembre de 2012.

⁷⁵ Aproximadamente 10.793 euros según el cambio de diciembre de 2012.

⁷⁶ Aproximadamente 17.988 euros idem.

⁷⁷ Aproximadamente 10.793 euros idem.

Además, dentro de la política nacional de salud mental de la infancia y adolescencia, el Ministerio de la Salud creó la Disposición 1.947, del 10 de octubre de 2003 (Ministério da Saúde, 2003), destinando recursos alrededor de R\$ 13.386.000,00 (trece millones, trescientos y ochenta y seis mil reales)⁷⁸ previsto en el presupuesto de 2003-2004 como plan estratégico para la expansión de los Centros de Atención Psicosocial de la Infancia y Adolescencia (CAPSi).

Esas dos últimas disposiciones se crean para vencer los desafíos de la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia. Se considera que la prevalencia de los trastornos mentales severos y persistentes incluye los trastornos por el uso del alcohol y otras drogas, que no consiguen alcanzar el acceso al sistema de salud. Esto se viene tratando con más atención desde 1990, pero únicamente en el año de 2002 sale la Disposición 336/02, donde el Ministerio de la Salud instituye en el SUS la modalidad del CAPSi como importante dispositivo de atención especializada a la población infantil y adolescente.

Para mayor soporte de la Ley Federal n.º 10.216, el Ministerio de la Salud, a través de la Disposición GM/MS n.º 52 de 20 de enero de 2004, crea el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria en el SUS. Esta ley considera importante el proceso de sustitución progresiva de camas psiquiátricas por una red de atención psicosocial, por eso viene a establecer criterios técnicos para la reducción progresiva de camas, de forma especial, en hospitales psiquiátricos de gran porte, para que se pueda garantizar la calidad de la asistencia extrahospitalaria. Con eso, esta disposición señala que debe establecerse una planificación racional de las inversiones financieras del SUS en el sistema hospitalario psiquiátrico y en la red de atención psicosocial para que haya una transición pertinente. Viene a aprobar un programa anual de reestructuración de la Asistencia, esto es, categoriza los hospitales psiquiátricos por grupos de clases y límites de reducción. El programa fue muy

⁷⁸ Aproximadamente 4.462.000 euros.

discutido con el Consejo Nacional de Salud, con la presencia de gestores estatales y municipales, y prestadores filantrópicos y privados, lo que supuso un significativo número de propuestas de reorganización de la red hospitalaria, referenciada en la reducción de camas. Según el Informe de Gestión 2003-2006, de la Coordinación Nacional de Salud Mental, tres cuestiones fueron fundamentales en la dirección de esas discusiones:

“1. la necesidad de establecerse una planificación racional de las inversiones financieras del SUS en el sistema hospitalario psiquiátrico y en la red de atención psicosocial; 2. la urgencia de establecer criterios racionales para la reestructuración de la financiación y la remuneración de los procedimientos de atención en hospitales psiquiátricos, con recomposición de las diarias hospitalarias; 3. la necesidad de establecer un mecanismo de reducción progresivo de las camas, con el fin de cambiar el perfil de los hospitales, privilegiando a las instituciones de menor porte” (Ministério da Saúde & Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE, 2007)

Los hospitales psiquiátricos con más de 160 camas contratados/con convenio con el SUS deberían reducir sus camas a límites que atendieran una asistencia digna a los usuarios del SUS, que estaría basada en la planificación local y regional. De esa forma, a partir de la Disposición GM/MS n.º 52, del 20 de enero de 2004⁷⁹, los hospitales fueron agrupados en categorías de acuerdo con su porte. La tabla 11 presenta los límites máximos y mínimos de reducción anual aplicados a las diversas categorías hospitalarias, en cada grupo:

Tabla 11: Categorías de camas para financiación del SUS en hospital psiquiátrico.

GRUPOS	CLASES	N.º CAMAS	MÍNIMO	MÁXIMO
I	I	hasta 120	No hay	No hay
	II	121-160		
II	III	161-200	1 módulo	1 módulo

⁷⁹ Disponible en http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html

	IV	201-240		
	V	241-280		
III	VI	281-320	1 módulo	2 módulos
	VII	321-360		
	VIII	361-400		
	IX	401-440		
IV	X	441-480	1 módulo	3 módulos
	XI	481-520		
	XII	521-560		
	XIII	561-600		
V	XIV	más de 600	2/4	2/4

Fuente: Extraído de Brasil (2001). Disposición GM/MS n.º 52

A partir de esa disposición, GM/MS n.º 52, los hospitales tenían que reducir las camas que excedían los límites de los módulos (múltiplos de cuarenta) en el plazo de 120 días. De esta manera, cada hospital pasaría a formar parte de las clases presentadas en el Tabla 11, en función del total de módulos asistenciales.

Se entiende así que, por esa Disposición GM/MS n.º 52, fue establecida una nueva clasificación de los hospitales psiquiátricos, basada en el número de camas contratadas/convenidas al SUS, categorización que también atenderían las nuevas diarias de remuneración. En cada cambio de clase, las diarias aumentarían una base de R\$ 2,00 (dos reales).⁸⁰

Está incluida en esa Disposición GM/MS n.º 52, claramente, que los recursos financieros restantes, después de la reducción de camas (y cada nueva reducción), deben

⁸⁰ Menos de 1 (un) euro.

permanecer en los fondos financieros municipales y estatales, para ser utilizados en la red local, con la finalidad de apoyar la implantación de la red de servicios extrahospitalarios, o sea, de atención psicosocial (CAPS y servicios de Residencia Terapéutica). Ese cambio financiero, provocado por la disminución de camas, visa también facilitar la articulación del Programa de Salud Mental con otras áreas de la Reforma Psiquiátrica, especialmente, la de la atención en Salud Mental en hospitales generales, la de la Salud Mental en la atención básica y la de la urgencia y emergencia en Salud Mental.

Sin duda, la Disposición GM/MS n.º 52 incentiva el proceso de reducción de camas, garantizando mejor calidad en la condición de asistencia en la creación del Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario (PNASH/Psiquiatría), creado por la Disposición GM/MS n.º 251, del 31 de enero de 2002, y constituido por miembros indicados por las secretarías estatales de salud, así como por el Ministerio de la Salud. Además, establece directrices y normas para la asistencia hospitalaria en psiquiatría, recategoriza los hospitales psiquiátricos, define y estructura la puerta de entrada para ingresos psiquiátricos en la red del SUS.

El Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario fue creado en 2002 con el objetivo de hacer una evaluación sistemática y anual de los hospitales psiquiátricos de Brasil. Considera como parámetro de evaluación las condiciones de funcionamiento, los aspectos generales de la asistencia, el proyecto terapéutico y los recursos humanos. La Disposición GM/MS n.º 251 es determinante en la cualificación de la asistencia de los hospitales psiquiátricos, dado que, según el párrafo único del artículo 4º, los hospitales que obtengan índice inferior al 40% del PNASH, así como los hospitales que no alcancen el índice mínimo del 62% después del proceso de reevaluación no estarán clasificados, cabiéndole al gestor local, en acuerdo con la Secretaría Estadual de Salud, presentar un plan técnico para sustituir la

asistencia a los pacientes de los hospitales no clasificados, con preferencia para servicios de la asistencia extrahospitalarias, y determinando su desacreditación en la asistencia.

Las evaluaciones realizadas a través de esos criterios, el PNASH, ya en 2003, apuntaban que el 62% de los hospitales presentaban un 20% o más de pacientes de larga permanencia. En São Paulo, un levantamiento realizado en 2003 indicaba que el 60% de esos pacientes de larga permanencia se trataba de personas que vivían en las calles, mientras que en Río de Janeiro los censos indicaban de un 40 a un 60% (Ministério da Saúde, 2007). El proceso de evaluación de los hospitales sufrió resistencia por parte de los prestadores con convenio con el SUS. Los representantes de los hospitales particulares presentaron acciones judiciales con vistas a suspender la ejecución del Programa, sin embargo, no tuvieron éxito, al menos hasta el momento actual.

En el año de 2008, una importante Disposición GM n.º 154, del 24 de enero de 2008, propone la implementación del Núcleo de Atención a la Salud de la Familia (NASF) con la finalidad de fortalecer los equipos de salud de la familia en la atención en Salud Mental y recomendar la contratación de un profesional del área. La importancia de esa propuesta surge del intenso trabajo que el Programa Nacional de Salud Mental viene fomentando junto a la Atención Básica, para que así la transversalidad de la Salud Mental pueda ser destacada y se reconozca la importancia epidemiológica de los trastornos mentales, del abuso del alcohol y de otras drogas y de la necesidad de preparación de los equipos de la salud de la familia para realizar acciones en Salud Mental. (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, & Departamento de Ações Programáticas estratégicas, 2013)

A pesar de 2014 el número de NASF y de equipos de salud de la familia no ser suficientes ya había en esta fecha

1.705 municipios en Brasil con población inferior a 15 mil habitantes y que no poseen equipos de NASF. Este mismo conjunto de municipios posee 3.731 equipos de salud de

la familia implantadas. Otro dato importante es que de los 1.705 municipios sin NASF, 1.596 (93,6%) tienen cobertura de equipos de salud de la familia superior al 50%. Es decir, en la mayoría de los municipios sin NASF, hay una buena cobertura de equipos de salud de la familia. (Ministério da Saúde, 2012b, pp. 7)

Se puede comprobar, a partir de las disposiciones citadas anteriormente, que se da un aumento en los incentivos financieros para la creación de servicios comunitarios y, por lo tanto, se realiza un mayor trasvase del presupuesto de la Salud al Programa Nacional de Salud Mental. En ese sentido aparece el comentario de Pedro Gabriel Delgado (2008), coordinador nacional de Salud Mental en 2007:

Ha habido un cambio radical en los últimos diez años en aquello que la política pública destinaba a la financiación del campo de Salud Mental. Ese, yo creo que sea un indicador bruto, un indicador de estructura que es muy importante mencionar. Hace solo 10 años, Brasil tenía casi 100 mil camas psiquiátricas. Hace solo 10 años, el 93% de los recursos del SUS, creado en 1990, que se destinaban a la Salud Mental pagaba las AIH⁸¹, pagaba el ingreso psiquiátrico y con el 7% se pagaba el resto. Nosotros conseguimos, en diciembre de 2006, por primera vez cambiar esa curva, de tal manera que el 48% se quedaba en los hospitales y el 52% quedaba para el extrahospitalario, con un crecimiento regular de los recursos y no de reducción - como el FBH⁸² suele decir que hubo disminución. No, no hubo disminución, hubo aumento. Solo que salió del hospital y fue para el extrahospitalario. Por lo tanto, en el campo de la financiación, ya no podemos decir que estamos ante una realidad hospitalocéntrica. (Delgado, 2008, pp. 79)

⁸¹ Boleto que autoriza el ingreso hospitalario.

⁸² Federación Brasileña de Los Hospitales.

Dentro de lo que se podría llamar sostenibilidad de la Ley Federal n.º 10.216, se observa que las disposiciones analizadas en este apartado vienen a compatibilizar con la propuesta de reducción de camas, y se consiguen visibles resultados conforme apunta la figura 5:

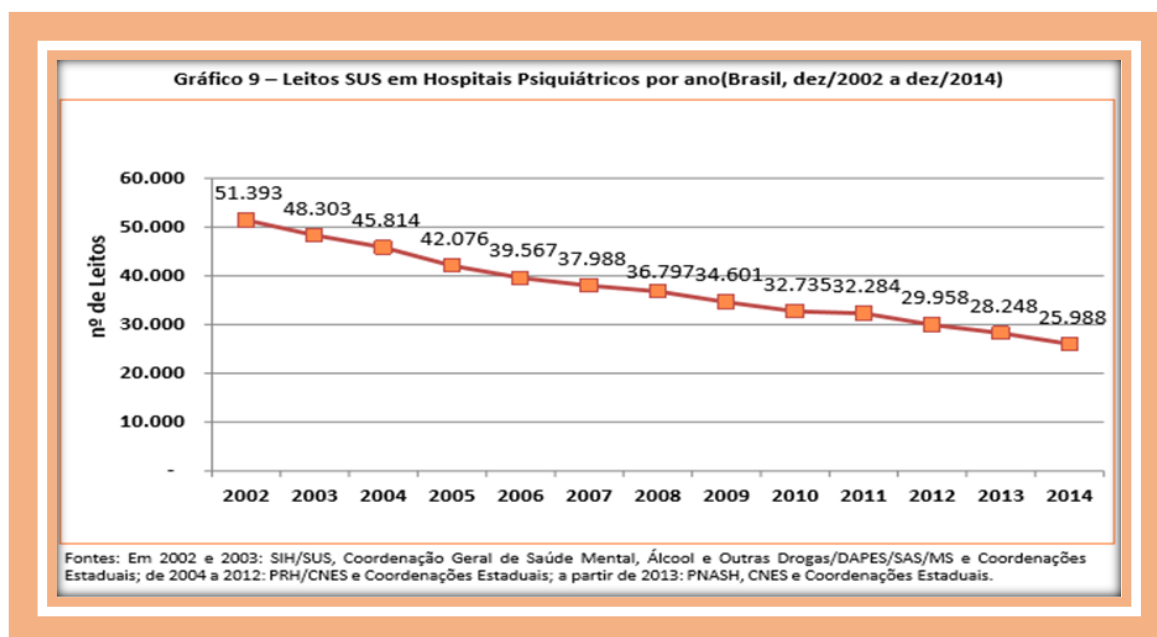


Figura 5: Reducción de camas

Fuente: Extraído de Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas/DAPES/SAS/MS - en *Saúde Mental em Dados 12* (Ministério da Saúde, 2015, p. 28).

La disminución gradual de camas (ver figura 5) se hace viable por la implementación de nuevos servicios, que garantizan la dignidad de la asistencia a portadores de trastornos psíquicos y fortalece el intento de romper con la hegemonía de la asistencia psiquiátrica hospitalaria.

En el capítulo siguiente, reflexionaremos sobre la Reforma Psiquiátrica, utilizando como soporte las entrevistas realizadas por la autora (apéndice 1). El objetivo es destacar la relevancia del perfil de los profesionales que trabajaron o aun trabajan de acuerdo con la Reforma Psiquiátrica. Dentro de este capítulo presentaremos la formación de los nuevos

profesionales visando reflexionar sobre la integración entre la formación y el campo de trabajo en la Asistencia Psiquiátrica.

4 MÉTODO

4.1 Elección del método y técnicas utilizadas

En función de los objetivos planteados en el apartado II en 2.4.1 y 2.4.2, es posible considerar la relevancia de aportar una reflexión teórica que reconozca identidades, contradicciones y dificultades referentes a la Reforma Psiquiátrica que tiene, como contribución a su desarrollo, acciones sociales reveladas a través de una cultura producida por la experiencia. Los métodos elegidos para la presente tesis parten de una perspectiva cualitativa y, para tratar de los datos objetivos, consideramos un abordaje cuantitativo (sus resultados y análisis de datos estarán en el apartado Resultados y Discusión). La tesis se estructura en marcos mixtos significativamente descriptivo-narrativo (pautados en el panorama histórico-cultural), primando por la vertiente psicosocial, buscando mediante entrevistas y análisis de documentos narraciones que manéjense tras las complejidades presentes en el recorte temporal (1986-2015) de un proceso múltiple en el contexto brasileño. Ha sido necesario complementar el panorama metodológico con datos objetivos evaluativos acerca de los servicios de los hospitales psiquiátricos y de los servicios de la red en atención psicosocial, para situar la evolución de los servicios y de los dispositivos. Las técnicas entonces escogidas para diseñar los métodos son la revisión bibliográfica, el análisis de documentos y la técnica conversacional de entrevistas. Según Minayo, debemos considerar que:

los conceptos son las unidades de significación que definen la forma y el contenido de una teoría, operaciones mentales que reflejan cierto punto de vista a respecto de la realidad, puesto que focalizan determinados aspectos de los fenómenos, jerarquizándola. (Minayo, 2004, pp. 176)

El método narración histórica busca engancharse en el hecho de que un objeto solo puede ser comprendido y dimensionado mediante a la narrativa de la experiencia humana, en la recuperación de las subjetividades e intersubjetividades presentes en procesos largos y no evidentes (Rangel Flores, 2014). Presentamos ese contorno en cuanto a la narración para explicar el problema de investigación de forma comprensible y contextualizada, de manera abierta y crítica en cuanto al trayecto de la propia RPB, caracterizándose como una fuente documental objetiva. También los indicadores sociales (las reacciones de los actores sociales a los problemas y los cambios legislativos) junto a las entrevistas figuran como fuentes subjetivas para aprehender el impacto social y las dimensiones intrínsecas al proceso.

Para realizar el análisis del material recogido a través de entrevistas y documentos, así como los recopilados por la revisión bibliográfica realizada, se utilizaron como guía las características sugeridas por Viana (1996). Son las siguientes:

- a) De los actores participantes: quiénes participan del proceso, en qué instancias, de qué forma influyen, determinan y construyen las acciones inherentes al proceso;
- b) De los mecanismos, criterios y estilos decisivos utilizados por las instituciones responsables para hacer políticas públicas – funcionamiento de las instancias que forman parte del proceso de construcción e implantación de las políticas públicas;
- c) Las relaciones entre las agencias y los actores;
- d) Las variables externas que influyen el proceso – considerando la importancia que las políticas asumen en determinado contexto.

4.1.1 La Revisión Bibliográfica

El método de la revisión bibliográfica empieza desde la literatura presente en libros y periódicos científicos, de los cuales se hizo una cuidadosa selección que pudiera fundamentar

los análisis teóricos y contextuales de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Empezamos por la contextualización histórica acerca de la salud pública y las políticas de salud en Brasil desde el siglo XIX, llegando al debate político existente en especial a partir del año de 1986 sobre la implementación del Sistema Único de Salud y su implicación con la RPB, también a considerar el entorno en que nace la nueva Constitución Brasileña en el 1988 y la formulación del Proyecto de Ley de la Reforma Psiquiátrica. Los autores que siguen en este apartado dialogan con el aspecto central de la pregunta de investigación, es decir, contextualizan históricamente un proyecto de política pública democrático, en que espera situarse la Reforma Psiquiátrica Brasileña, reflexionando así sobre las cuestiones sociohistóricas, políticas y las relativas al campo psicosocial que se desarrollaron en el recorte temporal de la tesis: el año de 1986 hasta el 2015.

Para la investigación en periódicos se utilizó como descriptores la base de datos *SciELO*, una plataforma de divulgación y promoción de investigaciones científicas internacional (parte de una red junto a la BIREME – OPAS - OMS y la CAPES) en que ha sido posible encontrar trabajos académicos que dialogan con los referenciales teóricos y fueron suficientes frente al análisis del tema.

Los autores han sido elegidos según la relevancia de los temas abajo:

- Política de Salud - Implementación del SUS - Reforma Sanitaria;
- Salud Mental – Reforma Psiquiátrica – Reforma Psiquiátrica en Brasil;
- Rehabilitación Psicosocial - Desinstitucionalización;

Para situar históricamente las políticas de salud en Brasil ha sido a través del libro *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, que las contextualiza desde el año del 1822 al 1963. Fue publicado por Escorel S. y Teixeira. (2008). El libro *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*, organizado por Lima, Gerschman, Elder y Suárez. (2005) contextualiza

la creación del Sistema Único de Salud, correlacionándolo a la Reforma Sanitaria. Utilizamos el artículo de Santos (2009), *A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e desafios após 20 anos*.

Para ejemplificar la crisis en la salud en el panorama político brasileño, se seleccionó a Merhy (1997) y a Santos (1994). Sobre la organización de los movimientos de la salud con el objetivo de reivindicar mudanzas en el sistema de salud se eligió a Passos (2003).

La Ley n.º 10.216 (2001) trajo la posibilidad de solidificar la nueva política de salud mental. Para expresar la pertinencia de dicha ley, durante el proceso de tramitación política a la luz del contexto político y social del país, se eligió al propio autor, diputado Delgado, referido en la tesis de Pereira (2004): *Política de Saúde Mental no Brasil*.

Para entrar en el escenario de la VIII Conferencia Nacional de Salud y comprender su importancia como una representación democrática popular, fue necesario aclarar los objetivos reales de las conferencias antes realizadas, para esto se eligió a Escorel y Bloch (2005).

Como punto culminante en el comienzo del cambio en la nueva política de salud mental en Brasil se situaron las nuevas directrices para la salud mental de la política del Ministerio de la Salud destacadas por Alves (1996).

Desviat (1999) en su emocionante narrativa tuvo en cuenta la importancia de la II Conferencia Nacional de Salud Mental en Brasil, que permitió la gran participación de usuarios de los servicios y sus familiares, también, en el mismo libro *A Reforma Psiquiátrica* (1999), él menciona la experiencia de la Reforma Psiquiátrica en España.

Cooper (1967), en *Psiquiatria e Antipsiquiatria*, discurre acerca del cambio de perspectiva en cuanto a la psiquiatría en Inglaterra. Barros (1994), en su libro *Jardins de Abel: Desconstrução do manicômio de Trieste*, bien como Nicácio (2001), apunta a lo que toca a la transformación del modelo psiquiátrico en Italia. Passos (2000), en su tesis, infiere a lo que concierne a la experiencia francesa acerca de la psicoterapia institucional y la psiquiatría de

sector; también Oury (1976), en su libro *Psychiatrie et Psychothérapie Institutionnelle*, aporta contribuciones en cuanto al escenario francés.

Por lo que se refiere a la Reforma Psiquiátrica Brasileña y sus primeros avances y retrocesos, a través del escenario político, subrayamos el libro de Yasui (1989), *CAPS: Aprendendo a perguntar*, en que investiga la ruptura con el ambulatorio tradicional y la creación del primer Centro de Atención Psicosocial – CAPS. Antonio Lancetti, en su artículo *Saúde Mental – Quem manda na Loucura?*, describe la reorganización de la Salud Mental en Santos provincia de São Paulo y el proceso de cierre del Hospital Anchieta – una institución total – y el surgimiento de los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS). Destacamos también Amarante (1996) que, en su libro *O homem e a serpente – Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*, ubica las colaboraciones de la psiquiatría democrática que nace en Italia y su influencia en la RPB.

El libro colectánea *A reabilitação psicossocial no Brasil*, organizado por Pitta (1996), presenta artículos que abordan los aspectos de la atención psicosocial en el contexto de Reforma Psiquiátrica Brasileña. Correlacionándose al tema, hay el relato de la experiencia de Ferreira presente en el libro de Ferreira y Fonsêca (2000): *Conversando em Casa*. En él, la autora presenta su experiencia con el psiquiatra Laing y la creación de la primera residencia terapéutica en Brasil por invitación del Ministerio de la Salud. En la primera residencia terapéutica, desde de ese momento, es creada la disposición 106 para la implementación de nuevas residencias terapéuticas en Brasil.

Tomamos como experiencia las acciones para la inserción en el trabajo y generación de renta en la ciudad de Santos. Respecto a la producción de autonomía, está presente en la publicación académica en el artículo de Nicácio y Kinker (1996) *O desafio do viver fora: construindo a cooperativa para todos*.

El libro *Da instituição negada à instituição inventada* (2001) y la tesis *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental* (2003), ambos de Nicácio M. F. S, reflexionan sobre lo que se refiere a la desinstitucionalización en Brasil y sus desdoblamientos. Reflexionando acerca de la experiencia en la implementación de nuevos servicios empezados fuera del manicomio en el Estado de Río de Janeiro, hemos utilizado Fagundes y Libério (1997). Para analizar los resultados de implementación de las viviendas terapéuticas se destacó a Furtado (2006).

4.1.2 Análisis de documentos

Además de los libros y artículos presentes en la revisión bibliográfica, en que atentamos para las fuentes secundarias en sus contribuciones analíticas; en el análisis de documentos, sistematizamos materiales de fuentes primarias, que no recibieron tratamiento en cuanto a su información.

Los criterios para la realización del muestreo de documentos se han orientado por el orden cronológico de producción de estos en los procesos sociales o mismo políticos, que edificaron la Reforma. Aporta una cita de Cechinel, Fontana, Giustina, Pereira, y Prado:

El uso de documentos para la investigación aporta una riqueza de informaciones, una vez que ellas pueden ser utilizadas en varias áreas de las ciencias humanas y sociales, aproximando el entendimiento del objeto en su contextualización histórica y sociocultural. (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009). Además, la etapa documental puede complementar la investigación, subsidiando los datos encontrados en otras fuentes, en el sentido de corroborar la confiabilidad de los datos (Martins; Theophilo 2009). (como se cita en Cechinel, Fontana, Giustina, Pereira, & Prado, 2016)

Los documentos fueron sistematizados de manera a corroborar la elección de una narrativa sociohistórica, son fuentes documentales que dialogan y pertenecen a la trayectoria institucional de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Los consideramos como fuente documental objetiva, son ellos:

- Actas, informes finales y manuales de directrices de las Conferencias de Salud Pública; Conferencias de Salud Mental y Encuentro Nacional para Políticas Públicas Culturales;
- Cuadernos de procedimientos en Salud Pública y Salud Mental;
- Constitución Brasileña;
- Entrevista publicada en periódico;
- Informativos electrónicos vinculados por medios oficiales gubernamentales;
- Legislación vigente;
- Manifiesto redactado por movimiento de Salud Mental;
- Material audiovisual vinculado en medio electrónico;
- Obra artística;
- Proyectos de leyes y disposiciones lanzadas en Periódico Oficial de la Unión de Brasil;
- Texto de relatoría de la convención promulgada en Paris.

Fue considerada la importancia de los documentos tramitados por la Cámara de los Diputados de Brasil como, por ejemplo, proyectos de leyes, en especial la Ley Federal n.º 10.216 (2001), sobre salud mental, por situar y traer indicadores psicosociales a la Reforma Psiquiátrica Brasileña, así como los informes sobre las conferencias nacionales de salud mental y, en particular, el informe final de la IV Conferencia Nacional de Salud Mental Intersectorial. Destacamos la ponencia y el organigrama del Profesor Ramos (2010) en el que reflexiona sobre

la relación entre el medio académico y los servicios de salud mental, señalando la necesidad de crearse un vínculo más estrecho entre los dos sectores.

La VIII Conferencia Nacional de Salud marca enfáticamente la propuesta de cambio en el sistema de Salud convocando la Reforma Sanitaria. Para profundizar, hemos consultado el registro audiovisual de la ponencia del médico sanitario Sergio Arouca (1983)⁸³, en el que discurre acerca del concepto amplio de salud, que es adjunto al proceso de creación de la RPB.

Además, se ha desarrollado también una revisión histórica de las Disposiciones (ver apéndice 6) destinada a la implementación de acciones que permitiesen la sostenibilidad de la Reforma Psiquiátrica. Consideramos también otras leyes que contribuyeron para la política de salud (ver apéndice 7).

Los informativos en soporte informático vinculados por medios oficiales gubernamentales a través de la *web* conforman como datos cuantitativos de la evolución de los servicios de atención psicosocial y los datos informativos de la disminución de las camas hospitalarias.

La consulta a la Constitución Brasileña del 1988 fue fundamental para averiguar posibles cambios de paradigma en el sistema de salud pública y visualizar si tales cambios contribuyeron para la consolidación del principio de la Reforma Psiquiátrica Brasileña; el Manifiesto de Bauru, “Por una sociedad sin manicomio”, figura como un registro de un movimiento civil, hecho por los actores involucrados en la Reforma. El documento en soporte gráfico como la obra del artista y paciente manicomial Emygdio, hoy en el acervo del Museo de Imágenes del Inconsciente, representa, de manera material, el cambio de visión en cuanto al sufrimiento psíquico. Tal cambio instaurado por la psiquiatra Nise da Silveira desde la década de 1950 es una obra que señala la potencia de una mudanza de perspectiva en un escenario estatal donde no se creía en la capacidad artística y humana de un esquizofrénico.

⁸³ <https://www.youtube.com/watch?v=NtdIGv8mfDI>

García-Bores menciona:

La investigación documental ha tenido la finalidad de profundizar en trabajos anteriores, mediante la consulta del mayor número posible de fuentes documentales (...) tantos referidos a las problemáticas objetos de estudio como de experiencias estatales y extranjeras destinadas a afrontarlas. (García-Bores, 2005, pp. 11)

Otros documentos como cuadernos de procedimientos en Salud Pública y Salud Mental y el material periodístico - *O Inconsciente é um oceano* - fueron documentos que colaboraron para situar históricamente cambios de tratamiento en Brasil y también acceder al relato de la psiquiatra Nise da Silveira acerca de construcción del Museo Imágenes del Inconsciente.

Materiales de concatenación, por ejemplo, el texto de relatoría de la Convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las Expresiones Culturales, organizada pela UNESCO, situaron experiencias acerca de la diversidad cultural.

Sobre la inserción social de los usuarios de los servicios de salud mental, se buscaron las diferentes acciones culturales realizadas por grupos y servicios no manicomiales, por ejemplo, el informe final de la *Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoa em sofrimento mental e em situações de risco social*. Otras experiencias, como la asociación entre El Programa Nacional de Salud Mental y la Secretaria de Economía Solidaria, surgen en las palabras de Martins (2008) en la entrevista concedida al portal electrónico de la COEP.

Consultamos la materia publica en una revista popular de circulación nacional, *Caras*, para acceder a la opinión del psiquiatra Tófoli (2012) en cuanto al tratamiento para los usuarios de drogas, una vez que el alcohol y otras drogas forman parte de la red de servicios de salud mental en Brasil.

4.1.3 Entrevistas

Otro importante recurso metodológico han sido las *entrevistas*, la elección de esa técnica conversacional pasa por comprender que, además de los documentos institucionales y bibliografía correspondiente al contexto, en una narración histórica, es necesario, cuando posible, escuchar los que presenciaron las transiciones políticas y sociales de un cambio tan significativo como el del manicomio a los servicios de atención psicosocial, en que se configuró una mudanza de paradigma de la mentalidad social en cuanto al sufrimiento psíquico en Brasil. Los entrevistados son profesionales del área de la salud mental, representantes del medio académico, cuyas disciplinas se centran en la Reforma Psiquiátrica Brasileña, bien como profesionales involucrados con acciones del desarrollo de la Reforma, sea dentro de las unidades asistenciales en salud mental (centro de atención diaria, viviendas terapéuticas y ambulatorios), sea como gestores del poder público implicados en la construcción de políticas públicas. Las comunicaciones con los informantes, en total quince, fueron presenciales o por videoconferencia e individuales, todas grabadas con autorización de éstos. Son ellos procedentes de distintas regiones del Brasil (lo que justifica las videoconferencias) y nos brindaron contribuciones diversas al proceso. Cabe decir que se llegó al número de quince entrevistas, una vez que a la medida que eran realizadas, en la décima tercera se identificó la repetición de respuestas por los autores y los actores de la Reforma, hacían referencias muy parecidas entre ellos, teniendo en cuenta el contexto sociohistórico de la RPB, así, han decidido – la investigadora, el director de tesis y el tutor – que las quince serían suficientes.

El análisis de las hablas de los entrevistados, además de componer el Apéndice 8 de esta tesis, se encuentra presente en el capítulo 5, donde se enseñan los resultados y discusiones del estudio. Se priorizaron los análisis a lo largo de ese apartado, puesto que se trataron de establecer diálogos posibles entre las respuestas de los entrevistados, el análisis documental y

la revisión bibliográfica. Así que se justifica, bajo las orientaciones metodológicas adoptadas, tal procedimiento por la claridad y coherencia de lo propuesto como objetivo de tesis.

Tales entrevistas fueron basadas en preguntas que compusieron una encuesta de interés al proceso de la Reforma Psiquiátrica en Brasil (ver apéndice 1). Las preguntas han sido elaboradas desde los intereses de la investigación presentes en los objetivos específicos de la tesis. El concepto que hemos empleado para elegir el método cualitativo de entrevistas es el de las entrevistas semiestructuradas –“(…) por su parte, se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (Hernández-Sampieri, 2006, p. 597).

Las preguntas disparadoras de la encuesta eran semiabiertas – preguntas que nortean y visan esencialmente comprender el significado de la experiencia vivida a ser investigada (Amatuzzi, 1993 como citado en Moreira, 2004) – y, en este caso, permitieron a los entrevistados que expusieran sus posiciones, historias y reconstrucciones de las memorias acerca de la Reforma.

El hecho de realizar entrevistas semiestructuradas no es una tarea trivial. Según Duarte (2004), “propiciar situaciones de contacto, al mismo tiempo formales e informales, de manera a ‘provocar’ un discurso más o menos libre, pero que atienda a los objetivos de la investigación y que sea significativo en el contexto investigado, además que sea académicamente relevante, es una tarea mucho más compleja de lo que parece a la primera vista”.

En el proceso de la organización para hacer las entrevistas, una orientación metodológica relacionada a la historia oral se hizo presente en la escucha de las narraciones de los entrevistados, es decir, que para comprender todo lo que aporta la RPB ha sido necesario partir del relato, de la experiencia y la construcción de la memoria del sujeto, aproximándonos de una comprensión del panorama histórico de manera más profundizada y

que accede a los significados que los actores, adentro del escenario de la Reforma, han atribuido a su experiencia en la misma (Moljo , s.f.).⁸⁴

Como escenario para las entrevistas, se consideró la situación política y social del país para la contextualización de la RPB aún en proceso, y, de esta manera, se creó una mayor base para el debate. La expectativa con ese procedimiento es de trazar una topografía de los conflictos que surgen entre tratamiento y servicios de atención psicosocial, relaciones sociales y poder.

Consideramos las respuestas espontáneas acerca de la experiencia del entrevistado, su visión personal y laboral sobre los diversos factores que compusieron la Reforma a través del tiempo, señalizamos que fue imprescindible la atención del entrevistador para que no hubiera involucramiento, una vez que comprometería o influenciaría la visión de los entrevistados.

La transcripción de las entrevistas ha sido realizada de manera literal (con todas las palabras audibles utilizadas por los entrevistados). Han sido así organizadas en su preanálisis: preguntas – respuestas de los autores – síntesis de las respuestas, de manera a delimitar los temas por los cuales las respuestas transitaron. En el preanálisis, en las respuestas de los autores, surgen las cuestiones/temas que siguen abajo:

- Trayectoria, titulación y militancia;
- Principios del SUS en la Reforma;
- Reducción de camas psiquiátricas;
- Contexto de políticas públicas y mecanismos sociopolíticos que favorecen la Reforma;
- Control Social: ¿Reforma posibilita estos espacios?;
- ¿Equipos de Salud Mental realizan actividades en la comunidad?;
- Entrada de profesionales para la red Salud Mental. ¿Oposiciones? ¿Contrataciones?;
- Rehabilitación Psicosocial;

⁸⁴ http://www.cpihts.com/2003_07.31/hist_oral.htm

- Importancia de la academia para la Reforma;
- Dificultades enfrentadas – 1986 y hoy.

La discusión presente en el artículo de Viana (1996) acerca del enfoque metodológico se interesa por la intercesión entre políticas públicas/gobierno y sociedad, propone un análisis y también la reducción de información basada en modelos explicativos para manejar con las distintas fases referentes al proceso del “hacer” política pública. Enfatiza la formulación e implementación institucional y sus contextos, buscando comprensión acerca de la dinámica que articula las varias fases del ciclo de vida dentro de la esfera pública. En el caso de la RPB, un proceso de cambio social conectado a la formación de políticas públicas, en el análisis propuesto por Viana, posibilita llegar a los aspectos más generales adentro de la Reforma y con eso crear categorías e indicadores más específicos relacionados a las cuestiones derivadas de las interacciones de la sociedad brasileña, sus necesidades y los mecanismos de gestión gubernamentales en el período en que la misma sucede.

Hemos construido las macro categorías operatorias de análisis desde los destaques temáticos mencionados anteriormente, presentes en las respuestas de los entrevistados, hasta los referenciales teóricos y los fundamentos legales identificados por la investigadora en su levantamiento bibliográfico documental.

Desde las categorías operatorias: mecanismo de gestión; mecanismos de democracia (participación social) y percepción de los actores, en correlación directa con el problema de investigación de la presente tesis, derivaron los indicadores *a priori* (tabla abajo), según la relevancia de contenido. Ellos fueron organizados a partir de los objetivos de la tesis.

Sobresale decir que la categorización presente en la tabla también ha sido constituida/organizada al correlacionar elementos presentes en el habla de los entrevistados (trabajadores de servicios psiquiátricos, actores y autores de la Reforma) en la repetición de aspectos comúnmente presentes en las interacciones gobierno-sociedad y en las relaciones

institucionales adentro de la RPB. Así siendo, es desde un rincón que busca abordar las complejidades del tema y con eso generar categorías que orienten la reducción de la información.

Tabla 12 - Categorías operatorias e indicadores⁸⁵.

CATEGORÍAS OPERATORIAS	INDICADORES	ACTORES SOCIALES	CUESTIONES ENCUESTA
Mecanismos de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre la RPB y el SUS; • Mecanismos Gubernamentales para el desarrollo humano; • Financiamientos previstos para la RPB; • Límites de la responsabilidad fiscal; 	<ul style="list-style-type: none"> • A. C. S. S. Silva • A. P. Guljor • A. R. S. de Lima • E. M. Vasconcelos • E. Oliveira • F. Ramos • F. S. Diaz • J. Ferrari • L. F. Tófoli • M. C. Ventura • P. Amarante • R. T. Kinochita • S. M. S. Fagundes • S. Yasui • V. R. Fernandes 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted identifica la relación entre las prácticas de la RPB y los principios preconizados por el SUS? ¿De qué forma esas relaciones son establecidas? • ¿Lo que significa para usted el proceso de reducción de camas psiquiátricas adentro de la RPB? • ¿Cómo usted describe el actual contexto de políticas públicas del país? ¿Dentro de ese contexto, existen mecanismos sociopolíticos que contribuyen para el desarrollo de la RPB? ¿Cuáles? ¿De qué forma? ¿Esos mecanismos están siendo suficientes para la sostenibilidad de la RPB? (En caso que diga no) ¿Por qué no?
Mecanismos de democracia (Participación social)	<ul style="list-style-type: none"> • Representatividad del control social; • Espacios/mecanismos del control social • Capacitación del control social; • Intervención en la cultura; 		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted considera necesaria la existencia de espacios y mecanismos de control social? ¿En su opinión, la RPB proporciona esos espacios? ¿Cómo es su funcionamiento? ¿Existe capacitación para el control social? ¿De qué forma ocurre? • ¿El equipo de Salud Mental realiza actividades en (con la) comunidad? ¿Cuáles? ¿Cómo son? ¿Cuáles son los resultados de esas actividades para el proceso de Rehabilitación Psicosocial? • ¿De qué forma es realizada la entrada de profesionales para la red de salud mental? (¿Hay ponencias?) (¿Hay contrataciones? ¿Cuáles los criterios para las contrataciones?)

⁸⁵ Las preguntas y respuestas de los informantes claves con las categorías operatorias y los indicadores ya analizados se encuentran en el apéndice 8.

Percepción de los actores	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación Psicosocial; • Dificultades enfrentadas; 		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Lo que usted entiende por Rehabilitación Psicosocial? • ¿Qué mecanismos usted identifica como propiciadores de la Rehabilitación Psicosocial? • ¿Cuáles las dificultades enfrentadas por los programas de Salud Mental en 1986? ¿Cuáles son las dificultades enfrentadas por los programas hoy?
----------------------------------	--	--	--

Fuente: Elaborado por la autora.

4.2 La mirada epistemológica

La Reforma Psiquiátrica Brasileña ha erigido en el auge del cuestionamiento político, cultural y social que esparció por el mundo en el final de la década de 60 y durante los años siguientes, llegó también a cuestionar las instituciones totales y el modelo de sujeto impuesto por la sociedad. En ese proceso, los profesionales de la salud pasan a comprender el sufrimiento más allá del diagnóstico en la nosología. La mirada mecanicista acerca del sufrimiento desestructura la condición del sujeto, especialmente cuando este es expuesto a disciplinas punitivas, al abuso de poder y cuando ha sido sometido a un único tratamiento bajo la mirada biológica de la medicina. Es necesario creer que el sujeto en sufrimiento psíquico es pasible y tiene el derecho a proyectos de vida, sea en el campo laboral, en el ocio, en la cultura o en el amor.

Varios son los profesionales en el campo de actuación de la salud mental que entienden la necesidad de la psiquiatría abarcar un modelo epistemológico vecinado a las ciencias sociales, ellos cuestionan el modelo hegemónico que orienta la psiquiatría frente a la enfermedad mental y reconocen que, una vez creada en el campo de las ciencias naturales, en general, la dimensión subjetiva presente en la complejidad del sufrimiento psíquico no es

considerada. Paulo Amarante⁸⁶, en discusión acerca de la visión epistemológica en la salud mental y que estructura la presente tesis, tratando de la Reforma Psiquiátrica, reitera que el método de clasificación basado en la nosología psiquiátrica enfatiza la enfermedad y no el sujeto en sufrimiento. Laing afirma que frente al sufrimiento mental debiera considerar primeramente la experiencia del sujeto además de la clasificación nosológica como exigiría la psiquiatría en el rigor de las ciencias naturales (1987). También, en la cita que sigue, corrobora esta afirmación:

Cuando esta racionalidad galileana-cartesiana está en pleno poder, domina completamente las percepciones de la persona. Ella ya no ve a una persona, un amigo, un amante, un paciente como, aún se llama en algunos rincones, ser humano. Una cosa. (Laing, 1973, pp. 33)

Thomas Szasz, en una videoconferencia divulgada por la web⁸⁷, menciona como históricamente la psiquiatría ha sido utilizada para controlar y estigmatizar las personas, trae el ejemplo de la drapetomanía, término médico acuñado en los Estados Unidos para referirse a una supuesta enfermedad que hacía con que los esclavos negros huyeran de su cautiverio. Franco Basaglia alude sobre las ciencias naturales, específicamente el caso del diagnóstico clínico en la medicina, como la relación médico y enfermo, una relación de naturaleza todavía ambigua, en que el paciente es un cuerpo anatómico que contemporáneamente sirve como objeto de investigación. Es decir, hay un poder médico acerca del cuerpo que no tiene otra alternativa que no la del ser objeto a los ojos de quién lo examina (Basaglia, 1982).

El mundo contemporáneo es complejo y esto se manifiesta también en las multiplicidades de las teorías y de los métodos en el campo científico, hay complejidades y diversidades como nunca. En el campo teórico de las ciencias naturales, muchas veces el mismo fenómeno es explicado por diversas corrientes teóricas, pasa también en las ciencias humanas,

⁸⁶ Comunicación personal en establecimiento público en la ciudad de Río de Janeiro en 24 de agosto del 2018.

⁸⁷ Citizens Commission on Human Rights (CCHR, 2008).

como la psicología, por ejemplo, en que hay una gama muy amplia y diversa de construcciones teóricas, a veces imposibilitando unificarlas en un solo lenguaje.

Las expresiones teórico-metodológicas del trabajo de un neuropsicólogo, vinculado más cercanamente a la construcción del conocimiento en las ciencias naturales, al primer momento son raras para un psicólogo social, que se encuentra más conectado a las ciencias sociales.

Hago estas alusiones para localizar que la presente tesis figura posiblemente en una epistemología dialógica entre las ciencias naturales y las ciencias sociales.

La idea de una epistemología de mirada vertical (arriba para abajo), celadora de una pureza conceptual estricta, ya no cabe en el mundo contemporáneo y su realidad plural en el campo científico. Dentro de la diversidad de los saberes, en el diálogo entre ellos es que la nueva mirada epistemológica debe surgir. Desde una mirada horizontal: pluralista.

Además, es importante agregar algunas consideraciones sobre la elección de métodos de pesquisa que pueden ser enlazadas al pensamiento epistemológico iniciado. Sabiendo las dificultades en el análisis de pesquisas mixtas, frente a los patrones del Manual de Publicación de *American Psychological Association* y según la evaluación de Levitt et al. (2018): “El estilo APA, sin embargo, no incluye patrones de informes para pesquisas cualitativa. Como resultado, los autores que preparan informes de pesquisa de métodos cualitativos y mixtos enfrentarán desafíos al decidir cómo preparar artículos para la presentación” (p. 26-27).⁸⁸

En ese sentido, los autores aún indagan si no deberían insistir que los artículos de pesquisas cualitativas y mixtas presenten componentes propios que también evalúen la pesquisa cuantitativa, ya que la pesquisa cualitativa posee tradiciones, métodos y objetivos de investigación sin que presente una forma adecuada de adaptación a los patrones existentes. Levitt et al. (2018) destacan que los métodos cualitativos pueden aparecer de manera independiente o combinados a métodos cuantitativos, presentándose de manera mixta.

⁸⁸ Traducción de la autora, bajo supervisión de la profesora Maria Lucia Whyte Braga.

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Este capítulo tiene por objeto presentar los resultados y discusión a través de referencias significativas para la construcción ideológica que fomentó el cambio de modelo de la asistencia psiquiátrica brasileña, como, por ejemplo, la formación intelectual, cultural y política de los profesionales de diversos sectores de la salud que contribuyeron de manera fundamental y efectiva para la construcción del movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Brasil.

5.1 Los profesionales de la reforma psiquiátrica

En el relato que sigue tendremos la contribución comentada de las entrevistas de los profesionales presentados, su titulación principal y la visión sobre el desarrollo y los límites de la clínica de la asistencia psiquiátrica. La importancia de este capítulo es la expresión narrativa de los informantes acerca de la complejidad de los problemas sociales, en los tratamientos de las enfermedades. Además, en el apartado 5.2 se hará énfasis en la formación profesional actual y la importancia de la responsabilidad en la gestión de la formación en Salud Mental, lo que permite una mayor fluidez entre la Universidad y los servicios de salud mental. Pues, se constituiría una formación orientada a la competencia profesional. En el apartado 5.3, la visión de los informantes señala el proceso de la Reforma Psiquiátrica Brasileña en los pilares sociopolíticos que sigue el proceso de construcción democrática.

Finalmente, es importante señalar que, además, el apartado 5.2 se presenta con el objetivo de reconocer las opiniones convergentes sobre el proceso de la Academia en los años 80, la afinidad entre el SUS y la Reforma Psiquiátrica, las dificultades de financiación pública y sobre la crisis de gobernanza que pueden afectar al SUS y a la Reforma Psiquiátrica. También, se tratará de la cuestión de los recursos humanos en la optimización de los servicios y su

complejidad en especial de los mecanismos sociopolíticos para la sostenibilidad de la Reforma Psiquiátrica, el indicativo de los informantes sobre las acciones orientadas a la comunidad, la importancia del control social en la construcción de servicios y la opinión sobre la reducción de camas como estrategia para romper con el modelo centralizado de la hospitalización. Y, por fin, se presentará la visión de los informantes de manera comparativa sobre el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en 1986 hasta 2015.

Al reflexionar sobre la trayectoria histórica de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, con sus implicaciones políticas y sociales, nos damos cuenta de que ella está impulsada no solo por los movimientos de los trabajadores de la Salud Mental, los profesionales de la Salud y los profesionales de otros sectores aliados a los usuarios del servicio, sus familias y simpatizantes, sino también por segmentos sociales. Con el deseo de reclamar un sistema de salud justo y democrático, se reúne, en un solo movimiento, una pluralidad de sujetos sociales, reconocidos como potenciales agentes de cambio en la política de salud mental.

En este capítulo tenemos la intención de preguntarnos sobre: ¿cuáles fueron los campos de influencia que llevaron a la adecuación de los profesionales de la salud a los principios que guían la Reforma Psiquiátrica, ya sea en la militancia política, en la gestión de servicios o en las formas de atención?; ¿qué perfil profesional resulta adecuado a los principios de la Reforma en la vida cotidiana de los servicios?

En el contexto de los nuevos dispositivos de Salud Mental, citando el ejemplo de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), hay un conjunto de acciones basadas en la inclusión social del paciente que requieren la participación directa de profesionales en diferentes niveles: en la recaudación de fondos sociales, en la formación de la red, sea en los talleres de arte y cultura, sea en la intervención comunitaria para revertir la cultura de exclusión, en el facilitar la acogida del portador de enfermedad psíquica y en el apoyo a las familias.

Las prácticas de salud mental, cada vez más centradas en la sociabilidad, se hacen fundamentales en el desarrollo del potencial del paciente y su autonomía. Son actos dirigidos a la emancipación del individuo. Esto requiere un trabajo articulado entre las distintas disciplinas, combinando múltiples saberes, por lo que se hace indispensable para un eficaz funcionamiento un equipo multidisciplinario.

Es importante destacar que los servicios situados en zonas de gran precariedad social, que reciben una población marcada por dificultades socioeconómicas, a menudo en el contexto de sufrimiento psíquico, incluyen la violencia urbana, la violencia doméstica, la precariedad del trabajo y el territorio como una zona de riesgo social por la presencia del narcotráfico. Este último es uno de los grandes retos en la organización social.

Considerando esta realidad, es necesario que los servicios excedan los límites del diagnóstico nosológico y hagan una lectura del sufrimiento bajo la mirada de la integralidad.

En la Reforma Psiquiátrica, debemos señalar, de nuevo, que esto debe significar la construcción de la asistencia en salud mental, como una suma de acciones y de cuidados con el sujeto y su grupo familiar, su territorio (y amigos), con énfasis en la red de atención y en la construcción de estrategias basadas en las directrices de la desinstitutionalización.

De esta manera, el ejercicio de equipos multidisciplinarios debe estar asentado en el compromiso social y en la comprensión de las complejas demandas, creando acciones y recursos que promuevan cambios cualitativos y cuantitativos.

Con la mejora de la atención clínica y, simultáneamente, la de la calidad de vida de los pacientes, pueden evitarse los reingresos psiquiátricos, lo que contribuye significativamente a la reducción de camas de hospital. Sin embargo, este ejercicio requiere que el equipo utilice el territorio como un espacio de sociabilidad, como uno de los recursos estratégicos en la planificación de acciones terapéuticas en los servicios diarios.

Cabe señalar que el mayor número de pacientes incluidos en estos servicios viene de larga hospitalización, lo que significa un alejamiento de la vida social y de la vida cotidiana de la ciudad. En este momento, para considerar el territorio como un instrumento de acción importante en la asistencia de la Reforma Psiquiátrica, debemos aplicar múltiples y distintas formas de acción: la estrategia clínica combinada con las prácticas sociales, la reorganización de los vínculos afectivos, la apropiación de espacios urbanos como instrumento de inclusión social y la de la producción de la subjetividad reveladora de la experiencia del sujeto.

A. C. S. S. Silva (comunicación personal, 26 de enero, 2009), Psicóloga, Consejera del Consejo Regional de Psicología (CRP-05), durante una entrevista concedida a la autora, explica que desde la década de los 90, cuando el movimiento de la lucha antimanicomial se hace más presente, su enlace con este movimiento se vuelve más efectivo. Esto, en su opinión, revela la amplitud política necesaria para la inclusión del sufrimiento psíquico en el entorno social. Esta visión se vuelve más elástica cuando, para convertirse en un colaborador de la CRP-05, se debe entrar en contacto con la Comisión de Derechos Humanos y entender que la cuestión de la salud mental es mucho más grande y va más allá de la mera asistencia. Por lo tanto, intenta ampliar y establecer diálogo con los diversos campos (la educación, los derechos humanos, la cultura, etc.), que buscan el acercamiento a otros servicios del territorio donde se encuentra el CAPS Pedro Pellegrino, su lugar de trabajo: “Salí para tratar de pensar en otra forma de operación de los CAPS, que no fuese solo asistiendo al paciente en el servicio.” A. C. S. S. Silva (comunicación personal, 26 de enero, 2009). Al expresar este pensamiento, la entrevistada muestra preocupación por los límites de una clínica, que debe ser más amplia y pregunta sobre la noción de compromiso de los equipos de salud mental. Es pensar el campo de la complejidad, pensar las políticas públicas, ¿cómo se llevan a cabo?, ¿qué debe hacerse para mejorar?, ¿cuál es la responsabilidad de la psicología en ese trabajo, ...?, ¿cuál es la práctica posible hoy del psicólogo en el campo de la salud pública? y ¿cómo esto ha estado sucediendo?

Yo he notado como el campo de la salud pública es un campo de gran sufrimiento para los profesionales y esto tiene que ver con una cierta limitación de estos profesionales de verse en un campo mayor. ... entonces ellos reducen sus acciones, es decir, sólo hago la clínica o sólo hago la clínica que puedo y cuando cumplen la tarea vuelven a su casa. (A. C. S. S. Silva, comunicación personal, 26 de enero, 2009)

En ese momento, la entrevistada A. C. S. S. Silva (comunicación personal, 26 de enero, 2009) reflexiona sobre la alienación de los profesionales frente a un contexto más amplio, esta alienación impide la elasticidad requerida por diversas demandas en los dispositivos de salud mental:

¿Cuál es mi responsabilidad con la persona, como profesional de la salud pública?, ¿cómo profesional de la psicología?, ¿cuál es mi responsabilidad de esta política que está ahí? Esto es, ¿cuál es mi lugar? ¿Es únicamente hacer la clínica de manera tan acrítica? (A. C. S. S. Silva, comunicación personal, 26 de enero, 2009)

Las preguntas anteriores son pertinentes frente a la conclusión de que los límites de la nueva asistencia están más allá de las cuatro paredes de un ambulatorio, de un taller terapéutico de un CAPS o de la atención clínica en su sentido conceptual y restringido, "reclinado sobre la cama⁸⁹". El sujeto-enfermedad da lugar, ahora, al sujeto integral, visto por una dinámica corporal, por el conocimiento histórico-singular. Las mismas preguntas están también presentes, cuando sabemos que, en la actualidad, la responsabilidad del tratamiento del enfermo no pertenece únicamente al poder médico, tampoco exclusivamente compartida con los pacientes y sus familias, sino también extendida a la comunidad. Esta comunidad debe ser vista como parte del servicio y viceversa, tienen que incorporarla espontáneamente sus profesionales. La cuestión clave es que el trabajador de la salud mental tiene que sentir afinidades con la

⁸⁹ Sentido etimológico de la palabra deriva del Griego *klinikos* ("con respecto a la cama"; de *klíne*, "cama, reposo"; de *klíno* "inclinar, doblar"). Passos, E. & Benevides, R. (2001). Clínica e biopolítica na existência do contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica PUC/RJ*, 13(1), 89-89.

ideología que se opone a la vieja práctica clínica, debe sentirse atraído por las nuevas formas de atención, comprender las demandas sociales reales que acompañan el sufrimiento del usuario y utilizar de la mejor manera posible, las herramientas necesarias para una asistencia de salud mental contemporánea.

A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009), psiquiatra en Sergipe (Aracaju), en la entrevista informa que, durante el curso de medicina, participó en el movimiento estudiantil, exigiendo la mejora del sector de la educación y pasó a militar en el movimiento sanitario, liderado por notables personalidades de la política de izquierda. Cuando escogió el área de Psiquiatría, pasó a tener una cercanía con los profesionales de la ciudad de Santos, donde la Reforma Psiquiátrica estaba en proceso de implementación, y llevó a su ciudad a algunos profesionales del movimiento de salud mental. Por medio de estos contactos, se acercó al movimiento antimanicomial mientras se dedicaba al movimiento político democrático-popular de izquierda. Después de las elecciones municipales, el nuevo gobierno eligió a un miembro del área de la medicina como Secretario de Salud. A través de este, A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009) fue invitada a ser la coordinadora de Salud Mental en la ciudad de Aracaju. Según la entrevistada:

Era todo lo que había soñado en la vida. ...me nombraron coordinadora y de allí, implementé el modelo sustitutivo en el área de salud mental. Buscamos en todo el país modelos que presentasen soluciones en el área de la salud mental. ... a partir de ahí he entrado realmente en la militancia de la salud mental y la salud pública. (A. R. S. de Lima, comunicación personal, 27 de enero, 2009)

El modelo sustitutivo comprende servicios que contribuyen para evitar la hospitalización, y que utilizan instrumentos para la resocialización de los usuarios, por considerar que, en su mayor parte, estos dispositivos aceptan a los usuarios de largos períodos de hospitalización y lugares más distantes de la ciudad. Por lo tanto, es necesario trabajar el

territorio donde están los servicios que los reciben ya que es donde estos usuarios pasan a vivir. Sin embargo, A. R. S. de Lima (comunicación personal, 27 de enero, 2009) cree que los equipos funcionan poco con la sociedad y que, a pesar de tener una directriz de actuación en el territorio, a menudo, no tienen muy claro cuál es su papel. Entiende que los CAPS son servicios muy singulares, fuera de la norma de servicios de salud que existen en Brasil. Cree que tienen peculiaridades, como, por ejemplo, trabajar fuertemente con la sociedad, para intentar cambiar el imaginario social sobre la locura, la estigmatización, la exclusión, la indignidad. Sin embargo, percibe la insuficiencia en el trabajo con el equipo tal como se presenta a continuación:

Los CAPS, en mi evaluación, no funcionan como deberían con la sociedad. Trabajamos con PSF, que son iguales que nosotros. Hacemos actividades, por así decirlo, en la comunidad, lejos de lo que debemos ... Estoy hablando de actividades para la propia sociedad. Es decir, de hablar un poco de las diferencias, singularidades y sensibilizar a la sociedad alrededor de donde se insertan los CAPS. (A. R. S. de Lima, comunicación personal, 27 de enero, 2009)

F. S. Diaz, psiquiatra, Coordinador de Salud Mental para el Estado de Río de Janeiro y, actualmente, es Analista de Gestión de servicios de Salud Mental en el Estado de Río de Janeiro. La trayectoria de la persona entrevistada siempre ha sido en el campo de las políticas públicas, ha pasado desde la asistencia hasta la gestión de servicios y ha tenido la oportunidad de seguir la exitosa implementación de la Reforma Sanitaria en un municipio en el Estado de Río de Janeiro, donde comenzó su trabajo como psiquiatra. Desde ese momento, pasó a considerar que los principios de SUS son adecuados a los principios de la Reforma Psiquiátrica, con énfasis en la inclusión social. En su opinión, la base de la atención está en la tolerancia que los profesionales deben tener en la vida cotidiana de la asistencia en salud mental y en una

propuesta de expansión de la red, para que la integración social del paciente sea eficaz, como explica el informante:

Entender cuál es el papel de este ciudadano diferente, cómo puede ser parte de la comunidad. Esto es muy importante. Y también, tratamos con clientes vulnerables. También hemos ampliado la red de atención. Otras personas pueden ayudar a cuidar a los clientes más vulnerables. La lógica lo dice: " la gente está restringida aquí en los CAPS, porque la asistencia se encarga de todo." Si se amplía esta red y se ponen otros actores, esta red de cuidado se diluye, otras tienen un poco de responsabilidad de cuidar e integrar a esta persona en la sociedad y, por supuesto, ese papel no será solo tuyo. ... Si se amplía la red ..., los usuarios no estarán solo en los CAPS, como si solo ahí fuese posible conseguir eso, estarán en la comunidad como todas las personas. (F. S. Diaz, comunicación personal, 15 de enero, 2009)

Con igual participación en la política pública desde el comienzo de su profesión, la psicóloga S. M. S. Fagundes, Coordinadora Estadual de Salud Colectiva de Río Grande do Sul, en 1979, tuvo la oportunidad de hacer un curso de formación en el Centro Murial, un centro de salud-escuela. Allí se interesó por el tema de la salud pública. Como resultado, hizo la residencia multiprofesional en 1980 y 1981 y desde allí condujo toda su vida profesional hacia la salud pública. En 1987, fue coordinadora de Salud Mental en el Estado de Rio Grande do Sul en el período de la democratización del país y, por ello, aceptó el reto de Coordinadora la Salud Mental del Estado:

Esta práctica y este desafío para coordinar la Salud Mental en un Estado que busca la democracia y la constitución de los derechos es lo que me trajo a la propuesta de la Reforma Psiquiátrica y a la lucha antimanicomial. (S. M. S. Fagundes, comunicación personal, 18 de enero, 2009)

Desde 1987, S. M. S. Fagundes (comunicación personal, 18 de enero de 2009) trabaja con la idea de la participación de los usuarios en la lucha para redirigir la atención psiquiátrica a los principios de la Reforma Psiquiátrica y, en consecuencia, por la sustitución de los hospitales psiquiátricos por una red de servicios de salud mental. En su opinión, el profesional de la red de asistencia en salud mental debe orientarse hacia el trabajo intersectorial, con la educación, la cultura, la política de vivienda. Revela, además, que hay actividades que trascienden a los CAPS, que introducen en la comunidad y que pueden garantizar una "sostenibilidad cultural", pero que los trabajadores con esta mentalidad, aún, son un pequeño número, menor que el requerido:

Vamos a hablar hoy de al menos 30 mil trabajadores, ellos trabajan de manera más puntual, con un usuario a partir del plan terapéutico, de una situación y hacen de puente con la cultura, hacen de puente con el Ministerio de Vivienda o de Educación. Como articuladores con políticas públicas existentes de educación y cultura, veo menos... y menos aún como los defensores de las políticas en estas áreas: cultura y educación. Pero, aun así, hay experiencias que podemos citar, como: aquí en Porto Alegre tenemos un taller de generación de renta que es un servicio que está vinculado a la C.A.I. S⁹⁰ Salud Mental, a la red de salud, pero las prácticas del equipo son todas de un mayor vínculo con la cultura y la red de economía solidaria de la ciudad. Así que, aquí, tenemos un ejemplo de la experiencia en el equipo, son profesionales de la salud mental, pero con la práctica vinculada a la economía solidaria. (S. M. S. Fagundes, comunicación personal, 18 de enero, 2009)

A pesar de que, en su región, sigue siendo insatisfactorio el número de profesionales de salud mental que trabajan con el enfoque intersectorial, S. M. S. Fagundes (comunicación personal, 18 de enero, 2009) reconoce que el Estado de Rio Grande do Sul es una referencia,

⁹⁰ Centro de Atención Integrada en Salud Mental.

tanto en la amplitud de visión de los trabajadores, como en la forma de llevar a cabo las acciones de los dispositivos de la Reforma Psiquiátrica. Señala que la mayoría de los trabajadores de la red de salud mental de Rio Grande do Sul entró en los servicios a través de oposiciones y, según ella, la precariedad de los trabajos es el resultado de otras maneras de contratación de los trabajadores en salud mental:

En Rio Grande do Sul, la mayoría son contratados a través de oposiciones y en otras regiones del país no es así, la mayoría es contratada por organizaciones no gubernamentales, por otros servicios e incluso en Rio Grande do Sul, este perfil también está cambiando. Hay contratos precarios y temporales, lo que es bastante difícil en relación con la estabilidad y enraizamiento del servicio y la implicación de los trabajadores con su propio trabajo. Hay pocos municipios que consideran que necesitan contratar profesionales ya comprometidos con la Reforma Psiquiátrica. ... Hay una falta de recursos humanos, con título profesional en psiquiatría y así contrata lo que hay, no importa si está a favor de la Reforma Psiquiátrica o no. (S. M. S. Fagundes, comunicación personal, 18 de enero. 2009)

S. M. S. Fagundes (comunicación personal, 18 de enero, 2009) describe una realidad que se da con más frecuencia a medida que los antiguos militantes antimanicomiales, son sustituidos por nuevos trabajadores, incluso los que vienen por las oposiciones públicas y tienen interés en trabajar en redes de salud mental, construidas por los dispositivos de la Reforma Psiquiátrica. El principal factor de este problema se centra en el bagaje de los nuevos trabajadores: la falta de experiencia en el campo de la práctica, en la constitución de la vida cotidiana y, en particular, en el saber conferido por la formación académica, pues su interés en el campo de la salud mental es poco relevante, como aclara S. M. S. Fagundes:

Los psicólogos tienen una floja formación, ... tienen muy poca competencia técnica, desde su formación, sobre la Reforma. En lo que se refiere a la competencia práctica:

saber hacer la acogida, cuidar de los psicóticos. En los proyectos de estudio de psicología, el tema de la psicosis está casi ausente. Es mínimo el tiempo destinado a este tema. Así que hay muchos profesionales sin preparación; ocurre lo mismo con relación a los terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales. Entonces, aun cuando es a través de oposiciones, los profesionales que buscan trabajo y consiguen la plaza no necesariamente conocen la Reforma. Algunos municipios incluyen el tema de la Reforma en la referencia bibliográfica de las oposiciones públicas y otros ni eso. (Comunicación personal, 18 de enero, 2009)

Mientras la psicóloga S. M. S. Fagundes (comunicación personal, 18 de enero, 2009) señala la fragilidad de la formación académica como factor primordial para el alejamiento de los nuevos profesionales del tema de la Reforma, S. Yasui (comunicación personal, 08 de febrero, 2009), tal como se presenta a continuación, encuentra en la relación entre los rasgos de personalidad y los factores culturales que marcan una época, la explicación para el compromiso de profesionales en el nuevo dibujo de la Salud Mental que se va formando desde la Reforma.

S. Yasui es psicólogo, profesor de la Universidad Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, supervisor clínico - institucional del CAPS en la ciudad de Asís, en el Estado de São Paulo. Licenciado en 1979 señala que, ya en la Universidad, percibía el tema de la locura con otra mirada, más cultural y menos nosográfica: “Que he tenido algún interés en este tema medio subterráneo (*underground*)” (S. Yasui, comunicación personal, 08 de febrero, 2009). Incluso en el segundo año del curso académico, por propia voluntad, fue a hacer prácticas al hospital psiquiátrico, siendo esta etapa decisiva en la construcción de un concepto propio sobre la locura. Entendió que la locura no era tan cruel y violenta como la presentada la literatura brasileña. Aquellas personas que estaban allí eran iguales a cualquiera y al propio informante. “Fue una sensación de mucha extrañeza” (S. Yasui, comunicación personal, 08 de febrero, 2009).

El perfil profesional y la empatía por el campo de la salud mental se convierten en importantes para trabajar la cotidianeidad de la asistencia. El compromiso con la ideología democrática que prosperó en los años 70 implicó, a su vez, un compromiso desde entonces con los principios de la Reforma.

Creo que este interés fue exactamente en este periodo de descubrir la segregación, la opresión. Estábamos en el año 1976, la violencia institucional, el país sufría una dictadura y, en definitiva, todos estos elementos fueron llamándome la atención sobre la realidad, sobre aquella institución y me marcó profundamente. En 1978, estaba en el cuarto año del curso de psicología y comencé a leer más sobre la psiquiatría alternativa que comenzaba a surgir en la época ... tuve la oportunidad de ver a Franco Basaglia que iba a dar una Conferencia en Brasil...Y me encantó esa capacidad de cuidar de la locura de otra manera, ... Estaba también en el movimiento estudiantil, por lo que había una combinación de varias militancias: una militancia política del movimiento estudiantil, un cierto encanto por esa institución. De todas formas, creo que todas las cosas nacieron por ahí. (S. Yasui, comunicación personal, 08 de febrero, 2009).

A través de este testimonio, S. Yasui (comunicación personal, 08 de febrero, 2009) deja claro que a partir de su militancia y conocimiento teórico pudo entender la función de la comunidad en la construcción de una clínica ampliada, el enfoque intersectorial como instrumento de construcción de la red, el compromiso y la responsabilidad para con los usuarios de servicios de la salud mental y la comprensión del sufrimiento impreso en la singularidad del sujeto. Entiende necesario el enfoque intersectorial de asociaciones para el intercambio de conocimientos y tecnología, pues no es posible una clínica basada en la exclusividad de los conocimientos teóricos y en la omnipotencia del profesional de salud mental.

S. Yasui continúa con su declaración y presenta la necesidad vital de compromiso del equipo:

El equipo de salud mental en el cual participo es un equipo que va necesariamente a la comunidad, lo que aumenta la complejidad de sus acciones, habla con el equipo del PSF, habla con el equipo de atención básica, permanece atento observando cuestiones de su territorio. Creo que no se puede pensar en un equipo de salud mental sin pensar en lo que hoy llamamos clínica ampliada, en esta mirada exterior. Pensar que se puede cumplir completamente solo, las exigencias de la asistencia en salud mental de su territorio, no es posible. Se trata de una cierta omnipotencia que ya superamos hace algún tiempo. (S. Yasui, comunicación personal, 08 de febrero, 2009)

En este sentido, E. Oliveira (comunicación personal, 09 de enero, 2009), el entrevistado presentado a continuación, revela lo que inicialmente lo motivó a elegir su profesión y luego señala la particularidad de sentirse la misma persona tanto en el ámbito técnico de la clínica como en la operación de los servicios, para finalmente presentar sus incertidumbres y algunos pesimismo, frente a los nuevos retos que la Reforma Psiquiátrica enfrenta en la actualidad.

E. de Oliveira (comunicación personal, 09 de enero, 2009), psiquiatra, director del Instituto Municipal Nise da Silveira, tuvo su formación en el Estado de Piauí, norte de Brasil. Su formación fue de médico generalista, aunque ya sabía que quería ser psiquiatra. Cuando terminó la residencia en Río de Janeiro, se dio cuenta de que en una clase de 100 estudiantes todos ya eran especialistas y esto ofrecía una visión cerrada de la enfermedad, sólo eran capaces de reconocerlo que la especialidad de cada uno requería. Sin embargo, provenía de una formación académica que había pasado por todas las especialidades, aun sabiendo de su particular interés por el campo de la salud mental. También, revela la satisfacción de haber venido a Río de Janeiro en plena militancia contra la dictadura militar. En el momento en el que fue entrevistado y se le preguntó acerca de lo que le había llevado a acercarse más a la ideología de la Reforma Psiquiátrica, inmediatamente, respondió:

Lo que motiva a trabajar en ese sentido es el conocimiento que puedo tener de las personas. Esta motivación no es en términos teóricos, en términos de hacer una Reforma Psiquiátrica del conocimiento acumulado. No, es de la vida. Las vidas que se imponen y que, en mi opinión, fueron enterradas. Creo que podemos conseguir que estas personas vuelvan a vivir. Para mí, es la gran cuestión que me hace debatir todo el tiempo. Esto es, las personas que fueron enterradas parecían que no tenían ninguna relación con el mundo. (E. de Oliveira, comunicación personal, 09 de enero, 2009)

En seguida, E. de Oliveira (comunicación personal, 09 de enero, 2009) reflexiona sobre la maleabilidad en la práctica profesional, en la asistencia de la Reforma Psiquiátrica:

La gran cuestión de la Reforma es que formamos personas para ser referencia (punta) en el campo. Por ejemplo, hoy soy director del Instituto Municipal Nise da Silveira. Mañana, estaré en un CAPS trabajando como médico. Soy la misma persona. La persona que hace lo que cree, es la persona que lo ejecuta. Esto supone una gran diferencia para nosotros porque estamos junto al paciente todo el tiempo. (E. de Oliveira, comunicación personal, 09 de enero, 2009)

Sin embargo, la complejidad del sufrimiento psíquico y los nuevos problemas sociales en el mundo contemporáneo pone a la Reforma Psiquiátrica en enfrentamiento con la vulnerabilidad de sus profesionales. E. de Oliveira (comunicación personal, 09 de enero, 2009), deja claro que es necesario tener humildad para entender que hay impases frente a las diversas formas de tratamiento o sobre el radicalismo en el mantenimiento de una Reforma Psiquiátrica ideológicamente libertaria:

A veces, hay que hacer un ingreso hospitalario para un paciente, tiene que haber un hospital de día. ¡Tenemos una gran cantidad de cosas que no podemos decir: esta es la única forma de tratamiento! Lo que pienso sobre la Reforma de hoy es esto: estamos funcionando y somos muy pretenciosos, creemos que todo lo solucionamos. ¡No lo

solucionamos! Tenemos problemas, graves problemas que resolver, por ejemplo, las drogas como el crack. Si me preguntan a respecto, pienso que, de verdad, no sé cómo tratar con el crack. Cuando veo a un padre, que está con su hijo y que este está fumando crack, que quiere saber dónde puede tratarlo. Le digo: " ve a buscar un CAPS AD". No sé si la respuesta debería ser esta. ... pues el crack es un problema grave y el chico tiene que salir de ese lugar. ¿Cómo es que se puede salir de ese lugar? Con un niño, en barrios marginales y hay un CAPS AD para él. ¿Y qué? el tipo de la favela allí esnifa... ¿Cómo lo haces? No sé. Tal vez, debemos tener más diálogo con la organización social, hacerle un lugar, otro lugar donde el chico pueda vivir... No estoy hablando de hospicio. No estoy construyendo hospicios. Deseo construir oportunidades para que el chico se pueda tratar. ¡Del crack, no sabemos nada! Somos demasiado ignorantes para saber lo qué es esto. Es devastador". (E. de Oliveira, comunicación personal, 09 de enero, 2009)

Existe un consenso entre los entrevistados que la clínica de la Reforma Psiquiátrica, lejos de su lugar habitual, disciplinado, debe aventurarse en una actitud transdisciplinaria, se desvía hacia su exterior tomando un camino social. Esto implica un repertorio de acciones orientadas a la inclusión social. También implica un trabajo comunitario que responda la demanda del sufrimiento del paciente y valore su potencial y su autonomía.

Un trabajo más amplio, como exige la Reforma Psiquiátrica, se ve obstaculizado por la confluencia de una serie de situaciones entre las que se encuentran la formación profesional del sector de salud en la sociedad brasileña y las condiciones de trabajo que hace la formación de un equipo estable (múltiples contratos frágiles y temporales). La enseñanza académica está lejos de esa visión de integralidad de la atención en salud, además, existe una falta de implicación, de activismo político que son valores que se encuentran en la raíz de la Reforma Psiquiátrica.

Finalmente, aparece en el discurso del último entrevistado el miedo de que las bases ideológicas de la Reforma Psiquiátrica puedan ser cuestionadas ante el desafío de la entrada en escena de drogas de efecto devastador entre los jóvenes de las ciudades brasileñas.

5.2 La Formación de los Nuevos Profesionales

Es esencial articular la enseñanza con el campo de trabajo, de manera que permita las transformaciones necesarias y que haya un mayor compromiso de los nuevos trabajadores con las prácticas que deben ser adoptadas de acuerdo con el contexto del SUS y de la Reforma Psiquiátrica.

Para entender la salud como un derecho de la ciudadanía y para enlazar el deber profesional con los principios que guían la Reforma Psiquiátrica es importante reflexionar sobre la formación de los nuevos profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta la importancia de la formación, la actual política de salud mental se ha preocupado con este tema y el 09 de junio de 2003 el Ministerio de la Salud constituye a través de la Disposición n.º 4.726/2003 la Secretaría de Trabajo y Gestión de la Educación (SGTES) con el objetivo principal de organizar la formación de recursos humanos en el área de la salud, así como proporcionar las políticas de desarrollo profesional y capacitación para el área. Además, se propone la SGTES planificar, coordinar y apoyar actividades relacionadas con el trabajo y la educación en el área de la salud, promover la relación con organismos educativos, sindicatos y movimientos sociales para negociar la integración de los sectores de salud y educación, y, de esta manera, fortalecer las instituciones de formación de profesionales.

Las instituciones psiquiátricas del sector público, a través de sus centros de investigación en políticas públicas, motivadas por la necesidad de ampliar la visión en el campo del conocimiento y la práctica de los trabajadores de la salud mental, el 03 de noviembre de

2005 crean la residencia multiprofesional en el área de la salud, basada en la Ley n.º 11.129 del 30 de junio de 2005 y la Ordenanza Interministerial MEC/MS 2.117 de la Presidencia de la República que amplía la formación profesional en el país. Estas residencias están guiadas por las principales directrices del SUS a partir de las realidades y necesidades locales y regionales. Abarca las profesiones del área de salud, es decir, la biomedicina, las ciencias biológicas, la educación física, la enfermería, la farmacia, la fisioterapia, la fonoaudiología, la medicina veterinaria, la nutrición, la odontología, la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional.

Una mirada más actual, presentada por Amarante (2015), incluye la propuesta de ver dicha formación profesional como problema complejo, propuesto por Morin (1999). Para Amarante (2015), solo se puede mirar la RPB y sus enlaces, a partir de distintas miradas no solo de las ciencias médicas, pero también de las ciencias humanas, las letras y el arte. Así que la intersección de los puntos de convergencia entre las ciencias pueda revelar la complejidad que debe tener en cuenta el profesional que se quiere para la atención psicosocial a partir de la RPB.

El 20 de agosto de 2007, el Ministerio de la Salud, a través de la Ordenanza de 1.996 GM/MS creó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). Esta Ordenanza establece que las Secretarías de Salud de los Estados deben fortalecer la gestión del sector y los procesos de desarrollo, para lograr la integralidad de la salud individual y colectiva y ampliar la participación de la sociedad en las decisiones políticas del SUS. Además, se instituye para organizar la formación de recursos humanos para la salud y promover el desarrollo científico y tecnológico, con el fin de responder a las necesidades del sistema en función de las demandas de la realidad social.

La formación de profesionales técnicos de la salud permitió el surgimiento de centros formadores del SUS en cualquier área de la salud y mejoró las escuelas técnicas, además de apoyar el desarrollo de las escuelas de pregrado y postgrado lato y stricto Sensu en áreas estratégicas del SUS. Cabe señalar que el interés de la política de Salud Mental está en la

expansión de una formación que permita, en la práctica, la conexión entre la salud mental y la atención básica.

Al pensar en la responsabilidad en la gestión de formación en salud mental, Fernando Ramos, Coordinador General de la Escuela de Salud Mental de Río de Janeiro (ESAM-RJ) y de la Residencia Médica del Instituto Philippe Pinel, en su ponencia sobre educación para la salud, durante la IV Conferencia Nacional de Salud Mental⁹¹ presentó su preocupación respecto a la formación de los nuevos profesionales frente a los desafíos actuales en el proceso de la Reforma Psiquiátrica, tales como:

No separar el proceso de formación de los procesos de trabajo, romper con la dicotomía que aún prevalece entre el sector de la educación, que es la formación de profesionales de la salud y el sector de la salud que hace la gestión de trabajo en salud, consolidando el enfoque intersectorial; potenciar y cualificar la red ampliada de salud mental, para que esta sea la protagonista, pero no solo el campo de formación. (Ramos, 2010)

Frente a estas cuestiones, en el organigrama, presenta una propuesta que muestra las necesarias relaciones entre el Sector de Educación y toma como base la Universidad para la capacitación en salud y el sector de la salud, donde la base sería la red de servicios, conforme indica en la figura 6.

⁹¹ Brasilia: del 27 de junio al 01 de julio de 2010.

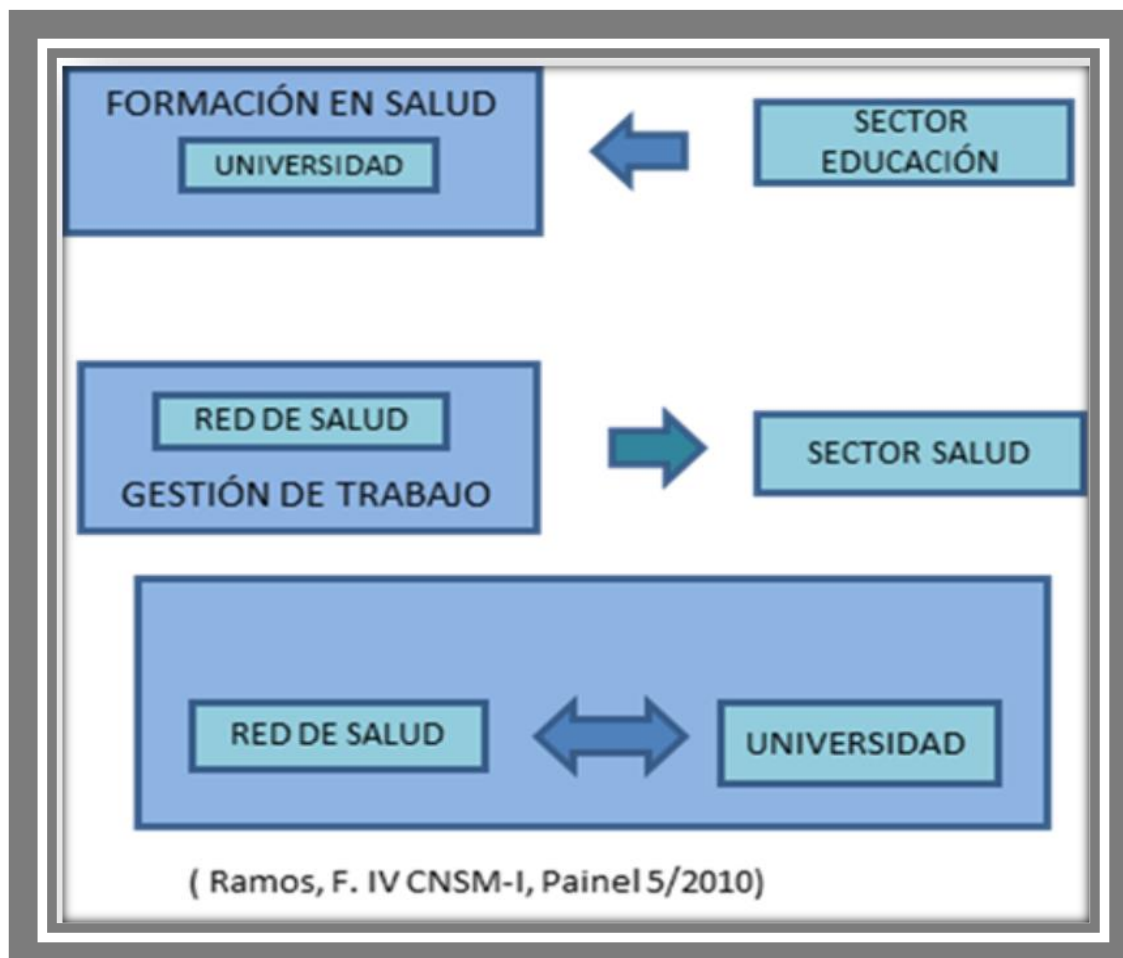


Figura 6: Organigrama referente a articulación entre los sectores educación y salud mental.
Fuente: Elaborado por la autora, conforme conferencia de Fernando Ramos, en el 5 panel (2010), - Ramos (2010).

El desafío a la verticalidad de las relaciones entre la Universidad y la red de salud es conseguir que estas relaciones se den dentro de un sistema lineal a través de asociaciones. El gestor anteriormente mencionado, al final de la ponencia, expresa su visión y propone, en la formación en salud mental, el desarrollo de una formación de salud mental adecuada a los preceptores⁹² y supervisores en la red de salud, pues cree que de esta manera se pueden mantener, en servicios de salud mental, profesionales con vocación para la enseñanza y, además, se posibilita el diálogo entre la academia y el campo de la práctica, pues considera esencial la relación entre docencia e investigación.

⁹² Los profesionales responsables de los estudiantes en aprendizaje en los servicios de salud mental.

Según Ramos (2010), la red se verá como un escenario de formación práctica, como el campo de la complejidad, diversidad y adaptación a la realidad sanitaria local. Esto significa que la formación de nuevos profesionales requiere una estrecha relación entre la red de salud mental y la universidad, ajustándose la formación a las nuevas prácticas e invirtiendo en la formación integrada de todas las competencias para comprender la realidad del campo de atención psicosocial.

Todos los relatos de los informantes aquí mencionados refuerzan la idea de que, para el mantenimiento, la expansión y el éxito de las prácticas de la asistencia en salud mental, para que sea democrática y liberadora, es imperativo que la inversión en la formación de profesionales se fundamente en el conocimiento y el enfoque intersectorial y en el compromiso absoluto con el sujeto que está en sufrimiento.

El desarrollo de la reforma psiquiátrica en Brasil ha contado con la contribución de actores identificados con sus principios y propuestas. Veremos en el capítulo siguiente la visión de profesionales relevantes en la construcción de la Reforma, sobre su trayectoria, la relación con el SUS, sus avances y desafíos.

5.3 La visión de los informantes clave⁹³

Al iniciar este capítulo es importante reconocer que la mayoría de los informantes, por haber acompañado desde el principio la trayectoria de la Reforma Psiquiátrica, indican que la Reforma Psiquiátrica y la Reforma de Salud son construcciones sociopolíticas que surgieron de los mismos factores culturales que determinaron la época: la emergencia de movimientos prodemocráticos y la salida de la dictadura militar en Brasil.

⁹³ Las preguntas y respuestas de los informantes clave con las categorías operatorias y los indicadores se encuentran en el apéndice 8.

Reconocen los informantes, con pocas excepciones, que la academia, en la década de los ochenta, trajo a Brasil a pensadores como Franco Basaglia, Goffman y Laing que propiciaron el debate que se inició sobre la formación del pensamiento y el interés por Reforma Psiquiátrica Brasileña. Este debate sólo fue posible porque, en ese momento, muchos miembros de la Reforma Psiquiátrica actuaban en la academia. Sin embargo, reconocen que, actualmente, la academia se ha distanciado de la esfera de la Reforma y, por eso, se ha distanciado de la formación de los profesionales en las políticas públicas.

Hay también entre los informantes, un reconocimiento de que los principios de la Reforma Psiquiátrica están relacionados con los principios del Sistema Único de Salud. Para ellos, los derechos institucionales y garantías que están incluidos en la Constitución promulgada en 1988 para establecer el marco jurídico del SUS favorecieron la aparición de la Reforma Psiquiátrica. Se debe tener en cuenta que, más tarde, el sistema de acogida en la asistencia en salud, propuesto por Reforma Psiquiátrica, es ahora una estrategia de política nacional de humanización del SUS.

Los informantes consideran la financiación pública una estrategia importante para la realización de la Reforma Psiquiátrica. La financiación tiene como objetivo la valoración del tratamiento en servicios extrahospitalarios (CAPS, viviendas terapéuticas, etc.) y hace que el gestor municipal tenga interés en la creación y expansión de estos dispositivos no manicomiales. Sin embargo, hay evidencias de que, cuando ese interés carece de la ideología de la Reforma Psiquiátrica, con facilidad, la financiación se desvía para otros fines pues, históricamente, la Salud Mental no es un programa prioritario en los programas de salud de los municipios. Además de que, siendo la financiación del SUS reconocidamente insuficiente, hay, estructuralmente, dificultades en la financiación de la Salud Mental. No hay, por lo tanto, en la actualidad, estabilidad en los recursos, estabilidad en la financiación de programas en el área de Salud Mental.

Reconocen, también, que, en medio a todas las dificultades de financiación de las políticas de salud pública, existen municipios con un avance significativo en lo que se refiere al SUS y la Reforma Psiquiátrica.

Hay consenso entre informantes ante la cuestión de los recursos humanos, la consideran uno de los obstáculos de la Reforma Psiquiátrica. Es un problema el hecho de que los estudiantes al dejar la Universidad hoy busquen sectores más rentables que la Salud Mental. Esto sucede principalmente en medicina, la psiquiatría no tiene procedimientos tecnológicos rentables como en otras áreas médicas.

Actualmente, hay una escasez de psiquiatras para la expansión de la red de servicios. Además, otra dificultad es el frecuente recurrir de los municipios a contratos precarios a través del denominado tercer sector. Las contrataciones, en su mayoría temporales, afectan a la continuidad de los programas. El tercer sector, en opinión de algunos informantes clave, ha pasado a ser un gran obstáculo para el avance de la cuestión democrática de la Reforma Psiquiátrica.

Gran parte de los gestores públicos, en nombre de la racionalidad en el arrendamiento de los recursos, opta por una ideología privatista, restringe la contratación por concurso y extiende las nominaciones al tercer sector, lo que dificulta el control de la calidad técnica y esencial del debate ideológico – indispensable en la Reforma Psiquiátrica.

Hay, en la mayoría de los informantes, la visión de que existe una dirección correcta en los mecanismos socios políticos (las leyes complementarias a la Constitución) creados por el Estado Brasileño para proporcionar sostenibilidad a la Reforma Psiquiátrica, pese a que es todavía visible la insuficiencia de la expansión de servicios no manicomiales en las principales ciudades brasileñas.

En la opinión de algunos informantes clave la política compensatoria, creada por el Gobierno de Lula, es inclusiva y redujo la pobreza en el país, favoreciendo a personas de baja

renta que dejan la larga hospitalización psiquiátrica. Aunque todavía la fuerte desigualdad social persiste en Brasil, programas sociales, como el *Bolsa Familia*⁹⁴, *Mi Casa, Mi Vida*⁹⁵ contribuyeron a la inclusión social de una parte significativa de la población y, en consecuencia, a la sostenibilidad de la Reforma Psiquiátrica.

Los informantes convergen en el concepto de que los CAPS deben desarrollar acciones dirigidas a la comunidad. Los equipos de los CAPS tienen interés en la conjunción con el PSF como una de las maneras más productivas para trabajar en el territorio. Sin embargo, señalan que la carga de trabajo dentro de los CAPS termina entorpeciendo el desplazamiento de sus acciones a la comunidad. Notan que uno de los avances más importantes del diálogo entre los CAPS y la comunidad fue la extensión del concepto de cultura, promovida por el Ministerio de Cultura, a través de la asociación con el Ministerio de la Salud para la implementación de acciones culturales en los servicios de salud mental abarcando a la comunidad. El Programa *Punto de Cultura* es, en su definición conceptual, un instrumento cultural de la comunidad.

Hay consenso en que la Reforma ha tomado una posición radical cuando se utiliza el control social, pues facilita la posibilidad de la participación de los usuarios y sus familias en los debates sobre dilemas y caminos de la Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, con respecto a los municipios, debido a manipulaciones políticas partidistas, se han generado conflictos en el establecimiento de los programas de salud. Los informantes señalaron la importancia de la reducción de camas como una estrategia para romper el modelo centrado en los hospitales. Su ámbito de aplicación, de resultados inmediatos, posibilita enfrentar el ciclo de producción real de la enfermedad y una reordenación en la estructura económica de la Salud Mental.

⁹⁴ El Programa Bolsa Familia (PBF) es una transferencia de ingresos directos del programa que beneficia a familias en situación de pobreza y pobreza extrema en todo el país. El Bolsa Familia integra el Plan Brasil sin Miseria (BSM) y tiene como objetivo los 16 millones de brasileños con ingresos per cápita de menos de R\$ 70 por mes y se basa en la garantía de ingresos, inclusión productiva y en el acceso a los servicios públicos.

⁹⁵ Mi Casa, Mi Vida es un programa del Gobierno Federal y facilita la adquisición de viviendas para familias de tres tipos de ingresos: con ingresos (brutos) de hasta R\$ 1.600,00 (€577,00); con ingresos entre R\$ 1601,00 y R\$ 3.100,00 (€1.122,00) y los de entre R\$ 3.101,00 y R\$ 5.000,00 (€1.810,00).

Reconocen la importancia de transferir los recursos financieros de camas de hospital para el mantenimiento de servicios de sustitución. Creen en la ampliación de una red de CAPS III (abierto 24 horas, siete días a la semana), especialmente en las grandes ciudades.

Un dato coincidente entre los entrevistados es que el concepto de rehabilitación psicosocial fue fundamental para el avance de la Reforma Psiquiátrica, pero hoy es un término ya en desuso, está siendo gradualmente sustituido por atención psicosocial.

También hubo consenso entre los informantes de que en 1986 no estaba claro para todos que los hospicios no eran aptos para ser el centro de acción en salud mental, no se había consolidado el SUS, por lo que salud mental no se introducía en los Programas de la Salud Colectiva de los municipios. La política pública de la época fue exclusivamente financiar hospitales psiquiátricos, preferentemente aquellos que ofrecían larga hospitalización. No se tenía la comprensión real sobre el concepto de autonomía del paciente y sociabilidad. La visión médica de enfermedad puramente biológica (de ahí la consecuente necesidad de más camas) era lo que determinaba el pensamiento de la época. La Reforma propone una ruptura con esos paradigmas.

Por otro lado, al comienzo de la Reforma Psiquiátrica, había disposición para una militancia más combativa. Hoy en día sus actores tienen dificultades para imponerse frente a las ideas neoliberales que se hacen cada vez más presentes y aceptadas por la sociedad. Las concepciones a favor de la privatización silencian el debate. Hay falta de conciencia política para mantener la dimensión de los nuevos servicios que son, en su esencia, las prácticas sociales. Como se ha visto en este apartado, hay un consenso general entre los entrevistados sobre los temas que se verán de nuevo en la conclusión.

5.4 Consideraciones finales

Las políticas sociales en Brasil comenzaron tarde y caminaron lentamente a lo largo de su proceso, lo que retrasó los beneficios que podían garantizar la salud de toda la población. Con las demandas de cambio en la política pública de salud, surgió en 1986 un nuevo sistema basado en la protección social, con el fin de responder críticamente a las necesidades de la población. La política de salud entonces emerge como política social de la salud cuyo enfoque es el sujeto integral. En este sentido, el concepto de salud incluye numerosos determinantes sociales tales como las condiciones de trabajo, la vivienda, la alimentación, el medio ambiente, la calidad de vida, siendo esta, la premisa básica en la interrupción del proceso de enfermedad. La propuesta del Sistema Único de Salud considera indispensable como principios de ciudadanía el acceso universal a los bienes públicos y la participación social en los foros colegiados. La Reforma Sanitaria formulada en la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986 favoreció la propuesta para una Reforma Psiquiátrica, seguida de la I Conferencia Nacional de Salud Mental en 1987, ya con la demanda de reducción de camas en los hospitales psiquiátricos.

Es a partir de esta conferencia que los ideales de la Reforma Psiquiátrica Brasileña se insertan en el proceso de redemocratización en el país, lo que redefine los derechos de ciudadanía. En esta dirección empiezan delinear la Reforma Psiquiátrica. De este modo, fue posible reconocer la atención psicosocial y el proceso de desinstitucionalización como sus ejes centrales. Después del régimen militar, hubo consenso sobre la necesidad de una nueva Constitución, que expresase un nuevo concepto de ciudadanía. Una de las expresiones relevantes fue la demanda del cambio en la situación de desigualdad de la salud de la población. La nueva Constitución instituyó el Sistema Único de Salud. La Reforma Psiquiátrica se hizo inseparable del SUS mediante la incorporación de los principios generales de integralidad, descentralización de los servicios y la participación social. Por lo tanto, la Reforma Psiquiátrica no se limita únicamente a la reformulación de la asistencia en la salud. Como movimiento

social, amplía sus intereses en consonancia con el SUS, trae la transformación paradigmática del concepto de salud mental y se centra ahora en la inserción social de los excluidos.

Con la adhesión de los municipios al SUS, fue posible realizar el cambio en la atención psiquiátrica. La primera adhesión al SUS se hizo en el municipio de Santos, Estado de São Paulo, que, con el nuevo sistema de gestión, consiguió mayor autonomía, lo que le permitió cerrar el Hospital Psiquiátrico de Anchieta en esa ciudad. Para desocupar las camas del hospital en cuestión, se construyó una red de Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS) que atendía durante 24 horas y un complejo de acciones de rehabilitación psicosocial basadas en la comunidad para los pacientes de largo ingreso que habían sido trasladados de aquel hospital.

Es importante observar que la Conferencia de Caracas en Venezuela en 1990, promovida por la OPAS, introdujo paradigmas que resultaron en las primeras directrices para la reformulación de la política nacional de salud mental. La fragmentación de los hospitales psiquiátricos en centros comunitarios, hospitales de día, clubes de ocio, etc., fue el punto de partida para la realización de cambios en la asistencia psiquiátrica. Se iniciaron unidades extrahospitalarias en la comunidad, lo que favoreció la mejor calidad del atendimento. Sin duda, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y las Residencias Terapéuticas propician reducción en la demanda de las hospitalizaciones. Sin embargo, vimos que, pese al alto número de Residencias Terapéuticas (610) creadas hasta 2014, todavía son insuficientes para sustituir al número de camas de larga permanencia existentes resultantes de la pérdida de los lazos familiares y la falta de vivienda. Actualmente, se siguen implantando Residencias Terapéuticas, aunque de forma lenta, obedeciendo únicamente a la necesidad del cierre de los hospitales psiquiátricos, sin considerar la existencia de personas que viven en las calles con trastorno psíquico.

Cabe señalar que, en 2002, tras la promulgación de la Ley Federal n.º 10.216 (2001) que regula los ingresos y reorienta la asistencia psiquiátrica en función de los principios de la

Atención Psicosocial, las camas ya habían disminuido hasta 51.393. A partir de ese período, la preocupación con la reorganización del campo social donde se encuentran insertadas las personas con trastorno psíquico se convierte en el punto capital para la política pública de Salud Mental. En ese sentido es visible la eficacia del Programa *De Vuelta a Casa* (Ley 10.708, 2003) que, al crear el incentivo financiero para facilitar el retorno del paciente de largo ingreso al medio familiar y social, provocó cambios en el día a día de esos pacientes, incluso de aquellos que, sin lazos familiares, eran direccionados hacia las residencias terapéuticas. El proyecto *De Vuelta a Casa*, creado por la autora de la presente tesis en el Municipio de Angra de los Reyes, además de favorecer la reintegración del paciente psiquiátrico junto a sus familiares, propicia una mejor calidad de vida a individuos con una gran precariedad social dado que el proyecto reorganiza la vida familiar y facilita el acceso a la oferta de trabajo, alimentación, vivienda y ocio. De esta forma contribuye a ampliar la visión sobre la importancia de planear las acciones en salud mental, teniéndose en consideración las demandas sociales de la población de baja renta. Por esta razón, el Gobierno Federal creó en 2003 la Ley Federal n.º 10.708, conocida como la Ley *De Vuelta a Casa*. Podremos considerar la creación de la Ley Federal n.º 10.708 (2003) como un punto clave para la Reforma porque el programa puede ser considerado como un instrumento de desinstitucionalización. El escenario de exclusión en el país se revierte en un nuevo campo de ejercicio clínico-político que se concretiza en acciones que empoderan a esas personas vulnerables.

A partir de 2000 se percibe con mayor claridad la construcción de una red de salud mental que contribuye al cierre de camas de larga permanencia y utiliza los recursos de la desinstitucionalización. Para eso, se vuelve esencial la función de los CAPS como dispositivo de base comunitaria articulados con la salud de la familia, las residencias terapéuticas y los demás servicios de salud.

Se observa que, en la Reforma Psiquiátrica, cuyos principios son la atención psicosocial y la desinstitucionalización, las acciones que parten de los CAPS son orientadas hacia la inclusión social. A partir de ese punto de vista podríamos decir que la participación social de los usuarios se contempla tanto en las acciones culturales promovidas por el equipo de servicios en el territorio, así como también en la participación de estos en las asambleas de los CAPS y en las conferencias de Salud Mental.

Se observa, además, que el principio de descentralización del SUS, obedeciendo a la regionalización, es fundamental tanto en la articulación de las redes de servicios donde están localizados los CAPS, como en la percepción del territorio como espacio de acogida y relaciones sociales, en la circulación de los usuarios y en las ofertas para posibles acciones que contribuyan para su autonomía.

Sin embargo, un punto clave crítico es que todavía existe un gran obstáculo para el desarrollo de las acciones de la Reforma Psiquiátrica: se trata del presupuesto de las nuevas Disposiciones, cuyo objetivo es favorecer o fortalecer de los nuevos servicios. Un ejemplo de esto es la retención de recursos en el Fondo Municipal de Salud, lo que impide muchas veces la utilización inmediata por parte de los nuevos servicios o acciones de desinstitucionalización. Pese a la lentitud que se encuentra para que los presupuestos puedan financiar dispositivos para la ampliación de la red, surgen nuevas Disposiciones como la que instituye la implantación de camas de acogida temporal (de 7 a 15 días) en los CAPS III, y en los CAPS para usuarios de alcohol y otras drogas.

Otro punto clave crítico es que, aunque se perciba en la opinión de los entrevistados el compromiso de los antiguos profesionales de la Reforma con el nuevo sistema de salud mental, y, sobre todo, con los dispositivos de salud ordenadores de la red territorial, se hace evidente, en parte, entre los nuevos profesionales, una comprensión limitada de la propuesta de desinstitucionalización, poca implicación con el trabajo en la comunidad y una limitada

militancia en pro de los ideales de la Reforma Psiquiátrica. Como causa, los entrevistados citan el distanciamiento notable de la Universidad del asunto de la Reforma Psiquiátrica, lo que implica una dicotomía entre el campo de trabajo y la formación académica.

Sobre esta cuestión, se puede considerar como excelente alternativa el surgimiento, por iniciativa de la Coordinación Nacional de Salud Mental, de las escuelas profesionales y de centros formadores del SUS, aliados en la propuesta del fortalecimiento de la formación de los nuevos profesionales de la Reforma Psiquiátrica (Conforme a la Ley n.º 11.129 (2005) y la Disposición MEC n.º 2117 (2005)), continuando con la formación profesional en servicio. Hay que destacarse la contribución presentada en la IV Conferencia Nacional de Salud Mental (Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, & Conselho Nacional de Saúde, 2010), que articula la Universidad con el campo de servicio en salud mental para incorporar los principios de la Reforma Psiquiátrica en la experiencia práctica de los nuevos profesionales.

La resolución en la disminución de camas, por ejemplo, tiene consecuencias también en las acciones de los CAPS, cuya eficacia no depende únicamente de la competencia práctica y los valores ideológicos de los equipos, sino principalmente del modelo seguido en la gestión en los gobiernos municipales, que muchas veces no consideran el Programa de Salud Mental como factor prioritario en el Sector de la Salud. Esta consecuencia también se podría considerar como un punto clave de crítica considerable de la Reforma.

Hubo un factor que contribuyó para la integración de la población con los usuarios de salud mental que fue, sin duda, el acuerdo de convenios entre el Ministerio de la Salud y el Ministerio de la Cultura, que a partir de 2007 ha favorecido el financiamiento de acciones culturales, teniendo como protagonistas a los usuarios de los servicios de Salud Mental. Estos convenios trajeron incentivos a los CAPS, permitiendo que los equipos promoviesen actividades culturales con reconocimiento social. Son productos que vienen de la valorización cultural tales como la creación de grupos musicales y de teatro que han descubierto nuevos

actores insertados en la comunidad. Por lo tanto, los nuevos profesionales de la salud entran en los servicios insertándose en una práctica que requiere la convivencia de los usuarios en la comunidad, lejos del escenario del manicomio.

Es a partir de estas acciones cuando los usuarios de los servicios pasan a transitar con mayor libertad, adquiriendo el reconocimiento de sujetos con derechos civiles y sociales por la comunidad en la que viven. Visto desde este ángulo, los servicios implicados en la desinstitucionalización producen cambios de valores sociales junto a la población.

Otro punto clave acerca del avance de la Gestión Nacional para la Reforma Psiquiátrica son las acciones que buscan la inclusión social a través del trabajo, pues permiten mayor autonomía del usuario. Esto se puede observar a través de la experiencia de cooperativismo como modelo económico alternativo, que proporciona el establecimiento de lazos de comprensión y apoyo, necesarios en los momentos de mayor fragilidad de la vida. La creación de cooperativas de trabajos artesanales que, uniendo a técnicos y usuarios, hacen posible la obtención de renta sin la necesidad de enfrentar la ardua competitividad en el mercado formal de trabajo, generalmente, movido por actividades económicas de enfoque capitalista. En este sentido, el convenio entre la Coordinación Nacional de Salud Mental y la Secretaría Nacional de Economía Solidaria fue el incentivo que hizo posible la existencia de un gran número de talleres pensados para la generación de renta. Según la Tabla 8, hasta 2013, existían 1008 talleres de generación de renta en 26 estados en el país. Se puede afirmar que en el campo de la salud mental estas cooperativas representan una respuesta que favorece la visión de la Reforma Psiquiátrica articulada a las políticas sociales.

No hay duda de que las Disposiciones, los convenios intersectoriales y la fuerza política de las Conferencias Nacionales *fortalecieron*⁹⁶ la sostenibilidad de la Ley Federal n.º 10.216 (2001) que vale la pena recordar, pues tiene como objetivo la reorientación del modelo

⁹⁶ En ese texto, la autora muestra el deseo de dar visibilidad al estado de recesión política que tiene alcanzando la salud pública a partir del golpe político de 2016, a través del *impeachment* de la presidente Dilma Rousseff.

asistencial. Es importante dejar claro que las acciones de sostenibilidad de esta ley certifican su responsabilidad en la disminución de las camas psiquiátricas. Encontramos aquí un punto clave más.

La presentación de los detalles sobre la tramitación de la ley tuvo como justificación remarcar el gran debate entre las corrientes conservadoras temerosas de la opinión pública sobre el posible cierre de los hospitales psiquiátricos y la otra corriente simpatizante a la tramitación de la ley, a la disminución de camas hospitalarias e incluso el cierre total de los hospitales psiquiátricos en el país. De esta forma, conforme a lo que se relató en el capítulo III, 3.6.1, se presentaron diversas enmiendas a la Ley n.º 10.216 (2001), que promovieron una conciliación entre estas corrientes para que, finalmente, se hiciese posible su aprobación en el Congreso.

La Ley n.º 10.216 (2001) es un factor determinante para el reconocimiento de la Reforma Psiquiátrica como una política pública, fortaleciendo su sostenibilidad con la implementación de nuevos servicios de atención en salud mental. Y en lo que se refiere a esa sostenibilidad, también es relevante el reconocimiento de los mecanismos gubernamentales para la implantación de acciones dirigidas hacia políticas sociales innovadoras en la salud mental. Reconocemos aquí la Ley n.º 10.216 (2001) como un punto clave.

El modelo de rehabilitación psicosocial que propone la Reforma Psiquiátrica a partir de 1986 tiene una implicación fundamental con el SUS en la calidad del sistema de protección social y sobre todo para desarrollo humano. Esta visión requiere que los nuevos profesionales, principalmente los recién-salidos de la Universidad, tengan una visión de la Reforma Psiquiátrica con referencias en la política pública de salud. Así reconocemos esa implicación de la Reforma con el SUS como un considerable punto clave.

En las entrevistas realizadas por la autora a los profesionales que acompañaron el nacimiento de la Reforma, se puede percibir una formación cultural, intelectual y política, además, se revela un perfil de militancia orientado hacia la necesidad de cambios políticos en

el país. Esto demuestra que este perfil de fuerte de militancia política sumada a la empatía por el campo de la salud mental favoreció el desarrollo de prácticas dentro de la atención psicosocial, buscando el cambio en el cotidiano de la asistencia psiquiátrica. A través de los testimonios de los informantes se entiende que hay entre estos profesionales más antiguos un compromiso con el pensamiento democrático implicado en los principios de la Reforma Psiquiátrica, una comprensión de la importancia de una clínica multidisciplinar en la construcción de una red social que favorezca a los usuarios de la clínica psiquiátrica.

Respecto al control social, los informantes hacen una crítica con relación a la ausencia de los nuevos profesionales en las instancias participativas como, por ejemplo, los Consejos de los Distritos y los Consejos Municipales de Salud. Principalmente en los municipios del interior del país se carece de la presencia y de la militancia de estos profesionales para que, a partir del debate colectivo, surja un consenso sobre el direccionamiento de recursos financieros para las acciones que viabilizan la ampliación de la red en la salud mental. Sin el debido financiamiento, dicha red se vuelve insuficiente.

A pesar de que la Ley de Responsabilidad Fiscal adecua el número de contrataciones al límite del presupuesto municipal, no hace inviable la relación entre el Ayuntamiento y el tercer sector, permitiendo las contrataciones que puedan complementar el cuadro de recursos humanos en las redes de servicios de salud, sin que estas contrataciones se hagan siempre con criterios que reconozcan la competencia de los profesionales en el manejo de acciones desarrolladas en los servicios de base comunitaria. Este tema puede ser considerado un punto clave crítico. Es importante destacar que los informantes gestores de región, en especial del sur del país, valoran y reivindican las oposiciones y el mantenimiento de la exigencia de criterios y de capacitación para los nuevos contratados de la red. Pero ni siempre acontece. Consideramos aquí un punto clave seguramente crítico que atropella la Reforma Psiquiátrica.

La entrada de nuevos profesionales – ya sea por oposiciones o por contrataciones a través de acuerdos con el tercer sector – trajo la necesidad de ampliar el campo de conocimiento y el de la práctica de los trabajadores. En este sentido, la creación de la residencia multiprofesional en el área de salud, a partir de la Ley Federal n.º 11.129 (2005), permite capacitar a los nuevos profesionales intentando promover una mejor comprensión de los principios y directrices del SUS.

Consideramos importante el papel de la universidad en la formación actual de los nuevos profesionales, con inversiones en la formación integrada requerida en el campo de la atención psicosocial, presentada en la IV Conferencia Nacional de Salud Mental (Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, & Conselho Nacional de Saúde, 2010).

Otros factores que consideramos puntos clave y llevan a entender la Reforma como política pública son las disposiciones federales publicadas desde el 2000, en especial la Disposición GM/MS n.º 336/2002 que establece la creación de una red de CAPS y la Disposición 154/2008 que establece las acciones articuladas entre los CAPS y los Servicios de Atención Básica. Ellas permitieron la financiación para la creación de nuevos servicios, ampliando la inclusión de usuarios como, por ejemplo, las que se orientan hacia la política de alcohol y drogas. Aquí presentamos uno de los más importantes puntos clave críticos de la Reforma, que son los acuerdos políticos del Gobierno Federal con sectores partidarios conservadores, en especial, aquellos cuyos miembros políticos mantienen dogmas religiosos radicales, que son usados estratégicamente para la aprobación de proyectos de unidades de ingreso. De esta forma, proyectos de carácter progresista, como, por ejemplo, la política de atención a los usuarios de alcohol y drogas, que implica una red con estructura extrahospitalaria (Proyecto Consultorio en la Calle unido a la atención básica, CAPS para usuario de alcohol y drogas semiintensivo e intensivo y camas en hospitales generales) son preteridos por el proceso de construcción de una red privada formada por comunidades terapéuticas, que son dispositivos

de internación generalmente fuera de los límites urbanos, en su mayoría dirigidas por líderes religiosos. Muchas de ellas no incluyen acciones que contemplen la rehabilitación psicosocial. Sin embargo, consiguen las credenciales, beneficiándose, sobre todo, de los presupuestos públicos destinados a la Política de Alcohol y Drogas.

Para entender la Reforma Psiquiátrica Brasileña no basta únicamente basarse en la creación de leyes, disposiciones, nuevos dispositivos, etc. Se necesita también considerar la estructura geopolítica y territorial del país: Brasil está colocado en el puesto 79 en el Índice de Desarrollo Humano, según los datos de la ONU, 2014, con 26 estados federalizados y 203 millones de habitantes. Es un país de gran complejidad histórica, cultural, política y geográfica, no se puede esperar una reforma amplia de la asistencia psiquiátrica por una construcción de modo uniforme, sin considerar las características de cada región. El camino de la Reforma es difícil, heterogéneo y, a veces, dificultado por impases políticos, culturales y sociales. Desafortunadamente, según lo anunciado en el sitio de la ONU, el 21 de marzo de 2017, Brasil se ha estancado en el IDH y en el ranking en comparación con el 2014. Es decir, el país sigue colocado en el puesto 79⁹⁷.

La Constitución de 1988 fue, sin duda, la que permitió plantear la Reforma Psiquiátrica como una política pública, vinculando su construcción a políticas sociales y económicas que permiten el ordenamiento de un nuevo modelo asistencial de oposición enfática al sistema de exclusión social.

Incluso, considerando la permanente amenaza de cambios políticos en el país que desvían el sistema democrático para adherirse a cambios conservadores, ya se adoptan definitivamente palabras, conceptos y acciones tales como desinstitucionalización, “deshospitalización”, atención psicosocial, inclusión, diversidad cultural e integralidad, lo que no evita un retroceso a cualquier momento en el actual proceso de la Reforma Psiquiátrica.

⁹⁷ Fuente: <https://news.un.org/pt/audio/2017/03/1200651>

Lo que la autora espera de esta tesis es que pueda ser útil a la academia y que traiga a los nuevos alumnos y futuros profesionales el sentido histórico de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y su proceso de constitución.

5.5 Los límites del estudio

Los límites del estudio aparecieron durante la construcción de la tesis, periodo en el que la situación política brasileña presentaba un panorama inestable, amenazando las conquistas de la Reforma Psiquiátrica. Esta inestabilidad se relacionaba con la gobernanza, atingiendo, como consecuencia, a la financiación del SUS para los servicios de atención psicosocial, favoreciendo la reducción de la asistencia para el mantenimiento de los servicios. Ciertamente, en este punto, comienza el poco estímulo del equipo.

Hay conflictos en el debate político brasileño que enumeran a los parlamentarios a favor de la privatización, minimizando el SUS, mientras que otros se encuentran a favor de la igualdad y equidad que el SUS pueda sostener. Estos debates conducen a conflictos para la financiación de la salud, por lo que a menudo la atención terciaria, es decir, las cirugías mayores y otros procedimientos con alto coste material, tienen el privilegio sobre el fortalecimiento de personal y de equipos para la salud mental. Estos están en el último lugar en tal lógica. De esta manera, existe cierta dificultad para reconocer el potencial de los servicios.

Si recordamos la tesis, podemos ver (en los tópicos 1.3 y 3.5.3, por ejemplo) que la primera actitud para iniciar la Reforma Psiquiátrica Brasileña fue la movilización de la financiación para expandir los fondos destinados a la Reforma. Durante el período de construcción de la tesis, hubo cambios políticos temerosos, especialmente cerca de 2015, que causaron impacto, por la amenaza de una posible deconstrucción de la Reforma.

Una de las amenazas más relevantes fue el fortalecimiento de un grupo de parlamentarios evangélicos, que priorizaban comunidades terapéuticas privadas de alto coste, reemplazando los servicios territoriales provistos por el SUS.

Estos eventos que ocurrieron durante la construcción de la tesis trajeron inestabilidad a la autora, en la medida en que podrían contradecir el escenario favorable para una reforma psiquiátrica exitosa que se ha percibido durante la mayoría de los años de desarrollo de la investigación y de la tesis.

Otro factor limitante respecto a esta tesis fue la falta de datos, que culminó en una búsqueda intensa. A partir de 2015, los datos, previamente producidos sistemáticamente, ya no fueron publicados por el Gobierno Federal. En medio a los conflictos en contra y en favor de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, mencionados anteriormente, hubo el cambio del gestor de la Coordinación Nacional de Salud Mental, un hecho que retrasó la publicación de los datos fornecidos por la dicha coordinación. Las tablas de esta tesis se realizaron hasta 2015, entendiéndose que, en el escenario nacional de la Reforma, se pusieron internamente en duda la ausencia o incluso la confiabilidad de los datos que aparecerían después de ese año (Onocko-Campos, 2019).

Finalmente, algunos problemas ocurrieron en el curso de la tesis que llevaron la autora a retrasarse más de que el tiempo previsto inicialmente.

5.6 Propuesta para estudios futuros

Con referencia al estudio realizado se presenta abajo la siguiente sugerencia:

1- Considerando que las bases de la Reforma Psiquiátrica en Brasil y los cambios en la atención en salud mental ocurridos en Europa en la segunda mitad del siglo XX, todos basados en un contexto sociohistórico (la democratización y la II Guerra Mundial respectivamente), la

formación de profesionales comprometidos en su implementación es un reflejo de estos tiempos. Hoy, en medio de neoliberalismo, individualismo, entre otros aspectos de la sociedad, es importante investigar los efectos reflejados en la actual formación de los profesionales en salud mental con respecto a la lógica de la atención psicosocial y las estrategias adoptadas para ese fin;

2- La Reforma Psiquiátrica como proceso civilizatorio es transversalizada por los logros para mejor calidad de vida, ciudadanía y libertad – a pesar de que, en el contexto neoliberal, las políticas sociales se han restringido a favor de un “Estado mínimo”. ¿Cuáles son los desafíos para la Comunidad Europea y Brasil hacia la sostenibilidad de las acciones de discriminación positiva inherentes (políticas compensatorias) en el proceso, teniendo en cuenta el estado del bienestar y las estrategias de transferencia de ingresos como el programa “Bolsa Familia” o universalidad del sistema de salud?;

3- En naciones con pluralidad cultural, intolerancia a la diversidad y que falta equidad económica, originando una estructura política compleja, ¿cómo funciona el proceso de participación social de los usuarios de servicios de salud mental?, ¿cuáles son los espacios de participación?, ¿existen movimientos organizados que efectivamente tienen poder de negociación en las articulaciones para garantías de derechos sociales específicos?;

4- En una sociedad marcada por el individualismo y la xenofobia, ¿qué indicadores pueden utilizarse para investigar la reinserción psicosocial de pacientes con trastornos mentales institucionalizados hoy? ¿Hay una ruptura con los prejuicios y las barreras sociales en la conquista de un nuevo lugar social para el loco o solo transfirieron su espacio de vivienda en asilos psiquiátricos para un aislamiento social en los espacios residenciales en la comunidad?;

5- En el territorio nacional, se encuentran comunidades que viven en condiciones de violencia y que se expresan en diversas esferas, sea en la esfera colectiva, la individual, en el medio familiar o en la vida urbana. Muchas veces esta violencia es creada a partir del confronto

entre grupos de control del tráfico de drogas al mantener su poder frente al abandono del Estado. Así, la violencia puede ser vista como el resultado de la difícil y sufrida realidad social cuyas fuerzas de producción son aumentadas según la construcción social. ¿Es posible, en estas comunidades cuya cultura es marcada por la violencia, mantenerse la sostenibilidad necesaria de una red de servicios en salud mental con resultados efectivos de las acciones psicosociales?

6 CONCLUSIÓN

Por todas las experiencias que se desarrollaron a partir de la VIII Conferencia Nacional de Salud, incluyendo la de las artes como movimiento de inclusión, la dimensión de la RPB que más se destaca es la reforma psicocultural, ya que muestra su importancia como dimensión de transformación de la relación social con la locura y su importancia para el campo de la Salud Mental en Brasil hoy (AMARANTE, 2017).

6.1 Con relación al primer objetivo específico

Vale la pena destacar: *analizar si una política dirigida hacia un proceso democrático, como propone la Reforma Psiquiátrica, tiene posibilidad de viabilidad de forma lineal y coherente, a pesar de los alegados límites establecidos a los municipios por la Ley de Responsabilidad Fiscal.*

Según los informantes, ha evidencias de que la Ley de Responsabilidad Fiscal⁹⁸ limita contrataciones. Los municipios recurren a contratos precarios a través del denominado tercer sector. Las contrataciones, en su mayoría son temporales, de esta forma afectan a la continuidad de los programas. El tercer sector, en opinión de algunos informantes claves, contratan por indicación de otros profesionales sin avaliar el conocimiento necesario para el servicio de atención psicosocial.

6.2 Con relación al segundo objetivo

⁹⁸ La Ley de Responsabilidad Fiscal, Ley Complementar n.º 101, es una ley brasileña de la gestión del presidente Fernando Henrique Cardoso que regula los gastos de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios, condicionándolos a la capacidad de recaudación de tributos de esos entes políticos. De esta manera los concursos para categorías profesionales limitaron el número de vacantes profesionales. (Wikipedia)

Analizar la importancia del cierre de camas psiquiátricas en el país, después de la aprobación de las leyes federales de reorientación de la Asistencia Psiquiátrica (Ley Federal n.º 10.216 de 06 de abril de 2001 - regula el modelo asistencial y el ingreso psiquiátrico, y “compulsorio”, Ley Federal n.º 10.708 de 31 de julio de 2003 – crea beneficio para “egresos” de hospitales psiquiátricos y otras leyes).

Los informantes entrevistados a partir de 2010, o sea, después de la Ley Federal n.º 10.216, señalaron la importancia de la reducción de camas como una estrategia para romper el modelo centrado en los hospitales. Su ámbito de aplicación, de resultados inmediatos, posibilita enfrentar el ciclo de producción de la enfermedad y una reordenación en la estructura económica de la Salud Mental.

Hay un informante que valora la reducción de camas psiquiátricas como un componente esencial del proceso de desinstitucionalización. Sin embargo, la superación del manicomio solo con el cierre de camas no es eficaz, la Reforma tiene un significado más importante que eso. Hay gerentes que cierran hospicios sin crear red sostenible con profesionales con lazos estables del SUS local, sin que él sea responsable de la calificación y montaje de servicios. Pero cerrar camas es fundamental, esto tiene que ver con camas dentro de la opción brasileña, CAPS III.

6.3 Con relación al tercer objetivo

Analizar, a través de los 20 últimos años de la creación del Sistema Único de Salud, la convergencia entre la implantación del SUS como política de reorientación en el campo social y la implicación de este en el movimiento de la Reforma Psiquiátrica.

Los informantes reconocen que los principios de la Reforma Psiquiátrica están relacionados con los principios del Sistema Único de Salud. Para ellos, los derechos institucionales y garantías que están incluidos en la Constitución promulgada en 1988, para

establecer el marco jurídico del SUS, favorecieron la construcción de la Reforma Psiquiátrica. Se debe tener en cuenta que, más tarde, el sistema de acogida en la asistencia en salud, propuesto por la Reforma Psiquiátrica, es ahora una estrategia de política nacional de humanización del SUS.

6.4 Con Relación a la Cuestión Psicosocial

La presencia de la atención psicosocial en la política de salud mental tiene un compromiso con los objetivos específicos presentados. Comenzando por la comprensión sobre los principios del SUS: universalidad, integralidad y equidad. El primer principio – la universalidad – comprende que todos tengan los mismos derechos de atención a la salud. Cabe reiterar que la noción de salud debe ser entendida en un contexto amplio que abarca el trabajo, vivienda y entretenimiento. El segundo principio – la integralidad – busca identificar la precariedad de los servicios de una determina región para disminuirla. El tercer principio – la equidad – no admite diferencias en la asistencia, respetando las diferencias individuales, atendiendo a todos de igual manera.

La Reforma Psiquiátrica adecuada a los principios del SUS exige gradualmente el cierre de los manicomios y determina la creación de redes alternativas para la atención psicosocial, lo que amplía su importancia como hilo conductor de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. No se puede separar la reforma de la atención psicosocial: a) con el cierre de los hospitales, el sujeto es retirado del aislamiento, volviendo a su territorio de origen, donde se deben implementar los servicios de atención psicosocial de base comunitaria. b) los servicios componentes de esa cadena deben tener potencialidades para promover una acogida de calidad a la crisis, construir nuevos vínculos afectivos y fortalecer los vínculos que fueron rasgados anteriormente. Se teje

una red de atención para aquellos que perdieron sus lazos familiares y están en condiciones de vulnerabilidad social.

Esos servicios deben generar una atmósfera afectiva, constituyéndose en un instrumento eficaz de empoderamiento a partir del trabajo. De esta manera, permiten que las desigualdades sociales sean disminuidas.

Los territorios de gran precariedad social, afligidos por la violencia, son los primeros a tener servicios con lechos de permanencia. La zona norte de Río de Janeiro es un claro ejemplo de esto, donde la precarización social es mayor y en donde surge el primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en tiempo integral, con dos turnos, mañana y tarde, incluyendo la alimentación para usuarios y trabajadores.

Con ese primer CAPS, se inicia en la zona norte una red de atención psicosocial que va a permitir el cierre de las instituciones asilares.

Sin dudas, la atención psicosocial y su lado interdisciplinario amplía la mirada sobre el hombre como un todo y no sobre un hombre compuesto apenas por su enfermedad.

Además, siendo de base comunitaria, facilita la integración dentro y fuera del servicio, permitiendo que los pacientes transiten en sus territorios, propiciando, por lo tanto, la inclusión social y buscando evitar, de esa forma, el estigma sobre personas con sufrimiento psíquico.

REFERENCIAS

- Alves, D. S. N. (1996, Abril). A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. *Texto apresentado em V Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial*, Roterdã, Holanda, Mimeo.
- Amarante, P. D. C. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (2015a) *Teoria e Crítica em Saúde Mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni.
- Amarante, P. D. C. (2017). *Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de [http:// laps.ensp.fiocruz.br/](http://laps.ensp.fiocruz.br/)
- Arias, A. M. C. (2015). Psicología Comunitaria: Posibilidades y Opacidades. *Psicogente*, 18(34), 253-259. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v18n34/v18n34a01.pdf>
- Arouca, S. (1983). *Abertura da 8 Conferência Nacional de Saúde Prof. Sergio Arouca* [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=NtdIGv8mfDI>
- Arretche, M. (2002, Septiembre). Relações federativas nas políticas sociais. *Educação & Sociedade*, 23(80), 25-48. doi:10.1590/S0101-73302002008000003
- Bakhtin, M. M. (1995). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec.
- Barnes, M., & Berker, J. (1983). *Viagem através da loucura* (2a ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: Desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Lemos Editorial.

- Basaglia, F. (2009). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Basaglia, F. (1982). *Scritti II 1968-1980: Dall'apertura del manicômio ala nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino, Itália: Giulio Einaudi.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Brasil. (2003). *Constituição da República Federativa do Brasil: Texto consolidado até a emenda constitucional nº 42 de 19 de dezembro de 2003*. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico.
- Britto, G. F. (2008). 1ª mesa de debates (Coordenação Paulo Amarante): “A diversidade e a cultura nas políticas públicas”. En P. Amarante, & R. Lima (Coords.), *Loucos pela diversidade: Da loucura à identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social Relatório Final* (pp. 45-55). Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental/Fiocruz. Recuperado de <http://rubi.casaruibarbosa.gov.br/handle/20.500.11997/7127>
- Cabrera, J. (2006). *O Cinema Pensa: Uma Introdução à Filosofia Através dos Filmes*. Rio de Janeiro: Rocco
- Camarotti, M. H., Silva, F. R. S., Medeiros, D., Lins, R. A., Barros, P.M., Camarotti, J., & Rodrigues A., (2005). *Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do DF (MISMEC-DF) Terapia Comunitária: Relato da Experiência de Implantação em Brasília – Distrito Federal*. Brasília, DF: MISMEC-DF.
- Caplan, G. (1980). Um modelo conceptual para prevenção primária. En G. Caplan (Ed.), *Princípios de psiquiatria preventiva* (pp. 40-69). Rio de Janeiro: Zahar.

- Capovilla, F. C. (Produtor), & Guidi, M. A. A. (Diretor). (1990). Recursos de hardware para análise experimental do comportamento humano [Filme VHS/NTSC]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Carrière, J. C. (2006). *A Linguagem Secreta do Cinema*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Citizens Commission on Human Rights [CCHR]. (2008). *CCHR Co-Founder Dr. Thomas Szasz, Professor of Psychiatry Emeritus* [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zQegsqYhuZE>
- Cechinel, A. Fontana S. A. P., Giustina K. P. D., Pereira, A. S., & Prado S. S. (2016) *Estudo/Análise Documental: Uma revisão teórica e metodológica*. Revista PPG UNESC Criar Educação, 5(1),1-7. Recuperado de <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/download/2446/2324>
- Cerqueira, L. (1965). *Pela reabilitação em psiquiatria: Da praxiterapia à comunidade terapêutica*. Rio de Janeiro: Participação.
- Cerqueira, L. (1984). *Realizações da coordenadoria de Saúde Mental em 1973: Psiquiatria Social*. São Paulo: Livraria Atheneu.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatria e antipsiquiatria* (Coleção Debates). São Paulo: Perspectiva.
- Cooper, D. (1968). *Dialética da libertação*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Costa, J. F. (2007). *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico* (5a ed.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Couto, R., & Albert, S. (2008). Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, 32(78-79-80), 49-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>
- Dallari, S. G. (1995). *Os Estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec.

- De Carlo, M. M. R. P., & Bartalotti, C. C. (2001). *Terapia ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus.
- Debord, G. (1997). *A sociedade do espetáculo: Comentários sobre a sociedade do espetáculo* (E. S. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Contraponto.
- Delgado, P. G. (1999). Atendimento psicossocial na metrópole: Algumas questões iniciais. En *Cadernos do IPUB*, (14), 113-122. Recuperado de <http://www.nuppsam.org/page6.php>
- Delgado, P. G. (2008). Painel temático (Coordenação Adair Rocha): “Patrimônio, difusão e fomento”. En P. Amarante, & R. Lima (Coords.), *Loucos pela diversidade: Da loucura à identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social Relatório Final* (pp. 76-87). Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental/Fiocruz. Recuperado de <http://rubi.casaruibarbosa.gov.br/handle/20.500.11997/7127>
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Disposición n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903*. (1903). Reorganiza a Assistência a Alienados. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>
- Disposición n.º 4.726, de 9 de junho de 2003*. (2003). Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm
- Disposición MS/MEC n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005*. (2005). Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6267

- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em revista*, 20(24), 213-225. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2216/1859>
- Eirado, A., & Passos, E. (2004). A noção da autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 77-85. doi:10.1590/S1413-73722004000100010
- Escorel, S., & Bloch, R. A. (2005). As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. En N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler, & J. M. Suárez (Eds.), *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS* (pp. 83-119). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S., & Teixeira, L.A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. En L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fagundes Jr., H. M., & Libério, M. A. (1997). A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: Estratégias de construção e desconstrução. *Saúde em Foco: Informe epidemiológico em saúde coletiva: Saúde Mental: A ética de cuidar*, 6(16), 30-35. Recuperado de <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/596>
- Faveret Filho, P., & Oliveira, P. (1990). A universalização excludente: Reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Revista de Sociologia e Política*, 33(2), 139-161. Recuperado de <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7358>
- Fernandes, V. R. (1996). A implantação do Sistema Único de Saúde em Angra dos Reis: A saúde vista como produção de vida. *Cadernos do IPUB: As Políticas Públicas no Município de Angra dos Reis*, (14), 2-25.
- Ferreira, G. (1996). De volta para casa: Prática de reabilitação com pacientes crônicos em Saúde Mental. En A. Pitta (Ed.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp.80-88). São Paulo: Hucitec.
- Ferreira, G. (2003). Panorama sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira no Rio de Janeiro: Do Manicômio Público ao Lar Abrigado. En I. B. Güntert & S. D. Tosi (Eds.), *Loucura*,

- Ética e Política: Escritos Militantes* (pp. 175-180). Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia.
- Ferreira, G. (2004, Mayo). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma questão de cidadania. *Actas del IX Seminario de la APEC: Pluriculturalismo y globalización – Producción del conocimiento para la construcción de la ciudadanía en Latinoamérica* (pp. 49-56), Barcelona, Asociación de Investigadores y Estudiantes Brasileños en Cataluña.
- Ferreira, G., & Jacó-Vilela, A. M. (2012). “Entrevista VI: Pesquisa de opinião Pública”, entrevista a Flávia Ferreira [Entrevista concedida à Nina Tedesco]. En G. Ferreira e A. M. Jacó-Vilela (Orgs.), *Cinema na Praça/Intervenção na Cultura*. São Paulo: All Print, 2012.
- Ferreira, G., & Fonsêca, P. (2000). *Conversando em casa*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Fiocruz. VideoSaúde. (2003). *Democracia é Saúde* [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/video/democracia-e-saude>.
- Fleury, S., & Ouverney, A. M. (2008). Política de Saúde: Uma política social. En L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 23-64). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Foucault, M. (1991). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Furtado, J. (2006). Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Cadernos de Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 785-795. doi: 10.1590/S1413-81232006000300026
- Galaz, C., & Prieto, R. (2006). *Economía Solidaria: De la obsesión por el lucro a la redistribución con equidad*. Barcelona: Icaria Más Madera.
- García, J. (2002). *Taula Rodona: Drets Humans i Salut Mental*. Ponencia presentada en las Primeres Jornades sobre Drets Humans i Salut mental, Ayutament de Barcelona, Barcelona.

- García-Bores, J. (2005). *Quaderns de Barcelona - Ciutadania i Drets: La càrcel en el entorn familiar observatori del sistema penal i els Drets Humans* Universidad de Barcelona. Barcelona: Crítèria.
- Guljor, A. P. F. (2003). *Os Centros de Atenção Psicossocial: Um estudo sobre a transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental* (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4710>
- Guljor, A. P., & Vidal, C. (2006). Centro de atenção psicossocial Vila Esperança: O papel das redes na estratégia de suporte à desinstitucionalização. In R. Pinheiro, A. A. Ferla, R. A. Mattos (Orgs.), *Gestão em redes: Tecendo fios da integralidade em saúde* (pp. 81-95). Rio de Janeiro: EDUCS.
- Held, D. (1997). *La democracia y el orden global*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (4a. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Javaloy, F., Rodríguez, A., & Espelt, E. (2001). *Comportamiento colectivo y movimiento social*. Madrid: Person Educación S. A.
- Kosik, K. (1989). *A dialética do concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Laing, R. D. (1968). O óbvio. En D. Cooper (Ed.), *Dialética da libertação* (pp. 13-31). Rio de Janeiro: Zahar.
- Laing, R. D. (1973). *O eu dividido: Estudo existencial da sanidade e da loucura* (A. B. Weissenberg, Trad.). Petrópolis: Vozes Ltda.
- Lancetti, A. (1989, Noviembre 10). Saúde Mental: Quem manda na Loucura?. *Teoria e Debate*, (8). Recuperado de <http://www.teoriaedebate.org.br/materias/sociedade/quem-manda-na-loucura> .

Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

Lei Federal n.º 10.216, de 6 de abril 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.

Lei Federal n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. (2003). Dispõe sobre a instituição do auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblio/textointegral>

Lei Federal n.º 6.229, de 17 de julho de 1975. (1975). Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <http://www.saude.gov.br/biblio/textointegral>

Lei Federal n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. (1993). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm

Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (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.

Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/legislaca/lei8142_281290.htm

Levcovitz, S. (2004). *Consolidado da direção técnica da intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras.* Paracambi, RJ: Casa de Saúde Dr. Eiras.

Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. doi:10.1037/amp0000151

Lima, M. E. A. (1998). A Psicopatologia do trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 18(2), 10-15. doi:10.1590/S1414-98931998000200003

Lima, N. T., Gerschman, S., Edler, F. C., & Suárez, J. M. (Eds.). (2005). *Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mamberti, S. (2008). Programa da Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoas em sofrimento mental e em situações de risco social: Mesa de abertura. En P. Amarante, & R. Lima (Coords.), *Loucos pela diversidade: Da loucura à identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social Relatório Final* (pp. 24-25). Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental/Fiocruz. Recuperado de <http://rubi.casaruibarbosa.gov.br/handle/20.500.11997/7127>

- Martins, R. (2008). Economia Solidária e Saúde Mental: Inclusão social pelo trabalho [Entrevista concedida a Danielle Bittencourt]. *Portal Eletrônico da COEP*. Recuperado de www.coeptbrasil.org.br
- Melo, W. (2001). *Nise da Silveira* (Pioneiros da Psicologia Brasileira, Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago.
- MELLO, L.C. (2015) *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Automática Edições.
- Merhy, E. (1997). O SUS e um dos seus dilemas: Mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho. En S. Fleury (Ed.), *Saúde e democracia: A luta do CEBES* (pp. 125-142). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- Ministério de Saúde. (2000). *Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Regulação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental*. Brasília: Ministério de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2003). *Portaria n.º 1.947, de 10 de outubro de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1947_10_10_2003.html
- Ministério da Saúde. (2007). *Saúde Mental em Dados 4* [Informativo eletrônico], 2(4), 1-24. Recuperado de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). *Saúde Mental em Dados 10* [Informativo eletrônico], 7(10), 1-28. Recuperado de <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>
- Ministério da Saúde. (2012, Outubro). *Saúde Mental em Dados 11* [Informativo eletrônico], 7(11), 1-24. Recuperado de

http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=183

2

Ministério da Saúde. (2015). *Saúde Mental em Dados 12* [Informativo eletrônico], 10(12), 1-48. Recuperado de

http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Ministério da Saúde, & Coordenação de Saúde Mental. (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Brasília, DF, Brasil..

Ministério da Saúde, & Previdência e Assistência Social. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde Mental. 17 a 21 de março de 1986. Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2003). *Manual do Programa de volta para casa*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Sm%20e%20economia%20solid%20ria.pdf>

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, & Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, 34*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde, & Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. (2007). *Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília.
- Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. (2002). *Legislação em Saúde Mental 1990-2002* (3a ed. rev. e atual.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, & Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (1988). *I Conferência Nacional de Saúde Mental - 25 a 28 julho de 1987: Relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, & Conselho Nacional de Saúde. (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, & Conselho Nacional de Saúde. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moljo, C. (s.f.). *La historia oral, como posibilidad de reconstrucción histórica, su relación con el Trabajo Social*. Buenos Aires: Mimeo. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000057.pdf>
- Monnerat, T. (1999). Práticas ampliadas em Saúde Mental: Desafios e construções do cotidiano. *Cadernos do IPUB*, (14), 89-94.
- Moreira, V. (2004). O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 447-456. doi:10.1590/S0102-79722004000300016
- MORIN, E.(2015) *Introdução ao pensamento complexo*. 5ª Ed. Porto Alegre: Sulina.
- Nicácio, M. F. S. (2001). Da instituição negada à instituição inventada. En A. Lancetti et al. (Eds.), *Saúde Loucura 1*. (2a ed., pp. 90-108). São Paulo: Hucitec.

- Nicácio, M. F. S. (2003). *Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental* (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311999/1/Nicacio_MariaFernandadeSilvio_D.pdf
- Nicácio, M. F. S., & Kinker, F. S. (1996). O desafio do viver fora: Construindo a cooperativa para todos. En C. M. P. Henriques, & F. C. B. Campos, (Eds.), *Contra a maré, à beira mar: A experiência do SUS em Santos* (pp. 121-131). São Paulo: Scritta.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde – SUS. En L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 435-472). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Oliveira, B. C. (2002). *Constituição da República Federativa do Brasil* (10a ed.). Rio de Janeiro: DP & A.
- Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde Mental no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-5. doi:10.1590/0102-311x00156119
- Organização para as Nações Unidas [ONU]. (2014). *Relatório do Desenvolvimento Humano: Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. Nova York: PNUD. Recuperado de <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>
- Organización Panamericana de Salud [OPAS]. (1990). *Reestructuración de la asistencia psiquiátrica. Bases conceptuales y caminos para su implementación: Memorias de la Conferencia Regional para la reestructuración de la asistencia psiquiátrica*. Caracas: IMN.
- Oury, J. (1976). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris: Payot.

- Pál Pelbart, P. (2008). 1ª mesa de debates (Coordenação Paulo Amarante): “A diversidade e a cultura nas políticas públicas”. En P. Amarante, & R. Lima (Coords.), *Loucos pela diversidade: Da loucura à identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoa em sofrimento mental e em situações de risco Social: Relatório Final* (pp. 29-37). Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental/Fiocruz.
- Passos, I. C. F. (2000). *Políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental: Experiências e modelos de discussão*. São Paulo: PUC.
- Passos, I. C. F. (2003). Cartografia da publicação brasileira em Saúde Mental: 1980-1996. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 231-240. doi:10.1590/S0102-37722003000300005
- Pereira, R. C. (2004). *Política de Saúde Mental no Brasil* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro RJ, Brasil.
- Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos Serviços de Saúde: Um campo de estudos e construção da integralidade. En R. Pinheiro, & R. Araújo (Eds.), *Os sentidos de integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 65-112). Rio de Janeiro: UERJ/ IMS - Abrasco.
- Pitta, A. (Ed.). (1996). *A reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Ramos, F. (2010). Formação, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental. *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Rangel Flores, Y. Y. (2014). El Modelo Histórico-narrativo, una propuesta para estudiar el riesgo en salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 70-74. doi:10.4321/S1132-12962014000100015
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. En F. Nicácio (Ed.), *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.

- Sánchez, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria: Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.
- Santos, M. (1991). *Metamorfosis do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, N. (1994). *Do Hospício à comunidade: Política Pública de Santa Catarina*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas.
- Santos, N. R. (2009). A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: Tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, 33(81), 13-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772003.pdf>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à realidade possível* (2a ed.). Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: Pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, 1(1), 1-15. Recuperado de <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/0>
- Sayão F. (2008). Painel temático (Coordenação Adair Rocha): “Patrimônio, difusão e fomento”. En P. Amarante, & R. Lima (Coords.). *Loucos pela diversidade: Da loucura à identidade da cultura: Oficina Nacional de Indicação de Políticas Públicas Culturais para pessoa em sofrimento mental e em situações de risco Social: Relatório Final* (pp. 70-75). Rio de Janeiro: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental/Fiocruz.
- Serrano, A. I. (1982). *O que é Psiquiatria Alternativa?* São Paulo: Brasiliense.
- Silveira, N. (1993, Junho). O Inconsciente é um oceano [Entrevista concedida a Márcia Guimarães]. *Jornal Rio Artes*, 2(10).
- Simon, H. (1937). Sobre la terapéutica por el trabajo. em H. Simon, *Tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales: 1ª Parte* (pp. 17-68). Barcelona: Salvat Ed.
- Sotomayor, C., & Fernandez, E. (Eds.). (2003). *Ciudadanía y democracia: Los presupuestos participativos*. Barcelona: Icarai Editorial.

- Telles, V., & Paoli, M. (2000). Direitos sociais: Conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. En M. Paoli, & V. Telles, *Cultura e política dos movimentos sociais Latino-Americanos: novas leituras* (pp. 103-148). Belo Horizonte: UFMG.
- Tenório, F. (2002). A Reforma Psiquiátrica Brasileira da década de 1980 aos dias atuais: Histórias e conceitos. *História, Ciências e Saúde Manguinhos*, 9(1), 25-59. doi:10.1590/S0104-59702002000100003
- Tófoli, L. F. (2012). A questão das drogas. *Revista Caras: Edição Especial Saúde*. 16(59).
- Torre, M. F. S. (2018). *Saúde Mental, Loucura e Diversidade Cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte-cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil* (Tese de Doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- UNESCO. (2005). Convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las Expresiones Culturales. *Acción Pedagógica*, (15), 136-148. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2968970.pdf>
- Vázquez, A. S. (1990). *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Veciana, I., & Olivé, R. (2002). *Discurs D'Inauguració*. Ponencia presentada en las Primeres Jornades sobre Drets Humans i Salut Mental, Ayutament de Barcelona, Barcelona.
- Viana, A. L. (1996). Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 30(2), 5-43. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8095>
- Vicherat, D. (2001). *Sociedad civil y desarrollo: Hacia la materialización de la libertad*. Recuperado de <http://www.iigov.org.dhial/p=10002>
- Vidal, A. S. (2002). *Psicologia Social Aplicada*. Madrid: Person Educacion.

Weber, M. (1979). Conceito e Categorias da Cidade (A. C. Peixoto, Trad.). In O. G. Velho (Org.), *O fenômeno urbano* (4a ed., pp. 68-89). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1921)

Yasui, S. (1989). CAPS: Aprendendo a perguntar. En A. Lancetti (Ed.), *Coleção Saúde Loucura* (Vol. 1, pp. 49-51). São Paulo: Hucitec.

APÉNDICES

Apéndice 1 - Cuestionario.....	259
Apéndice 2 - Carta – Manifestos de Bauru – em português.....	260
Apéndice 3 - Obra de Emydio de Barros (1895-1986)	261
Apéndice 4 - Resumen de la Evolución Histórica de la Reforma Psiquiátrica en Brasil	262
Apéndice 5 - Tabla de Autores Utilizados de Acuerdo con la Relevancia del Tema.....	265
Apéndice 6 - Leyes y Disposiciones de Salud Mental.....	269
Apéndice 7 - Otras leyes que contribuyeron para la Política de Salud	273
Apéndice 8 - Las preguntas y respuestas de los informantes claves con las Categorías operatórias y los indicadores se encuentran en el Apéndice.....	277

APÉNDICE 1 – Cuestionario

- ¿Podría decir el nombre, la edad y su trabajo? ¿Por qué motivo usted eligió trabajar con salud mental, que le motivó a eso?
- ¿Usted identifica relación entre las prácticas de RPB y los principios preconizados por el SUS? ¿De qué forma esas relaciones son establecidas?
- ¿Qué significa para usted el proceso de reducción de camas psiquiátricas dentro da RPB?
- ¿Como usted describe el actual contexto de políticas públicas del país? Dentro de ese contexto, existen mecanismos sociopolíticos que contribuyen para el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica Brasileña/Cuáles? ¿De qué forma? ¿Esos mecanismos son suficientes para la sostenibilidad da RPB? (En caso de negativa) Porque no?
- ¿Usted considera necesaria la existencia de espacios y mecanismos de control social? ¿En su opinión, la RPB proporciona esos espacios? ¿Como es su funcionamiento? ¿Existe capacitación para el control social? ¿De qué forma ocurren?
- ¿El equipo de Salud Mental realiza actividades en la (con la) comunidad? ¿Cuales? ¿Como son? ¿Cuáles son los resultados de esas actividades para o proceso de Rehabilitación Psicosocial?
- ¿De qué forma se realiza la entrada de profesionales hacia la red de salud mental? (¿Hay ponencias?) (¿Hay contrataciones? ¿Cuáles los criterios para esas contrataciones?)
- ¿Qué entiende usted por Rehabilitación Psicosocial? ¿Qué mecanismos identifica como propiciadores da Rehabilitación Psicosocial?
- ¿Cuáles las dificultades enfrentadas por los programas de Salud Mental en 1986?
- ¿Cuáles las dificultades que los programas enfrentan hoy?

APÉNDICE 2 - Carta – Manifestos de Bauru – em português

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

APÉNDICE 3 – Obra de Emydio de Barros (1895-1986)**Reprodução - Museu da Imagem do Inconsciente**

APÉNDICE 4 – Resumen de la Evolución Histórica de la Reforma Psiquiátrica en Brasil
Tabla producida por la autora

Periodo	Década de los 70	Década de los 80	Década de los 90	Tendencia de los años 2000
Gobierno	*Dictadura Militar	*Declive de la Dictadura Militar. *En el año 84, a través de elecciones parlamentarias resulta elegido el primer presidente civil. En 89 Primeras elecciones con votación Directa.	*Proceso Democrático	*Proceso Democrático.
Documentos	*Ley Federal n.º 6.229 del 17 de julio de 1975, que crea el Sistema Nacional de Salud.	*Informe de la 8ª Conferencia Nacional de Salud *Informe de la Iª Conferencia Nacional de Salud Mental. *Constitución Nacional (1988).	*Informe de la Declaración de Caracas (1990). *Nuevas directrices en la política de Salud Mental. *Ley Federal n.º 8.080 del 19 de febrero de 1990, se crea el SUS. *Informe de la II Conferencia Nacional de Salud Mental.	*Disposición G/M, n.º 106 del 11 de febrero de 2000, instituyendo las viviendas terapéuticas. *Ley Federal 10216 del 6 de abril de 2001. Creado para la reorientación del modelo asistencial *Ley Federal 10708 del 31 de julio de 2003. Creado para instituir asistencia fuera de la red hospitalaria. * Disposición MEC/MS n.º. 2117/2005. Crea la residencia posgrado multiprofesional en el área de la salud mental *Disposición GM N.º 154/2008. Propone la implementación de Núcleo de Atención

				<p>a la Salud de la Familia (NASFs).</p> <p>*Disposición n.º 1.190/2009. Instituye el Plan de Emergencia de Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras Drogas.</p> <p>*Ordenanza Presidencial n.º 7179/2010. Se crean los consultorios en la calle.</p> <p>* Disposición n.º 131/2012 Establece incentivos financieros para los servicios en el programa residencial, incluyendo las comunidades terapéuticas.</p>
Fundamentos	<p>*Separación entre el Estado y la Sociedad Civil.</p> <p>*Mirada reduccionista de la salud.</p> <p>*Privilegios de la red privada de la salud.</p> <p>*Bipartidismo,</p> <p>*Surgen movimientos a favor de una reforma en el sistema de salud: como el movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental y el Núcleo de Estudio del</p>	<p>*Sistema de Salud con los principios básicos: universalidad, descentralización y participación.</p> <p>*Surgen movimientos sociales que desean definir la ciudadanía a través de una sociedad equilibrada fundamentándose en valores democráticos.</p> <p>*Formación de bases sindicales.</p>	<p>Modelación de la Política de la Reforma en función de:</p> <p>*La participación (de los pacientes y de sus familiares).</p> <p>*La ciudadanía como conquista de derechos civiles, políticos y sociales.</p> <p>*Desinstitucionalización y concepto de territorio.</p> <p>*Sustitución de los manicomios</p>	<p>*Desarrollo del proyecto “De Vuelta a Casa” a nivel nacional con incentivos económicos a los familiares que se comprometan acoger a los pacientes en sus hogares.</p> <p>*Mayor tendencia a servicios no manicomiales.</p> <p>*Reorientación al modelo asistencial.</p> <p>*Política de salud orientada para la articulación de los nuevos servicios de los centros de atención diaria (CAPS) al Programa</p>

	<p>Sindicato de los Médicos y CEBES</p> <p>*Reorganización del Sector salud, todavía ineficaz. (cambio del modelo tradicional por el preventivo pero centrado en el ambulatorio)</p>	<p>*La consolidación del partido de los Trabajadores.</p> <p>*Se configura el inicio del proceso democrático</p> <p>*Exigencia de la Reforma Psiquiátrica en la I Conferencia Nacional de Salud Mental.</p> <p>*Intervención de la Casa de Salud Anchieta</p>	<p>por otras alternativas:</p> <p>Práctica red de los CAPS.</p> <p>Asociaciones de usuarios (colectivo anti manicomial)</p> <p>Desarrollo del proyecto "De Vuelta a Casa" en el Municipio de Angra dos Reis/RJ.</p>	<p>de Salud de la Familia.</p> <p>* Mayor preocupación de acciones para políticas de alcohol y drogas.</p>
<p>Sistemas de Salud</p>	<p>*Fragmentado, sin visión de integralidad.</p>	<p>*Garantía de la Salud como calidad de vida y visión integral de la salud.</p>	<p>*Rehabilitación psicosocial, con visión integrada en la salud Mental.</p>	<p>*Se profundiza la visión integradora del sistema la de salud mental considerando primordial las políticas sociales.</p>
<p>Servicio Prestado</p>	<p>*Medicalizador</p> <p>*Internación</p> <p>*Ambulatorios</p>	<p>*Servicios con talleres terapéuticos en salud mental.</p>	<p>*Viviendas terapéuticas.</p> <p>*Inserción social a través de la participación en el espacio comunitario.</p>	<p>*A través de servicios abiertos con el objetivo de lograr la inserción total tanto familiar como social. Prioridad en la implantación de servicios abiertos para desde de alcohol y otras drogas. Construcción de servicios con camas de acogida.</p>

APÉNDICE 5 – Tabla de Autores Utilizados de Acuerdo con la Relevancia del Tema

Tabela produzida pela autora

<p>Política de Salud e Implementación del SUS Reforma Sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amarante (1996); • Caplan (1980); • Cordeiro (2004); • Desviat, M. (1999); • Lima (2005); • Merhy (1997); • Santos (1994); • Escorel, S. y Bloch (2005); • Escorel, S. y Teixeira (2008); • Escorel, S. et al (2006) – pp. 182.
<p>Salud Mental Reforma Psiquiátrica Reforma Psiquiátrica en Brasil Rehabilitación psicosocial Desinstitucionalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alves (1996); • Amarante (2007); • Basaglia, F. (2009); • Cerqueira (1984); • Desviat, M. (1999); • Fagundes y Libério (1994); • Foucault, M. (1991); • Lancetti (1989); • Minayo, M. C. de S. (2004); • Nicácio, F. (Eds) (2001) e (2003); • Oury (1976); • Passos (2000);

	<ul style="list-style-type: none"> • Pitta.A (1996); • Rotteli, F. (1990); • Saraceno B. (2001); • Serrano (1982); • Tenório (2002); • Tófolis (2012); • Yasui (1989).
<p>Democracia Ciudadanía Movimientos Sociales Diversidad Cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Boaventura, S (1994); • Britto (2008); • Cooper (1968); • Debord (1997); • Delgado (2008); • Fleury y Ouverney (2008); • Javaloy, F. (2001); • Laing (1968); • Mamberti (2008); • Peter Pál Pelbart (2008); • Sayão (2008); • Sottomayor, C. y Fernández (2003); • Telles y Paoli (2000); • Velasco, J. (2003); • Vicherat, D. (2001).
<p>Territorio. Trabajo e Autonomía Cotidianeidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Castel (1978); • Cerqueira (1965);

	<ul style="list-style-type: none">• Delgado (1999);• Eirado (2004);• Ferreira (2000);• Furtado (2006);• Galaz y Prieto (2006);• Held, D. (1997);• Kosik (1989);• M. De Carlo e Bartalotti (2001);• Martin (2008);• Melo (2001);• Monnerat (1999);• Nicácio y Kinker (1996);• Pinheiro, R. (2001);• Santos, M. (1991);• Simon (1937).
Documentos	<ul style="list-style-type: none">• Carta de Bauru – Movimiento de Trabajadores de Salud Mental;• Informe de la 8ª Conferencia Nacional de Salud;• Informe de la Iª Conferencia Nacional de Salud Mental;• Informe de la IIª Conferencia Nacional de Salud Mental;• Informe de la IIIª Conferencia Nacional de Salud Mental;

	<ul style="list-style-type: none">• Informe de la IV^a Conferencia Nacional de Salud Mental.
Fundamentos legales	<ul style="list-style-type: none">• Leyes e Disposiciones de salud mental;• Otras leyes que contribuyeron para la política de salud mental.

APÉNDICE 6 – Leys y Disposiciones de Salud Mental

Tabla producida por la autora

Fecha/ Año	Leyes, Decretos y Disposición	Importancia	Descripción
1903	Disposición N.º 1132/03	Ley de Asistencia a los Alienados	Primera legislación brasileña específica que exige tratamiento obligatorio para los enfermos.
1991	Disposición N.º 189/91		Considera la necesidad de organizar una red de atención para personas con trastornos psíquicos en los municipios. Crea presupuestos para las acciones en salud mental
1992	Disposición N.º 224/92 N.º 224/92		Considera que los Núcleos/ Centros de Atención Psicosocial (NAPS/CAPS) locales regionalizados ofreciendo atención de cuidados entre el régimen ambulatoria y la hospitalización y que pueden constituirse una de las puertas de entrada de la red de servicios para acciones de salud mental.
11/02/2000	Disposición GM/MS N.º 106/ 2000		Instituye las viviendas terapéuticas con el objetivo de la reestructuración social de los portadores de trastornos mentales en el ámbito del Sistema Único de Salud - SUS enfatizando la necesidad de la implementación de políticas de mejoría de calidad a la asistencia de la salud mental cuya finalidad está en la reducción de los ingresos psiquiátricos.
06/04/2001	Ley Federal N.º 10.216/2001		Determina la reorientación psiquiátrica y, sobre todo, el control de los ingresos psiquiátricos compulsorios.
31/01/2002	Disposición GM/MS N.º 251/2002		Constituye miembros indicados por las Secretarías Estadales de Salud, y por el Ministerio de la Sanidad y establece directrices y normas para la asistencia

			hospitalario en psiquiatría, recategoriza hospitales psiquiátricos, define y estructura la puerta de entrada para ingresos psiquiátricos en la red del SUS.
19/02/2002	Disposición GM/MS N.º 336/2002		Establece que los Centros de Atención Psicosocial podrán constituirse en las siguientes modalidades de servicio: CAPS I, CAPS II y CAPS III, definidos por orden creciente de porte/ complejidad y abrangencia poblacional, conforme dispuesto en esa disposición.
20/03/2002	Disposición N.º 189/2002		Define la acogida/observación de pacientes en acompañamiento en los CAPS y también recursos nuevos disponibilizados por el Ministerio de la Salud.
09/06/2003	Disposición N.º 4.726/2003		El Ministerio de la Salud constituye la Disposición a través de la Secretaría del Trabajo y Gestión de Educación (SGTES), el objetivo principal de la organización de la formación de recursos humanos en el área de salud, así como proporcionar las políticas de desarrollo profesional y capacitación para el área.
31/07/2003	Ley Federal N.º 10.708/2003	La Ley crea beneficio para “egresos” de hospitales psiquiátricos.	Creado el programa De Vuelta para Casa, con incentivo financiero para facilitar el retorno a la familia y la sociedad de egresos de hospitales.
31/07/2003	Disposición GM/MS N.º 1.455/2003		Define incentivo financiero de la orden de R\$ 20.000,00 (veinte mil reales) para cada CAPS I; R\$ 30.000,00 (treinta mil reales) para cada CAPS II; R\$ 50.000,00 (cincuenta mil reales) para cada CAPS III; R\$ 30.000,00 (treinta mil reales) para cada CAPSi; habilitados en el país.
10/10/2003	Disposición GM/MS N.º 1.946/2003		Crea un grupo de trabajo vuelto para elaboración de propuestas de constitución del Fórum Nacional de Salud Mental de Niños y Adolescentes.

10/10/2003	Disposición N.º 1.947/2003		Destina recursos de la orden de R\$ 13.386.000,00 (trece millones, trescientos y ochenta y seis mil reales) previsto en el presupuesto de 2003-2004 para plan estratégico para expansión de los Centros de Atención Psicosocial de Infancia y Adolescencia (CAPSi).
20/01/2004	Disposición GM/MS N.º 52/2004		Crea el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria en el SUS.
30/06/2005	Ley N.º 11.129/2005		Basada en esta ley fue creada el 03 de noviembre de 2005 a Residencia Multiprofesional en el área de la salud.
03/11/05	Disposición MEC/MS N.º 2117/2005		Amplia la formación profesional en el país. Y, estas residencias, están guiadas por los principios y directrices del SUS a partir de las realidades y necesidades locales y regionales. Abarca las profesiones del área de salud, es decir, la biomedicina, las ciencias biológicas, la educación física, la enfermería, la farmacia, la fisioterapia, la fonoaudiología, la medicina veterinaria, la nutrición, la odontología, la psicología, el trabajo social y la terapia ocupacional.
24/01/2008	Disposición GM N.º 154/2008		Propone la implementación de Núcleo de Atención a la Salud de la Familia (NASF) con la finalidad de fortalecer los equipos de salud de la familia en la atención en salud mental, recomienda la contratación de un profesional en el área de salud mental.
04/06/2009	Disposición N.º 1.190/2009		Instituye el Plan Emergencia de Ampliación del Acceso al Tratamiento y Prevención en Alcohol y otras Drogas en el Sistema Único de Salud – SUS

20/05/2010	Ley Federal N.º 7179/2010		Crea los Consultorios en la Calle como importante dispositivo público de la red de atención en salud mental, buscando ampliar las políticas de salud orientada para el consumo perjudicial de alcohol y otras drogas por población de las calles, por medio de acciones de promoción, prevención y atención primaria en el espacio de la calle.
23/12/2011	Disposición N.º 3090/2011		Establece nuevas propuestas de financiación para las Viviendas Terapéuticas.
25/01/2012	Disposición N.º 122/2012		El Ministerio de la Salud con la finalidad de fortalecer los consultorios de la calle exige o complementar los recursos humanos y financiación.
25/01/2012	Disposición N.º 123/2012		Define los criterios de financiación y el número máximo de equipos para el Consultorio en la Calle.
26/01/2012	Disposición N.º 131/2012		Establece incentivos financieros de R\$ 15.000.00 (5,538 mil euros, en diciembre de 2012) para los servicios en el programa residencial, incluyendo las comunidades terapéuticas.
15/04/2013	Disposición N.º 615/2013		Normativas sobre el incentivo financiero de inversión para construcción de centro de atención psicosocial (CAPS) y unidades para alojamiento, según la red de atención psicosocial para las personas con trastorno mental los que sufren incluso aquellos con necesidades resultantes del uso de cocaína, crack, alcohol y otras drogas en el marco del sistema único de salud (SUS).

APÉNDICE 7 – Otras Leyes Que Contribuyeron Para La Política de Salud

Fecha/año	Leyes, Decretos y Disposición	Importancia	Descripción
24/01/1923	Decreto N.º 4.682/23	Ley Eloy Chaves	Regula las Cajas de las jubilaciones y Pensiones (CAPSi), en cada una de las empresas de ferrocarriles en el país — para sus empleados, incluyendo el derecho a la asistencia médica, descuentos en los precios de los medicamentos, jubilaciones y pensiones. La iniciativa legal, a través del Decreto citado, faculta al Estado republicano la responsabilidad en la regulación de beneficios, sobre todo a la asistencia médica.
29/06/1933	Decreto N ° 22.872/33		Jubilaciones y Pensiones, institutos según cada categoría de trabajo (Banco, Comercio, Armada) y entre los que, poco a poco, son incluidas a las CAPS.
13/01/1937	1ª Ley orgánica de la salud		Ley que objetiva las conferencias y para implicar el gobierno federal, así como los gobiernos estatales, en el establecimiento de políticas de salud y en la obtención de subvenciones y fondos para esto.
21/11/1966	Decreto N.º 72/66		Reunió a los institutos de pensionistas y jubilados en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS).

17/07/1975	Ley Federal N.º 6.229/75		Sistema Nacional de Salud (SUS) define la responsabilidad de la salud en la que se delega al Ministerio de Sanidad las prácticas de salud pública y al Ministerio del Bienestar Social la asistencia médica, destinando a este último la regulación en la distribución de recursos.
1988	Constitución Federal		Regulación do SUS
1989	Ley N.º 3.657/89	A forma inicial presentada por el Diputado Paulo Delgado	Reorientación para Asistencia psiquiátrica.
1990	Ley orgánica de la salud		Establece las conferencias que permite la participación y el control de la población en la organización de servicios a través de la organización de cuerpos colegiados y consejos de salud formados por los usuarios de los servicios de salud y representantes del gobierno local en números iguales.
1990	Ley N.º 8.080/90		Establece el SUS, define que “la mitad de los recursos destinados a Estados y Municipios se distribuirán según el coeficiente de su división por número de habitantes, independientemente de cualquier procedimiento previo”
28/12/1990	Ley N.º 8.142/90	La Ley N.º 8.080/1990 es complementada por esa Ley.	Establece los consejos de salud y define que la transferencia de recursos de salud entre

			<p>las esferas de Gobierno para transferencias destinadas a Estados y municipios, existen criterios, tales como: perfil demográfico de la región; perfil epidemiológico de la población a cubrir; características cuantitativas y cualitativas de la red de salud; rendimiento técnico, económico y financiero en el período anterior; niveles de participación del sector salud en el presupuestos estatales y municipales. Por lo tanto, las transferencias a los municipios son realizados a través de los Fondos Municipales de Salud y también dependen de los objetivos y prioridades establecidas en la Ley de Directrices del Presupuesto.</p>
1991	1a Normativa Operacionales Básicos (NOB)		<p>Establece normas y procedimientos para la realización de la descentralización de las acciones de salud y servicios basados en criterios que garanticen la autonomía de los municipios, estas normas son justificadas por la Constitución Federal y las Leyes Orgánicas de la Salud.</p>
7/12/1993	Ley Orgánica de Asistencia Social N.º 8.742/93	Esta ley está ubicada en este trabajo entre las Leyes de la política de salud porque en su	<p>Proporciona garantía mínima requerida para el de las necesidades básicas. La protección de la familia, maternidad, infancia,</p>

		contexto, organiza lo que se considera básico para la cualidad de salud de la población.	adolescencia y vejez; garantía de 1 (un) beneficio mensual del sueldo mínimo a la persona con discapacidad y personas mayores que demuestran que no tienen medios de proporcionar su propio mantenimiento.
04/05/2000	Ley Complementaria N.º 101/2000	Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF)	Trata de imponer al control del gasto de los estados y municipios, sin perjuicio de la capacidad de recaudación de impuestos de estas entidades políticas.
20/08/2007	Ley GM/ MS N.º 1996/ 2007		Creó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). Esta Ley establece que las Secretarías de Salud de los Estados deben fortalecer la gestión del sector y los procesos de desarrollo, para lograr la integralidad de la salud individual y colectiva y ampliar la participación de la sociedad en las decisiones políticas del SUS.

APÉNDICE 8 – Las preguntas y respuestas de los informantes clave con las categorías operatorias y los indicadores se encuentran en el apéndice

CATEGORIA OPERATÓRIA: MECANISMOS DE GESTÃO

INDICADORES A *PRIORI*:

Relação da RPB com o SUS

Mecanismos Governamentais para desenvolvimento humano

Financiamentos previstos para a RPB

Limites da Responsabilidade Fiscal

Distribuição de Recursos Humanos

Leitos Psiquiátricos

PERGUNTAS

- **¿Usted identifica la relación entre las prácticas de la RPB y los principios preconizados por el SUS? ¿De qué forma esas relaciones son establecidas?**
- **¿Lo que significa para usted el proceso de reducción de camas psiquiátricas adentro de la RPB?**
- **¿Como usted describe el actual contexto de políticas públicas del país? ¿Dentro de ese contexto, existen mecanismos sociopolíticos que contribuyen para o desarrollo de la RPB? ¿Cuáles? ¿De qué forma? ¿Esos mecanismos están siendo suficientes para la sustentabilidad de la RPB? (En caso que diga no) ¿Por qué no?**

Relação da RPB com o SUS

Com a minha experiência pratica, eu acho que a reforma ela tem tudo a ver com o SUS, ela complementa o SUS. Na verdade em termos históricos, a reforma psiquiátrica, ela vem junto com o SUS, cada um do seu modo. Essa questão da influência de teoria, por exemplo, que eu aprendi, era de que? De quem ajudou os profissionais que estavam no campo a produzir diferença na sua prática foram autores foram pessoas, que produziam teorias a partir de sua experiência seja acadêmica, ou também como profissional da ponta e acadêmica. Foram essas pessoas que interferiram no profissional que estava na ponta, produzindo um mal estar. (...) Eu sempre me baseio, assim, os princípios fundamentais do SUS são os princípios fundamentais

da reforma psiquiátrica. Então, como que nós vamos pensar em acessibilidade, como que é que vamos pensar territorialidade, resetorialidade e controle social. Isso agregado à reforma psiquiátrica em que a gente visa não mais apenas curar o, a intenção não é curar o sujeito, mas fazer com que esse sujeito tenha um sentido na sociedade, se reconheça na sociedade, a sociedade o reconheça a partir daquilo que ele traz de particular, singular dele. E nesse trabalho de articulação, como eu trabalho tanto com profissionais da saúde mental como profissionais da saúde, (...) eu percebo muito que os profissionais que estão no campo da saúde, eles resistem à saúde mental, que eles dizem que não têm conhecimento sobre a saúde mental, e eu sempre procuro mostrar que eles têm conhecimento sobre a pessoa, sobre o sofrimento humano, todo mundo tem. Então essa questão é na verdade, muitas vezes é uma resistência pra você receber mais uma classificação (...) a saúde mental ela acaba sendo um programa: eu tenho que conhecer saúde mental para poder receber os usuários de saúde mental, assim como eu tenho que conhecer sobre tabagismo para poder receber o cara que quer parar de fumar (...) É uma lógica dentro da Saúde Pública hoje, essa lógica da fragmentação dos programas, ela muitas vezes dificulta (...) Pra mim isso é muito confuso por que quando as pessoas pensam dessa forma elas não estavam trabalhando com o conceito fundamental que o SUS tem, da integralidade, isso mexe muito comigo. (...) Eu tento entender qual é o nó hoje da relação da reforma com a saúde, que é muito isso. A saúde mental ela faz parte dessa fragmentação do campo da saúde (...) o que eu costumo dizer para as pessoas é que uma coisa é você tratar de alguém de fato você precisa saber como tratar, outra coisa é o acolhimento. Pra mim acolhimento está na ordem da escuta. (...) É você garantir que aquela pessoa tem acesso ao que ela precisa dentro do seu território. (...) Quando você nem acolhe o outro e junto com o outro constrói possibilidade, de dialogação, de tratamento, enfim, ainda tem muita dificuldade de construção da rede. (...) Pra mim o mais importante é isso (...) você garantir o acesso acolhendo e no mínimo ouvindo o que aquele sujeito tem a dizer. Eu acho que esse princípio do SUS ele é fundamental para poder dar alguma sustentabilidade pra reforma psiquiátrica também, então acho que tem tudo haver.

[A.C.S.S. Silva]

Nós iniciamos os dois movimentos juntos, eles são muito próximos. (...) O legal e o próprio sistema de financiamento, eles são, um está dentro do outro. Por exemplo, quando nós deslocamos... no início dos anos 90 nós tínhamos 96% de recursos da saúde mental voltados para o sistema hospitalar, apenas. Então, quer dizer, qual foi à estratégia do movimento? Foi ocupar esse posto do Ministério da Saúde e pensar essa estratégia de reforma no ponto de vista da normatização do SUS, dentro do SUS e de seu financiamento e ocupando esse espaço

político dentro da gestão do SUS. (...) E estados onde a coordenação estadual teve um papel importante, de fazer um trabalho orgânico com a Secretaria de Saúde pra gestar coordenações de saúde mental, programas, estratégias e serviços específicos. Então essa gestão é toda feita de forma orgânica, dentro do sistema do SUS e nos vários níveis. E uma das estratégias importantíssimas dentro da reforma é o sistema de financiamento. Como pensar uma estratégia de valorizar os serviços extras que estão lá, de forma que o próprio gestor municipal se interesse por isso? Um gestor do SUS (...) Então, quer dizer, tem toda uma estratégia dentro da política do SUS que é necessária. Então, quer dizer, não tem jeito de pensar a reforma, organizá-la, fora do arcabouço do SUS. Agora, a questão é como você articular o princípio da integralidade, do cuidado com a saúde mental? Esse é um dos problemas complicados, e tem a ver, eu diria, com a estrutura das políticas sociais até mais global no país, por quê? Por que no Brasil, quando se fez um movimento sanitário mais forte, a saúde saiu na frente de um tipo de assistência que a gente chama comunitário, integral e ao mesmo tempo orgânico ao local de moradia da pessoa. (...) Você tem um tripé: (...) a saúde vai, com o sistema de saúde, são acompanhados por um sistema de assistência social e sistema educacional, com educação integral, e muito bem integrados esses três campos. O que aconteceu no Brasil? A educação é muito precária, a assistência social, muito pobre, e quem parte na frente desse tipo de assistência, vamos dizer, mais orgânica? A população é essa aí, vamos dizer, da miséria social. Administrar que é muito complicado. Então quando a gente fala de uma atenção integral significa uma atenção que se refere a todos os grupos direcionados, cada um, todos os aspectos de vida. E isso significa um trabalho intersetorial medonho, incluindo aí reforma urbana, aspectos de infraestrutura de serviço, transporte, etc... Então isso é um triplicado de problemas e a saúde saiu na frente sozinha. E ela tem uma pauta complicadíssima, uma pauta muito lenta que entra nutrição, aspectos habitacionais, sanitários, saúde e saúde mental. As equipes, elas ficam sobrecarregadas de trabalho quando você não tem o sistema de assistência social funcionando bem. E aí o SUAS [Sistema Único de Assistência Social] só foi criado agora, em 2005. E a educação integral, a educação de qualidade, funcionando muito precariamente. Então nesse campo (...) uma reforma psiquiátrica bem sucedida ocorre quando você tem todos esses serviços funcionando de forma um pouco mais sustentável na comunidade. Vamos voltar na história. Se você pega, por exemplo, a crítica ao hospital psiquiátrico, ela já ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos e na Inglaterra desde os anos 80. Dentro do século dezenove, você sabe que o hospital – apesar de todos os alienismos e etc. – o hospital ele cresceu e ele criou o campo de concentração. Agora como é que você sustenta esse cuidado de comunidade? Isso só ocorre quando você tem políticas sociais sustentável e de boa qualidade pra todas as pessoas, se você oferecer serviços

sociais, de saúde, etc., de boa qualidade, o nosso cliente da saúde mental o que comoveria sempre. Quer dizer, o único grupo que teria cesso a esse cuidado de qualidade na comunidade. [Caso contrário], os outros grupos, todos entrariam na psiquiatria pra obter esse suporte social. Então só é possível uma reforma psiquiátrica com sucesso se você tem o mínimo de sustentabilidade dessas outras políticas. Esse foi um alerta que eu fiz em 92 aqui. Quando se tinha um grupo do movimento querendo acabar com os hospitais psiquiátricos de imediato, eu disse: “olha, isso vai gerar negligência social. E a economia política do processo da reforma exige que você construa, gradualmente e em paralelo, outras redes assistência social e educação e etc., e do próprio SUS, que sustentem esse processo de atenção na comunidade”. E eu diria que esse é dilema de se fazer reforma psiquiátrica do país também. **[E.M. Vasconcelos]**

O Brasil e os países da América Latina, (...) nós iniciamos um esforço (...) com um sistema populista que vem dos anos 30. Isso de forma muito voltada para os grupos sociais de maior importância econômica: os grupos trabalhadores. Quando nós começamos a preocupação com sistemas universais de saúde e de assistência social – isso já na década de 60 – nós entramos no ciclo militar, da ditadura militar, que atrasou a construção desse sistema. Quando nós saímos, na entrada dos anos 80, (...) a luta democrática dos movimentos sociais populares, ela forçou o Brasil a entrar nessa pauta da cidadania, dos direitos sociais universais, e que vai dar na Constituição nossa de 88 e no SUS. Acontece que quando nós saímos do ciclo militar, nós já estamos defasados em relação a crise mais geral do estado e das políticas sociais. (...) Colocamos como pauta criar serviços universais pra população como um todo, serviço de massa, no momento em que essa própria proposta já estava em crise no mundo capitalista como um todo, em crise e com o neoliberalismo no nosso calcanhar. Então pra nós ficou muito mais dramático construir esse sistema do que para os países europeus que já tinha construído isso, né. Capitalismo tardio tem esses dilemas. Então, ao mesmo tempo que você tem que construir, realizar, uma tarefa democrática social que vem atrasada, ao mesmo tempo, as condições pra implantar isso são muito deterioradas, já. Então a implantação do SUS e da reforma psiquiátrica e do sistema de assistência social e do sistema de educação pra todos é uma luta permanente por melhores condições, melhor financiamento, vontade política etc. Quer dizer, e avança mais aonde você tem um pouco mais de sustentabilidade política, como no caso do SUS no Brasil, e na assistência social vem muito, e a educação também, vem muito a reboque nesse processo, né. (...) Pra nós construirmos, fazer, realizarmos a Reforma Psiquiátrica, é o fio da navalha. Por quê? Se você avança muito sem construir essa rede, você tem risco de negligência social, de desconstruir muito rapidamente um hospital, (...) e sem ter essa rede construída, de

sustentável, de serviço. E eu diria que nesse sentido o Brasil tem um diferencial de muito outros processos, e eu acredito que nós estamos fazendo de forma razoavelmente responsável para aqueles que estavam dentro do hospital psiquiátrico. **[E.M. Vasconcelos]**

Olhe só. A gente estabeleceu, pelo menos, aqui em Sergipe, né... em Aracaju, mas em Sergipe também atualmente a gente tem ido ao extremo dos princípios constitucionais do SUS, na medida em que a gente tem falado muito em garantir acesso para as pessoas. Então, para garantir acesso, a gente tem que aumentar a capacidade instalada, a gente tem que aumentar os serviços, tem que abrir os serviços para garantir acesso. Uma das diretrizes que fala muito com as nossas diretrizes é a questão da equidade. Para trabalhar a equidade, a gente tem inserido no nosso trabalho o acolhimento, que é também um conceito que fala muito de universalidade e equidade. Então, a gente tem trabalhado com o acolhimento, que é um conceito, uma diretriz da saúde mental e da saúde pública. Acolhimento, vínculo e responsabilização. Tudo isso para garantir a equidade, a universalidade e a integralidade. E a descentralização, na medida em que agora no Estado, a gente tem trabalhado junto com os municípios para que eles executem a saúde mental, para que eles façam monitoramento e avaliação dos seus serviços juntamente com o Estado. Então, a gente tem elaborado uma parceria muito próxima com os municípios, tendo sempre no norte, no horizonte, os princípios do SUS: responsabilização, universalidade e a integralidade como objetivo. **[A. R. S. de Lima]**

Eu acho que sim identifico relação e acho inclusive que não haveria Reforma psiquiátrica se não houvesse o Sistema Único de Saúde no nosso país, Acho que existem âmbitos e conhecimentos específicos, trajetórias específicas (...) mas uma forte intercessão, interferência um no outro, (...) tanto de concepção, de princípios, quanto de práticas (...) O SUS tem três grandes princípios: a descentralização, a participação e a integralidade. A integralidade inclui o tema da saúde mental no SUS, desde a questão da subjetividade, como em trabalho em Rede, multidisciplinar, o que tem todos os desdobramentos do tema da integralidade. De uma construção de uma outra clínica e de um outro cuidado. (...)O segundo que é a descentralização é que situo como principal estratégia a municipalização da saúde, e hoje regionalização. A municipalização e a provocação de que os municípios criassem Sistemas Locais favoreceu que os municípios assumissem para si temas como o da saúde mental e do sofrimento psíquico e criassem serviços aí. E o terceiro que é o da participação que inclui no SUS o controle social através de conselhos e conferências também foram decisivos e acho que esse é um dos principais pontos de convergência e de sinergia, inclusive, que é a possibilidade do

reconhecimento do cidadão de direitos onde a inclusão do portador de sofrimento psíquico e do seu protagonismo, assim como dos trabalhadores e não só nos espaços de serviço como espaços de deliberação e construção de políticas públicas, da saúde e da saúde mental, como o que ocorreu nas conferências de saúde mental (...) E das práticas da Reforma Psiquiátrica, (...) por exemplo, o acolhimento foi uma proposta vinda da saúde mental das práticas da Reforma Psiquiátrica, (...) a Reforma se propôs a trabalhar diretamente com as pessoas em sofrimento e em crise nos serviço porta aberta e foi criando uma modalidade de atendimento que se chamava acolhimento, este acolhimento hoje é um eixo de uma estratégia da política nacional de humanização e do SUS, que incluiu por sua vez no SUS, a avaliação de risco, Então, nós temos no SUS acolhimento com avaliação de risco. E agora a avaliação de risco do SUS nós podemos utilizar no CAPS também. (...) O questionamento da clínica e a proposta do trabalho em equipe, de plano terapêutico dentro de uma clínica ampliada tem uma inspiração na prática da Reforma Psiquiátrica. Hoje a clínica ampliada é eixo e estratégia da política nacional de humanização. Então, na verdade, houve uma reciprocidade e uma sinergia entre as práticas da Reforma e o Sistema Único da Saúde. No dia a dia o que a gente pode ver aí as mais variadas composições, eu tenho encontrado municípios em que a rede de serviços de saúde mental é bastante evoluída inclusiva, significativa pra cidade em termos de protagonismo e criação de atores sociais e que a rede de saúde é muito precária e tenho visto municípios em que o sistema de saúde é bastante acessível, adequado com alguma qualidade em que a saúde mental não é. E juntar a saúde com a saúde mental, os dois fortes e robustos, nós temos alguns exemplos fortes no Brasil como o de Campinas e Belo Horizonte e temos Aracajú hoje também. Aracajú é mais recente e é muito bonito a experiência lá, tanto na área de saúde como na rede de cuidado em saúde mental a integração da saúde mental com o SAMU, na regulação, a criação de serviços é bem importante. Em Fortaleza também tem dado mostra de que está construindo (...) mas como todo ele é novo mas está formando um sistema, tanto de saúde como de saúde mental que promete consistência, não se pode dizer porque a vida é curta ainda né. **[S. M. S. Fagundes]**

Eu tenho compreendido que a reforma psiquiátrica é uma política de humanização do SUS. Além de colocar em questão a instituição asilar e de confinamento, ela propõe alternativas, e experiência exitosas, no tocante ao cuidado fora do ambiente hospitalar, quer dizer, é um cuidado em liberdade. E ela afirma o direito à liberdade, ela afirma o princípio da universalidade, e a gente tem vivido isso muito fortemente aqui em Alegrete. E a nossa experiência, a gente avalia, que ela tem sido exitosa porque a gente construiu com a participação social, a participação popular, e dos usuários, colocando nas mãos dos usuários, nas mãos dos

técnicos, nas mãos dos gestores, as responsabilidades pelo gerenciamento desta política. Então a gente vê assim, se não tiver assim, esses princípios norteadores, nós não conseguiríamos construir hoje o que a gente chama de um sistema municipal de atenção integral à saúde mental, que a gente carinhosamente botou o nome de Faias Mental, que dá ideia dos faiadeiros, dos acharqueados, que tem tudo a ver com nossa região aqui. (...) Que foi a cultura que desenvolveu essa região na primeira metade do século passado. Então a gente traz esse elemento cultural, que projetou a região da fronteira oeste como um lugar de desenvolvimento, a gente faz essa coisa dos sais, com o elemento pra que, pra que a gente possa reposicionar o sujeito no processo de desenvolvimento regional que a gente vive. (...) Não é uma coisa só de tirar o louco do hospital, mas é tirar o hospital de dentro da cabeça das pessoas (risos). Mais ou menos isso. **[J. Ferrari]**

Eu acho que a reforma psiquiátrica tem tudo a ver com a proposta do Sistema Único de Saúde, inclusive porque ela historicamente tem o mesmo berço, (...) foram gestadas num mesmo caldeirão de ideias, e também em um mesmo movimento político-social no final da década de 1960 e início da década de 1980, onde toda uma geração de pensadores da área de saúde, e militantes mesmo, construíram essa proposta que acabou sendo consolidada na constituição de 1988. Então, acho que esse berço comum já é um elemento que mostra as profundas relações entre os dois campos. Eu acho que, por outro lado, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é vanguarda, num certo sentido do próprio SUS, porque ela talvez... Até porque é impossível se construir uma política de Saúde Mental sem que ela tenha as características de um sistema orgânico de forte inserção comunitária, com regulação social. Quer dizer, toda lógica da Reforma Psiquiátrica, tudo que ela demanda, exige um sistema com as características do Sistema Único de Saúde. Talvez em outras áreas da saúde, principalmente as áreas de tecnologia mais de ponta, seja mais fácil a tentação de se iludir de que é possível se desconectar de um sistema público unificado para alguma coisa mais segmentada, embora seja também uma ilusão, mas é uma ilusão pelo menos que dá para você alimentar. No caso do campo da Saúde Mental, essa é uma ilusão que não dá para alimentar; a não ser que essa pessoa não estiver, de alguma maneira, em contato com a realidade; estiver completamente desconectado, na torre de marfim, vamos dizer, da Academia ou de algum outro canto. Então, eu acho que as características do campo, os problemas que a gente precisa abordar, que são basicamente problemas de grande densidade social, eles não tem como ser abordados sem uma lógica de saúde que seja ampliada, que seja, realmente, como a gente chama, de base territorial. Então eu acho que não é à toa que a Reforma Psiquiátrica tem iluminado a própria construção do Sistema. Frequentemente, eu

ouço colegas de outras áreas dizerem: “Poxa! Mas como vocês estão avançados em relação ao sistema público de assistência!”, o que mostra essa percepção de fora de que, realmente, talvez mais do que outras áreas, a área de saúde mental é a que melhor coloca em prática, ou que procura colocar em prática os princípios formadores do Sistema Único de Saúde. **[F. Ramos]**

São todos os princípios do SUS que justificam a saúde mental, né. A equidade, o acesso, a universalidade, não é? Tudo isso são os conceitos que justificam toda essa prática de não-exclusão, né. Quer dizer, eu acho que a saúde mental entrou muito fortalecida aí, porque...é... tinha um discurso da exclusão, e o SUS colocava exatamente isso também, o acesso da clientela. Então, sempre uma coisa justifica a outra. É, eu acho que é a discussão antes da Reforma Psiquiátrica, mais no campo da saúde mental ou da psiquiatria, era o incômodo com a exclusão que os hospitais, as formas de tratamento no hospital psiquiátrico, produzia. Essa que era a grande discussão e com o SUS, isso possibilitou... com a reforma sanitária, isso possibilitou essa aliança, que o discurso se integra. O discurso da participação popular, o discurso da saúde como um direito, então eu acho que aí foi um ponto de integração. E aí toda a lógica sanitária de organização, de planejamento da saúde mental meio que foi se aproximando dessa lógica e trabalhando com isso. **[F. S. Diaz]**

A gente nota vários personagens historicamente... na Reforma Psiquiátrica tiveram papel importante da reforma sanitária. (...) Inclusive eu conheci o SUS pela Reforma Psiquiátrica. Primeiro na minha cabeça era a desmanicominação; eu inclusive, é muito engraçado, eu não gostei da medida de saúde preventiva. Achei aquele papo de SUS um saco. Os professores não souberam ... aí eu fui ver em toda a beleza que tinha. Comecei a atender (...) e eu fui aprendendo o SUS por aí. Então quando a gente fala de equidade, isso tem a ver com a Reforma Psiquiátrica; quando você fala de universalidade, tem tudo a ver com Reforma Psiquiátrica; e acima de tudo, onde eu pego que é pra mim mais caro, é o viés da integralidade. Eu acho que esse é um dos pecados da Reforma Psiquiátrica, quando ela se torna muito fechada no seu gueto. Ela até discursa sobre a integralidade, mas ela não sabe o que ela tá falando. E as políticas públicas atuais de Saúde Mental oficiais, elas fecham a Saúde Mental... o NASP agora é uma exceção. Mas mesmo dentro do NASP ele ainda é fechado dentro de uma, a estrutura da... do NASP, do NASP ainda é uma visão excessivamente pautada pela Saúde Mental. Os gestores que fizeram a... que a gente sabe que foi o pessoal não foi capaz de olhar além daquilo que eles sempre olhavam. E o NASP (...) deveria ser um espaço de troca real. Isso que eu defendo: uma troca

real. Não que você vá lá na atenção básica trazer os valores e os princípios que são úteis. É, o que me incomoda é o utilitarismo. [L. F. Tófoli]

Nós iniciamos os dois movimentos juntos, eles são muito próximos. Você pega lá em 78, você já vem no movimento de renovação médica que dá no movimento da reforma sanitária, e depois esse movimento da psiquiatria – eles caminham junto. Depois, por exemplo quando começam ações integradas de saúde em 82, quer dizer você tem toda uma estratégia junta de criar os serviços ambulatoriais nos anos 80 e depois em 87 e 88 da Constituição e vamos dizer, acabou-se o constitucional do SUS, eu diria vamos estabelecer as bases pra reforma. Então não tem jeito de você pensar as duas coisas separadas. O próprio sistema de financiamento, eles são um está dentro do outro. Por exemplo, quando nós deslocamos, no início dos anos 90 nós tínhamos 96% de recursos da saúde mental voltados pro sistema hospitalar, apenas. Então quer dizer, qual foi à estratégia do movimento? Foi ocupar esse posto do ministério da saúde e pensar essa estratégia de reforma no ponto de vista da normatização do SUS, dentro do SUS e de seu financiamento e ocupando esse espaço político dentro da gestão do SUS. E aí, Brasília vai ter um papel importante, e o papel das coordenações estaduais, municipais também. E estados onde a coordenação estadual teve um papel importante de fazer um trabalho orgânico com a secretaria de saúde pra gerar coordenações de saúde mental, programas, estratégias e serviços específicos, então essa gestão é toda feita de forma orgânica dentro do sistema do SUS e nos vários níveis. E uma das estratégias importantíssimas dentro da reforma é o sistema de financiamento. Como pensar uma estratégia de valorizar os serviços extras que esta lá, de forma que o próprio gestor municipal se interesse por isso, um gestor do SUS, ele é um gestor do SUS ele. “Olha, fazer um serviço de assistência psicossocial é mais importante, me dá mais recursos pra eu gerir como capital político pra gestão política, do que fazer ambulância, terapia que ia mandar pro hospital psiquiátrico no município vizinho, mais próximo.” Então tem toda uma estratégia dentro da política do SUS que é necessária, não tem jeito de pensar a reforma, organizá-la fora do arcabouço do SUS. Agora a questão é como você articular o principio da integralidade do cuidado com a saúde mental, esse é um dos problemas complicados; e tem haver, eu diria, com a estrutura das políticas sociais até mais global no país. Porque no Brasil, quando se fez um movimento sanitário mais forte, a saúde saiu na frente de um tipo de assistência que a gente chama comunitário, integral e ao mesmo tempo orgânico ao local de moradia da pessoa. Você tem um tripé que forma ao mesmo tempo, que é a saúde vai com o sistema de saúde são acompanhados por um sistema de assistência social e sistema educacional, com educação integral e muito bem integrados esses três campo. O que aconteceu no Brasil? A

educação, muito precária; a assistência social, muito pobre; e quem parte na frente desse tipo de assistência, vamos dizer mais orgânica... A população é essa aí, da miséria social. Administrar que é muito complicado. Então quando a gente fala de uma atenção integral significa uma atenção que se refere à todos os grupos direcionados, cada um, todos os aspectos de vida, e isso significa um trabalho intersetorial medonho, incluindo aí, reforma urbana, aspectos de infra estrutura de serviço, transporte etc... Então isso é um triplicado de problemas, e a saúde saiu na frente sozinha e ela tem uma pauta complicadíssima, uma pauta muito lenta que entra nutrição, aspectos habitacionais, sanitários, saúde e saúde mental. As equipes, elas ficam sobrecarregadas de trabalho quando você não tem o sistema de assistência social funcionando bem, e aí o SUAS só foi criado agora em 2005 e a educação integral, a educação de qualidade funcionando muito precariamente. Então nesse campo, e eu acho que aí que está um diferencial, é pensar como é que se dá uma reforma psiquiátrica que ela deveria ter um pé, quer dizer uma reforma psiquiátrica bem sucedida ocorre quando você tem todos esses serviços funcionando de forma um pouco mais sustentável na comunidade. **[E.M. Vasconcelos]**

O SUS, nós estamos fazendo agora 30 anos, nós estamos fazendo 30 anos da, do lançamento da proposta do SUS, então eu to fazendo, eu to fazendo uma revista, pelo CEBES, né, dos 20 anos do SUS e dos 30 anos da proposta do SUS. Não sei se você sabe, até da questão da, (...) a questão democrática na área da saúde, né, é o texto que o CEBES elaborou, que apresentou em 79 na Câmara de Deputados, do Primeiro Simpósio de Saúde, que o Arouca que leu, e que chama questão... A questão democrática na área da saúde, que apresentava os princípios do SUS. Que foi uma estratégia fantástica do CEBES, o CEBES era um, um, uma entidade muito ligada aos partidos de esquerda, muito especificamente, muito especificamente ao Partido Comunista Brasileiro, o Arouca era do Partido Comunista, foi candidato a vice-presidente do Partido Comunista depois, foi deputado eleito do Partido Comunista, né, e Davi Capistrano, o pai dele foi fundador do Partido Comunista brasileiro, e por aí afora, mas tinha partidos, não era um partido, não era uma entidade do Partido Comunista, mas era uma entidade de partido de esquerda, muito particularmente o Partido Comunista Brasileiro, o PC do B também tinha alguns quadros, o PT depois que foi criado, tinham quadros históricos do PT, Isabel Picaluga, foi do CEBES, e por aí afora, né, e depois o próprio Davi Capistrano virou petista, né. Então, mas como influenciar na política? Tá entendendo? Se o CEBES fosse visto como o grupinho de sanitaristas dos partidos comunistas e de esquerda, subversivos de maneira geral, formulando uma política, ele jamais sairia do seu lugar, ficaria como partido fundamentalista, jogando bombinhas aqui, explodindo foguete ali em Israel, ou qualquer coisa assim, mas local. Como

fazer um documento que influenciasse a política nacional, então foi a questão, a proposta da Questão Democrática na Área da Saúde, não era questão socialista, não era questão comunista, questão democrática, escolhemos a questão da democracia como valor universal, estratégia gramsciniana, né, foi uma discussão política, eu me lembro demais disso, ajudei a digitar a proposta do SUS, Gina, digitar, datilografar, eu tenho texto, com a minha Letter A22 (?), uma maquininha, eu era o garoto, né, o Arouca mais velho, o Ézio Cordeiro, eu era o tarefeiro da, sobrava pra mim, né, menino, tal, eu, o Temporão, ainda era também mais novo e tal, do que a turma, Temporão tava lá também no grupo. Então a ideia era pensar numa, num projeto de política que primeiro, o usuário participasse, isso é revolucionário, claro que é socialismo isso, revolucionário, era democrático, tivesse a participação, então o SUS tem isso e Reforma Psiquiátrica também, fazendo um paralelo, o sujeito participar, na Reforma sanitária as pessoas entendem mais, ah o cardíaco, né, o nefropata (?), tudo bem, mas o doente mental, é que as pessoas ficavam, não, mas espera aí, mas ele não é doido, ele não pode e tal, não, mas ele pode também, pode. Como a gente fazia junto, isso, a legitimidade do Arouca, outras pessoas, Davi Capistrano, tem até, não, pode sim, a gente aprendeu na escola lá dos preconceitos, que o doente mental é incapaz, não sei o que, mas não, ele pode participar, ele tem, eu to vendo na prática que ele pode, vejo pelos parceiros, nós que somos os técnicos da saúde mental que damos uma, certo aval, mostrando, olha as pessoas são cidadãos, você pode falar sim, a doutora Nise também e outros tantos, Luiz Cerqueira, tá vendo, são cidadãos, que falam e que ao são, essa loucura, ah incapazes de pensar, de discernir, de participar, então, a participação é revolucionária, a participação política no SUS, a ideia é você criar canais de participação, tá lá no primeiro documento, as Conferências, os Conselhos, os espaços de participação, democracia participativa, e de democracia vegetativa, de você escolher representantes, participar desse processo, escolher os delegados e definir propostas, etc., isso é um dos aspectos que eu acho que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são revolucionárias e tem, não são a mesma coisa, porque Reforma Psiquiátrica, sempre se falava, mas como o louco participar? Eu entendo que o doente clínico, tal, deve pensar, deve discutir, mas como o louco? A outra questão é a questão da, da, da descentralização do poder, né. Então você centraliza de tal maneira, que o poder de decisão fica muito próximo a quem mora aqui, o Distrito Sanitário, conceito que saiu um pouco de moda, mas que era muito importante, e é importante ainda, e às vezes em mais cidades do que o Rio de Janeiro, ficou muito dominado, até pouco tempo, por uma política de oposição muito forte entre o governo do estado, município, e tal, uma cidade macro, cidade de São Paulo também, né, apesar de experiências... **[P. Amarante]**

A descentralização é um outro aspecto também revolucionário do SUS. Nas políticas internacionais, né, não tem nenhuma política assim tão radicalmente descentralizada, embora o SUS tenha sido inspirado, em parte, na Reforma Sanitária italiana, a lei da Reforma Sanitária italiana que é 883, 883, não é, que é de dezembro de 78, também, que ela inclusive foi depois da Reforma, da lei da Reforma Psiquiátrica, que é 13 de maio de 78, que inspirou um pouco a discussão na Itália, a lei 833, 8, 833, de 12 de dezembro de 78, ela centraliza e criou a USL, a Unidade Sanitária Local, né, mas nada foi tão assim, radical quanto o SUS, por causa de participação social, é a ideia de que o gestor local é o responsável pela política de saúde. Então isso também foi um aspecto fundamental do SUS, né, que nasceu nessa discussão do projeto da, da Reforma Sanitária, e que a Reforma Psiquiátrica também utilizou, que a ideia da, de centralização favoreceu a ideia dos atores sociais, do familiar, do usuário participar mais ativamente, mas proximamente, e não apenas ser objeto das políticas públicas, né. E um outro aspecto eu acho, que do SUS, né, que é revolucionário além da participação, da descentralização, é da democratização, é a concepção de saúde, que o SUS trouxe, é que a ideia que saúde não é doença, a OMS fala isso e tal, mas ninguém na prática falava da saúde como uma área intersetorial, na política de saúde como intersetorial, como transdisciplinar etc., então que o SUS trouxe, a ideia de que saúde é qualidade de vida. Por isso o documento do CEBES, A Questão Democrática na Área de Saúde, trazia a questão da democracia para a saúde, a verdadeira democracia, não é aquela só que as pessoas votam, tem direito a votar, participar, é aquela que as pessoas vivem melhor, né, e tem qualidade de vida, e isso tem, diz respeito ao setor saúde. Então, eu acho, então, essa foi a, isso o SUS realmente, ele foi, ainda, apesar, das limitações, dos problemas, ele é uma, é uma política revolucionária. E administrativamente a questão do único, você lembra que quando começou a ideia do SUS foi em 79, mas quando ele começou a ser implantado. (...) Depois é regulamentado na, em 90 com a Lei 8080, teve a, uns, tiveram assim, uns antecedentes do SUS, né. Assim, o CONASP, o Plano do CONASP e o SUDS, então era Unificado e Descentralizado em Saúde, então, porque as pessoas tinham confusão, então a ideia do Unificado, do Único, que depois veio a ser o SUS, originalmente em 79 era único, único do sentido de ter um comando único para as ações de saúde, que era a ideia da integração, da rede, e tudo isso, que é um dos grandes desafios ainda hoje, a ideia de que o Sistema de Saúde tem uma Rede de todos os Serviços, de qualquer tipo de instituição, mas ela tem um comando único, que é o gestor local, que é o Secretário, eu não gosto do termo gestor, né, prefiro Secretário, ainda, que o gestor é muito anunciativo, parece alguma coisa...mas..., e o Conselho Municipal de Saúde que administraria a Rede. **[P. Amarante]**

Eu fui formado e educado no processo constituição do SUS, né, historicamente e aí do ponto de vista pessoal, eu fui formado, ou melhor, deformado (risos), com a questão da Reforma Psiquiátrica. Que, que é uma questão assim, originalmente lá, na experiência, na experiência italiana, a reforma psiquiátrica já era uma solução de compromisso. Do que uma, no cerne da experiência triestina, ou, naquilo que durante alguns anos se convencionou, aquilo que chamava de alternativas as psiquiatria, redes, rede? Alternativas a psiquiatria! Não seria uma reforma da psiquiatria, mas uma alternativa a psiquiatria, né, o fato de tentar sair dos paradigmas médicos, psiquiátricos e pensar outra afirmação, eu criticava quem fundou, é muito 68, é outra sociedade, é outro mundo, outro ser humano que deveria tá vendo, então, mas, como tava aquilo é solução de compromisso, com o tempo foi se configurando a ideia de reforma mesmo. Que acho que também é a maturação da ideia, num momento mais radical, de ser radicalmente contra toda e qualquer instituição, e num certo momento você se dá conta de que inevitavelmente você constitui novas instituições, né. Então, que é um certo diálogo que tem entre Basaglia e Sartre, ele cita uma ideia de que, aquela frase do Sartre de que as instituições são libertárias enquanto estão sendo feitas, e são opressoras quando já feitas. Então isso é totalmente incorporado no processo italiano, no processo triestino, né, de que é inevitável que ela se institucionalize, que se, que se torne, a gente tem que tá sempre então pensando em gerar novas instituições, romper e não gerar novas. Bom, aí, esse, essa, essas formas de formar, de pensar e tal, no Brasil, quando eu voltei, né, não colava, né, muito difícil que isso tomasse uma ressonância, e forçando o que, veja, em 82, 83, 84, a gente ainda tava sob a ditadura, então todo pensamento, vamos chamar, crítico, dirigia-se basicamente a sair da situação da ditadura, né. É quase que assim, ah, a sociedade burguesa, organizada, civil, né, é o máximo, porque a gente tava aquém disso. Então era tipo, anacrônico pensar sobre os registros europeus na realidade brasileira, então, por outro lado, pela própria, vamos chamar assim, curta história do país, a ideia de instituir, veja, uma constituição, leis que organizam as relações sociais, leis que organizam os partidos, sindicatos e depois o SUS, tudo isso era instituinte, né? Então assim, embora, embora, sem, sem uma grande revolução, em si também já era uma grande revolução, (risos) entendeu. Era instituinte! E isso era importante, né, se não é, se não, vamos chamar assim, não trabalhava em torno de abstrações, tipo liberdade, tipo discussões abstratas sobre a liberdade, faltava coisas mais concretas em relação a institucionalização de direitos, instituições, vamos dizer, relações mínimas, né, da vida civil, né, e eu acho que isso era importante. Então, é esse contexto de construção do país que eu acho que primeiro conecta a Reforma com a constituição do SUS e a questão da reforma psiquiátrica no Brasil, né, porque, de uma certa forma, e acho que essa é uma das estratégias importantes que aqui, o grupo de São Paulo, aqui a gente tinha um núcleo

chamado Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental, tentamos assim, de uma certa forma, pensar o seguinte, que era importante conectar a ideia da constituição da cidadania do brasileiro, porque a gente tava saindo da situação de não cidadania pra situação de cidadania, né, com o final da ditadura, e no mesmo trem embarcar os loucos. E eu acho que essa é uma das coisas que se colocava, e aí, tentar trabalhar, construir a metáfora que as relações mais caricatas que o manicômio traz em relação a caricatura da ditadura, a caricatura de uma sociedade opressora, destruidora, e tal. Então em cima dessa associação de metáforas, é que a gente começou a poder ter introdução com outros segmentos, né, e ganhar algum espaço de, de audiência em relação a questão do louco e a Reforma. Porque se não houvesse essa, esse cenário, vamos chamar assim, de mais tolerância, de mais, vamos chamar, sede de direitos, sede de ser cidadão, talvez a reforma não tivesse a mesma história que teve, é só observar os outros países, tipo Argentina, Uruguai, Chile, onde a reforma é muito, muito atrasada técnica, menos politizada. Eu acho que a história brasileira tem muito particular essas conjugações. Então, nesse aspecto, vamos chamar assim, da construção de uma sociedade nova, SUS e a Reforma, elas se coadunam, como o contexto histórico. Em termos de princípios, os princípios do SUS em termos de universalidade, cuidado... Eles fazem sentido pra Reforma se você radicaliza, né, se você, vamos chamar assim, tempera isso com uma veia sessentoeitista. Uma veia, um tempero de 68. Porque se você deixar só na esfera assim, vamos chamar, da racionalidade, do bom senso, né, tem todas as justificativas pra manter as coisas muito bem organizadas. Que a gente teve de fato experiências, vamos chamar assim, dentro do bom senso e da boa vontade progressista, experiências concretas, e acho que uma das mais evidentes foi que no meio dos anos 80 eu acho, a Colônia Juliano Moreira lá de Salvador, ela foi reformada e construído um hospital moderno, né, um hospital moderno de arquitetura moderna, de concreto a vista, toda bem planejada, como todo manicômio, planejado com todas as coisas e tal, em poucos anos essa casa virou um lixo total, igualzinho ao antigo, o antigo ainda era mais bonito, porque arquitetonicamente era mais bacana, o novo era uma prisão de concreto, suja, onde os gatos tinham mais bem, eram mais bem cuidados que os pacientes. Então, não é que isso foi produto assim, de uma mente ditatorial e, vamos dizer assim, atrasado, não, era a expressão de um certo racionalismo, de uma certa racionalidade reformista, só que entre aspas, bem pensado, sobre bases técnico-científicas e tal, e deu, deu no que deu. Então, eu, penso que essa conjugação entre momento do final da ditadura, o espírito de constituição de uma sociedade nova, disponibilidade pra construir uma sociedade nova, formata a constituição do SUS e a Reforma... [R. T. Kinochita]

Mecanismos Governamentais

Olhe só, eu acho que... Certo. Eu acho assim, que atualmente a gente dispõe de muito mais políticas públicas do que há alguns anos atrás. Eu acho que a dificuldade das políticas públicas, elas são até pensadas, muitas delas são pensadas e elaboradas. No entanto, a execução é muito difícil, de muitas delas. Então, depende muito às vezes de vontade política do gestor. E é onde a coisa pega, né. Onde a gente tem dificuldade. Por exemplo, políticas públicas nas áreas sociais, eu acho que já... tem o SUAS, tiveram algumas mudanças e algumas propostas nessa área. Mas a execução delas, de fato, ainda carece de um aprofundamento, eu acho que historicamente a gente tem avançado. No entanto, a gente percebe na prática ainda muita carência da execução mesmo, do acompanhamento, avaliação dessas políticas. **[A. R. S. de Lima]**

Você tem uma política nacional, que é a política de governo, que foi pautada nos movimentos sociais, né, por exemplo, a lei Paulo Delgado, que foi aprovada em 2001, que tramitou durante 12 anos e foi aprovada, não com toda a força do contexto original. (...) As políticas públicas na área de saúde mental, elas, elas tem objetivos muito claros pelo Ministério da Saúde. No entanto, quando a gente passa à prática dos municípios, prefeitos e governantes, não há uma... assim... não há uma... como é que eu digo... não tem uma obrigação, não tem algo que diga assim, que eles têm que fazer, que é imprescindível fazer. Então, os municípios, muitas vezes, implantam a seu bel-prazer. Tomam como base a portaria e botam coisas diferentes. A lei de CAPS, por exemplo. Eles implantam coisas diferentes, baseados na portaria do CAPS e põem o nome de CAPS, quando na verdade, não é substitutivo, não tem essa clareza de seu papel social, ou sócio-político, né, como você está falando. **[A. R. S. de Lima]**

Se a gente vai para o quadro do desejável, nós vemos enormes fragilidades (...) se a gente vai de onde a gente partiu e como está hoje, nós vimos falhas, fortalezas que se encontram nesse momento (...) As políticas públicas no Brasil em geral, elas tem o grande mérito por elas serem inauguradas com a democratização e de considerar o cidadão como o cidadão de direitos e colocar o Estado com o dever de prover. Então, ainda tem uma concepção de Estado, tem uma concepção de bem estar social e de democracia, o problema é que esta nossa Constituição foi feita em 88 e de lá pra cá o que o Brasil teve e o mundo foi um avanço em relação as políticas neo-liberais de buscar um (...) Estado Mínimo, Então,, nós temos uma divisão que não foi

resolvida no Brasil, entre ter uma proposta constituinte, chamada Constituição Cidadã de uma concepção de Estado de Bem Estar Social e depois uma prática principalmente de desenvolvimento e econômica baseada no Estado Mínimo que busca o Estado Mínimo, Então, as nossas políticas públicas – que têm como suporte, o Sistema Único de Saúde na Constituição; as crianças no Estatuto da Criança; os idosos no Estatuto dos Idosos; (...) todos têm um movimento de direitos. (...) A sua doutrina é ótima, mas todos eles ficam prejudicados em acesso da população e inclusão e equidade da população em relação a estas políticas por um Estado que ainda é frágil e que tem forças importantes em políticas econômicas que buscam provar a incompetência do Estado e portanto o Estado precisa ser mínimo. (...) Nós sofremos isso e sofremos no sentido de que 20 anos depois se tú não conseguir traduzir essas doutrinas em real benefício pra população, elas começam a cair num descrédito numa situação de insegurança muito grande e de violência e aparecem (...) propostas de para-Estado que nós já conhecemos, muito autoritárias e de desrespeito as pessoas e aí nós temos os extermínios, os movimentos de volta para a pena de morte, não de volta, de incluir a pena de morte, de diminuir a idade penal de criminalização , inclusive dos movimentos sociais como o Movimento dos Sem Terra. **[S. M. S. Fagundes]**

Primeira questão que a gente do Movimento da Luta Anti-Manicomial e da Reforma Psiquiátrica sempre pontuamos dentro do cenário brasileiro, é que a gente pudesse compreender tanto o movimento quanto a reforma como algo de transformação das categorias de análise, do que que produz a loucura, do que que é a loucura. Então assim, isso sempre foi muito difícil porque o tensionamento do setor hospitalocêntrico medicamentoso e manicomial sempre foi muito forte, no sentido de dizer que essa política era uma política aproveitadora ou incipiente, ou que não tinha dado certo nos outros países e nos outros lugares, e que no Brasil também não iria se consolidar. Então uma das coisas que eu vejo que é forte no nosso movimento aqui no estado do Rio Grande do Sul, e aí na história aqui de Alegrete, é a capacidade de articular a política da reforma psiquiátrica às políticas públicas, e aí mudar conceitos e mudar, e construir, uma coisa assim, ações em conjunto com os outros setores. Então assim, na real, quando tu fala de mudança sócio-política, a gente pode ver assim, os nossos usuários se apropriando, por exemplo, do espaço de planejamento da cidade, coisa que isso nunca poderia ser pensado né. Ajudando a construir leis pro município, o usuário nos seminários falando sobre o que que ele pensa que é educação no mundo, o que que representa um processo de hipermedicalização na vida dele. Então, assim, é um processo de constituição de um protagonismo, mas protagonismo enraizado com a conjuntura da vida do mundo. **[J. Ferrari]**

A gente conseguiu colocar usuário no ensino regular, usuário nosso que era analfabeto chegou a se formar na faculdade nesse processo dos vinte anos, certo. Quer dizer, isso é mudança não só individual da pessoa, mas é de consolidação de um novo estado de coisas, assim, numa parceria dos outros setores de compreender o que a gente vem fazendo. Então nós criamos aqui no estado do Rio Grande do Sul o conceito de saúde mental coletiva, e que é um conceito que não só aponta pra um processo, mas coloca o sujeito como responsável de mudar as instituições, e de mudar, transformar aquilo que faz sofrer. E transformar oferecendo e dando opinião sobre outras coisas, outras propostas. É um sujeito político. **[J. Ferrari]**

Eu acho que não [os mecanismos sócio-políticos não são suficientes], primeiro porque ainda precisa avançar muito mais. A gente tem ainda desigualdades muito grandes no país. A gente tem desigualdades não só na pirâmide social, mas regionais, imensas. Quer dizer, não dá para pensar – longe de poder pensar – o Brasil como um país homogêneo. Se for pensar, a região norte e a região sul, sudeste e norte, e centro-oeste, você tem diferenças absurdas de acesso, de informação, de nível educacional da população, de renda *per capita*. Enfim, aonde você pensar, qualquer indicador que você pensar, social ou econômico, você tem diferenças absurdas. E isso tem que se considerar. Um outro aspecto que eu acho importante, que tem a ver também com a etapa de desenvolvimento econômico do país e que isso tem importância. É ainda um desequilíbrio muito grande entre as mega e grandes cidades, e as cidades de porte menor. Para a Reforma Psiquiátrica, eu acho que esse é um grande desafio: poder fazer, de fato, com que o processo avance de uma forma mais visível nas grandes cidades, particularmente nas duas mega cidades, Rio e São Paulo. Quer dizer, a complexidade dessas cidades tem dificultado o processo. E de uma maneira meio paradoxal, mas fácil de entender: é nessas cidades onde estão concentrados os formadores de opinião. Então, isso gera a seguinte situação: os formadores de opinião vêm a reforma, tal qual ela se mostra nessas cidades, onde, realmente, ela está aquém da proposta. A gente sabe o porquê, tem a ver com essa complexidade, com variáveis muito mais complexas, mas numerosas e mais intrincadas. Mas o fato é que, na realidade, isso serve para aqueles que se opõem à Reforma como um bom argumento, afinal de contas... Em compensação, nas cidades de porte médio, nas cidades menores, é evidente para quem conhece o país que o processo é um sucesso absoluto; tem experiências maravilhosas Brasil à fora acontecendo, mas elas não tem a mesma visibilidade, há uma desproporção e isso é ruim. O retrato [que é divulgado é deformado], caricatural por conta também da distorção no país. É um

país ainda muito concentrada a população, nessas poucas cidades. Em países com situação mais estável, econômica, você tem uma distribuição melhor da população. **[F. Ramos]**

Eu acho que depois da Constituição, da questão da seguridade social, é, começou uma virada nas políticas públicas do país. Cada vez mais, as políticas públicas se fortalecem, crescem, passam a ser exatamente o que está ali dentro da Constituição: um dever do estado e um direito do cidadão. (...) Agora, [avança] com as suas dificuldades. Por exemplo, a participação, talvez nesse período, a participação popular tenha caído em algumas situações, alguns enganos, alguns engodos, algumas formas de fazer política que realmente não inovaram tanto e caíram em algum tipo de clientelismo em algumas situações. Então, se convive com os dois mundos: o mundo da renovação e o mundo anterior. Mas de qualquer maneira, ter colocado como uma, mais que uma necessidade, uma imposição, isso realmente ainda é muito ambicioso. Tem chance de dar certo ainda. **[F. S. Diaz]**

Agora, ampliando mais ainda, quando a gente fala de política pública no Brasil, eu acho que a política pública por excelência é saúde, educação. E eu acho que por incrível que pareça tamos até razoavelmente bem na área da saúde; nós somos péssimo na educação, péssimos. Grande decepção, o governo Lula, grande decepção. Dava muito mais, é isso aí. **[L. F. Tófoli]**

Bom, no momento a gente tem já alguns [mecanismos]. (...) [Ter] uma coordenação de Saúde Mental na reforma é importante, isso não pode ser diminuído, isso é de grande valor. **[L. F. Tófoli]**

Eu to falando do que eu acho que é o obstáculo, o que facilita. O que é um fato. Nós avaliamos, nós fazemos despesas intuitivamente. [Na] Saúde Mental, uma coisa que eu acho que poderia ser melhor é o controle social. **[L. F. Tófoli]**

Você tem. Por quê? Vamos voltar na história. Se você pega, por exemplo, a crítica ao hospital psiquiátrico; ela já ocorre, por exemplo nos Estados unidos e na Inglaterra, desde os anos 80, dentro do século dezenove. Você sabe que o hospital apesar de todos, os alienismos e etc. o hospital ele cresceu e ele criou o campo de concentração. Agora como é que você sustenta esse cuidado de comunidade? Isso só ocorre quando você tem políticas sociais sustentáveis e de boa qualidade pra todas as pessoas. Se você oferecer serviços sociais, de saúde etc. de boa qualidade, o nosso cliente da saúde mental [seria] o único grupo que teria acesso a esse cuidado [psíquico]

de qualidade na comunidade, [caso contrário] os outros grupos, todos entrariam na psiquiatria pra obter esse suporte social. Então só é possível uma reforma psiquiátrica com sucesso se você tem o mínimo de sustentabilidade dessas outras políticas. Esse foi um alerta que eu fiz em 92 aqui, quando se tinha um grupo do movimento querendo acabar com os hospitais psiquiátricos de imediato. Eu disse: “olha, isso vai gerar negligência social e a economia política do processo da reforma exige que você construa gradualmente e em paralelo a outras redes assistência social e, educação e etc. e do próprio SUS que sustentem esse processo de atenção na comunidade” e eu diria que esse é dilema de se fazer reforma psiquiátrica do país também. **[E.M. Vasconcelos]**

Eu diria acho o seguinte o Brasil e os países da América latina e particularmente do sul, nós iniciamos um esforço, eu diria com um sistema populista que vem dos anos 30 e quando, quer dizer, isso de forma muito voltada pros grupos sociais de maior importância econômica, os grupos trabalhadores. Quando nós começamos a preocupação com sistema universais de saúde e de assistência social isso já na década de 60, nós entramos no ciclo militar, da ditadura militar que atrasou a construção desse sistema, quando nós saímos na entrada dos anos 80, e nós estamos saindo desse ciclo aí a luta democrática de dos movimentos sociais populares ela forçou o Brasil a entrar nessa pauta da cidadania dos direitos sociais universais e que vai dar na constituição nossa, de 88 e no SUS. Acontece que quando nós saímos do ciclo militar nós já estamos defasados em relação a crise mais geral do estado e das políticas sociais de, vamos dizer, como chama, eu diria, venezianos que vinha da segunda guerra pra cá, então eu diria assim, colocamos como pauta criar serviços universais pra população como um todo serviço de massa no momento em que essa própria proposta já estava em crise no mundo capitalista como um todo, em crise e com o neoliberalismo no nosso calcanhar. Então pra nós ficou muito mais dramático construir esse sistema de um país do que pros países europeus que já tinha construído isso, né, capitalismo tardio tem esses dilemas. Então ao mesmo tempo que você tem que construir, realizar uma tarefa democrática social que vem atrasada ao mesmo tempo as condições pra implantar isso são muito deteriorada já. Então, a implantação do SUS e da reforma psiquiátrica e do sistema de assistência social e do sistema de educação pra todos é uma luta permanente por melhores condições, melhor financiamento, vontade política etc, quer dizer, e avança mais aonde você tem um pouco mais de sustentabilidade política, como no caso do SUS no Brasil, e na assistência social vem muito, e a educação também vem muito a reboque nesse processo, né a assistência a criança, por exemplo, ela foi implantada, o ECA vem, em 1990 ela vem implantada de uma forma sem ter efetivamente uma sustentação efetiva de assistência a criança. Pra mim esse é o dilema dessa dinâmica econômica e política de construir

essa política da reforma psiquiátrica é pano de fundo dramático como nós, então eu diria, que pra nos construirmos fazer realizarmos a reforma psiquiátrica é o fio da navalha. Por quê? Se você avança muito sem construir essa rede, você tem risco de negligencia social, de desconstruir muito rapidamente um hospital como por exemplo no caso da Eliana e sem ter essa rede construída, de sustentável, de serviço. e eu diria que nesse sentido o Brasil tem um diferencial de muito outros processos e eu acredito que nos estamos fazendo de forma razoavelmente responsável para aqueles que estavam dentro do hospital psiquiátrico **[E.M. Vasconcelos]**

Talvez ela é mais dramática pra nova geração de clientes da psiquiatria que não estava no hospital nessa época, ou então pra quem tem, é a grande massa de portadores de transtorno mental comum da população. Então esse é o dilema desse contexto histórico aí, a gente pode ir pra questões mais.. **[E.M. Vasconcelos]**

Eu acho sim [existe mecanismo sociopolítico que contribui para o desenvolvimento da reforma]. Você tem uma dinâmica de sustentabilidade da política do SUS, são dois principais, primeiro o movimento fora na sociedade civil, é claro que esse movimento é principalmente dos profissionais do Brasil e aí nos temos um perfil muito parecido com o da Itália, então um movimento social que tenta ter sua autonomia etc. hoje isso **[E.M. Vasconcelos]**

É que compra [a ideologia], esse é o objetivo político que leva e pressiona o estado. E você tem um dispositivo que são as varia instancias de controle social, os conselho, sistemas de conselhos, as conferencias nacionais e etc. que é uma tentativa de democratizar, e dar permeabilidade pra que o estado e a política de saúde sofra, vamos dizer seja permeável aos interesse da população. É claro que esses conselhos por exemplo no plano local eles funcionam muito dependendo do próprio gestor, você pega a maior parte do município o gestor ele manipula claramente o conselho de saúde, o conselho estadual, mais ou menos e etc então um dos grandes dilemas é como você reforçar e qualificar melhor, o movimento sanitário né como é que ele qualifica melhor essa presença dentro do conselho, essa militância dentro dos conselhos, e nas conferencias nacionais. E, poderia nas instancias maiores você vai ter um outro dilema que é uma certa apropriação por partidos político. Que também de certa forma ao mesmo tempo que cria uma militância mais profissional, mais qualificada por outro lado aparelha. E muitas vezes impedem que os movimentos sociais sim num aparelhamento mais claro tenham voz mais clara dentro dos conselhos, então você tem esses dilemas todos. Agora

o dilema mais claro é como é que, vamos dizer esses gestores que não tem efetivamente compromisso com a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, eles aí eles tentam manipular esse dispositivo. Mas eu diria que depende muito então da capacidade desse movimento social, tanto do movimento sanitário quanto o movimento da reforma de estarem, terem a sua forma orgânica fora do estado, por que esse é um outro dilema também, por que muitos de nos, nosso companheiros entram dentro do estado e ficam com a militância amarrada dentro do estado, como é que esse movimento social consegue pressionar ter uma existência autônoma ao estado e ao mesmo tempo exercer essa função crítica, reconhecer os avanços inclusive de alguns companheiros que estão lá na gestão mais ao mesmo tempo manter essa distancia critica e ao mesmo tempo um financiamento, um alto financiamento capaz de poder sustentar a sua militância social na sociedade . Então o 18 de maio, por exemplo, é uma tentativa disso de você manter viva a nossa bandeira junto a sociedade civil. Agora no Brasil você tem uma certa institucionalização e uma desmobilização desses movimentos sociais então não é fácil sustentar isso nessa conjuntura neoliberal. **[E.M. Vasconcelos]**

Você tem uma conjuntura neoliberal que é desfavorável **[E.M. Vasconcelos]**

E que vai exigir um mínimo de organização dos movimentos sociais e de atuação do controle social que, boa parte do país nos não temos então você fica muito dependente dessa esfera. E eu diria que nos temos também uma questão aí é mais política {texto incompreensível} que foi o governo Lula. Não sei se você quer que eu entre nisso **[E.M. Vasconcelos]**

O PT ele foi o desaguadouro, diria das nossa esperanças de uma mudança política , mais clara mais definida na direção dos interesse populares. Quando o Lula entrou ele fez uma manobra, no sentido de, vamos dizer de docilizar essas propostas e ao mesmo tempo repetindo muitas políticas do governo neoliberal do Fernando Henrique Cardoso . Então há uma expectativa que já não é criada, que já não é correspondida aos movimentos sociais, mais ao mesmo tempo ele organicamente e outros militantes de movimentos sociais estavam dentro do partido e também dentro do partido e foram pra dentro do estado, você vê o exemplo da CUT, a CUT foi toda pra dentro do estado e perdeu toda, vamos dizer, a sua representatividade e dos anseios dos trabalhadores. Quando chega em 2005 com a crise ética do PT e aquela... **[E.M. Vasconcelos]**

É o SMT também, embora o SMT tenha um pouco mais de independência, mais ao mesmo tempo e financiado pelo governo **[E.M. Vasconcelos]**

Perdeu a autonomia. Agora quando você tem além, vamos dizer da socialização das políticas concretas do governo Lula você tem a crise ética que vai se dar em 2005. E aí, ela não só significa um processo de corrosão que já estava ocorrendo dentro do partido um tipo de praticas complicada do financiamento do governo, finança de caixa dois dentro do sistema do partido, do sindicato, como também significou uma perda do projeto, de esperança de um projeto político, quer dizer, nós vamos ver no país muita gente de classe média, por exemplo, dizer, eu estou desiludido com a política, eu não vou votar mais, não sei o que... Então há um processo de desilusão da política e da militância social, do desejo de, vamos dizer, desmembro da possibilidade de mudar a política global e quem foi o desaguadouro disso foi o próprio Lula. É claro que algumas políticas setoriais do Lula, principalmente do segundo governo melhoraram um pouco, eu diria o seguinte, a política externa principalmente essa, certas medidas do novo ministro da saúde uma certa ambivalência por exemplo com a política ambiental, a área educacional, alguns avanços. Mas a maior parte dessas políticas foram muito tacanha em relação aos projetos que nós tínhamos pra um governo, o governo dos trabalhadores. Então isso também significa, vamos dizer, a corporificação disso que foi essa conjuntura neoliberal pro país e com imensa dificuldade no nosso movimentos sociais tanto pro SUS como pra reforma psiquiátrica. **[E.M. Vasconcelos]**

Mas muito legal, eu coordenei uma mesa lá na ABRASME [Associação Brasileira em Saúde Mental], e Benilton traçou um perfil que ele reconheceu depois, assim, apocalíptico, tá tudo dominado, a indústria farmacêutica tá dominando tudo, não temos mais nada a fazer, a neurociência, eles fizeram um discurso, dominaram a subjetividade, o sexo, o amor, não sei o que, não sei o que, e ele fazendo uma denúncia disso, mas, é claro, eu o conheço bem, nós somos amigos, e discutimos muitos pontos muitos anos atrás, que ele tava nos chamando atenção, mas só que a fala dele parecia que ele tava se entregando... É, tava entregando, e eu levantei a questão, falei, não, tá tudo dominado não, olha Chávez, vocês podem não gostar do Hugo Chávez mas o Chávez é uma resistência política importante na, no mundo, olha lá o cara que eu nunca sei o nome, o presidente do, é do Irã, olha aí o, o Oriente, e por aí afora, o Iraque, as bombas, até o Obama aí, entendeu, mas você tá vendo, e aqui nós temos ainda, que eu gosto muito, por sinal, do Evo Morales, mas do que o Chávez, gosto do Evo Morales, o García, e o próprio Lula, então não tá entregue não, cara, nós estamos mudando esse mundo, aí falei... **[P. Amarante]**

Quantánamo! Vai lá no Fórum Social, agora em janeiro, vamos lá, você vai ver vida, vai ver que existe vida resistente e que essa resistência, ela se faz política também. Você pode dizer, ah não tem, mas tem um cara ali na Amazônia, a morte do, do Chico Mendes, etc., tem um cara na Amazônia que resiste, tem outro ali, não sei o que, mas que isso, que tão educando diferente, que tão formando diferente, não é na Reforma só, aí ele acabou concordando e tal. Mas foi muito legal, assim, porque ele também, ele mesmo falou... **[P. Amarante]**

Ah, falei da crise econômica nacional! Claro! Vai criar muitas novas questões políticas, o desemprego, organizações políticas, etc., etc., etc., Então eu acho assim, na política nossa, local, Gina, a minha, a minha oposição crítica é que nós viramos muito política oficial, você sabe daquela minha posição pessoal, é uma entrevista pessoal, em relação ao IFB, em relação as coisas, né...Eu me lembro, uma vez eu fui, eu e Gina, com Vivaldo, reunião com Domingos, lá, lá no Pinel, dentro de uma salinha, que eu nunca entrado ali, pra ver de recursos do Vivendo em casa, o vivendo em casa, não podia entrar com recurso, ganhar o recurso, porque nunca tinha ganho nada da prefeitura, aí eu falei, mas como é que ganha a primeira vez, ah não tem nada demais porque só ganha quem não ganhar tal, aí eu ficava revoltado, etc. Eu acho assim, nós viramos muito legalistas, muito reduzidos a política oficial, tá entendendo, e nos afastamos, nós, o Estado, dos atores. Eu falei isso com o Pedro Gabriel, num evento que teve em Belo Horizonte no final do ano, e lá em, em Santa Catarina eu provoquei isso, o movimento da Luta Antimanicomial é considerado não grato, não é aproximado, tem uma militância, tem uma expressão nacional, internacional, tem militantes que constroem no dia-a-dia, com seus problemas, com seus, que nós todos temos, né, suas adversidades, etc., mas temos um movimento, onde tá esse movimento? Porque que nós não temos Conferência Nacional de Saúde Mental desde 2001? Não tivemos uma Conferência no governo Lula, tá entendendo, um governo participativo, democrático, porque que lá na Bolívia, lá na, no Equador, lá na Venezuela, mais no Equador e na Bolívia, por sinal, tá havendo um governo democrático de participação, de construção, de orçamento participativo e tantas coisas mais, orçamento participativo, que o governo do PT fazia nas prefeituras, porque que não faz federalmente, nacionalmente? **[P. Amarante]**

Então eu acho que houve uma centralização do poder, uma visão tradicional do poder... Não, mas eu acho assim, é uma, é uma ideia de concepção e de poder, né, já dizia os clássicos, como Kant e tal, que são os dominados que fazem o poder, em última instância, né, e você tem isso, nos, nos, certos, idéias da ditadura do proletariado, etc., mas o Ditadura do proletariado, mas os

proletariados tinha os dominados, né, na Revolução Francesa, depois de certo ponto, a vanguarda elimina o povo, entendeu, e eu acho que não, quer dizer, nós estamos, a ideia da Reforma Sanitária era uma ideia revolucionária, nós fazíamos Conselhos, etc., as, as Conferências e tudo mais. Então pra mim é muito sintomático que nós não tenhamos feito uma Conferência Nacional de Saúde Mental com os setores mais organizados da sociedade brasileira, é o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica, tá entendendo, alguns, alguns, analistas aí da antropologia dizem, depois dos Sem Terra, é o movimento que maior extensão tem, e é um movimento, ele não tem sede, não tem presidente, não tem... Então, aí a gente teve, nesse momento político, uma perda dessa capacidade de, de criação política, né, autônoma, eu acho que isso é um dos problemas, to falando da análise minha geral, então a gente tem que reconhecer que tivemos uma excessiva institucionalização, uma perda de autonomia dos movimentos sociais e uma, poderia dizer, houve uma cooptação dos movimentos sociais. **[P. Amarante]**

É! Isso eu acho que é uma, uma discussão que nós tivemos um caminho na nossa democracia participativa, com Lula, etc. diferente dos partidos, dos países como, por exemplo, Equador, Bolívia estão tendo, o Paraguai agora com Lugo, por exemplo, pode ter, que é de maior participação mesmo na política, no Estado. O Lula é um cara progressista, tem um Estado progressista, mas ele não apoiou a participação política, o SUS se enfraqueceu, o orçamento participativo se enfraqueceu, várias experiências ricas que o PT teve no país se enfraqueceram, de participação, nós estamos apoiando, tudo muito bem, obrigado e tal, mas o movimento social abaixou, ficou quieto nos escândalos, etc., etc., etc.. Então eu acho assim, esse é o fator negativo pra Reforma Sanitária, pra Reforma Psiquiátrica, houve uma, uma, houve uma cooptação das lideranças, viraram Estado, os que viram Estado perdem um pouco a perna numa política, etc., etc., e não foram criados, inclusive, vou falar na prática, por exemplo, formas concretas de apoio aos movimentos sociais, tá entendendo, como é que você cria uma, um Congresso de Médicos, você vai na indústria farmacêutica, pede dinheiro, eles corrompem tudo, dão dinheiro pra todo mundo, pagam pra os congressistas virem, falarem bem do Prozac, não sei o que, hospedam todo mundo num cinco estrelas, pagam primeira classe, aí o Congresso tá uma maravilha, como é que eu faço um movimento de classes populares pra discutir habitação, não tem dinheiro, né, como é que eu, que eu viabilizo uma participação política, social, etc. então você pode criar mecanismos pra organização de eventos, de participação social, financiamento de rádios comunitárias, de imprensa alternativa. Uma coisa curiosa, né, pô lá na Itália desde o famoso Luli (?), do, do, e outros jornais, na Espanha você tem um monte, por aí afora, lá na

Argentina, aliás, as Mães da Praça de Maio criaram o Jornal Página 12, que era uma rádio, a voz de las madres, nós não temos uma estrutura de mídia independente, pelo menos, não precisa ser de esquerda necessariamente, independente, tá entendendo, tudo é Estado ou é o grande capital, né. A imprensa mais liberal que nós tínhamos, O Pasquim, acabou, tá entendendo, o movimento, coisas assim, que nós lutamos na ditadura com O Pasquim, o que mais que tinha, O Manifesto,... ...O Movimento. Nós não temos mais! Não temos mais! **[P. Amarante]**

Então é uma, mas assim, na, é na política nacional, nós não criamos uma TV alternativa, não tivemos então, assim, como que os movimentos sociais podem criar espaço para dar voz ao Sem Terra, para dar voz aos psiquiatrizados, etc., nós não temos, nós pegamos assim, brechinhos num canal ou outro, na TV Senado, etc., etc., etc. Então é isso, eu acho que assim, constituir uma pluralidade democrática no Estado, diversidade, seria dar a possibilidade desses segmentos aparecerem de uma maneira mais sistemática, etc., etc., então nós não temos, né! **[P. Amarante]**

...as linhas de fuga, como diz Deleuze, e tal né, não, eu acho que tem, nós temos uma, temos uma coisa, me lembro do Máximo Canevati (?) falando do Brasil, aliás o Franco Rotelli, a última vez que veio, essa zorra maravilhosa que é o Brasil, né, essa zona maravilhosa, em italiano, esse cazino meraviglioso (?) que é o Brasil, né, essa coisa, essa diversidade viva, né, que nós temos, entendeu, é um fator, eu acho que cultural importante, e a gente as vezes fala assim, é um fator cultural importante, né, nós temos uma diversidade viva, pra quem morou na Inglaterra, você lá, no, na coisa, sabe dos segmentos, como vivem os muçulmanos, os judeus, etc., no Brasil não, a polifonia cultural, política, etc., ela aparece, e isso, isso favorece, é uma forma...quando a gente conseguir romper, to falando da Reforma Psiquiátrica, com o discurso dominante da medicalização da diferença, da diversidade, como loucura, como doença, etc., a gente pode romper com isso e mostrar as pessoas que existe a diversidade, tá entendendo, então eu acho que essa multi, multi, transculturalidade do brasileiro, etc., ela favorece a isso. Por outro lado, nós tivemos um movimento, que hoje tá em descen...tá decaindo, eu acho e tal, mas ainda existe, que é o Movimento Nacional Antimanicomial, como nenhum país tem. Na Espanha você nem imagina um movimento antimanicomial com expressão como nós temos. **[P. Amarante]**

Eu me lembro sempre, lá em Porto Alegre, nós fizemos o 3º Encontro da Luta Antimanicomial, tá entendendo, chegaram, eu tava sentado lá, eu me lembro disso, conto no, no, naquele livrinho

que eu escrevi, tava sentado lá na praça, o pessoal falou, chegou o ônibus, chegaram os ônibus com usuários e tal, familiares, nós fomos lá receber, aí tava o Rodolfo Valentim, a Rosana Cesin (?), o ônibus vinha de Belém do Pará, pra Porto Alegre, três ônibus com usuários, familiares, técnicos, pra participar de um Seminário de três dias, tá entendendo, então, é uma força política que eu acho, eu sempre assim, como coordenador nacional de saúde mental, eu sempre falo isso, nós temos que viabilizar, de uma maneira, a gente consegue tanto recurso pra levar tanta gente pra fazer tanta coisa nesse país, né, viabilizar que esses encontros tenham apoio, tantas vagas, tanto de recursos, pra gente fazer esse encontros, participarem. E eu acho que a, na parte, como eu falei, cultural e do movimento, né, a parte cultural, essa, essa característica do brasileiro, a parte do movimento essa força que tem o movimento, e acho que a gente tá conseguindo construir experiências que sejam verdadeiramente substitutivas ao modelo manicomial, tá entendendo, seja com os CAPS, né, com todos os problemas que tem, mas nós temos uma realidade diferente, temos 2000 e tantos CAPS, seja da cultura, seja cooperativas, seja dos Centros de Convivência, né! **[P. Amarante]**

Não, então, eu acho que ainda não é suficiente, eu acho que isso tem que ter, isso que eu tava falando, isso tem que ter uma autenticidade, isso tem que ter uma forma de visibilidade, de entendimento, entendeu, que ainda não tem. Acabou não, começou agora! Ainda não tem! Eu acho que essa, essa visibilidade disso, né, ela poderia transparecer mais, tá entendendo, assim, a gente, um Estado que se pretende um Estado democrático ele deveria dar mais visibilidade a isso, eu acho que não dá, tá entendendo, por questões da forma política como o Estado tá se organizando, tá centralizado, né, tá centralizado, não é como o Chávez lá, né, eu conheço a realidade, nós fomos lá na Venezuela, eu tenho um contato muito próximo por causa do pessoal do Fórum Social, de outros eventos, do CEBES, da ALAMS, Associação Latino- Americana de Medicina Social, a ex- presidente, a Maria Urbanerra (?) foi Ministra de Saúde lá do, do Chávez, etc., mas o Chávez é um cara que entrou no discurso político, foi eleito, foi reconduzido ao poder, etc., mas no entanto, hoje ele domina o país com uma elite burocrática de esquerda, né, que não tem mais participação, a participação do cidadão venezuelano é de apoiar o Chávez, mas não de construir a nação, tá entendendo, eu acho que a gente, não sou analista político não, né Gina, mas to falando, eu acho que a gente tá numa, num percurso semelhante. **[P. Amarante]**

Tá entendendo? Mas as pessoas apóiam o Lula, mas você não participa quase nada da política local, do município, o cidadão, do orçamento, da construção da previdência, tá entendendo! **[P. Amarante]**

A gente tá perdendo direitos sociais, políticos, o 13º, não sei o que lá, tá entendendo, a previdência cada vez ficando mais restrita, o, a saúde, o SUS tá cada vez mais restrito, hoje, os Conselhos... **[P. Amarante]**

...os planos de saúde estão tomando perfil, os sindicalistas pedem plano de saúde, os sindicatos, os funcionários públicos querem plano de saúde, cadê o SUS? Porque que as pessoas não percebem isso, então não há um nível de discussão política, então, eu acho que a grande preocupação, assim a grande virada que o Lula daria, lá né, aí até entrava na influência do Obama, que o Obama desse lá, é que o cidadão voltasse a ser participante da política, não o eleitor chamado a, a determinadas épocas a apoiar essa ou aquela tendência, né, então as pessoas se sentem muito fora da política, com a questão da, das denúncias que tiveram do PT, tal, chamou-se mensalão, etc., as pessoas viram isso, a gente não decide pela política, o que que faz no país, né, são meio expectadores, aplaudidores da política. Eu acho que a diferença, só pra encerrar lá com a, com a, com a Bolívia, que a gente tinha que aprender muito com a Bolívia, e com o Equador. O Equador decidiu não pagar o BNDs aí nós estamos impressionados, próprio Lula e tal, agora, aquela dívida que o Equador adquiriu com o BNDs, foi uma dívida da ditadura, que a ditadura equatoriana pegou com o governo brasileiro, com a instituição brasileira, que sabia que tava emprestando para ditadores usarem fundamentalmente para seus interesses privados, né, e a gente não conseguiu fazer uma transparência dessas discussões políticas como eles estão fazendo, eu acho que isso é uma das questões que a gente tinha que, pra sair dessa, desse nhenhém que a gente tá vivendo, pra fazer realmente um outro patamar da política. **[P. Amarante]**

Eu quero dizer o seguinte, houve uma mudança na estrutura da economia do país, com esses poucos anos, né, e basicamente, não porque houve uma revolução socialista, mas porque um governo que mantém, vamos chamar assim, ligado no processo capitalista, mas assume, num momento, vamos chamar assim, aonde todo mundo era contra qualquer coisa que o Estado ajudasse qualquer coitado, né, o governo assumiu muitas, muitas políticas compensatórias. A ideia do Bolsa Família, ou desse tipo de, dessa política foi criticado da esquerda e à direita, de um lado dizendo que era muito pouco e de outro dizendo que isso é dinheiro jogado fora. **[R. T. Kinochita]**

Não, eu penso assim, é que as coisas pontualmente podem ter muitos problemas, não to dizendo que não tenham, mas o que é, o que é um divisor de águas é o seguinte, um governo que assume que políticas compensatórias são importantes e as executa, né, ou um governo tipo, Fernando Henrique, que era extremamente neo liberal, vai dizer assim, não, políticas compensatórias são uma besteira, isso é dinheiro jogado fora. Que o mercado que vai regular, nada de haver compensação, né, compensação ela é dominação, é fazer discursos prontamente pseudo-progressistas, tipo, tem que ensinar, como é que é, a pescar e não dar o peixe, essas conversas fiadas, porque na hora do concreto, né, nesses, em poucos anos, fez dezenas e milhões de brasileiros, deixam de, de viver num, num patamar absurdamente baixo pra estar no mercado, isso tem uma repercussão importante porque, vamos pensar assim, uma das coisas que acontece, o sujeito sai do manicômio, pra onde ele vai, o que que ele faz, ele é uma situação de sustentabilidade difícil, né, então, e muita gente que tá no manicômio são de categorias sociais pobres, né... **[R. T. Kinochita]**

Então, como é que você vai viabilizar esse processo se você não tiver realmente um ambiente na sociedade que viabilize essa saída. Não só, as políticas diretas, como a questão do De Volta Pra Casa, a questão daquela bolsa do De Volta Pra Casa, ou a política de constituição de residências terapêuticas, os CAPS e tal, são sustentos, mas existe um contexto inteiro de políticas públicas desenvolveu, sabe. É, é, é uma postura diferente, e isso tem impacto, tem um impacto enorme na sociedade e acho que a Reforma se beneficiou com isso, tá. Bom, é só pensar dos anos 90, a gente debateu muito, muito, muito, muito, fomos, fizemos muita coisa, mas não conseguimos andar quase nada do ponto de vista concreto, né. A crise econômica era terrível, o ambiente era muito mais hostil, então, eu acho que teve diferença sim, eu não acho que é, que é diretamente, pensar que, ah, só o Bolsa Família, só as, institucionalização dos CAPS e tal, é um conjunto de coisas que foram sendo feitas que, vamos chamar assim, realimentaram o tecido social brasileiro e tornou isso viável. Por mais criticados que sejam nos detalhes. **[R. T. Kinochita]**

E que merece crítica, e merece melhor apoio e tal, eu não tenho dúvida que fez muita diferença. Cada vez mais tá ficando claro, eu achava assim, hoje o governo Lula é difícil de atacar, não tem jeito, né, o cara, o presidente tem 80% de aprovação, né. É absurdo! **[R. T. Kinochita]**

Isso é um problema, né, porque pensando assim, que de um lado, é um paradoxo, mas assim, quando, de um lado achar muito legal, né, fez toda uma diferença e tal, por outro lado essa

questão, quer dizer, é o governo Lula, é extremamente centralizado, personalista, né, vamos chamar assim, não porque seja aquela história dos caudilhos, não, mas eu to pensando assim, hoje nós não temos uma comunidade de políticos, que debate, que faz, que acontece, nem a direita, nem a esquerda. O que houve no final das contas na década de 90 foi o esvaziamento da política, né, e, portanto, também dos seus atores, os atores que continuaram ou que entraram na política nos anos 90 são pífios, né, não tem estadista, não tem gente que pensa a política como política, pensa a coisa como negócio, né, é impressionante. Então realmente eu acho que tem um problema no dia-a-dia, nessas cidades, nos lugares assim, que é quase uma coisa assim de, como se diz, é um amadorismo da política impressionante! **[R. T. Kinochita]**

É como se, você fica na ambigüidade entre você, ou você mantém aquela coisa super-vertical, centralizada, né, que é uma forma de você tentar garantir, mas do outro lado, ao mesmo tempo ele não consegue produzir atores na periferia e tal. **[R. T. Kinochita]**

Então, eu não acho que o problema é de mecanismo, né. O que eu acho é que hoje, o problema aumenta onde a questão da política é que tá esquisita, tipo assim, seja a política institucional, partidária, tá, seja a política exa-partidária, no sentido da participação e tal, né, porque aquilo que a gente tava falando assim, ah no meio dos anos 80, né, havia um espírito de construção do país e tal, isso, do final, da metade dos anos 90 pra cá isso arrefeceu-se muito, essa disposição de falar assim, ah vamos construir ideais, valores e instituições, né, isso, como eu disse, foi sendo substituído por um certo oportunismo amador na política, né. Então, o que acontece, mais do que mecanismos, há atores políticos incapazes de revelar isso, ou, ou não é só preservar, fazer isso progredir, fazer isso evoluir, e aí eu não sei, é muito contingente, difícil de ver, nesse momento atual, eu acho que a gente vive uma situação meio que (...). Dá uma certa angústia, né. Acho que precisamos fazer força pra conseguir chegar a uma IV Conferência, eu acho que realmente é importante que a gente consiga chegar a IV Conferência, mas, por exemplo, mesmo dentro da Reforma Sanitária, muita gente é contra a ideia das Conferências. **[R. T. Kinochita]**

Então, mas é, é estranho, porque, de um certo lado, é como se, pelo menos eu já ouvi a frase, tipo assim, não já passou o tempo das Conferências setoriais, né. Como se tivesse um suposto de que o SUS evoluiu muito, né. Eu acho que o SUS vice um impasse também, na última década o SUS cresce em, em termos de tamanho, mas em termos de, de capacidade de gestão real, de resolver problemas e tal, vive um certo momento inicial também, porque tem poucos atores reais pra construção do SUS. [Tem comemoração só, né! (risos)] Então, é aquela comemoração

de um monte de gente que chegou e falou assim, bom, eu não sei exatamente do que se trata, mas a festa é boa. Você tem essa sensação! Porque, não pra desqualificar as pessoas, mas é como se, não falando de pessoas, é um momento da sociedade, pelo menos não tem, não tá conseguindo aglutinar como atores, né, como ator social pra levar isso adiante, então...eu vejo, por exemplo, eu dou aula, né, eu vejo lá, a molecada de 17, 18 anos, tem ojeriza do SUS, a classe média. [É, como fosse, é, uma coisa muito aquém, né, do seu status social?] Isso! Nossa é terrível isso! **[R. T. Kinochita]**

Financiamentos

O movimento faz uma crítica importante à lentidão da Reforma. (...) A saúde mental, ela está empobrecida dentro da discussão do Pacto da Saúde. (...) A gente não teve força pra sustentar a discussão do orçamento da saúde mental. Quando o nosso movimento... Ele é um dos movimentos mais forte em termo de mobilização. **[A.C.S.S. Silva]**

A política nacional, ela vem tentando incrementar aquilo que o movimento antimanicomial pretende e que a reforma psiquiátrica pretende, ela vem de uma forma lenta. (...) Ainda há uma dificuldade de uma discussão (...) sobre algumas coisas que dizem respeito que vão de fato realizar a reforma, que é a questão do orçamento, do planejamento orçamentário. Acho que o próprio movimento antimanicomial, ele não consegue fazer essa discussão, que é uma discussão muito especializada. **[A.C.S.S. Silva]**

A discussão é o seguinte [sobre as PACs]. A gente tinha a discussão junto com o Ministério da Saúde, que isso não seria feito baseado na série histórica de faturamento de serviços, até porque a saúde mental no Brasil e os CAPS não têm uma série histórica. A gente não tem um histórico! Ainda hoje, a gente fatura muito pouco, a gente não tem um faturamento que nós deveríamos ter. Alguns municípios conseguem um faturamento maior, mas de maneira geral, o faturamento ainda é muito pequeno, ainda não é real. Ainda não tem um trabalho efetivo no território para que seus usuários estejam no CAPS. Mas no entanto, aconteceu no final do ano passado, que o que foi autorizado foi a série histórica. Então, é um valor fixo, baseado na série histórica de faturamento dos últimos três meses de 2008... É fixado. Então, isso para a gente, é muito ruim. Aqui na área de regulação, na área de gestão de sistemas aqui no Estado, fui falar com eles e

perguntei: “Sim. E os vários serviços? Como é? Quanto é que vai receber?” Então, assim, ninguém sabe nem quanto é, entendeu? Então, vai ser o valor... Eu não sei o valor exato, mas os municípios tem no seu fundo um valor, que eu não sei dizer ainda como é que olha isso, eu não sei olhar, não sei dizer... ninguém sabe dizer, na verdade. O que eu perguntei foi o seguinte. “Vem cá. E eles vão ter... Como eles fazem? Se eles faturarem mais”. Aí, o pessoal daqui do fundo estadual falou: “Não. Aí a gente vai ter que pagar mais e vai ter que solicitar o Ministério da Saúde, baseado numa ampliação de faturamento que eles nos enviem mais recursos para o nosso teto”. Só que antes era o seguinte. Quando você faturava mais, vinha um extra-teto... Um extra-teto e agora não, é no mesmo teto do município. Então, o município vai ter que investir um recurso que é um só. E o CAPS está no meio da mega complexidade. Então, não é mais um extra-teto, ele não é um dinheiro a mais. **[E.M. Vasconcelos]**

[Gina: Eu entendi essa discussão do ponto de vista do financiamento, do dinheiro. Mas eu queria talvez, porque eu não lido diretamente com isso. Eu dou supervisão e trabalho na intervenção cultural para sustentabilidade do fechamento do macro-hospital lá em Paracambi. Mas eu queria te perguntar uma coisa. Essa discussão não seria uma discussão que vai resultar numa questão ideológica, de sustentabilidade ideológica da Reforma, porque olha só... É... Eu vejo, por exemplo, em municípios pequenos por onde eu passo para dar supervisão, programa de saúde mental, que tem às vezes, um ambulatório com sete psiquiatras. Eu não consigo que entre na cabeça do coordenador de saúde mental que um ambulatório com sete psiquiatras cria demanda. Entendeu? Cria demanda e que ela tem que fazer trabalho de ponta, com atenção básica de saúde e com a rede de... territorial, e não deixar lá os sete psiquiatras. Porque vai criar... Mas eles vêem é o faturamento. Então, se diminui esse teto, esses psiquiatras vão ter que sair. E aí, vai ter que mudar a lógica do serviço para melhor. Eu estou te perguntando, porque eu não estou defendendo isso. Eu só estou te perguntando, porque essa discussão que eu estou vendo agora na lista, também é nova para mim.] **[E.M. Vasconcelos]**

Mas não diminui o financiamento, segundo o que o pessoal falou aqui, é que não diminui o financiamento. Agora, eu não sei dizer ao certo, como é que isso está acontecendo na prática, entendeu? Mas o que o pessoal da área de planejamento, de gestão de sistemas, disse para mim é que não diminui o financiamento. agora, como vai ser isso no dia-a-dia, eu sinceramente não tenho a mínima ideia (risos). Entendeu? Inclusive, imagine eu, que sou uma gestora super implicada. Imagine os outros. **[E.M. Vasconcelos]**

Eu falo da sustentabilidade em várias dimensões – econômicas, sociais, culturais e tecnológicas – e na econômica aparece o tema do financiamento do SUS pelas três esferas de governo e aí nós temos problemas (...) Se nós considerarmos a saúde mental vinculada ao SUS brasileiro, nós vamos ver que, assim como o sistema de saúde não tem verba suficiente, estável e contínua, a saúde mental também não tem. Isso tem alimentado alguns fatores contra a reforma. Por exemplo, os recursos que não vão mais para os hospitais psiquiátricos, não há garantia de que vão para a saúde mental, para os serviços substitutivos. Não está garantido. Se busca os recursos pela mobilização, pela visibilidade, mas isso é totalmente instável. [S. M. S. Fagundes]

Além dos recursos não serem suficientes, não há garantia da transposição do dinheiro, dos hospitais para rede substitutiva, ainda quando se consegue recursos pra determinadas ações não há garantia de que ela realmente sejam efetivadas, por que no caso da supervisão havia dinheiro da supervisão houve o depósito dos municípios e não havia garantia de quem fez a ação receber. São mecanismos de fiscalização que nos faltam. [S. M. S. Fagundes]

Nós estamos neste exato momento, durante este ano, passando por um risco maior ainda: (...) os recursos que estavam destinados para saúde mental, eles estavam no que chamavam fundo estratégico, o FAEPC. E agora os recursos da saúde mental foram para media e alta complexidade, para UMAC (...) entra como recurso global sem carimbo, e aí pode haver um bom de um debate em saúde que os recursos que dispunha para a saúde mental por que não tinha onde pôr ou porque punha na saúde mental e não recebia o dinheiro, agora recebe os recursos e pode destinar pra outras áreas. O guarda chuva disso foi o pacto da saúde. Onde houve a redução das... Tem uma militância dentro dos secretários municipais e estaduais que é reduzir as caixinhas, na redução as caixinhas é assim as áreas vão Então,, pra uma delas que é essa da média alta complexidade. saúde mental não é ação estratégica de alta complexidade e não é mesmo. E aí foi pra UMAC. Não houve mobilização suficiente, não tivemos força suficiente na saúde mental, pra manter a caixinha da saúde mental, digo isso porque o saúde do trabalhador tentaram fazer a mesma coisa e não conseguiram foi mantidos separados como uma verba específica, acho que ainda esta em tempo de reverter e dentro do ministério, isso possivelmente dentro do ministério circulou entre as áreas que decidem o destino econômico e a área técnica da saúde mental, houve divergências. E ganhou a área de regulação que faz a distribuição dos recursos. É contraditório. S. M. S. Fagundes]

Cada vez mais, a lógica de financiamento da saúde mental é diferente. Os recursos são disponibilizados diferentes. Está se sinalizando que pela primeira vez o investimento na rede

extra-hospitalar, de 2007 para cá, foi maior do que dos hospitais psiquiátricos. Então, eu acho que isso é um fator que mostra a consistência da Reforma Psiquiátrica. Então, o âmbito mesmo da saúde, todo o planejamento é feito para que os recursos sejam alocados em serviços extra-hospitalares. O CAPS até pouco tempo, era extra-teto. Existem formas de reorientação de teto financeiro hospitalar, do sistema ambulatorial, né, as formas de faturamento desses serviços, formas de incentivo na criação dos serviços. O próprio Saúde da Família já entende a importância da saúde mental e coloca profissionais da saúde mental nesses... fazendo uma supervisão, né, fazendo um apoio. Então todos esses mecanismos colocam a Reforma Psiquiátrica entendendo como a atenção à saúde na comunidade, é, fazendo essa mudança, então, isso realmente existe. **[F. S. Diaz]**

E tem uma situação que era uma das críticas que se fez. Ah, não tem que se comprovar agora, mas uma justificativa em um momento em que se começava até a desinstitucionalização da Eiras e os profissionais que trabalhavam lá falavam: “eles vão para uma residência terapêutica e vai mudar o governo da cidade e eles não vão pagar mais o aluguel e as pessoas vão ficar, até quando eles vão ter garantia de moradia”, né. Então, quer dizer, a sustentabilidade até desses serviços, quer dizer, essa continuidade política, será que garante, como criar recursos, né, para exatamente garantir essa oportunidade é uma coisa que tem que ser pensada mesmo, senão oscila. Em um determinado momento, ou um município, ou uma região, avança; em outros, fica esvaziado, paralisa, ou até retrocede, né, então, como fazer para esse nível de pressão⁹⁹. É possível, né, por exemplo, esses indicadores. Agora o pacto pela vida, pela saúde, coloca muito os indicadores de saúde mental, que é importante, porque você põe os gestores se comprometendo com esses indicadores, né. Eles tem um determinado, né, alguma coisa que existe uma meta e que eles tem que alcançar. Então, tem possibilidades de trabalhar com essas coisas de planejamento. **[F. S. Diaz]**

Nós iniciamos os dois movimentos juntos, eles são muito próximos. Você pega lá em 78, você já vem no movimento de renovação médica que dá no movimento da reforma sanitária, e depois esse movimento da psiquiatria – eles caminham junto. Depois, por exemplo quando começam ações integradas de saúde em 82, quer dizer você tem toda uma estratégia junta de criar os serviços ambulatoriais nos anos 80 e depois em 87 e 88 da Constituição e vamos dizer, acabou-se o constitucional do SUS, eu diria vamos estabelecer as bases pra reforma. Então não tem

⁹⁹ Tive dificuldades em entender este trecho.

jeito de você pensar as duas coisas separadas. O próprio sistema de financiamento, eles são um está dentro do outro. Por exemplo, quando nós deslocamos, no início dos anos 90 nós tínhamos 96% de recursos da saúde mental voltados pro sistema hospitalar, apenas. Então quer dizer, qual foi à estratégia do movimento? Foi ocupar esse posto do ministério da saúde e pensar essa estratégia de reforma no ponto de vista da normatização do SUS, dentro do SUS e de seu financiamento e ocupando esse espaço político dentro da gestão do SUS. E aí, Brasília vai ter um papel importante, e o papel das coordenações estaduais, municipais também. E estados onde a coordenação estadual teve um papel importante de fazer um trabalho orgânico com a secretaria de saúde pra gestar coordenações de saúde mental, programas, estratégias e serviços específicos, então essa gestão é toda feita de forma orgânica dentro do sistema do SUS e nos vários níveis. E uma das estratégias importantíssimas dentro da reforma é o sistema de financiamento. Como pensar uma estratégia de valorizar os serviços extras que está lá, de forma que o próprio gestor municipal se interesse por isso, um gestor do SUS, ele é um gestor do SUS ele. “Olha, fazer um serviço de assistência psicossocial é mais importante, me dá mais recursos pra eu gerir como capital político pra gestão política, do que fazer ambulância, terapia que ia mandar pro hospital psiquiátrico no município vizinho, mais próximo.” Então tem toda uma estratégia dentro da política do SUS que é necessária, não tem jeito de pensar a reforma, organizá-la fora do arcabouço do SUS. Agora a questão é como você articular o princípio da integralidade do cuidado com a saúde mental, esse é um dos problemas complicados; e tem haver, eu diria, com a estrutura das políticas sociais até mais global no país. Porque no Brasil, quando se fez um movimento sanitário mais forte, a saúde saiu na frente de um tipo de assistência que a gente chama comunitário, integral e ao mesmo tempo orgânico ao local de moradia da pessoa. Você tem um tripé que forma ao mesmo tempo, que é a saúde vai com o sistema de saúde são acompanhados por um sistema de assistência social e sistema educacional, com educação integral e muito bem integrados esses três campo. O que aconteceu no Brasil? A educação, muito precária; a assistência social, muito pobre; e quem parte na frente desse tipo de assistência, vamos dizer mais orgânica... A população é essa aí, da miséria social. Administrar que é muito complicado. Então quando a gente fala de uma atenção integral significa uma atenção que se refere à todos os grupos direcionados, cada um, todos os aspectos de vida, e isso significa um trabalho intersetorial medonho, incluindo aí, reforma urbana, aspectos de infra estrutura de serviço, transporte etc... Então isso é um triplicado de problemas, e a saúde saiu na frente sozinha e ela tem uma pauta complicadíssima, uma pauta muito lenta que entra nutrição, aspectos habitacionais, sanitários, saúde e saúde mental. As equipes, elas ficam sobrecarregadas de trabalho quando você não tem o sistema de assistência social

funcionando bem, e aí o SUAS só foi criado agora em 2005 e a educação integral, a educação de qualidade funcionando muito precariamente. Então nesse campo, e eu acho que aí que está um diferencial, é pensar como é que se dá uma reforma psiquiátrica que ela deveria ter um pé, quer dizer uma reforma psiquiátrica bem sucedida ocorre quando você tem todos esses serviços funcionando de forma um pouco mais sustentável na comunidade [E.M. Vasconcelos]

Recursos Humanos

Tem concurso [no Rio de Janeiro]. Mas mesmo com o concurso... (...) Precisamos dos cooperativados por que não chamam o do concurso, precisamos. Então eu aceito qualquer coisa pra ter gente atendendo, por que as pessoas estão precisando. (...) A cooperativa, ela traz péssimas condições de trabalho para o profissional – ele não direito à férias, não tem direito a nada, ele só tem direito àquele salário. Que é um salário melhor, hoje! Melhor do que o da gente que é concursado, mas sem direitos. [A.C.S.S. Silva]

Aí fez o concurso pra focalizar dos cooperativados. Só que algumas categorias profissionais você consegue convocar, mas outras não, como a dos médicos. Hoje ainda tem um grande número de contratados, de cooperativados ou de terceirizados por ONGs, médicos. Por que os especialistas, quando fazem concurso eles não passam e quando passam, eles escolhem e no final ficam poucos. A gente abriu no caderno de psiquiatria, acho que cinqüenta e poucas vagas para psiquiatras – pouco ainda do que a gente precisa, mas o que foi possível chamar do concurso. Inscreveram-se cento e tantos psiquiatras, trinta e tantos passaram e acho que, efetivamente mesmo, assumiu não chegou a vinte. E desses, poucos permanecem. (...) A gente tem um problema com as especialidades hoje, principalmente com o campo médico, que vem brigando por maiores salários. E os psiquiatras, os profissionais, os médicos, acabam trabalhando com uma carga menor que os outros profissionais. (...) Na época, o que os médicos estavam falando, os psiquiatras – e o próprio CREMED incentivou os profissionais a não fazerem concurso – foi em função disso. Os baixos salários. Mas acho que tem uma outra questão também, que é fundamental também: as condições de trabalho. [A.C.S.S. Silva]

[O critério para seleção] é a pessoa ter a especialização e a indicação. Normalmente nos CAPS a pessoa passa por uma entrevista, não dá para ser qualquer pessoa pra trabalhar em CAPS. O que a gente vem enfrentado, mesmo sendo do concurso, né, os médicos eles também trabalham na lógica da especialidade. Então quando vai pro ambulatório: “não atendo criança, adolescente,

não atendo álcool, drogas... só atendo pacientes psicóticos”. A gente vem enfrentando essas dificuldades também né. Aí a gente pensa capacitação: “bom, se as pessoas não sabem, então é responsabilidade da gestão fazer alguma coisa que elas sabem.” Então a gente produz essas capacitações, mas nessas capacitações que a gente vêm produzindo pra rede – não só pra rede de saúde mental, muita gente da assistência social participa, muita gente da educação participa de cada sessões – a gente não consegue a presença principal dos médicos. Tem que inventar uma outra forma de aproximação. **[A.C.S.S. Silva]**

Você tem que pensar também que em certos locais, às vezes isso é terceirizado. Que há um movimento – por exemplo, no Rio ocorreu isso – você tem dificuldades da saúde mental competir com as outras áreas da saúde pra seus próprios recursos humanos. Pra ter essa competição, você precisa legitimar o programa, e só legítima existindo. Então no Rio, o que aconteceu? Nós temos quatro governos da dengue na prefeitura. César Maia, eu diria, ficou dezesseis anos aqui. Então a saúde foi uma luta, foi a maior desgraça desses governos municipais todos, o César Maia. E aí você tem uma situação em que, no início se não houvesse – o IFB [Instituto Franco Basaglia] cumpriu esse papel de terceirizar essa mão de obra. Felizmente depois o próprio município foi assumindo isso, dentro da carreira, que é fundamental. E eu acho que aí o IFB perde o seu papel. Em outros lugares você ainda tem no Estado, por exemplo, uma terceirização maciça. (...) Mas ao mesmo tempo em certos lugares você ainda tem terceirização de mão de obra. Então o concurso significa, não é só o concurso, é a institucionalização do projeto. De um projeto, de um programa dentro da, vamos dizer, do seu reconhecimento, do seu financiamento dentro da rede dos servidores formais do estado. Então é um fenômeno um pouco mais amplo que propriamente o concurso ou não. O concurso, de certa forma, é a resistência, o reconhecimento dessa necessidade. Mas e aí tem a contratação etc, etc. **[E.M. Vasconcelos]**

Há concurso. Aqui, eu acho que não é a maioria, mas há concurso sim, em muitos municípios. E é feita contratação. Muitas vezes, a contratação é feita por indicação política. Então, as pessoas, muitas vezes, não têm nenhuma experiência em saúde mental, nunca ouviram falar. Então, a gente tem uma defasagem muito grande na hora da prática, porque a tendência é repetir as práticas das academias, que são práticas muito individualistas, tipo assim, mais no consultório... a pessoa quer introduzir na vida pública a coisa privada ... As universidades não trabalham com as questões coletivas, trabalham mais com as questões individuais, mesmo. Então, a questão clínica fica muito centrada no indivíduo e, assim, abordagens mais individuais

e clínicas, né, não tem abordagens mais ampliadas. Então, as clínicas são muito restritas ao núcleo da profissão. Ações mais de campo, ações ampliadas, que dêem conta do sujeito como um todo, ficam prejudicadas. **[A. R. S. de Lima]**

Aqui, a capital fez concurso. Na época que eu estava lá, fez concurso para a saúde mental, a gente recrutou um monte de pessoas, como fala aqui, um monte de pessoas, capacitamos, conseguimos inserir a militância dentro do trabalho. A gente trabalhou... muitas pessoas saíram, a gente deu oportunidade de sair da área de saúde mental se não se adequasse. Então, realmente quem está lá é porque gosta do que faz e tem uma militância embutida. Foi feito um trabalho proposital aqui no primeiro concurso. Mas o que a gente vê no Estado como um todo, não é isso. Agora mesmo, com essa eleição, a gente está todo mundo com o cabelo em pé, porque mudaram as equipes, CAPS tem poucos... .. os CAPS fecharam no final do ano, entendeu? Então, é um caos. **[A. R. S. de Lima]**

No Rio Grande do Sul a maioria é concursado e nas outras regiões do país não é assim, são terceirizados contratados por ONGS ou outros serviços e mesmo no RG do Sul esse perfil também está modificando tem vários contratos precários e temporários o que dificulta bastante em relação a estabilidade e raiz amento do serviço e implicação dos trabalhadores com seu próprio trabalho **[S. M. S. Fagundes]**

Tem esse outro problema que é fazer concurso e não chamam (...) por falta de possibilidade de chamar por que já estouraram 54% de recurso humano. Eu tenho dito que nós precisamos – e já teve movimento disso no primeiro ministro do governo do Lula – de levar adiante uma proposta da lei da responsabilidade sanitária, porque nós temos a responsabilidade da lei fiscal e não temos a sanitária. **[S. M. S. Fagundes]**

São poucos municípios que consideram que precisam contratar trabalhadores profissionais já comprometidos com a reforma psiquiátrica. Contratam pro CAPS na especialidade e em geral o que está disponível. Isso principalmente em relação à psiquiatria, que há uma carência de recursos humanos, de profissional formado em psiquiatria, e aí contrata o que se dispõe não importa se ele é favorável a reforma psiquiátrica ou não. Os psicólogos têm a fragilidade da sua formação, o que também pode ser simpáticos a reforma e tal até, mais tem pouquíssima competência já técnica desde a sua formação, em relação a saber sobre a reforma prática, saber fazer acolhimento, cuidar dos psicóticos e tal. Os currículos da Psicologia praticamente têm

uma ausência em relação a psicose, é mínima a carga horária destinada pra esse tema. Se encontra profissionais bastante despreparados, e o mesmo em relação a terapeuta ocupacional, enfermeiras, assistente social. Mesmo quando é em concurso publico os profissionais que buscam, trabalham e até ingressam, não necessariamente conhecem a reforma e nos concursos alguns deles contemplam a reforma nas suas provas e tal e outros nem isso não, não contemplam

[S. M. S. Fagundes]

Concurso público-municipal, estágios. Agora estamos rediscutindo os estágios porque os estágios na outra administração tava sendo usado pra precarização do trabalho. Agora nós tamos botando o estagiário numa função dele mesmo, estagiário, aí então com supervisão. E tem o contrato, mas é bem pouco perto... na Secretaria de Saúde não tem tanto contrato na nossa área, a gente tem muito concursado. **[J. Ferrari]**

Às vezes é assim, [não se encaixa no quadro profissional]. Quando não, as pessoas que fizeram concurso não quiseram assumir, e aí não tem outro pra chamada e tu chama por contrato. É que nossa região é muito esvaziada de técnicos, é uma região que fica a oeste do Estado do Rio Grande do Sul, subindo a fronteira com a Argentina e Uruguai. Digamos que é, assim, a saída, dizem que é a entrada pro Brasil, mas eu já acho que nós somos mais pro final do Brasil. Então é difícil, assim, muita gente às vezes não quer vir pra cá porque é muito longe do centro, da capital, e aí então a gente tem poucos técnicos mesmo. Às vezes tu tem que ta convocando pessoas no centro universitário pra que eles venham trabalhar aqui, tem que pescar, literalmente, os técnicos. **[J. Ferrari]**

Eu acho que a precariedade no trabalho é um obstáculo. Porque, exatamente, uma equipe é algo que você constrói a duras penas, porque, como eu falei, tem que vir desde o momento de formação, mas não é só isso. Ela vai precisar de uma supervisão permanente; ela vai precisar de um acúmulo de experiências na prática, no trabalho, na relação com sua clientela e com seu território. E isso é um bem precioso que demanda tempo para se construir, e que precisa de estabilidade. Então, eu acho que é impossível se construir um processo de reforma, tal como a gente pensa, [com] mecanismos de contratação da força de trabalho que garantam minimamente estabilidade no emprego. Porque senão, é impossível! Os mecanismos exatos de se fazer isso, não precisam ter uma forma única, mas eu acho que é importante apontar que não tem como você botar um profissional para trabalhar um ano, e no ano seguinte ele estar sendo demitido, para colocar um outro. **[F. Ramos]**

A Constituição que coloca a necessidade de concurso público, a necessidade de plano de cargos e salários. Tudo isso tem na Constituição. É, eu acho que abriu muito o campo para concursos públicos. Acho que isso inegavelmente aumentou. Em alguns momentos, se tenta essas contratações mais por contratos temporários, contratações por cooperativas, questões que a gente se depara. O Ministério Público, às vezes, é super eficiente de cobrar que esses profissionais terceirizados tenham que ser substituídos por concurso público. Eu acho que nos últimos tempos, principalmente o governo Lula, está mostrando na prática a necessidade de realização de concursos públicos, tirou aquela lógica que vinha do governo anterior, do Fernando Henrique Cardoso, de privatização e de redução do Estado. (...) Eu acho que, conjugado à Constituição, esse evento e o Ministério Público, são esses instrumentos que eu acho que vão fortalecer os concursos. **[F. S. Diaz]**

Isso aí é absolutamente nacional no momento. Cada vez menos o vínculo profissional – do profissional de Saúde Mental que vai cuidar, que vai trabalhar na ponta, na saúde pública – tá cada vez mais precário. É cooperativa, é terceirização, né? Sortudo é aquele que tem carteira assinada. Salários, que também... salário de servidor é horrível. Então “cê” fica entre ficar com o vínculo ruim, e um salário mais... ou você tem um vínculo público que paga “mixaria”. (...) Esse assunto é um assunto complexo. Eu até me sinto um pouco incompetente pra, pra... eu não sei de economia da saúde o suficiente pra falar sobre isso. **[L. F. Tófoli]**

Hoje no Brasil eu acho que tem de tudo, nós não temos um padrão, né. A Constituição diz que só pode entrar no sistema público por concurso, agora, desde que se criou o PSF, que criou uma situação ambígua entre contratações para o setor público através de entes privados, né. Isso é uma situação que vem já, dos contratados, 15 anos talvez (?), bem, e institucionalizou uma coisa que na verdade não é constitucional. Mas o PSF no Brasil é sustentado dessa forma! Os NASFs e tal, e a saúde mental acabou entrando nessa onde também, então, e a gente, entrou, nesses anos todos eu acho que no Rio de Janeiro assumiam a gestão como ente privado dando essa ideia de, de ser visto, né. Então hoje tá acontecendo isso de uma outra forma, é problemático assim, é, tem umas coisas que, olhando o país, do ponto de vista macro, um quadro com modo de gestão, mecanismo e gestão, é menos importante do que a recessão da massa, né, a constituição de uma massa crítica de gente que se envolve no problema, participar da questão social. Eu acho que o fato de você ter uma massa crítica de gente que se envolve na questão, que vivencia mais de perto a questão da doença mental, dos doentes mentais, das questões da

comunidade e tal, isso é mais significativo do que o (...) de outras formas bem ou não. Eu acho que a gente vai vivendo com isso, se você falar assim, ah, seria melhor ser, é talvez seria melhor ser, mas o fato é que não é mais, assim, esse tempo já foi, nos mecanismos de tentar (...). De fato, acabou sendo importante. Eu queria, dá, dá, dá margem pra muita roubalheira, muito isso e aquilo, sim, é verdade, mas um pouco, a gente não deve confundir a ideia de que a massa de trabalhadores não são os que roubam. Mas essa massa de trabalhadores passa a ser uma força chave pra sempre. Outro dia me vi num debate que eu falei, complicado de ter, né: “você é a favor ou contra a contratação, a expansão do serviço de saúde mental através de OS?” Eu falei: “então, depende, esse, esse processo (...), São Paulo, eu contratei uma OS pra o serviço. Assim, porque que eu contratei essa OS e não outra? Porque eu conheço as pessoas, a referência delas e são boas, né, e a experiência foi legal.” Então, mas o problema é que era um critério absolutamente subjetivo. Não é público, não é um mecanismo público de verdade, essa OS e não aquela. As OS não fazem concorrência. Mas vai, são poucas exatamente porque se tiver muita o dinheiro é pouco. Se tiver muita OS baixa muito. Então, eu digo assim, claro, logicamente, constitucionalmente, legalmente eu sou a favor? Não! Agora, historicamente acho que, não, esse debate na prática já passou, a gente vai desmontar o PSF? Eu acho que nenhuma estratégia tem a ver com isso. Temos força política para reformar e fazer concurso público para não sei quantos mil, 100 mil, 200 mil, 300 mil, sei lá, um milhão de pessoas que está hoje no PSF? Não! Eu acho que a gente vai ter que aceitar. **[R. T. Kinochita]**

Isso é um problema estrutural que eu não sei como a gente vai resolver, mas no Brasil, mas eu acho que em outros países também, né, a questão da saúde mental tem um gargalo da questão de depender do profissional psiquiátrico, né, nós não temos, não teremos jamais, uma quantidade de pessoas ideais suficiente pra dar conta de uma relação minimamente razoável, que é a população brasileira. Então esse é um gargalo que tem que ser resolvido e não vai depender dos psiquiatras, porque os psiquiatras são beneficiados com essa situação de raridade, é uma das profissões hoje que dá pra viver fora do sistema público, é uma das especialidades médicas que dá pra viver fora do sistema público, você abre um consultório, mesmo que viva no consultório só de convênio, que paga pouco, não sei o que, não sei o que lá, você consegue viver, você não, vai ser impossível você botar um médico na periferia se não através de uma contratação que pague mais, dê benefícios, proteja, e muito mais que qualquer outro profissional, se não você não consegue alocar, né, mas essa raridade, esse, esse, os próprios psiquiatras não vão abrir mão, e dizer assim, ah vamos criar escolas para produzir psiquiatras em massa, não vai acontecer isso. (Risos) Então esse é um nó que eu não sei como resolve. Em

alguns lugares existe uma, um certo movimento, lá na OMS, de enfermeiras que estão reivindicando, não por uma questão (...) análogas, estrutural, né, de que talvez fosse melhor que os enfermeiros passem a ter autoridade pra medicar, né. Isso, talvez seja a solução mesmo. Não, é um problema sério, talvez seja o maior problema real que a gente tem estrutural, né, a gente pode pensar na qualificação disso, na qualificação daquilo, não sei o que, não sei o que, não sei o que lá, mas enquanto a questão do acesso a medicação depender do médico, nós estamos em bagaço (?). Vamos supor que todos os psiquiatras do Brasil, da ABP fosse a favor da reforma, ainda assim estaria faltando psiquiatra em tudo que é lugar. Eu acho que isso é uma questão real! [R. T. Kinochita]

Camas Psiquiátricas

Eu sou totalmente a favor de que se reduzam os leitos. Que se acabe com eles e se crie outras possibilidades. As políticas de saúde mental hoje falam em outras possibilidades. (...) Falando desse lugar complexo que é uma grande cidade, eu acho que discutir redução de leito é necessário (...) [e] tem que ser paralelo à ampliação de dispositivo na cidade, nos territórios. Ao mesmo tempo, pra mim tem ficado muito claro que pensar em dispositivos não é aumentar ambulatorio, não é aumentar CAPS. No caso Rio de Janeiro, a gente precisa aumentar o numero de CAPS, não tem dúvida, a gente precisa dar maiores condições aos ambulatorios de atendimento as unidades de saúde também. (...) Mas vamos pegar um bom número de profissionais pra fazer um trabalho de articulação, mas de uma articulação que permita o acesso do usuário ao que ele precisa no seu território. Mas não é pra ficar na porta de entrada de um ambulatorio só recebendo... O que eu estava falando da importância do trabalho de território como uma proposta de política pública que trabalha de uma forma diferenciada dos especialistas que estão dentro do serviço. (...) Os profissionais que estão dentro das unidades, eu não sei assim, o que eles pensam de território, acho que a ideia de território. (...) É uma noção super importante pra gente pensar acesso a acolhimento pelo SUS [A.C.S.S. Silva]

[A redução de leitos] é uma estratégia de descongelamento de recurso. Por quê? Se no inicio dos anos 90, 96% dos recursos eram destinados ao hospital psiquiátrico tradicional, quer dizer, não se consegue nada se você não descongela esses recursos. (...) Mas pra isso você tem que retirar esses recursos do hospital e construir gradualmente a rede de assistência. O que significa então essa substituição? Você tem que criar serviços que sustentem não só a atenção psicossocial pro adulto e que vai dar no hospital psiquiátrico. Então nós criamos uma prioridade

que é esse descongelamento e a prioridade ao adulto usuário em crise, pra você descongelar esse serviço. Então em um primeiro momento num país como este significa negligenciar vários outros grupos sociais. (...) Nós vamos ter que priorizar o transtorno mental grave e que vai bater no hospital, e pra isso criamos os CAPS e os outros serviços. Qual a dificuldade? De que pra isso você precisa de CAPS, de um sistema CAPS que dê conta da emergência, principalmente nas grandes metrópoles. O que está ocorrendo? É que pra isso você precisaria de uma rede de CAPS que hoje nós chamamos III, ou seja: funcionamento integral de 24 horas, sete dias por semana. O NASP que você conheceu, né, tanto na Itália como aqui. Nós precisaríamos de uma rede muito orgânica com no máximo de cento e cinquenta mil habitantes por cada CAPS como esse, que desse conta dessa emergência no território. Isso é uma rede caríssima de se fazer e que precisa de uma sustentação em termos de recursos humanos, de uma infra estrutura, de rede, de apoio e de referência, contra-referência muito forte. Então o que está acontecendo no Brasil é que ainda a emergência é feita no hospital tradicional e mesmo assim com redução de leitos. E os CAPS em geral, o CAPS II, eles dão conta de um certo tipo de emergência ou pelo menos pra aquela população que é referenciada. Mas você tem um conjunto de população com, primeiro, não chegam ao hospital. Não quer chegar. Principalmente jovens, muito associada à drogas, por exemplo. Ou então um sistema de emergência que é parte, uma redução de leito, uma tentativa de que o CAPS II assumisse, mas ele é complicado. Você tem uma dinâmica, você tem limites claros pro CAPS II assumir emergência. No hospital psiquiátrico tradicional nós tivemos uma redução da média de permanência. Claro isso implica melhoria de qualidade, supervisão de cada caso etc. mas significa também um sistema de (?). Então você vai ter uma população que precisaria de um cuidado mais intensivo, de base comunitária e assistência social de saúde que ainda nós não temos. Então, principalmente nas grandes metrópoles, nós temos em cidades menores um investimento, vontade política e investimento econômico, no serviço de qualidade e principalmente no CAPS III. Aí você tem melhores possibilidade de segurar essa peteca. Mas eu acredito que uma das grandes questões que nós lidamos hoje, no embate com a psiquiatria tradicional, é isso: eles vão cobrar o que aparece e que tem mais visibilidade social. (...) Como os CAPS trabalham no limite, o gestor, como eu estou na gestão, a gente sabe que os serviços têm um limite. Agora, não consegue ampliar por que tem essa briga dentro da própria Secretaria, das prioridades, do orçamento, do não sei o que. (...) Não é só lutar por mais estruturas, CAPS e por mais qualquer outra coisa que invente. Então criam centros de convivência como se os centros de convivência de saúde mental fossem resolver os problemas do Estado, na comunidade, dos usuários. Também não é só isso. Com que paradigmas que estamos trabalhando? Em que sociedade, em que contexto

aquela sociedade? A reforma psiquiátrica, do jeito que ela foi pensada, na década de 70, hoje ela é totalmente diferente, na década de 80 que se falava na questão dos equipamentos, dos ambulatorios, década de 90 que se falava nos CAPS. E hoje? Hoje a saúde mental está se aproximando da espécie da família. Por quê? Por que precisa, por que não dá mais e a gente quer fechar leito, então a gente precisa estar mais no território, cada vez mais, pra poder conseguir fechar estes leitos né. **[E.M. Vasconcelos]**

Em primeiro lugar, [a redução de leitos] é uma estratégia de descongelamento de recurso. Por quê? Se no início dos anos 90, 96% dos recursos eram destinados ao hospital psiquiátrico tradicional, quer dizer não se consegue nada se você não descongela esses recursos. Então você tem que fazer, você tinha uma estratégia. O primeiro termo que eu diria que surgiu no projeto de lei Paulo Delgado – a extinção do parque hospitalar. Eu falei “não, esse termo não é adequado. O termo é sobre substituição gradual.” Mas pra isso você tem que retirar esses recursos do hospital e construir gradualmente a rede de assistência. O que significa então essa substituição? Você tem que criar serviços que sustentem não só a atenção psicossocial pro adulto e que vai dar no hospital psiquiátrico. Então nós criamos uma prioridade que é esse descongelamento e a prioridade ao adulto usuário em crise, pra você descongelar esse serviço. Então em um primeiro momento num país como este significa negligenciar vários outros grupos sociais. Por exemplo, transtorno mental comum da população, que foi uma certa prioritária emitida na prioridade dos anos 80, ele passa a ser secundário, nós vamos ter que priorizar o transtorno mental grave e que vai bater no hospital, e pra isso criamos os CAPS e os outros serviços. Qual a dificuldade? De que pra isso você precisa de CAPS, de um sistema CAPS que dê conta da emergência, principalmente nas grandes metrópoles. O que está ocorrendo é que pra isso você precisaria de uma rede de CAPS, que hoje nós chamamos III, ou seja, funcionamento integral de 24 horas, sete dias por semana. O NASP que você conheceu né, tanto na Itália como aqui. Quer dizer, nós precisaríamos de uma rede muito orgânica com no máximo de cento e cinquenta mil habitantes por cada CAPS como esse, que desse conta dessa emergência no território. Isso é uma rede caríssima de se fazer e que precisa de uma sustentação em termos de recursos humanos, de uma infraestrutura, de rede, de apoio e de referência contra referência que é muito forte. Então o que está acontecendo no Brasil é que ainda a emergência é feita no hospital tradicional e mesmo assim com redução de leitos. E os CAPS em geral, o CAPS II, eles dão conta de um certo tipo de emergência ou pelo menos pra aquela população que é referenciada. Mas você tem um conjunto de população com, primeiro não chegam ao hospital, não quer chegar, principalmente jovens – muito associada a drogas por exemplo – ou

então um sistema de emergência que é parte, uma redução de leito, uma tentativa de que o caps dois assumisse, mais ele é complicado . Você tem uma dinâmica, você tem limites claros pro caps dois assumi emergência. No hospital psiquiátrico tradicional nós tivemos uma redução da media de permanência. Claro isso implica melhoria de qualidade, supervisão de cada caso etc. mas significa também um sistema de lingual. Então você vai ter uma população que precisaria de um cuidado mais intensivo, de base comunitária e assistência social de saúde que ainda nós não temos, principalmente nas grandes metrópoles. Nós temos em cidades menores um investimento, vontade política e investimento econômico no serviço de qualidade e principalmente no CAPS III, aí você tem melhores possibilidade de segurar essa peteca. Mas eu acredito que uma das grandes questões que nós lidamos hoje com no embate com a psiquiatria tradicional é isso, eles vão cobrar o que aparece e que tem mais visibilidade social, que é a pessoa em crise. E é importante entender que o CAPS, o sistema CAPS e o serviço de atenção psicossocial é uma prioridade ao adulto. Hoje até nós temos os CAPSi, CAPSad, mais ainda em numero muito reduzido. A modalidade de serviço é uma prioridade, é fruto dessa prioridade ao adulto grave, então nós estamos na verdade tentando de forma, ainda cobrir esse cobertor curto, quer dizer cobrir o que ficou de fora desse cobertor curto desse recursos que , num país como o nosso são mais escassos ainda. E aí isso vai aparecer, por exemplo, nas pessoas em situação de rua, que precisam um tipo de programa muito claro voltado pra esse tipo de preocupação. Nós temos pouquíssimos programas pilotos, serviço de droga e edição que é outro pepino e esse é um buracão enorme, principalmente com a entrada maciça do crack. Isso sem contar o desafio que significa o transtorno mental comum, eu acho que agora na atenção básica você começa a vislumbrar isso, e o governo entendeu essa emergência esta começando a investir na terapia comunitária, na atenção básica que é um dispositivo muito interessante, eu apoio inteiramente esse passo do Ministério. **[E.M. Vasconcelos]**

Olha. Na minha avaliação, esse processo [de redução de leitos] deveria ser um processo... deveria ser natural. A gente tem aqui uma rede ampla, que hoje em dia a gente está no segundo lugar do ranking brasileiro de cobertura de CAPS em população. No entanto, o serviço tem uma velocidade que ele ainda não faz frente às internações psiquiátricas. Então, na minha avaliação, deveria ser um processo... é... assim... deveria ser feito concomitantemente, na medida em que você amplia os serviços substitutivos, na medida em que você qualifica esses serviços, deveriam ser reduzidos os leitos, até para poder...é...impulsionar a mudança de modelo. Assim, já tivemos vários leitos que foram reduzidos; no entanto, a gente ainda tem muita resistência... assim... eu sinto que ainda tem muita resistência mesmo, de acreditar que é possível essa ref...

e que os CAPS tenham as atividades nas internações também. É o meu modo de ver. [**A. R. S. de Lima**]

A redução de leitos ela é uma necessidade, (...) mas ela só vai ter sentido e consistência essa redução se efetivamente produzir assistência aos usuários. Então, acho que o Brasil tem conseguido equacionar relativamente bem essa redução de leitos por uma substituição. (...) A redução de leito tem sentido dentro de um processo de construção de uma rede. Tem um atropelamento a Reforma, inclusive foi atropelada pela realidade, que é essa novidade da década no final dos anos 90 pra cá que é do uso abusivo de drogas como o de crack que tem exigido uma resposta que nem o Sistema de Saúde, nem a sociedade tem conseguido dar, isso aqui no Rio Grande do Sul, a gente sente muito claramente, parece que não é igual no Brasil inteiro. [**S. M. S. Fagundes**]

Nós aqui na região da fronteira, a gente conseguiu constituir leitos psiquiátricos – ou então, melhor colocando dentro da linguagem da reforma psiquiátrica, leitos de atenção integral à saúde mental – nos hospitais gerais. E pra isso temos certeza que contribuimos no fechamento de leitos dentro das estruturas psiquiátricas, tá! Então, na medida que São Pedro, que os outros hospitais aqui do Rio Grande do Sul fechavam leitos psiquiátricos, a gente tem a convicção que esse recurso era investido nos municípios, pra consolidação dessas redes. Nós, em 91, fomos, batemos à porta do hospital da Santa Casa aqui em Alegrete e não tinha recurso ainda naquela época, pra pedir que eles, sensibilizá-los da reforma psiquiátrica e como era importante que eles pudessem ter leitos destinados ao portador de sofrimento psíquico, já que a gente sabia com convicção que eles internavam o sofredor psíquico no hospital, porque nem todos conseguiam chegar até o hospital psiquiátrico. Então que eles podiam efetivamente transformar isso em rotina, e a gente então, do serviço de saúde mental, se colocava a disposição para dar uma formação técnica pra pessoas que trabalhavam dentro do hospital, pra não repetir o modelo do hospital psiquiátrico. E desde 91 a gente começou com três leitos, hoje nós estamos doze, com nossa capacidade total, leitos de atenção integral, fora os leitos clínicos pra atendimento do alcoolismo e outras drogas. Mas não paramos esse processo por aí. Constituímos... não temos unidades específicas dentro do hospital, nós temos, conseguimos e tiramos por estratégia, construir uma equipe de acompanhantes terapêuticos que dessem conta do acompanhamento do usuário internado. E que pudessem fazer a ponte entre o projeto terapêutico executado no hospital com a sua continuidade nos CAPS. Então o acompanhante terapêutico, ele se vincula assim entre as equipes, a equipe do hospital e a equipe da atenção especializada ou atenção

básica; e é um processo muito bonito porque eles não recebem um matriciamento semanalmente dos técnicos dos CAPS, e a gente tem que tá sabendo assim do nosso usuário quando tá lá internado. Então, um dos grandes eixos que eu vejo da reforma psiquiátrica foi a capacidade de tirar recursos do hospital psiquiátrico e investir na rede e na formação e na consolidação dos espaços locais de suporte em liberdade. **[J. Ferrari]**

A primeira coisa que eu falei é que pra mim é estratégico na política da reforma psiquiátrica, principalmente, a questão dos leitos nos hospitais gerais. E aí nós temos que discutir alguns dramas da formação, que é: a separação entre a clínica e a política; a separação entre o psíquico, o mental e o orgânico, e nós temos também que superar essa coisa do financiamento dos hospitais. **[J. Ferrari]**

A redução de leitos tem diversas camadas. A primeira, muito objetiva, é a necessidade de romper com o monólito, que era uma assistência totalmente fechada em si mesma, analógica, asilar, niveladora, homogenizadora... E não tinha como romper com isso sem uma posição muito firme sem uma certa radicalidade. Então o próprio uso do termo “redução”, a procura da “redução”, do “fechamento”, quer dizer, palavras fortes que foram usadas, eram necessárias, sem dúvida alguma, para que se pudesse ir à frente. Hoje eu acho que a gente está em um outro momento, até porque eu acho que a gente pode dizer - como foi dito lá no congresso de Saúde Mental - que a gente pode considerar essa fase asilar realmente está superada; não que os problemas estejam resolvidos, mas dificilmente haverá um retrocesso no sentido de um retorno ao modelo de base hospitalocêntrico, asilar. É claro que há obstáculos ainda a serem enfrentados, alguns importantes, mas de já outra ordem. Hoje, o problema se inverteu de certa maneira, porque hoje a gente precisa, sim, pensar: que lugar agora, não o hospital psiquiátrico, mas a internação psiquiátrica ou o leito psiquiátrico precisa ocupar numa rede substitutiva? A gente precisa sair de uma discussão muito global, para discutir, agora, a coisa de uma maneira um pouco mais específica. Por exemplo: que tipo de leito é leito para um paciente agudo em grande crise? É um leito-noite para pacientes mais graves que estão na comunidade mas eventualmente...? Ou seja, tem uma série de nuances que agora precisam ser abordadas, já que a gente começa a se dar conta de que o que substitui, na verdade, o hospício, o manicômio, não é um serviço, é, exatamente, a possibilidade de a gente oferecer uma diversidade de opções integradas formando de fato uma rede, respeitando todos os princípios de organização que a gente acabou de se referir. E dessa lógica, um CAPS III, ou uma pequena enfermaria no hospital geral, é um serviço comunitário, é um serviço territorial também, se ele estiver nessa lógica, se

a equipe trabalhar nessa lógica e tudo mais. Mas acho que é possível de se fazer essa nuance, essa sutileza. São possíveis hoje; porque no momento inicial foi preciso, realmente, rejeitar a internação, ter uma radicalidade. **[F. Ramos]**

Eu acho, né, que num primeiro momento, a principal crítica era o hospital psiquiátrico, a forma de tratamento dos hospitais, a forma de exclusão, ter que sair da comunidade para se tratar, essa era a maior crítica, né. Porque toda a antipsiquiatria supunha questionar que existe doença mental, é um monte de coisas. Só que (...) [se] viu que o tratamento é possível em outra forma, em outros dispositivos, em outros serviços de saúde. Então, como diz a Lei 10216, a internação passou a ser o último recurso, quando tiver esgotado todos os outros recursos. Então, a redução de leitos se justifica, no momento atual, pelo seguinte: se você tiver uma rede de saúde mental eficaz, você cada vez mais você vai precisar menos do hospital psiquiátrico e aí, ele vai se esvaziando por si só. (...) Eu acho que [a rede de saúde mental] é completamente eficaz. O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira contempla, assim, praticamente todos os casos. Tem situações para casos agudos, tem situação de integração com a comunidade, tem a preocupação com o que se deparou no meio da Reforma, com os pacientes que estavam institucionalizados há muito tempo, tem proposta para eles também. Então, (...) é possível substituir completamente o hospital psiquiátrico. **[F. S. Diaz]**

Então, isso aí é, pra começar, um fetiche. (...) A gente não pode medir uma Reforma Psiquiátrica só por redução de leito. Claro que o parâmetro é importante, mas ele não pode ser... isso se torna um fetiche quando isso torna o único dado de avaliação. O número diz assim, e isso aí existe um famoso slide da coordenação de Saúde Mental brasileira, né, de Brasília, famoso slide que eu já vi n vezes onde tem uma tabela cuja linha superior mostra ao longo dos anos a diminuição do número de leitos e na linha inferior o número de CAPS como se uma coisa fosse sinônimo da outra. É como se o fechamento de um necessariamente pudesse ser abarcado pela abertura dos outros. **[L. F. Tófoli]**

É importante? É. É um padrão? É. Mas não é o único parâmetro, até porque tem um limite do fechamento, o número de leitos por habitante. Leito psiquiátrico em hospital psiquiátrico, em hospital geral, não. Eu acho que nós temos que aumentar. **[L. F. Tófoli]**

Ninguém conseguiria zerar o número de leitos dentro de um hospital psiquiátrico. Basta aumentar o número de leitos dentro do hospital geral, o que não está acontecendo. O que eu

quero frisar a respeito dessa questão do número de leitos é: sou a favor de que se extingam os leitos nos manicômios, não sou a favor de que se extingam os leitos de uma maneira qualquer
[L. F. Tófoli]

E não acho que o aumento do número de CAPS pode traduzir exatamente o fechamento do número de leitos. Quer dizer, colocar o CAPS não quer dizer necessariamente fechar o número de leitos. Tem estudos que mostram que quando você coloca – estudos americanos – quando você coloca um – a gente sabe isso na prática. Quando você coloca um, as internações aumentam, não diminuem. Porque começa a levantar a demanda que fará que aí começa a ser encaminhada pros SUS oficiais... Não tão dando conta de serem substitutivos de verdade. **[L. F. Tófoli]**

O processo de redução é uma consequência de uma transformação política, ética, estética, entendeu, que tem na sociedade, a ideia de você, como você convive, identifica o outro, a diversidade, etc. Então a, quando a política de redução de leitos se torna o objetivo central, maior, né, o fim, se torna o problema, porque as pessoas acabam reduzindo a ideia da Reforma a reduzir leitos, a abrir outros serviços, etc., etc., eu acho que enquanto a questão central é a transformação da concepção mais geral que a sociedade tenha sobre diferença, diversidade, etc. então a redução de leitos deve ser consequência de uma transformação na concepção, na mentalidade que as políticas públicas, que a sociedade tem de como lidar com a loucura, a doença mental, sofrimento mental, qualquer nome, seja diversidade e etc. não, não tratando institucionalmente, não vou falar excluindo não, porque acaba ficando, as pessoas falam, parece um chavão, que o objetivo é excluir, o objetivo é tratar, só que tratar, a ideia de que aquele problema é um problema de doença, e a doença se trata em instituição psiquiátrica, né. A gente tem que mudar fundamentalmente a ideia de que a diferença, a diversidade seja um problema de doença, né. **[P. Amarante]**

Então a ideia, eu acho que fundamental, né, de desmedicalizar, de despsiquiatrizar a ideia de loucura, a ideia de sofrimento psíquico, o grande problema é que a gente não rompe com esse modelo médico-biológico de compreensão da loucura, da doença mental, da experiência radical, psíquica, dissesse qualquer coisa que seja, a gente não, a gente tem assim, como a gente não entende, a gente ainda acha que a explicação médica tradicional explica mais, é doença, pronto, e aí se é doença, medica, medicaliza, interna, trata assim, assim, assado. **[P. Amarante]**

É, e de concepção de, de vida, né. Ele, a concepção dele não passava, não apenas, pela questão da melhor assistência, mais humana, não só pelos direitos sociais, civis, políticos, mas por uma ideia, eu acho assim, aí, tem um trabalho do Pierre Ângelo Vitorio (?), né, que, que falam, um trabalho entre Foucault e Basaglia e tal, o Basaglia foi foucaultinano ao extremo na, na política, tá entendendo, a ideia de desmedicalizar a concepção que a sociedade tem, essa ideia que o Foucault denuncia, que a estratégia da medicina é imperialista, ela quer falar de tudo da humanidade, e dar, ter um saber sobre tudo, então a ideia de normalidade e anormalidade, depois com o Kraepelin, patológico, então sobre tudo a medicina tem um discurso, a psiquiatria. E hoje a gente tá vendo isso claro, né, fala sobre tudo, qualquer comportamento, isso é normal ou isso não é normal, etc. E o, o Basaglia, e uma, uma, eu acho que um dos esforços mais importantes dele, teóricos, né, mas ele fazia política, né, ele era de outra época, as pessoas falam, ah, Basaglia não escreveu tanto quanto deveria, deixado, tanto, ele, ele acreditava, também ele não sabia que ia morrer tão jovem, né, morreu com 56 anos, a minha idade, por sinal, né. Ele não sabia que ia morrer tão jovem, tá entendendo, ele fazia política, ele achava que podia mudar o mundo como a juventude de 70, 68 na França, 79 na Itália. Ele achava que se mudava o mundo fazendo as coisas, né, então a ideia dele fundamental era mudar a concepção que a sociedade tinha em relação a diversidade, as diferenças, as experiências humanas, tá entendendo, então o esforço que eu falei, teórico, é o livro “A maioria desviante”. Eu acho que é fantástico, né, que ele fala, porra, então o que é que tá havendo, a maioria desvia, onde tá a normalidade, quem é o normal? Então, a sociedade é feita de diversidade. E a beleza da vida tá na diversidade, tá entendendo, então ele, por isso psiquiatras, um Valentim (?) da vida e tal, tem horror dele, porque ele falava, a psiquiatria é um saber absolutamente frágil, epistemologicamente insustentável, né, que fala por um empirismo absurdo, se não por um, uma ideologia totalmente discriminante, né, então quando ele fala da negação da instituição, ele fala, negação da psiquiatria enquanto ideologia. [P. Amarante]

CATEGORIA OPERATÓRIA: MECANISMOS DE DEMOCRACIA

INDICADORES A PRIORI:

Representatividade do controle social

Espaços / Mecanismos de controle social

Capacitação do controle social

Intervenção na cultura / Território

ACRESCENTADOS:

Autonomia do Controle Social

Movimento Social

PERGUNTAS

- ¿Usted considera necesaria la existencia de espacios y mecanismos de control social?
¿En la su opinión, la RPB proporciona esos espacios? ¿Como es su funcionamiento?
¿Existe capacitación para el control social? ¿De que forma ocurren?
- ¿El equipo de Salud Mental realiza actividades en (con la) comunidad? ¿Cuáles?
¿Como son? ¿Cuáles los resultados de esas actividades para el proceso de Rehabilitación Psicosocial?
- ¿De que forma es realizada la entrada de profesionales para la red de salud mental?
(¿Hay oponencias?) (¿Hay contrataciones? ¿Cuáles los criterios para esas contrataciones?)

Movimento Social

Eu acho que eles [o movimento de luta antimanicomial] não conseguem levar adiante essa discussão [do orçamento, do planejamento orçamentário], então quais as estratégias que a gente encontra estarmos nos espaços de controle social, levar essas pessoas para o espaço de controle social. Mas o próprio movimento não consegue ampliar isso, algumas pessoas participam desse espaço de controle social levando isso, mais o quanto que eles conseguem levar essa discussão, o quanto que eles não estão sozinhos nessa discussão num espaço que rola muitos interesses na saúde mental é apenas mais um entre tantos outros. [A. C. S. S. Silva]

o movimento vem tentando agregar forças pra ter a quarta conferência nacional de saúde mental (...) a justificativa era que o conselho nacional de saúde ele mudou a forma de gerenciar as comissões intersectoriais, então, por exemplo, algumas comissões intersectoriais deixaram de funcionar a gente consegui manter a comissão intersectorial de saúde mental que é um especificidade dentro lá das discussões junto com outros, então isso foi bom por que a saúde mental ela continuou tendo um espaço. Mas parece que foi uma deliberação do conselho nacional de saúde de não haver mais a s conferencias temáticas, que eles chamam, das

comissões intercetorias. Só que há uma pressão da sociedade e de alguns seguimentos tanto da saúde mental como de outros seguimentos pra que ainda se mantenha a conferencia especifica, antão a gente vem batalhando. A ultima informação que eu tive parece que já sinaliza pra possibilidade da conferencia de saúde mental. **[A. C. S. S. Silva]**

O movimento antimanicomial também se dividiu, cada um tem que seguir o seu caminho mesmo, mais ao mesmo tempo isso dividi força. O que é muito interessante também é o movimento organizado, tem o movimento antimanicomial e tem a rede intergrupos que vão ter com o movimento antimanicomial. (...) esses micromovimentos eles podem estar juntos discutindo problematizando pra fazer discussões como este, por exemplo, o que fazer diante da questão orçamentária da saúde mental, o que fazer? Como fazer? O Conselho Federal de Psicologia é uma entidade que tem força e ele tende a fazer uso dessa força pra fazer pressão sobre a política, só que age por ele, ele não convoca os psicólogos pra discutir, ele atua sobre a política publica enquanto conselho fazendo algum tipo de intervenção, mais não há um processo de mobilização dos psicólogos pra que eles se sintam convocados pra, por exemplo, nos seus estados estar fazendo pressão sobre a política de saúde mental, da política que eu faço, do sistema conselhos. Aqui no conselho mesmo a gente vem tentando pautar essas discussões junto com os representantes do CRP nos espaços de controle social. Mas ficava muito frouxo (...) Hoje a gente esta tentando ter um controle sobre isso no sentido de que esses representantes do conselho pautem discussões a partir das preocupações que chegam ao conselho e ao mesmo tempo que eles pautem o conselho, a partir daquilo que eles tem vivenciado no espaço do controle social. **[A. C. S. S. Silva]**

Esse lugar da saúde mental dentro da saúde publica. Algumas especificidades do campo da saúde publica, do campo social, elas ainda precisam se colocar como especiais pra poder se incluir no campo da saúde. Que é uma contradição super importante. (...) Por que é necessário ainda, (...) por que a sociedade ainda não os reconhece. **[A. C. S. S. Silva]**

Eu acredito que eles [mecanismos sócio-políticos] são pouco utilizados. Veja bem, a gente já teve uma travessia muito grande, numa época no Brasil, dos movimentos sociais e da luta pela redemocratização do Brasil e pela saúde para todos, pelo SUS. A gente já teve um movimento muito forte numa época no Brasil. No entanto, hoje em dia, o que eu percebo é que o movimento social está muito apagado. Na minha avaliação. Eu acho que a gente tem como, com uma força, tem como contar sim, porque a gente tem que trabalhar com os movimentos sociais. Eu acredito

muito nisso. É como se a maioria das pessoas que tinham uma grande militância, como se elas tivessem se institucionalizado (risos). [A. R. S. de Lima]

you tem uma política nacional, que é a política de governo, que foi pautada nos movimentos sociais, né, por exemplo, a lei Paulo Delgado, que foi aprovada em 2001, que tramitou durante 12 anos e foi aprovada, não com toda a força do contexto original. (...) As políticas públicas na área de saúde mental, elas, elas tem objetivos muito claros pelo Ministério da Saúde. No entanto, quando a gente passa à prática dos municípios, prefeitos e governantes, não há uma... assim... não há uma... como é que eu digo... não tem uma obrigação, não tem algo que diga assim, que eles têm que fazer, que é imprescindível fazer. Então, os municípios, muitas vezes, implantam a seu bel-prazer. Tomam como base a portaria e botam coisas diferentes. A lei de CAPS, por exemplo. Eles implantam coisas diferentes, baseados na portaria do CAPS e põem o nome de CAPS, quando na verdade, não é substitutivo, não tem essa clareza de seu papel social, ou sócio-político, né, como você está falando. Então, às vezes, parece sim de status de cobrança mesmo, de controle social mesmo. Controle social aguerrido, que saiba o que é realmente a Reforma, qual é a diretriz da Reforma. No entanto, os serviços também não trabalham com o usuário sobre a sua cidadania, seus direitos e seus deveres. Né, não tem clareza do seu papel social, como antigamente a gente tinha mais clareza. A gente era menos institucionalizado, por incrível que pareça. A gente usou as ferramentas todas, que são as portarias; no entanto, na hora da execução, a gente não tem mecanismos de controle. É o que eu acho. (...) que se houver uma mudança radical no governo e as diretrizes da Reforma fossem modificadas, a política do governo fosse radicalmente colocada do avesso, haveria sim um grande movimento. Entendeu? É como se esse movimento tivesse acomodado. Não sei se eu estou sendo clara. Porque tem várias pessoas que militam nessa área, né. A gente tem vários usuários que estão conosco, que são militantes. Usuários que estão atentos. Mas principalmente nos locais, onde a Reforma acontece, essa coisa fica muito latente, fica muito acomodada, porque está acontecendo, de uma maneira ou de outra. Tá acontecendo... então, a gente se acomoda. Agora, eu acredito que sim, que se mudasse radicalmente a diretriz da política de saúde mental no Brasil, eu acredito nisso, que haveria uma grande, uma grande revolta, né, haveria sim, uma... tipo assim, o movimento ele daria cara, com mais veemência. Eu acredito nisso. Apesar de hoje em dia, eu achar que está acomodado. [A. R. S. de Lima]

A grande contribuição social do movimento [antimanicomial] é essa da construção de um novo ator social no Brasil em relação ao sofrimento psíquico, de serem ouvidos enquanto o

movimento, os usuários, familiares, como pessoas portadoras de direito e brigando por seus direitos. **[S. M. S. Fagundes]**

[No Sul] Têm caminhos um pouco diferentes, assim tem propostas de que enfim, em vez dos movimentos de que os usuários podem e devem se organizar e se estimulam que se organize em associações próprias de usuários e tem também um movimento, dentro do movimento pessoas que buscam que os usuários participem dentro das organizações sociais já existentes (...) usuários nossos que já são mais incluídos mais protagonistas que podem realmente trabalhar, vão direto pra um conselho de direitos humanos, vão pra uma comunidade de bairro, vão trabalhar em espaços sociais que já existem, vão militar em espaços sociais que já existem. Mas existem outros e pra realmente ir criando, vamos dizer assim, uma massa crítica de protagonismo as associações e os usuários específicas, tem facilitado. O que eu vejo problemática é achar que isso é o fim, eu acho que isso é um meio, não é o objetivo final, é que as pessoas passam a ganhar as suas vidas como associação dos usuários de determinados serviços de saúde mental de determinados municípios de saúde mental. Isso retrata a contradição em que nós vivemos, por exemplo, no Conselho Nacional de Saúde. Se a saúde mental e a representação nossa no Conselho Nacional de Saúde, nós nos filiamos, vamos dizer assim, ao seguimento dos movimentos sociais, aí participamos da ABONG - Associação Brasileira de ONGS, na ABONG o movimento de saúde mental é praticamente invisível. (...) Então, quando nós vamos vir à Associação dos Portadores de Doença, como a dos diabéticos, hipertenso etc., temos mais chance de ocupar o lugar social e deliberativo da política pública na condição de doença, e não na condição de cidadão. Isso eu acho que é parte do nosso processo social, entendeu. [E do imaginário também] que é muito mais forte pela doença. **[S. M. S. Fagundes]**

Controle Social (Discussão Conceitual)

eu gostaria de falar uma coisa só primeiro. Primeiro assim, é muito curioso, eu tive agora lá na Associação Madres da Praça de Maio e tal, quando você fala do controle social, a favor do controle social, só pra você na sua tese observar isso, você deve ter já observado, mas, o pessoal se arrepia, porque a expressão controle social originalmente ela vem da ideia do controle que o Estado exerce sobre a sociedade, essa é a ideia ilitchiana, de Ivan Ilitch, de ideia de controle

social, e foucaultiana também, da medicina de estado, a medicina urbana, etc., etc., das políticas controlando o cidadão, ela limitando a cidadania, controlando, limitando, etc., etc., então é interessante na sua dissertação, sua tese você fazer uma, a virada de explicar. (...) A gente reverte o conceito, para um controle que a sociedade exerce sobre o Estado. (...) Nesse evento que a gente fez com o Jurandir, o Benilton, lá na UERJ, não sei se vocês souberam, um Colóquio de Saúde Mental lá com a presidência da ABP, Ministério da Saúde, Pedro Gabriel e tal, o Salvador, Luis Salvador de Sá Miranda que é do Conselho Regional de Medicina, ultraconservador, né, ele falou: 'o Brasil é o único país que a esquerda pede o controle social', tá entendendo, aí eu achei curioso, porque eu falei: 'mas porque?' 'não, porque em geral a esquerda é contra o controle social, o controle do Estado sobre a cidadania, sobre os direitos individuais, etc.', então eu falei: 'não, mas o controle social, nós invertemos a ideia', e realmente é só uma questão de chamar um pé de página de observação, né, e tal. **[P. Amarante]**

É claro que eu sou a favor do controle social, e acho que tem que ter mecanismos mais eficazes de controle social, por isso, assim, eu sou uma, no próprio CEBES, eu sou uma pedra no sapato lá do pessoal. Não é que eu seja a favor da judicialização, exclusivamente a favor disso, mas acho que a judicialização, ela traz um elemento importante. Cecília Coimbra, ela faz uma crítica muito importante à judicialização que nós estamos vivendo. **[P. Amarante]**

Controle Social

Pois eu tinha falado nisso que era falar de varias sustentabilidade, além da econômica fazer a sustentabilidade social. Este exemplo que acabei de dar do financiamento do risco do financiamento da saúde mental e que a saúde do trabalhador conseguiu manter e a saúde mental não, pra mim é o indicador da ausência ainda da sustentabilidade ou insuficiência da sustentabilidade social. Por que eu chamo de sustentabilidade social a presença de atores sociais e da legitimidade na sociedade da proposta da reforma, a ponto de que não possa um burocrata, um tecnocrata do ministério modificar sem que aja uma repercussão imediata **[S. M. S. Fagundes]**

é uma população ainda em situação de iníqua de não justiça social, lugar de exclusão e que precisa a política ser indutiva e buscar essas pessoas, abrir espaços para essas pessoas que ainda

estão em situação de iniquidade. Por isso que eu chamei fator equidade. Essa iniquidade se dá tanto pelo lugar social que a pessoa em sofrimento teve no nosso país e que tem e que ainda na reforma nós precisamos... temos trabalhar no tema da autonomia do protagonismo, nós precisamos andar muitíssimo na organização dessas pessoas como organização social mesmo.

[S. M. S. Fagundes]

Acho que não acontece a reforma psiquiátrica se não tiver controle social, se não tivesse espaço de democratização e participação do usuário controlando a política, discutindo a política, fiscalizando a política, e – como é que a gente diz – construindo a própria política, dizendo as diretrizes, direcionando elas. **[J. Ferrari]**

Eu acho que o controle social é a possibilidade que uma sociedade tem de exercer o seu mandato, enquanto coletivo de cidadãos; ou seja, de poder, realmente, influir... **[F. Ramos]**

eu acho que no Brasil é uma característica ter esse controle social pelos movimentos sociais participando, atuando. Isso é uma característica importante do Brasil. Que exatamente coincide com a Constituinte, que é a Constituição de 1988, que coloca a participação popular, né... Então, isso é um diferencial do Brasil. E isso se comprova na prática. Existem associações ligadas a esses novos serviços, existem associações anteriores que se adequaram, existem associações contrárias à Reforma, de familiares também que tem a sua força política e discutem as suas idéias, então, esse campo existe. Eu acho que talvez no cotidiano e na prática, talvez... para não ficar uma reforma muito técnica, a tendência às vezes são os gestores não darem muito ouvido a essas situações. Mas na verdade, o que talvez falte é isso, né. É ouvir mais e colocar mais atuantes, talvez um incentivo maior para essa participação dos interessados, né, os usuários, os familiares. Ficar mais ativa, mostrar que realmente tem resultado. **[F. S. Diaz]**

Durante a minha gestão, até quando eu estava lá na saúde mental e não era o coordenador, estava um processo parado de bastante tempo da Comissão Estadual da Reforma Psiquiátrica, que era um projeto de lei do deputado Minc... Que desde 2001, 2002, foi sinalizado pelo deputado Carlos Minc. Depois, a governadora Rosinha Garotinho assinou que tinha que instituir, tava parado isso, havia uma pressão muito grande do movimento social, né, do movimento da luta antimanicomial, que foi para o Ministério Público e aí, esse período em que estava fazendo doutorado, porque me interessava por isso, peguei esse processo, encaminhei, até que essa Comissão tomou posse em abril de 2007. E começou a funcionar. Então, eu acho

que isso já foi um avanço, você colocar essa Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica funcionando como um controle social. E qual era uma das direções dessa Comissão Estadual? No mesmo modelo que eles tinham de ser fazendo parte do Conselho Estadual de Saúde uma comissão específica para discutir o ponto específico da saúde mental e nos municípios, isso acontecer também. Então, a orientação era que os municípios também tivessem comissões de saúde mental ligadas aos Conselhos Municipais de Saúde. E já tinha alguns. Em São Gonçalo, já tinha essa proposta. Volta Redonda. Então, quer dizer, mais ou menos, quem fazia parte da comissão, estava com esse objetivo de ir aos municípios já e sinalizar que a orientação era essa.

[F. S. Diaz]

É muito comum um serviço, um CAPS ter uma associação. Não é infrequente. Isso acontece. Mas eu acho que talvez o que a gente está colocando é uma forma mais assim instituída, com talvez mais capacidade de resolutividade, de inserção social, para o campo da saúde mental se fortalecer como controle social. Aí talvez precisasse realmente disso que você está falando. Do campo da gestão, do campo, até dessa Comissão, que teria uma constituição estadual poder ajudar os municípios a se organizar. Entendeu? Né. Então, é uma mão dupla. Os municípios podem ter um início, mas é claro que se sinalizar que é essa a orientação, isso vai ajudar muito a forma de organização, que talvez ficasse meio amadora ou talvez demorasse mais a acontecer se não tivesse essa orientação estadual. Mesma coisa, lógica, do nível federal. Então, eu acho que é uma coisa...assim mesmo. **[F. S. Diaz]**

Espaços de Controle Social

Eu acho que são vários espaços, e não é só nesses espaços de controle social oficial – que muitas vezes são danosos, são improdutivos, não levam a nada – não é nele que a gente vai conseguir, apesar de ser um espaço legítimo e por onde as vias políticas de fato vão poder acontecer ou não. Mas quando a gente consegue organizar outros espaços e a partir dele ter força. E nesses espaços, aí tem um déficit, não é um espaço pra você atuar por que muitas vezes os conselhos de saúde eles são uma espécie de controle de alguém que vão lá só pra provar uma coisa, os gestores usam muito esses espaços pra isso, ir lá só pra provar a política que ele quer. Não é um espaço pra discutir com a comunidade, com a sociedade o que esta acontecendo e qual é a política que ele vai incrementar, (...) ele já vai lá pra aprovar (...) como que a gente então pode estar interferindo, nesse ou em outros espaços, a partir de espaços coletivos (...) Então, sou eu,

o que aquilo produz de diferença em mim como ser humano, e o que aquele grupo pode produzir de diferença pra um campo maior. **[A. C. S. S. Silva]**

Na nossa passagem pelo município de Aracaju, na Prefeitura, a gente incentivou bastante os usuários na assembléia dos CAPS, a gente implantou cinco CAPS e a gente implantou dois deles em 24 horas. Então, a gente tinha muitos usuários a acompanhar. E a gente trabalhou com muitos deles com uma formação mesmo, na questão dos seus direitos. Então, as assembléias eram sempre lotadas e a gente teve como resultado a fundação, a criação da associação de usuários. Infelizmente, quando a gente saiu da gestão, isso ficou muito enfraquecido, então não deu continuidade, né. A gente na época combinou com os usuários que a gente pretendia que a associação fosse ampliada, não fosse só usuários, mas nós queríamos participar como técnicos, trabalhadores, auxiliares. Só que na época, no contexto histórico da época, os usuários não quiseram. Então, isso, na minha avaliação, enfraqueceu a associação, que hoje em dia, ainda é muito incipiente. A gente aqui no Estado está pretendendo um trabalho de resgate, de inserção nessa associação mesmo, de convocação da associação para que eles voltem à ativa. Mas eu acho que é importantíssimo que isso aconteça. É fundamental que tenha status nos Conselhos Municipais de Saúde, que tenha representantes. A gente conseguiu colocar conselheiros usuários de saúde mental eleitos nas conferências de saúde. A gente conseguiu fazer isso. E isso é muito importante, né, o local de onde a gente pode problematizar. Importante isso com certeza. **[A. R. S. de Lima]**

o que eu percebo daqui, né, do menor estado do Brasil (risos), o que eu percebo é que não tem acontecido [a reforma não tem proporcionado espaços de controle social] É como se não tem acontecido esse estímulo ao controle social. Não tem, a sensação de quem está dentro do serviço, não tem clareza do que é fundamental que aconteça no serviço, no cotidiano dos CAPS. Então, é o que tenho percebido. O que eu vejo são CAPS muitas vezes burocratizados. **[A. R. S. de Lima]**

Pra mim é uma das grandes contribuições da reforma psiquiátrica pro SUS, é a capacidade criativa, inventiva e inovadora de construir esses espaços democratizantes; a gente tem feito com uma maior velocidade do que o SUS, por exemplo. Até talvez o Saúde da Família se assemelha mais a nós, ao programa, mas assim, o SUS (...) é, a atenção básica, por exemplo, pra mim, ela ta muito atrasada no processo. **[J. Ferrari]**

A nossa associação dos usuários e familiares da saúde mental, ela tem assento no Conselho Municipal de Saúde desde 1996. E nós temos também o Fórum da Saúde Mental, com assento também no Conselho. Então assim, nós criamos outros fóruns também, e no Conselho de Assistência Social são duas instituições, também têm assento; e meu Conselho de Desenvolvimento da Cidade. Pra tu vê como a gente tem o que dizer, e as pessoas nos chamam pra compor. **[J. Ferrari]**

Eu acho que esse é um ponto fraco no nosso processo, a gente tem pouca participação do ponto de vista relativo, evidentemente; de usuários e de familiares; (...) O que tem feito também com que as poucas associações que tem, sejam muito mais facilmente manipuláveis, também. Ou seja, muito mais facilmente sujeitas a serem cooptadas por forças, por grupos de interesses. Então. Eu acho que um desafio importante para o processo se estabilizar e avançar, é a gente poder incentivar, enfim, de alguma maneira propiciar que esse movimento de base – mais de baixo para cima – se organize amplamente e de uma maneira mais distribuída pelo país também, para não ficar mais uma vez, concentrada nos núcleos das grandes cidades. **[F. Ramos]**

Tinha um CAPSI em Duque de Caxias que tinha conselho gestor, coisa e tal, mas enfim, acabou sendo muito burocratizado, ele não se qualifica, tá, como tal, eu acho que tem iniciativas, mas elas não são potentes, exatamente, você não tem uma clareza, nem uma formação pra isso... Não é controle social. **[M. C. Ventura]**

Autonomia do Controle Social

Eu acho que são vários espaços, e não é só nesses espaços de controle social oficial – que muitas vezes são danosos, são improdutivos, não levam a nada – não é nele que a gente vai conseguir, apesar de ser um espaço legítimo e por onde as vias políticas de fato vão poder acontecer ou não. Mas quando a gente consegue organizar outros espaços e a partir dele ter força. E nesses espaços, aí tem um déficit, não é um espaço pra você atuar por que muitas vezes os conselhos de saúde eles são uma espécie de controle de alguém que vão lá só pra provar uma coisa, os gestores usam muito esses espaços pra isso, ir lá só pra provar a política que ele quer. Não é um espaço pra discutir com a comunidade, com a sociedade o que esta acontecendo e qual é a política que ele vai incrementar, (...) ele já vai lá pra aprovar (...) como que a gente então pode estar interferindo, nesse ou em outros espaços, a partir de espaços coletivos (...) Então, sou eu,

o que aquilo produz de diferença em mim como ser humano, e o que aquele grupo pode produzir de diferença pra um campo maior. **[A. C. S. S. Silva]**

A reforma o que eu mais tenho visto na clínica... as pessoas tutelam os pacientes... os técnicos da reforma... fazem eles rezar a cartilha deles... Tudo bem, eu acho que tem que fomentar... elege delegado e juiz... você acaba sabendo quem é o juiz da sua comarca, o delegado do seu distrito. Mas é uma besteira porque também a pessoa vota se quiser. Mas, o nosso voto é obrigatório e ao mesmo tempo ele é mais e menos... distrito comunitário, de vivência comunitária... isso não faz parte da nossa cultura... essa não é só uma questão da Saúde Mental. É das políticas públicas em geral. **[L. F. Tófoli]**

não tinha nada o Sobral, até que a gestão Cidio Gomes [no fim dos anos 90]. Lá não tinha nada. (...) agora conselho, que eu saiba, foi ele. Agora, a gente sabe, isso não é caso de um ou outro lugar, são vários, que o Conselho do Ministério da Saúde pode ser tutelar... compra favores, não precisa nem comprar com dinheiro... **[L. F. Tófoli]**

A barra é muito pesada. Eu diria que existe uma outra questão que é importante, que aí nem certos setores do movimento sanitário mais conseqüente, eles pensam que o seguinte, você trouxe o ponto que existe sobre o movimento social ativo que gera o representante do conselho que vai politizá-los. Mas que movimento é esse que nós temos na área da saúde, da saúde mental? Então você tem às vezes associações de portadores de determinados transtornos, você vai ver lá na base, são associações muitas vezes de um profissional que entende a importância de ter uma associação do portador, mas ele controla tudo. Muitas vezes o próprio movimento social que gera o seu setor de conceito social é muito, ele é muito frágil . Na saúde mental dá pra investir, dá pra você conhecer o seu investimento no fortalecimento das associações de médicos, familiares e usuários . e agora estou trabalhando também que é um outro projeto que eu estou encaminhando uma metodologia de organização de grupos de ajuda de suporte em saúde mental liderados pelos próprios auxiliares e usuários, é que é, e de fortalecimento também das associações vamos ver se este ano agente avança um pouco mais numa conversa com o Ministério da Saúde nessa linha. Que eu sinto resistências também até do próprio ministério pra isso **[E. M. Vasconcelos]**

Então, se você pegar o ponto de vista comparativo internacional, eu diria o seguinte: você tem na Europa um perfil que eu diria que é o dos países latinos e católicos do sul. E que você tem

a associação principalmente dos familiares, na Espanha você vê associação dos familiares, na Itália também. Agora se você vai pros países do norte, nós vamos, que tem uma cultura protestante, hegemonicamente protestante e mais autonomista que individualista você vai ter uma forte orientação dos usuários. (...) Por que você tem como traço cultural, primeiro uma maior independência do indivíduo e maior interpelação pela autonomia, pela independência do indivíduo. E a psiquiatria ela quebra essa autonomia. Então ou você fica dependendo da família, que nesses países desorgânicos, o cara saiu de casa e vai vê seus pais uma vez na páscoa outra vez talvez no natal. Então você tem um perfil de autonomização de nível muito maior. Esse perfil ele ocorre nos países norte, na Escandinávia, na Inglaterra, um pouco, em certas áreas da Alemanha, na Holanda etc. e principalmente países das concepções. Então nesses países o movimento de usuário avançou muito e de forma independente dos movimentos familiares etc. Então é um dilema pensar o Brasil nesse sentido, por que aqui você tem um movimento, uma cultura hierárquica católica onde a dependência é as vezes até, vamos dizer, reforçada e estimulada. (...) Mas ao mesmo tempo, quer dizer, você pensar, hoje nós já temos um perfil de associações mistas, associações de familiares, usuários e profissionais juntas, tendo o profissional um papel muito ativo. Você pega a maior parte das organizações, eu publiquei o resultado dessa pesquisa, elas são, você contata o CAPS, sei lá, uma reunião quinzenal ou mensal, que aí os usuários vão etc. mas quem mantém lá o trabalho do dia a dia é um profissional que esta lá, um profissional do CAPS. Então a associação fica muito na mão do profissional. Vai ver a estrutura de financiamento delas, ou às vezes tem um projetinho de trabalho, mais que gera pouca renda e que tem também de ser repassado pros usuários ou familiares que participam, aí tem uma mensalidade assim de dois a cinco reais etc. então é um movimento muito indisciplinante. Apenas em alguns lugares você tem projetos de trabalhos mais efetivos ou a associação intermédia certos projetos, por exemplo, de lares entendeu, aí a associação pode ter um caráter um pouco mais permanente mais também que se torna, vamos dizer, financiador de projeto e aí você tem também perda de autonomia e de critica e perde a independência política. Então é um movimento muito frágil nesse sentido. É claro a reforma psiquiátrica tem investido um pouco nisso. Mas eu ainda acho que é um investimento muito incipiente e muito investido na militância política direta do usuário. Então se você pega, por exemplo, o que a gente tem assistido é formação política, é militância etc. e uma atuação diretamente da militância. São pouquíssimos os usuários que sustentam uma militância política direta por que é algo muito árido, cheio de conflitos, competição e ao mesmo tempo é um sistema que puxa pra cima, para atuação política crescer ainda mais. [E. M. Vasconcelos]

Eu acho sim [existe mecanismo sociopolítico que contribui para o desenvolvimento da reforma]. Você tem uma dinâmica de sustentabilidade da política do SUS, são dois principais. Primeiro o movimento fora, na sociedade civil. É claro que esse movimento é principalmente dos profissionais do Brasil – e aí nos temos um perfil muito parecido com o da Itália – então, um movimento social que tenta ter sua autonomia. (...) E que compra [a ideologia]. Esse é o objetivo político que leva e pressiona o Estado. E você tem um dispositivo que são as várias instâncias de controle social: os conselhos, sistemas de conselhos, as conferências nacionais e etc, que é uma tentativa de democratizar, e dar permeabilidade pra que o Estado e a política de saúde sofra, vamos dizer, seja permeável aos interesse da população. É claro que esses conselhos, por exemplo no plano local, eles funcionam muito dependendo do próprio gestor. Você pega a maior parte do município, o gestor ele manipula claramente o conselho de saúde, o conselho estadual, mais ou menos e etc então um dos grandes dilemas é como você reforçar e qualificar melhor, o movimento sanitário né como é que ele qualifica melhor essa presença dentro do conselho, essa militância dentro dos conselhos, e nas conferências nacionais. E, poderia nas instâncias maiores você vai ter um outro dilema que é uma certa apropriação por partidos político. Que também de certa forma ao mesmo tempo que cria uma militância mais profissional, mais qualificada por outro lado aparelha. E muitas vezes impedem que os movimentos sociais sim num aparelhamento mais claro tenham voz mais clara dentro dos conselhos, então você tem esses dilemas todos. Agora o dilema mais claro é como é que, vamos dizer esses gestores que não tem efetivamente compromisso com a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, eles aí eles tentam manipular esse dispositivo. Mas eu diria que depende muito então da capacidade desse movimento social, tanto do movimento sanitário quanto o movimento da reforma de estarem, terem a sua forma orgânica fora do estado, por que esse é um outro dilema também, por que muitos de nós, nossos companheiros entram dentro do estado e ficam com a militância amarrada dentro do estado, como é que esse movimento social consegue pressionar ter uma existência autônoma ao estado e ao mesmo tempo exercer essa função crítica, reconhecer os avanços inclusive de alguns companheiros que estão lá na gestão mais ao mesmo tempo manter essa distância crítica e ao mesmo tempo um financiamento, um alto financiamento capaz de poder sustentar a sua militância social na sociedade. Então o 18 de maio, por exemplo, é uma tentativa disso de você manter viva a nossa bandeira junto a sociedade civil. Agora no Brasil você tem uma certa institucionalização e uma desmobilização desses movimentos sociais então não é fácil sustentar isso nessa conjuntura neoliberal. Você tem uma conjuntura neoliberal que é desfavorável E que vai exigir um mínimo de organização

dos movimentos sociais e de atuação do controle social que, boa parte do país nos não temos então você fica muito dependente dessa esfera. E eu diria que nos temos também uma questão aí é mais política {texto incompreensível} que foi o governo Lula. O PT ele foi o desaguadouro, diria das nossa esperanças de uma mudança política , mais clara mais definida na direção dos interesse populares. Quando o Lula entrou ele fez uma manobra, no sentido de, vamos dizer de docilizar essas propostas e ao mesmo tempo repetindo muitas políticas do governo neoliberal do Fernando Henrique Cardoso . Então há uma expectativa que já não é criada, que já não é correspondida aos movimentos sociais, mais ao mesmo tempo ele organicamente e outros militantes de movimentos sociais estavam dentro do partido e também dentro do partido e foram pra dentro do estado, você vê o exemplo da CUT, a CUT foi toda pra dentro do estado e perdeu toda, vamos dizer, a sua representatividade e dos anseios dos trabalhadores. Quando chega em 2005 com a crise ética do PT e aquela... É o SMT também, embora o SMT tenha um pouco mais de independência, mais ao mesmo tempo e financiado pelo governo Perdeu a autonomia. Agora quando você tem além, vamos dizer da socialização das políticas concretas do governo Lula você tem a crise ética que vai se dar em 2005. E aí, ela não só significa um processo de corrosão que já estava ocorrendo dentro do partido um tipo de praticas complicada do financiamento do governo, finança de caixa dois dentro do sistema do partido, do sindicato, como também significou uma perda do projeto, de esperança de um projeto político, quer dizer, nós vamos ver no país muita gente de classe média, por exemplo, dizer, eu estou desiludido com a política, eu não vou votar mais, não sei o que... Então há um processo de desilusão da política e da militância social, do desejo de, vamos dizer, desmembro da possibilidade de mudar a política global e quem foi o desaguadouro disso foi o próprio Lula. È claro que algumas políticas setoriais do Lula, principalmente do segundo governo melhoraram um pouco, eu diria o seguinte, a política externa principalmente essa, certas medidas do novo ministro da saúde uma certa ambivalência por exemplo com a política ambiental, a área educacional, alguns avanços. Mas a maior parte dessas políticas foram muito tacanha em relação aos projetos que nós tínhamos pra um governo, o governo dos trabalhadores. Então isso também significa, vamos dizer, a corporificação disso que foi essa conjuntura neoliberal pro país e com imensa dificuldade no nosso movimentos sociais tanto pro SUS como pra reforma psiquiátrica. [E. M. Vasconcelos]

o instrumento jurídico contra o Estado, ele tem que se aperfeiçoar também, além dos mecanismos de participação social, entendeu, que a gente tem que ter, afinal de contas o Estado não pode fazer tudo, né. Então, grande parte do SUS tá em cheque, dos princípios do SUS,

porque o Secretário de Saúde, o Sistema de Saúde não cumpre efetivamente o que a determinação do controle social faz. Se o sistema, ele é descentralizado, ele tem Conselhos Municipais de Saúde, então você teria que ter alguma eficiência, né, e uma, alguma forma de, de respeito ao que o Conselho de Saúde diz, e não tem, na prática o secretário faz o que pretende fazer. [Geralmente eles são os presidentes dos Conselhos e...] E fazem o que fica decidido. [...fazem as cadeiras, os assentos são determinados por eles, eles que escolhem...] Nomeiam os representantes, etc. **[P. Amarante]**

Bom, uma das coisas que é, que a gente não avançou, né, desde 90 até hoje, vão fazer 20 anos, a ideia de que os Conselhos estaduais, municipais, ou de serviço, né, eles não tem um poder real, real no sentido de poder operar, né, tem um poder formal de poder optar, fazer isso, fazer aquilo e tal, mas, você vê, qualquer Secretário Municipal consegue fazer a sua gestão, independente de qualquer Conselho Municipal de Saúde. Ou seja, não tem poder real, então faltaria, por exemplo, um estatuto, um mecanismo que pudesse dizer o seguinte, a aplicação de recursos de uma secretaria municipal tem que ter prévia aprovação do Conselho. Aí você consegue, aí você vai ver o que que foi bem gasto ou mal gasto, mas você discute antes de gastar, agora, discutir depois que gastou é conversa fiada, né, você não consegue fazer gestão real. Então os Conselhos tem um poder, é um pouco aquilo, é uma solução de compromisso, que conseguiu-se nos anos 90, mas não se conseguiu avançar além disso. Então, lembra que as primeiras reuniões do Conselho Municipal em 1990? Era uma coisa crítica, que era um teatro, a gente colocava, a gente chamava, a gente falava, e discutia, a gente falava pelas pessoas, né, porque tem que fazer os dois papéis, de gestor e de povo, entendeu? Pra que as pessoas comessem a sentir que o negócio existe, que faz, né e tal. Com o tempo isso começou a funcionar e tal, mas você vê, os Conselhos só existem de fato e tem alguma interferência de fato quando é concedido esse espaço. Eu acho que o problema não é de capacitação, porque isso é uma questão, capacitação já é um lugar as vezes, não, só pode participar quem tiver diploma, né. Eu to dizendo que o problema não é esse de, de gestão da distribuição do poder. O problema é da distribuição do poder em si! Quer dizer, os Conselhos municipais não têm poder real. Tem formalmente um lugar ali, só, mas a lei não garante nenhuma instrumento de ação de direta que interfira na gestão, né. Então não tem poder! (...) O Conselho Municipal, o secretário municipal não precisa, na verdade, passa ao largo, e todo Conselho que tentou, de alguma forma, enfrentar o secretário, acabou sendo ou destituído, ou desqualificado publicamente, ou na justiça, mas ninguém, não houve nenhum lugar onde o Conselho

municipal, por exemplo, tivesse destituído um secretário de saúde, nunca vi! Ou mandou um secretário de saúde pra cadeia, não existe isso! [R. T. Kinochita]

Então, mas no nível do serviço eu acho que a questão da reflexão é mais grave, porque o seguinte, assim, até quando, até que ponto os pacientes podem fazer parte do Conselho gestor da sua, de uma unidade? Eu já passei por muitos lugares na UNESP, é muito frequente que as Assembleias, elas sejam Assembléias assim, quase ecumênicas, mas nada de poder, né. Ah, você fala disso, você fala daquilo e tal, mas não se toma nenhuma decisão, porque decisão, não é um lugar de decisão, é um lugar só pra, vamos chamar assim, de ver a coisa, mas poder real, não. A maior parte dos lugares, eu acho que hoje ainda vive tratando pacientes, familiares de uma forma terapêutica, né, e não política, e aí a gestão é a gestão do profissional, do técnico, do médico. Mesmo na relação dual, né, profissional-cliente, profissional-usuário, né, até o nível de tensionamento desse trabalho, relações de o que que o paciente faz, toma remédio, tá na hora de tomar remédio, assim, o que que ele faz o que ele deixa de fazer, hoje esse tensionamento é muito baixo eu acho, na maior parte dos lugares, é bastante, você é visto, você segue isso, se você não segue, você é desligado do serviço. Não pode almoçar, não pode fazer isso, leva castigo, não pode levar o que pede pra casa. É baixo o nível de mudança nessa relação social com os pacientes, e com as pessoas dos pacientes, usuários... Essa questão entre, eu to falando, as palavras, aqui veio, existe uma tensão entre a relação clínica que se estabelece, com o que você chama de paciente, e essa relação entre cidadão com cidadão. Isso não é o não é simples, não tem uma solução mágica, né, então, precisa ser pensada essa relação pra andar, né. Agora, se não se tensiona, ela vai se justificando, ela se justifica, chama assimetria de relação de poder, pra que isso afinal? [R. T. Kinochita]

Capacitação do Controle Social

É tão difícil a gente pensar nessa coisa da capacitação, né. Eu acho que não tem capacitação para estar em movimento, por que em qualquer lugar que você esteja discutindo uma determinada situação, um problema, uma realidade, aquilo é capacitação. Muitos que trabalham no movimento antimanicomial, ele é um espaço de capacitação permanente (...) como lidar com esses trabalhos de campo e principalmente na relação com aos outros, devido saber ouvir, saber a hora de falar (...) Em que momento que eu falo? Como fazer uso do poder que a gente pode

ter em determinados momentos? Como fazer uso dele quando a gente acha também importante? Pra poder fazer alguma coisa deslanchar e não ficar só na coisa verborrêica. **[A. C. S. S. Silva]**

E aí eu acho que nesse sentido, eu não sei se a gente vive a política pública. Eu tenho plano de saúde, eu preciso pagar um plano de saúde. Infeliz por ter de pagar, infelizmente é uma das minhas contradições. Assim de uma pessoa que luta pela saúde pública, pelo campo público. Mas como é importante a gente acreditar que é possível ter uma saúde pública pra todos e como é importante cada pessoa que está atuando no campo público. Quem trabalha no campo público tem que ter uma responsabilidade de pensar, tentar fazer alguma coisa em defesa desse espaço. **[A. C. S. S. Silva]**

Olha, aqui no estado do Sergipe, a gente fez uma lei que regulamenta o Conselho Estadual de Saúde. Ele não existia, ele era virtual aqui, ele era feito por indicação. A partir de uma lei estadual, nós criamos a forma como a gente definiu através de uma lei que o Conselho seja eleito, a partir dos coletivos, né (...) E na verdade, a gente redimensionou, a gente reinstalou esse Conselho Estadual. E, a partir daí, o Estado vai fazer sim e tem, digamos assim, se organizado para capacitar os conselheiros. Aqui em Sergipe, isso vai acontecer. Fizemos isso em Aracaju, quando a gente estava na prefeitura, isso aconteceu com os conselheiros municipais e aqui no Estado, a gente quer fazer a mesma coisa. **[A. R. S. de Lima]**

Gradualmente eu venho pensando nisso [na capacitação o controle social]; e muitos de nós, que vínhamos pensando formação também, convergindo nesse sentido de trabalhar, realmente, mais com a noção de formação do que com o que tem se chamado de “força de trabalho ampliado”, entendendo que essa separação entre trabalhador e usuário tem uma certa artificialidade e que ela precisa ser superada. No sentido de que o próprio usuário do sistema tem um conhecimento, tem um saber; que precisa, de um lado ser incluído na formação dos demais, e vice-versa... Que ele também demanda para si algum tipo de formação e, em alguns pontos, até mesmo de informação técnica. Até para que haja, de fato, um empoderamento do usuário, para que ele possa, de uma maneira mais fortalecida, participar, sim, exercer melhor, até, o controle social. Para que o controle social não seja apenas letra morta, ou mero formalismo. Mas que ele de fato opere o seu papel que é realmente de regulador. E, digamos assim, de garantia, exatamente, de que o processo não desande no caminho, não desvirtue. Porque eu acho que, realmente, o risco, vamos dizer assim, é de que o processo vá se tornando tecnocrático. Sem que isso vá se

construindo rapidamente, pode, realmente, o processo se fechar em torno de idéias, de tecnologias de gestão e acabar se perdendo no caminho. **[F. Ramos]**

nós vamos encontrar alguns setores mais coerentes do movimento sanitário que vem enormemente (...) investir nessa prioridade, eu mesmo participei de um curso de formação de conselheiros aqui na baixada fluminense (...) A questão é que fazer essa formação exige investimento político e organicidade com os conselheiros. Agora isso não está disseminado no curso e nem no movimento de reforma psiquiátrica, o reconhecimento da importância de atuar nos conselhos, eu diria que a gente fica muito bem de serviços, atua pouco no conselho distrital, no conselho de mensagem programática **[E. M. Vasconcelos]**

A Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde dá formação, existe, a Fio Cruz tem um curso de conselheiros a distância, que pode ser feito por qualquer pessoa, pela internet, etc. que dá o mínimo de formação, etc. existe, né. A questão fundamental é se o, as decisões dos Conselhos são respeitadas, né. **[P. Amarante]**

Sem controle social não há possibilidade de institucionalidade democrática, a Reforma é totalmente dependente do vigor democrático, então sim, controle social é absolutamente necessário, acho que não há capacitação para isso, um processo de formação permanente, tá, isso é uma falha no processo da Reforma, mas o controle social existe, se ele é mais ou menos qualificado, é outra discussão, mas ele existe, as Conferências de Saúde Mental no Brasil mostram isso, a gente acabou de ter uma agora, né, e ela é IV Conferência e ela foi absolutamente participativa, diferentes segmentos, usuários, trabalhadores... (...) Não, eu acho que ela [capacitação] não ocorre, não ocorre como deveria, tá, eu sei por exemplo que tem estados ou municípios, onde o controle social ele é mais qualificado, aqui no nosso estado, onde eu estou por exemplo, Estado do Rio de Janeiro ou cidade do Rio de Janeiro, não, há um controle social feito muito amadoramente, ele tem importância, mas ele não é qualificado...**[Maria Cristina Ventura]**

Intervenção na Cultura / Território

Eu acho que a reforma, ela vem se dando a partir da estruturação de novos serviços (...) o território ele não se faz só de estrutura, de equipamentos. Ele se faz de outras coisas, tem um movimento que tem de estar ali naquele território junto do que acontece naquele território. (...)

estar no território é você viver aquele território naquilo que está passando naquele momento, então não tem certinho, eu não vou pra lá sabendo o que eu vou fazer assim quantas pessoas eu vou atender, eu tenho que aprender a lidar com o imprevisível. Como que esses serviços, inclusive os CAPS, sofrem com o imprevisível, mesmo sabendo que tem de trabalhar com o imprevisível e eu penso, deslocar os profissionais dessas estruturas é possibilitar que outras formas de atuação do profissional no território aconteça, ao mesmo tempo eu imagino que a tendência do profissional no primeiro momento é de reproduzir aquela prática que foi dada (...) Por isso esses espaços que vêm se discutindo hoje da questão da cultura na saúde mental, de se pensar ainda a questão do manicômio mental ela ainda está muito forte na gente aquilo que o papel, do que se traz pra gente. Mas é importante a gente se incomodar, reconhecer o manicômio mental (...) e poder tentar produzir alguma coisa de diferente, é isso que a gente precisa, de que os profissionais, eles precisam estar atentos. Há certa indignação pra o que ainda não está dado e a reforma psiquiátrica não está dada, por isso que a gente tem que se indignar. Então, não é só lutar por mais estruturas caps e por mais qualquer outra coisa que invente, então criam centros de convivência como se os centros de convivência de saúde mental fossem resolver os problemas do estado, na comunidade, dos usuários, também não é só isso. Com que paradigmas que estamos trabalhando? Em que sociedade, em que contexto aquela sociedade? A reforma psiquiátrica do jeito que ela foi pensada, na década de 70 hoje ela é totalmente diferente, na década de 80 que se falava na questão dos equipamentos dos ambulatórios, década de 90 que se falava nos caps. E hoje? Hoje a saúde mental está se aproximando da espécie da família. Por quê? Por que precisa, por que não dá mais e a gente quer fechar leito, então a gente precisa estar mais no território, cada vez mais, pra poder conseguir fechar estes leitos né. **[A. C. S. S. Silva]**

A rede que a gente vem construindo de serviços hoje, ela é tão pequena que não incentiva ações pra fora. Então, o que tem acontecido é que, mais um serviço é uma demanda enorme que chega e que vai fazer com que o profissional se sinta acuado com o próprio serviço e fazendo um trabalho tradicional como qualquer outro. De atendimento, de encaminhamento, de retorno do paciente e com muita dificuldade de pensar ações para, além disso. Agora, há, claro, diferenças pontuais (...) Só que quando ia para as ações externas que a gente discutia em equipes, o serviço aprovava, que entendia que aquilo fazia parte daquele pelo CAPS. Aí “ah, você vai passear agora né? Você tá indo pro passeio?” A gente tinha de ouvir isso. Então, na verdade era muito difícil, por que o serviço não trabalha limite, então a saída de um profissional é menos um. Por mais que você tente organizar as prioridades de atenção daquele serviço, como a gente trabalha

no limite, a realidade de serviço hoje é essa, é tudo no limite, a saída de um é muito ruim. [A. C. S. S. Silva]

Por exemplo, eu fico pensando na inauguração da exposição que teve agora sexta feira. (...) vai ser ótima (...) Mas qual é o efeito disso pro usuário que esta com o seu quadro ali exposto? Eu não sei. Como é que o serviço vai trabalhar com aquele usuário? Eu não sei responder essa pergunta. Acho assim, os serviços não tem pé, não é culpa deles. É culpa e não é. Por quê? Eles não conseguem fazer além do que esta acolhendo, que eu acho que eles já fazem muito, os CAPS, eles já ficam de porta aberta direto, de segunda a sexta de porta aberta. Eles acolhem muito, e esse outro trabalho de acompanhamento das ações que eles mesmos acolhem, eles não tem pernas de fazer outra... De dar continuidade, por exemplo, com esse usuário que esta expondo no quadro num lugar fora do CAPS.(...) Não sei o quanto que o CAPS vai conseguir qualificar atenção a esse usuário reproduzir alguma diferença na vida dele a partir dessa experiência, não sei o quanto que é possível. [A. C. S. S. Silva]

Então, a equipe, eu acredito que trabalha muito pouco com a sociedade. Deveria trabalhar muito mais. Apesar de ser uma diretriz de atuação no território, muitas vezes, as equipes não têm clareza do seu papel. Os CAPS são serviços muito singulares, são serviços que saem muito do, digamos assim, do padrão de serviço de saúde que nós temos no Brasil. Eu acredito nisso. Eu acredito que tem peculiaridades. Uma delas é trabalhar fortemente com a sociedade, até para tentar mudar esse ideário aí da loucura, né, que nós até nos defrontamos, né, de exclusão. Uma ideia de estigma, de exclusão, de desvalia. Os CAPS, na minha avaliação, não trabalham, as equipes não trabalham como deveriam com sociedade. A gente trabalha, sim, com PSF, que são profissionais iguais a nós. Nós fazemos atividades, digamos assim, na comunidade, muito aquém do que deveríamos. [A. R. S. de Lima]

As atividades que nós fazemos, muito assim, por exemplo, com os usuários, né. Eu estou falando de atividades para a sociedade mesmo. Tentar falar um pouco das diferenças, das singularidades, sensibilizar a sociedade ao redor de onde o CAPS está inserido. Os trabalhos que são para reabilitação, na verdade, dos usuários, também para mim são insuficientes. A gente tem uma coisa muito importante na saúde mental que é trabalhar com a reabilitação, a reinserção, né, com a contratualidade desses usuários. Aumentar esse poder contratual na sociedade. Então, é importante, que sejam feitos trabalhos nesse sentido, não necessariamente parceiro e coisas do tipo, né, mas estou falando na relação singular de cada um, né, nas relações

peçoais, nas relações da vida deles. A gente às vezes, pode trabalhar um pouco na questão do poder contratual mesmo, de investir um pouco nisso, de empoderar esses usuários nessas relações. Esse trabalho é muito pouco feito e ele é um trabalho que daria muito impactante na reabilitação de fato. [A. R. S. de Lima]

Então, assim, eu acredito que tem um recurso que tem uma coisa fundamental, que é uma militância cotidiana, de acreditar na orientação, de acreditar na possibilidade, na viabilidade, dentro das possibilidades dos nossos usuários. Então, tem uma coisa que é fundamental, que é essa militância. Eu acho, né, fundamental. Outra coisa é que a gente consiga no cotidiano se relacionar com a sociedade. Então, falar a linguagem dela. Então, por exemplo, no trabalho, se a gente não consegue se inserir, muitas vezes em...em...em... no trabalho ou até em cursos, porque a gente não tem, por exemplo, um usuário não tem alfabetização, então, vamos trabalhar alfabetização dos usuários. Ou então, se a gente não consegue inserir, porque ele tem que trabalhar à noite e ele toma medicamento e tem que dormir à noite, por exemplo, vamos negociar isso também. Vamos negociar a hora do remédio dele. Então, tem coisas que são super simples, na minha avaliação, né; assim, são..simples não...simples é muito simplista, mas assim, são coisas viáveis, desde que a gente tenha uma militância e clareza do nosso papel na reabilitação. Entendeu? Agora, claro que um mecanismo fundamental para gente fazer isso é se relacionar. É a gente ter claro que a gente vai ter que se relacionar para fora. Agora, não adianta a gente chegar, trabalhar no CAPS, dar medicamento para o paciente, dizer que ele está fora de crise e dizer assim: “Já pode ir”. “Vai lá buscar emprego, vai lá! Tá tudo certo com você. Você não tem mais nada, não tá surtado, não tá delirando. Vai lá buscar emprego!” (risos). Ele não vai conseguir, não é assim. Então, tem uma coisa que vem antes, que tem que ter um movimento sim, que é social também, para poder trabalhar questões: essa inserção, é, essa compreensão. E eu acredito nisso. São coisas muito complexas, né, que a gente trabalha, muito delicadas e muito complexas. Mas que é o que a gente faz da vida. Não tem outra coisa. (risos) [A. R. S. de Lima]

a outra sustentabilidade que eu chamo de sustentabilidade cultural e o trabalho intersetorial. Trabalhar com a educação, trabalhar com a cultura é fundamental, trabalhar com política habitacional, e eu vejo as nossas equipes de saúde mental no Brasil. (...) eles trabalham de um modo mais pontual assim, com um usuário a partir do plano terapêutico, a partir de uma situação, de um usuário fazer a ponte com a cultura, fazer a ponte com a habitação ou com educação. Como articuladores com política pública já existentes da educação e da cultura eu vejo menos, e menos ainda como propositores de políticas nestas áreas, cultura e educação.

Mais ao mesmo tempo tem bastante, ainda assim tem experiência que a gente pode citar importantes como: aqui em Porto Alegre nós temos a oficina geração POA, que o principal vínculo dela é um serviço vinculado ao CAIS de saúde mental, (...) mas as praticas da equipe são todas elas de maior articulação com a cultura e com a rede de economia solidaria da cidade. (...) Hoje o ministério da cultura, com a experiência dos pontos de cultura, incluindo o ponto de cultura relação à cultura e a loucura. (...) São Lourenço propõe um ponto de cultura pra cidade e é um lugar onde os usuários se deslocam do anterior CAPS pra as praticas de cultura, no ponto de cultura da cidade onde se encontram com todos os outros cidadãos. [S. M. S. Fagundes]

O nosso processo desses vinte anos, ele foi um projeto assim que a gente usou, que a gente ocupou muito o espaço público, com programa de rádio, palestras, marchas, caminhadas, ações comunitárias nos bairros, oficinas de inspeção, participando das atividades da cidade, semana mundial da mulher, dos direitos humanos. A gente tem uma vitalidade sócio-comunitária muito forte, e isso garante assim uma, essa coisa da compreensão e porque que não tem que existir o hospital psiquiátrico, e era tão importante quanto atividade de grupo, atividade de consulta, atividade mais intrapsíquica, então a gente valoriza tanto a escuta quanto um programa de rádio onde tu conversa sobre como é que as pessoas se organizam na vida familiar e ligam pro programa e dão a sua opinião. Então tem esse lado, a gente trabalha com jornal, com boletins, a gente um boletim “Biruta”, aqui no município, que é o boletim do CETEMA e que ta sempre veiculando informações, espaço de pessoa se oferecendo pra trabalhar, a gente tem essa parte de poesia, é um boletim que circula assim com a cara do sistema de saúde mental, tem o espaço pro jovem pra colocar sua galera, a sua atividade, e nós queremos construir uma oficina de comunicação dentro do CAPS II, esse próximo período, queremos fazer um estúdio dentro de rádio pra que a gente comece a fazer rádio-poste. Nosso CAPS fica numa praça e a gente quer colocar uma rádio-poste e evoluir, quem sabe, pra uma rádio comunitária. (...) Enquanto isso a gente vai se organizando pra aprender a trabalhar em rádio, pra que não seja uma coisa do técnico, assim, da cidadania dos nossos usuários com a comunidade da qual eles fazem parte. (...) Esse nosso “Biruta” é por conta que aqui em Alegrete a gente já teve um encontro latino-americano de livre acrobacia aérea, onde juntou pilotos de vários países, então o dia era muita movimentação no céu, e aí a gente, a coisa do rodar, das birutas, é uma coisa que chama assim muito do imaginário popular. E também porque, dizem, tem uma fala aí que em cima no céu do Alegrete tem um portal, Alegrete é um dos portais da Terra, tem um buraco negro aqui em cima da gente (risos), então que entrariam os discos-voadores, tanto que na década de setenta os ufologistas vieram se encontrar aqui em Alegrete, pra fazer um grande encontro e discutir a

questão da comunicação entre os mundos e tal; então a gente usa esse negócio da biruta né, porque lembra os “biruta” e também porque dá a direção do vento. **[J. Ferrari]**

A grande questão que a gente vive hoje no Rio de Janeiro, por exemplo, são as contradições sociais imensas, onde, exatamente, a própria noção de comunidade está em questão. No Rio de Janeiro, inclusive, comunidade é um eufemismo para designar um lugar onde ela não existe, que é a favela do Rio de Janeiro, onde não existe cidadania. Isso é muito diferente do que você trabalhar em uma cidade menor, onde você ainda tem uma lógica solidária, onde você ainda tem um tecido social mais coeso, menos atravessado por contradições. Então, uma das coisas que tem dificultado muito o trabalho na comunidade, inserido no território, como a gente entende que deveria ser, é porque a gente precisa enfrentar todas essas adversidades. E esse é um limite [da Reforma Psiquiátrica Brasileira]. **[F. Ramos]**

Teoricamente, o serviço de CAPS é um trabalho na comunidade, isso desde visitas, desde intervenções culturais, desde participar, né, exatamente do trabalho intersetorial, né, essa é a lógica. Essa é a lógica. Mas, se ouve muito os serviços falando assim: “Olha, a assistência toma tanto tempo, que não dá tempo para fazer isso.” Então, muitas vezes, os serviços se fecham e fica uma questão só técnica e não mais com esse cunho comunitário e político, de transformação. Muitos serviços, às vezes, se restringem a essa questão técnica, com essa justificativa de que a sobrecarga é muito grande. Infelizmente. Uma das coisas que é repetida à exaustão é que o CAPS é o ordenador da rede, mas tem que se avaliar se isso realmente acontece. Uma das discussões mais interessantes que aconteceu nesse tempo que eu estava na coordenação estadual é que tinham fóruns regionais e no fórum da Região Serrana, uma profissional falou assim, quando a gente estava discutindo os NASFs, que é o Núcleo de Atenção à Família, onde entrariam os técnicos de saúde mental, que aí, seriam de novo os ordenadores na comunidade. Ela falava assim: “Infelizmente, o CAPS não conseguiu fazer esse papel, porque se ele tivesse feito isso, a gente não precisaria nesse momento, o NASF como ordenador, porque o CAPS já estaria fazendo isso”. E daqui a pouco, a gente pode se deparar com a dificuldade que o NASF também não conseguiu ordenar e fazer esse trabalho na comunidade. Então, é. Eu acho que tem três níveis. Tem um nível assim: para onde a política aponta. Tem um nível onde localmente isso acontece em alguns lugares e muitas vezes, no nível local, isso não acontece e começa a se produzir um esvaziamento dessa política proposta. **[F. S. Diaz]**

eu acho que duas coisas. Uma é a questão da tolerância com a questão da saúde mental, né. Entender qual é o papel desse cidadão diferente, como ele pode estar participando da comunidade. Isso é importantíssimo. E também quer dizer, a gente muitas vezes lida com uma clientela vulnerável. Também ampliamos a rede de cuidado. Outras pessoas podem ajudar a cuidar dessa clientela mais vulnerável, né. Então, acho que isso é óbvio, se você dizer. Na lógica, você diz assim: “A gente está restrito aqui no CAPS, porque a assistência toma conta de tudo.” Se você amplia essa rede e coloca outros atores, essa rede de cuidado se dilui, outras pessoas estão meio que responsáveis por cuidar e inserir essa pessoa na sociedade e logicamente, você não vai ficar com esse papel só para você. você não fica com ela só num serviço que é um CAPS, onde só lá ele pode ficar. **[F. S. Diaz]**

Depende da equipe. Em geral, não [realiza-se atividade na comunidade]. Por exemplo, eu tenho uma experiência muito interessante. Agora, depende do que você coloca de atividade na comunidade, com a comunidade. Aí que eu digo que a Saúde Mental é na atenção primária... ela entra... dentro de um processo assim “Paulo Freireano” problematizando isso e trazendo pras equipes fazerem isso. Nos vários lugares onde eu tenho... feito.. Petrópolis, Sobral... Macaé, Macaé é o melhor de todos. É um exemplo bem aqui próximo. **[L. F. Tófoli]**

espírito de educação popular em saúde é um negócio complexo... não é fácil, não... cuidar de paciente de Saúde Mental é muito, muito, toma muito teu tempo, é difícil... Eu compreendo também, não tô censurando essas pessoa que não fazem . Acho que o modelo de financiamento facilita também... **[L. F. Tófoli]**

É nesse sentido que 'cê tá falando? Eu posso dizer que o modelo CAPS... apesar de dizer que é de base comunitária, comunidade praticamente zero. Nenhuma visita domiciliar... pronto, respondi tua pergunta. **[L. F. Tófoli]**

Eu acho o seguinte: quando eu to falando isso aí, você precisa pensar dentro da lógica do apoio matricial. Eu acho que não é aquela coisa assim de... de o CAPS fazer isso diretamente na comunidade porque o efeito é irrisório... a menos que sejam ações de mídia. Assim, sim. Né, “cê” vai à televisão, “cê” vai à rádio fazer esse papel. Também aí ganha visibilidade dentro da cidade, ou dentro do distrito... acho que isso é importante... e deixar as ações comunitárias pra quem tá mais envolvido com a comunidade. Acho que é o ideal disso. Se cada profissional da Saúde Mental tivesse um tempo, né, fora da... Saúde Mental e pudesse tá discutindo... com os

funcionários da atenção básica. Porque isso é terapêutico também, faz bem você sair de dentro do... de vez em quando, te “desendoida” um pouco. É bom tu ver gente que não tá tão louca. Faz bem pra sua... pra si, pra si mesmo... e essa talvez era a grande questão do Sobral. Ah... era o fato de que os psiquiatras especificamente o que poderia ter acontecido pros outros funcionários também, eles nunca estavam só na área de atenção... Ora tavam no hospital, ora tavam no CAPS, ou na atenção primária, não tinha o psiquiatra do hospital. **[L. F. Tófoli]**

Eu diria o seguinte, na minha visão os CAPS estão muito sobrecarregados, você tem a experiência do Rio é dramática, você tem CAPS numa área de um milhão de habitantes (...) E eles não estão fechados pra nova clientela. Tem pouquíssimo tempo pra atuar na comunidade, no máximo vão fazer visita domiciliar, no máximo vão há um ou outro evento, por que eles não tem pernas pra isso. Você tem um trabalho muito intensivo dentro do próprio CAPS. E esses profissionais são muito mal remunerados, os contratos de trabalho muitas vezes são terceirizados ou as vezes as condições de trabalho, de remuneração, são baixas. Então, eu diria assim, que nós estamos trabalhando com dificuldade na maior parte do país. **[E. M. Vasconcelos]**

Em Sergipe, em Aracajú, também tem um trabalho [com a comunidade] muito bonito, em Natal também tem um trabalho muito bom (...) mas isso é só pra dizer assim, eu acho que tem várias experiências, várias cidades do Rio Grande do Sul, hoje tem no Paraná, Santa Catarina, Minas tem muito, interior de São Paulo, no nordeste, o trabalho do Jackson Sampaio, que é, tem muito, em Sobral, Quixadá, Canindé, tá entendendo, em vários, vários locais ali do Ceará. O Ceará, talvez, Fortaleza, cidade grande, por exemplo, cujo secretário é o Luiz Odorico, né, que foi secretário de Quixadá, depois foi pra Sobral, e agora tá em Fortaleza, fazendo um trabalho muito legal de integração de Saúde Mental, Saúde da Família com Saúde Geral, entendeu. Então eu acho que tem assim, uma, tem uma riqueza de experiências muito grandes assim, no Brasil afora, tem experiências... Eu agora, eu trouxe a revista aí do, do CEBES, eu fiz uma chamada, né, pra, pra artigos, deu 182 artigos, eu consegui publicar alguns, (...) experiências riquíssimas, tá entendendo, Assis, você vai entrevistar o Silvio, tem um trabalho muito bom, entendeu, e por aí afora, tem cidadezinhas, tá pipocando. Uma coisa importante é isso, você criando trabalhos em pequenas cidades, um CAPSzinho em um, uma equipe de saúde mental, um ambulatório mais dinamizado... Em Macaé, tem um trabalho muito bom, né, e você vai pipocando com trabalhos assim, e com isso você vai criando uma nova cultura de tratar, de lidar, não vai

reivindicando, não vai mandando pra internação, os hospitais vão ficando, estamos em mudança, entendeu. **[P. Amarante]**

Uma das coisas que eu aprendi vivendo lá em Trieste e tal, foi a questão da comunidade, não é um dado, né, mas é uma ideia assim, bom, pra fazer um espaço de transformação daqui a ser transformado, como é que você simplesmente você vai pra frente e vai construir, implantar num lugar, ele tem que estar de alguma forma adaptado e tal, mas isso só é viável se você investir também no processo de transformação social, cultural e tal daquele lugar. Então, nós trouxemos a noção de comunidade porvir, né, só que é um desafio muito grande. Desse ponto de vista eu acho que, hoje em dia, é muito raro, as pessoas trabalham e investem nesse porvir da comunidade, no máximo há uma, a comunidade como interlocutora pra que aceite o doente mental, os doentes e tal, bem, é uma parte da história, vamos chamar, não há uma intencionalidade de transformar, de forma aproveitável, ou gerenciar, ou gestar as relações com a comunidade que se transforma, eu acho que não é, não faz parte hoje da gestão dos trabalhadores. **[R. T. Kinochita]**

São Paulo por exemplo, os CAPSIS de São Paulo, que é o que eu tenho mais contato, que são os CAPSI, os CAPSI da periferia da cidade de São Paulo, CAPSI Capela do Socorro, Pareilheiros, coisa e tal, tem um trabalho totalmente territorializado, com a comunidade, rádio comunitária é do CAPSI em parceria com as meninas, o outro tem uma brinquedoteca com a garotada da comunidade, tudo junto, e muito, tem intersectorialidade, discussão de casos, tem uma experiencia rica em Campinas, tem, agora no Rio não, no Rio não tem... Os CAPS do Rio, [não] posso falar tanto dos adultos mas do CAPSI sim, eles são serviços excelentes, mas eles são serviços que fazem a clínica mais tradicional. (...) Tem tido resultado de maior conscientização da comunidade sobre a experiencia, sobre questões de saude mental e da experiencia da loucura, principalmente em criança e adolescente, os familiares se sentem mais esclarecidos e montagem (?) de redes de apoio, comunitárias pro-cuidado, eu participei de uma assembléia com sessenta meninos, autistas e psicóticos, vulneraveis (?), tudo, tudo junto, discutindo tudo o que estava faltando, bebedouro, coisas assim, mas tem uma pegada participativa e a comunidade acolhe, a rádio comunitária é uma rádio super compartilhada. **[M. C.Ventura]**

CATEGORIA OPERATÓRIA: PERCEPÇÃO DOS ATORES

INDICADORES A PRIORI:

Reabilitação Psicossocial

Relação Reforma e Academia

Dificuldades enfrentadas pela Reforma em 1986

Dificuldades enfrentadas mais atualmente (2015)

PERGUNTAS

- ¿Lo que usted entiende por Rehabilitación Psicosocial? ¿Que mecanismos usted identifica como propiciadores de la Rehabilitación? Psicossocial?
- ¿Cuáles las dificultades enfrentadas por los programas de Salud Mental en 1986? ¿Cuáles las dificultades que los programas enfrentam hoy?

Reabilitação Psicossocial

Eu nunca gostei muito desse termo de reabilitação (...) Então, o que fazer nesses espaços? Aí pensa na instituição total como um todo, que é hoje? E os trabalhos dentro dos hospitais psiquiátricos que existem, dentro dos manicômios que existem, dentro das prisões que existem, o que se pode produzir? Em termo de alguma coisa que crie possibilidade pra aquele sujeito. Pra mim esta muito claro que reabilitação psicossocial não é reabilitar o sujeito é habilitar a sociedade pra receber esse sujeito. E aí habilitar a sociedade é esse trabalho de construção de uma rede de co-responsabilidade, dos equipamentos, das políticas e de dos atores sociais (...) nossa função é também atender escutar o que o outro vem trazendo. Mas a gente tem uma responsabilidade por fazer com que as coisas na sociedade a céu aberto aconteçam. Isso só vai ser possível se os atores sociais se encontrarem, se os gestores construírem políticas publica comum, se a sociedade... Os dispositivos daquele território se unir em torno dos problemas locais. Como que a gente pode então intervir na sociedade, pra que a sociedade possa escutar aí os pra dessa sociedade os problemas locais. Quais são os problemas daquele lugar? Com quem a gente pode contar? De competente e de incompetente. Mas que tenha alguma competência pra alguma outra coisa que pode ajudar, e aí sim poder pensar em alguma ação.

Pra mim o trabalho de formação de rede, de intersectoralidade né, que feito com o SUS pensando em integralidade do sujeito pra mim é fundamental. [A. C. S. S. Silva]

Eu acho assim super plausível, super viável, é, a reabilitação psicossocial, da maneira como ela é conceituada. O Benedito Soares¹⁰⁰ também fala muito disso. A gente fala em reinserção, a gente fala em cidadania, né. Eu acho que esse trabalho de empoderamento dos usuários, de tratar em liberdade, né, de cuidar em liberdade, de não trabalhar só as questões psiquiátricas, mas trabalhar o sujeito como um todo, eu acho que, para mim, isso é reabilitação, né. Para mim, isso são diretrizes, que não têm negociação dentro da Reforma e dentro da saúde mental. Agora, a gente tem uma dificuldade. Na minha avaliação... (...) há alguns anos atrás, eu falei isso e fiquei meio incomodando algumas pessoas. Eu falei: “Olha, a gente não pode só querer que as pessoas tenham um perfil”. (...) Que do jeito que você fala que todo mundo na saúde mental tem um perfil (...) a gente está frito, entendeu? (...) Todo paciente também está cheio de perfis que deram para ele. Como não gosto de perfil de trabalhador (...) eu acredito muito nessa capacidade que a gente tem de mostrar quem somos e o que queremos. E que algumas pessoas vão aderir a esse projeto, que é ideológico sim, de mundo, de sociedade (...) Tem pessoas que não concordam, que não acham, que não acreditam, que não tem isso, não rola. Se não rola, tudo bem, a pessoa pede para sair. Ou então, alguém vai dizer: “Olha, convido você a sair, porque não tá dando, apesar de todas as diretrizes que a gente tá passando, você tá fazendo outra coisa, então, não tá dando, você não concorda e tudo bem”. Então, eu acredito muito que é possível sim trabalhar desse jeito. Acredito sim que dá para trabalhar com os usuários, no sentido de empoderá-los, né, no sentido de falar para eles que são cidadãos, no sentido de mostrar que é possível trabalhar, mostrar que é possível viver sim com as diferenças. Pode ser super romântico o que eu estou dizendo, pode ser super ideológico ao extremo, mas eu acredito assim... muito nisso, acredito demais. Senão não estava aqui onde eu estou, entendeu? A questão da reabilitação para mim é muito possível. Agora, existem uma série de obstáculos. No mundo em que nós vivemos, com toda essa coisa toda de a pessoa só vale o que o que ela tem, (...) mundo capitalista, a gente falar que as pessoas que não têm dinheiro, mas têm outras coisas também válidas que também têm valor de uso, aí usando, o termo bem marxista, tem valor de uso na sociedade, é difícil falar isso. Mas eu acredito que é possível falar. A gente tem várias experiências onde as pessoas no seu cotidiano, na sua, na sua, naquela micro, na sua micropolítica ali, elas se inseriram, elas se reabilitaram. Elas se redesenharam. Então, assim, eu

¹⁰⁰ Não tenho certeza quanto à grafia do nome citado.

acredito muito nessa viabilidade. Entendeu? Agora não é uma coisa que está dada, não é uma política que faz isso, infelizmente. A política está aí. Se fosse pela política, já tinha acontecido, mas não é só a política. É uma coisa de uma micropolítica que tem que ser feita no dia-a-dia.

[A. R. S. de Lima]

Eu digo que a reabilitação psicossocial ela surgiu ou tomou essa força no mundo – e pra nós particularmente – como um uso estratégico dessa terminologia, que foi pra diferenciar as praticas anteriores (...) Eu nunca concordei muito com essa divisão por que foi... Quer dizer, ela serviu porque ajudou a andar mais, ela serviu porque ela não entrou em alguns conflitos que precisam entrar como o da clinica. [Mas] muitas vezes a gente não ta falando de reabilitação, está falando em habilitação; e psicossocial porque dá essa dimensão que nós temos, de trabalhar com vários âmbitos e dimensões, mesmo, da pessoa, tanto no que se diz respeito à sua subjetividade, seu entorno social, à sua cultura. (...) acho que o Saraceno foi bem feliz na história da construção de libertar identidade, né, essa expressão é bem bonita, nos propiciou trabalhar nessa dimensão da libertação de identidades na busca de construção de projetos de vida. É uma aposta de trabalho da desinstitucionalização, nos fala por entre parêntese de trabalhar com a experiência concreta com de reprodução social de cada um né. A reabilitação psicossocial permitiu isso assim de trabalhar com as dimensões de rede, de vínculos, de rede sociais, do andar pela cidade, do habitar, do morar, do estudar, do namorar, de família, mas creio que tudo isso não se sustente se isso realmente também não se trabalha com uma química no acompanhamento dessas pessoas, entendeu. Eu não gosto dessa separação da reabilitação psicossocial e a clinica, acho que essencialmente clinica é reabilitação. **[S. M. S. Fagundes]**

O conceito que a gente tem trabalhado é o conceito da Ana Pitta, do Benedito Soares, a questão da contratualidade, poder construir com os usuários espaços de contratualidade, quanto mais espaços de contratualidade a gente puder construir, mais autônomos eles são, e mais longe do lugar da “troca zero”, então a reabilitação seria a gente poder construir com eles esses mecanismos de contratualidade com a sociedade. É isso que entende. **[J. Ferrari]**

Acho que a reabilitação psicossocial tem aqueles dois extremos. E um extremo é, pegando a nossa história no campo, é empoderamento político-social dos usuários do sistema. Ou seja, não é reabilitação no sentido restrito, reabilitação em saúde mental. É a reabilitação da pessoa do então não-cidadão, que precisa regatar esse lugar. Eu acho que esse é o primeiro ponto. Mas também não pode ser só isso. A gente não pode desconhecer que para além dessa destituição,

que uma parte grande dessas pessoas sofre pela sua condição de paciente psiquiátrico. Há problemas que estão, sim, relacionados à sua condição de saúde específica, e que precisam também, de uma forma respeitosa, serem atendidos. Essas pessoas precisam de ajuda, precisam de um tratamento mesmo, aí já não é mais só o suporte social, mas um tratamento de qualidade, que permita que elas coloquem as suas potencialidades na melhor situação possível, para que elas possam, cada um a sua maneira, individual, particular, encontrar seu modo de convivência na comunidade, na sociedade. Mas eu acho que tem essa dimensão. Também tem uma dimensão, vamos dizer assim, técnica da questão. E aí você vai pensar em toda uma série de diversas intervenções terapêuticas, que possam contribuir nesse sentido. E tem uma dimensão, no mínimo igual, mas talvez maior que é a dimensão política da noção de reabilitação psicossocial. (...) Essa questão da reabilitação é uma questão polêmica porque, exatamente, muitas vezes ela cai nos extremos. Quer dizer, ou aqueles, como ao estilo norte-americano, que só vêm na habilitação uma dimensão técnica, no sentido das técnicas terapêuticas de reabilitação. Ou as outras posições que se radicalizam no extremo também, e que só dão a dimensão política, que é fundamental, mas muitas vezes deixando de lado que também precisa se oferecer algo que... **[F. Ramos]**

Eu acho que a reabilitação psicossocial é um conceito que é assim, ficou muito evidente, porque se tratava muito da questão de cronificação, se discutia muito a cronificação, que o tratamento do hospital psiquiátrico produzia, né. Então, a reabilitação, muitas vezes, é uma descronificação dessa clientela. Então (...) se discutia entre ambulatório e internação, e aí se viu que nenhum dos dois seriam suficientes para dar assistência a essa clientela que a gente estava tratando. Aí, vem toda a discussão de clínica ampliada, né, desse serviço que lida com o cotidiano das pessoas, que as pessoas freqüentam várias vezes. Na verdade o cotidiano delas é construído nesses serviços e nas cidades. (...) Acho que isso é uma das coisas que identificaria a reabilitação. E a outra é exatamente essa clientela bem institucionalizada, que se deparou com todo esse processo, de que a vida toda, muitos anos, de internação e exatamente precisam estar voltando. E aí, esse trabalho aumenta. Os recursos a serem investidos, o esforço é muito maior. Então, eu acho que é sempre nessa lógica de sair da cronificação, de se trabalhar com a questão de cronificação e reabilitação é um conceito que se contrapõe a essa lógica de cronificação. Esses serviços mais que atendem ao cotidiano, essas residências terapêuticas, que também você cuidar, colocar pessoas para cuidar deles na questão da moradia, todas as intervenções culturais, que colocam essa clientela, questionam o cultural mesmo. Tudo isso é reabilitação. Todas essas atividades na comunidade. **[F. S. Diaz]**

Rapaz, a reabilitação psicossocial é uma das coisas que tem nome ruim, mas é difícil achar um nome melhor. Porque primeiro ela é normativa dentro dessa coisa de... se eu vou fazer uma crítica: por que tem que reabilitar? Por que tem que botar o cara no mercado de trabalho? Por que é obrigado? Por que eu tenho que fazer ele ter uma vida normal? Mas, por outro lado, se você for olhar o cotidiano das pessoas a gente vê, é... é... principalmente nos psicóticos, especificamente os esquizofrênicos, a fratura de conviver com as pessoas que é muito dolorosa. Então, e pegaria mais por um viés existencialista em relação à importância que há em se conviver. E que na verdade, o que eu busco quando uso essa palavra “reabilitação” psicossocial, é a possibilidade de dar à pessoa a opção de conviver. Porque quando ela não tem opção, aí que é ruim. Quando ela tem opção e não quer trabalhar, é opção dela. (...) Mas primeiro ela tem que ter condição de optar. Quando ela não tem de optar, isso é perda de liberdade. Então... é tem várias críticas que a gente pode fazer a essa palavra. A questão do “psicossocial”: o que é “psicossocial”? Que quer dizer essa palavra? O social e o psíquico? Em doses juntas? É o social que influencia no psíquico? Ou o psíquico que influencia no social? Né, eu acho ela um pouco demais. Reabilitação: como você reabilita às vezes pessoas que nunca se habilitaram? Eu gosto muito de escrever reabilitação psicossocial com “re” entre parênteses. (...) Eu gosto da palavra “cuidado”, e da palavra “atenção”. Eu até gosto mais de falar “atenção psicossocial” do que “reabilitação psicossocial”. [L. F. Tófoli]

Bom. Eu entendo Reabilitação Psicossocial como a oferta de uma série de recursos sociais da população etc. Então a reabilitação ela é um conjunto de recursos e programas. O principal, eu diria que o núcleo, mais não o único, é a assistência psiquiátrica e a assistência psicológica, ou seja, assistência farmacológica, uma boa abordagem clínica psiquiátrica e uma boa abordagem psicossocial que incluem atividades artísticas, educativas, trabalhos etc. Então é uma clínica, que eu diria, voltada pra vida social. Nós temos até, por exemplo, momentos individualizados, um projeto terapêutico individualizado. Mas não temos psicoterapia individual, como no movimento dos CAPS. Por quê? A gente entende que, vamos dizer, esse processo de reabilitação passa pela a inserção nas artes, pela a inserção em dispositivos de ressocialização no trabalho, na educação etc. etc. etc. Isso implica que o projeto de reabilitação tem que desenvolver trabalho, atividades laborativas, têm que desenvolver atividades culturais, reinserção nas cidades, educação, moradia. Isso, então, dá um caráter de integralidade e intersetorialidade à reabilitação psicossocial, enorme. Agora isso gera, quer dizer, não, vamos dizer isso vai de encontro com as dificuldades do dia-a-dia de uma cidade, que cada vez mais o

território de inserção social, que a cidade, é um local da violência, em que a sociabilidade está excluída pra dentro dos shoppings center, dentro dos condomínios etc. O desempenho desestrutural. Então a cidade passa a ser um lugar também de perigo. Então essa inserção tem cada vez menos oportunidade de ocorrer, então, mais da metade do mercado de trabalho é informal. Então, essa ligação entre a reabilitação social e o trabalho, as oportunidades de educação e etc. É claro que o portador de transtorno mental ele não é a prioridade, numa sociedade que não tem emprego nem para o seu, vamos dizer, “trabalhador purificado em condições positivas normais”. Então não é fácil pensar em reabilitação psicossocial numa conjuntura como essa. Espera aí, eu colocaria então mais um aspecto que é muito claro, por exemplo, nos estudos epidemiológicos norte americanos. Quer dizer, então, todas essas oportunidades são fundamentais para a reabilitação. Mas eles sacaram também o seguinte: uma reconstrução da rede social via o movimento dos usuários, via a associação. Então é muito interessante que essas pesquisas estão mostrando, onde você tem o grupo de ajuda e suporte mútuo que reconstruem essa rede social de amigos e projetos sociais, essa reabilitação é muito mais qualificada e mais intensa. Eu diria o seguinte: é claro, você tem os benefícios sociais, a bolsa família, a bolsa de desinstitucionalização, de volta pra casa, a prestação. Prestação continuária, quer dizer, você tem dispositivos que precisam ser explorados. Mas, eu ainda acho que em certos países, como a Suécia, os portadores de transtorno mental conseguiram uma vitória política, que é se inserirem nos benefícios dos deficientes. Então, por exemplo, nós temos a lei que beneficia o deficiente para as empresas com mais de cem por cento. (...) Existe uma contradição entre o direito civil, que é o direito a não discriminação e etc. e o direito social. Ao fazer a cota o direito social especial, você justifica em nome de alguma coisa e você claro perde na luta antidiscriminação. Mas não tem jeito de você fazer isso dizendo “ele tem direito a um trabalho especial”, não por que ele é portador de transtorno mental com diagnóstico, tal. Mas por que ele é usuário de um serviço. Então não é o psiquiatra e o diagnóstico que vai dar o direito especial. Então, você tem forma de trabalhar com isso. Mas que há alguma perda, eu acho que não tem jeito. Mas principalmente num país como esse, eu acho que é preferível você ter um pouco dessa perda do que deixar descoberto o direito social dos nossos usuários. [E. M. Vasconcelos]

Esse conceito de reabilitação ele cresceu muito no Brasil depois que o Benedito assumiu a presidência da Associação Mundial de Reabilitação Social. Ele mesmo já não tá mais usando. Até aquele livro dele, como é que chama... “Libertando Identidades”, da reabilitação e cidadania, ele um pouco abandona a reabilitação. E foi porque reabilitação dá muito ideia de

técnicas de recuperação, de pessoas que perderam habilidades, tá muito ligado até a reabilitação física, etc., no sentido de readquirir competências e tudo. Eu acho que assim, que é a, da cidadania, talvez, do próprio processo de cidadania de, de inclusão social – também é um conceito que o Robert Castel critica, inclusão, exclusão, fala de desfiliação e tal. (...) [Mas a gente] ultrapassou [esse termo] agora. Isso aí na época foi um, 94, por aí, Benedito assumiu o Congresso Mundial, a Associação Mundial em oposição ao Jorge Alberto Costa e Silva, Jorge Alberto Costa e Silva ganhou a Associação Mundial de Psiquiatria, lembra? Social, aí o Benedito queria ser Coordenador Mundial da Saúde Mental da OMS, entrou pra essa de reabilitação e criou essa coisa. Acabou que o Jorge Alberto saiu, por motivos nunca esclarecidos da OMS, aquilo o cara entra só sai aposentado, né, é cargo (...) O Sartórios foi antes, entrou o Jorge Alberto, o Sartórios ficou até aposentar, esses cargos da OMS são até aposentar praticamente (...) Norman Sartórios, depois Jorge Alberto Costa e Silva, brasileiro, saiu assim, subitamente, teve uma série de processos aí e tal, que ele tinha relações com a indústria farmacêutica. Essas pesquisas de que não sei quanto a depressão tá aumentando no mundo tinha a ver com uma estratégia de medicalização. A OMS divulga que não sei quanto milhões estão aumentando em todo mundo, então as pessoas começam a tomar antidepressivo. Então, e acabou que ele saiu e entrou o Benedito que ficou até hoje. Mas a reabilitação então, eu acho que tem essa discussão, pra não reduzir uma ideia. No mínimo atenção psicossocial, né, onde que a gente transcende. Ele mesmo fala da cidadania, né, da cidadania, de reinclusão social, etc.

[P. Amarante]

Eu acho que a ideia de reabilitação psicossocial, ela vem de uma noção de que é recuperar, ou contribuir pra que uma pessoa recupere capacidades que ela perdeu, o que é muito importante, uma pessoa que, por exemplo, uma reabilitação física, perdeu o movimento de um membro, se recuperar é muito importante, reabilitação psicossocial, uma pessoa que perdeu a capacidade de vivenciar experiências coletivas, de trocas sociais, de sair, de mexer com dinheiro, de comprar algum objeto, de andar pela rua, é muito importante, mas eu acho que ela é uma, é uma das etapas, ou das estratégias de uma coisa muito mais ampla que é romper com a medicalização da pessoa, romper com a visão medicalizante, de tutela, de custódia, aquela simples ter, apenas recuperar atividades perdidas, e sim, que nenhuma dessas pessoas, elas não perderam certas atividades, a questão não é de perder competências etc., é de transformar a relação com essa pessoa, né, na vida social, etc., aonde muitas dessas coisas tem a ver com reabilitá-la, com, com recuperar suas capacidades, com dar novas potências. Mas muito mais do que reabilitar é talvez

criar novas possibilidades, né, novos caminhos, na ideia até do Canguilhem, aí de normatividade, de novas formas de encontrar novos caminhos. **[P. Amarante]**

Eu nunca parei pra pensar, não acho que seja um problema pra mim a questão. Há muitos anos atrás quando o Benedito foi, acho que foi presidente da Associação, né, e na conversa com ele, sei lá porque, porque, para que a reforma pudesse ter pares, né, ter um campo de, mais amplo, que não fosse só Itália e Brasil e França, né, eles tiveram que, como se faz até hoje, era preciso ter alianças com grupos que de alguma forma, do ideário estrito da psiquiatria, acho que era a ideia. Então, sei lá, vamos dizer assim, eu entendi, na época, que a questão era mais manter em pé alguns aliados do que não ter nenhum. E o campo da reabilitação psicossocial era um monte de gente que tava nesse embate, vamos chamar assim, fazer fileira junto a eles acho que foi uma questão interessante. Não sei, assim, a questão crítica em relação a reabilitação. Ah, sei lá, é que o termo tem, existe uma ideia de que as pessoas vão ser conduzidas a um status quo antes... E por isso é uma certa ilusão isso, né, essa idealização do processo terapêutico. Digo, é um pouco assustador e tal, agora, eu não lembro que ficou um grande problema, no terreno macro, né, acho no, no dia-a-dia, no cotidiano, na relação ali assim, as pessoas tentam, e tendem, levadas pelos próprios paradigmas e vão sempre fazer coisas novas, acho que a intenção de tentar mudar já é uma grande coisa. O Rafael tinha uma frase, que tava em algum lugar aqui da sala, o que importa é ajam pessoas que queiram mudar as instituições, é fundamental que o tempo todo as pessoas estejam dispostas a tentar mudar, eu acho que é isso. Eu acho que o divisor de águas passa por aí, porque o reabilitador ou não, é a, vai no sentido de, o que existe não é legal, e é necessário tentar ir além. Eu acho que essa direção é produtiva, no detalhe pode ser problemático, cheio de fantasias, histórias e tal, também dizer que a gente tem alguma outra direção clara em pesquisa também não é verdade. Eu acho que nada é sem isso, mais da atitude, a atitude de mudança, permanente, políticas permanentes de construção permanentes de instituições e desinstituições, eu acho que isso é interessante. Aprender a conviver, né, porque aquém daquilo que acha que devia fazer e não tá satisfeito com o que fez. Acho que o grande nó da discussão, vamos dizer assim, as pessoas só tem espaço consigo mesmas, é assim, assim, tá bom, né, eu acho que essa é a questão. **[R. T. Kinochita]**

O primeiro que isso é uma noção que vem lá da Espanha, né, da Itália, é um termo primeiro importante ao mesmo tempo que muito controverso, por que? É a nomeação reabilitação, ela importa em uma certa medida, porque ela renova perspectiva, ela é antiga, ao mesmo tempo, ela carrega alguma coisa que é muito complicada pra nós, parece reabilita, habilita de novo, o

que estava habilitado, eu defendo a reabilitação psicossocial como... Como, vamos dizer, como grande moldura, mas eu prefiro, no PSAN onde eu trabalho, que é o grupo de pesquisas, a gente tem uma opção por nomear esse processo como processo de atenção psicossocial, que parece ser uma firula discursiva, mas não é, tem diferenças, mas grosso modo, o movimento da reabilitação psicossocial no mundo, né, tem até uma Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, tem uma importância no sentido da indução política, dos debates, né, do grande chamamento às reformas, mas eu não acho que como noção ou conceito, não acho nem que seja conceito, ele é uma noção, como noção é o que mais nos ajuda a instaurar essa inovação radical que é pra nós a atenção psicossocial. (...) eu acho que essa ideia de trabalho em rede, considerar o sujeito ali, a sua particularidade, ter opções de inserção efetiva social, não só pelo trabalho, mas no caso de criança, participação na vida, na pracinha, na escola, no caso de um trabalho específico assistido, moradia, locais para morar, é... Ocupação dos espaços culturais e sociais da cidade, ter peregrinação pelas cidades... [M.C. Ventura]

Relação Reforma e Academia

Eu vejo que a academia, ela tanto pode nos ajudar produzindo teorias que sustentem a nossa prática, como é importante também que a academia seja feita pra ouvir quem está na ponta, e o que a gente tem de teoria pra contribuir. Uma teoria meio desorganizada, meio complicada, quem está na ponta, quem está angustiada com muitas questões. Mas como que na academia você pode ser ajudado a organizar essas ideias (...) agora, é importante que eles possam ser sensíveis às nossas discussões. (...) é importante que ela possa entender que a reforma, ela tem uma complexidade e que ela não se fecha a essa complexidade. [A. C. S. S. Silva]

Aqui no Rio Grande do Sul [a Academia] foi fundamental (...) para descentralizar e os municípios assumirem, no nosso caso, o tema da saúde mental precisava capacitar gente, porque as respostas que a gente recebia era assim: ou “*nós não temos problemas porque a gente encaminha tudo para o hospital psiquiátrico*” ou “*nós temos o problema mas não temos especialistas, não sabemos o que fazer*” e aí a gente fazia uma discussão com as autoridades municipais de que podíamos capacitar gente nos Municípios para que passassem a atender o tema, (...) e que não dependia só de especialista para esse atendimento. (...) Nós temos todo um circuito de cursos inicialmente de aperfeiçoamento em todas as regiões do Estado com os trabalhadores que estavam disponíveis, tanto da saúde como de outros setores, especialmente o da Educação e com a discussão durante uns 6 meses em alguns cursos é que havia uma mudança

de conceito, e a proposta no final era a de elaboração de um projeto viável com os recursos que os Municípios tinham. Então... o que Estado ofereceu foi a capacitação e os Municípios ofereceram as pessoas e depois um projeto capaz de ser sustentado pelo próprio Município e com isso nós criamos serviços de saúde mental. Isso é pré CAPS inclusive né? Foi de 87 à 91, criamos serviços de saúde mental. É uma capacitação e uma formação neste caso, em serviços, pós a graduação de pessoas né? E um curso voltado para a intervenção no Município, no sistema de saúde. Então, não é um curso só de conteúdo vamos dizer assim mas de intervenção mesmo. Desde o início teve essa proposta. **[S. M. S. Fagundes]**

“Saúde Mental Coletiva”, um curso organizado também pela Prefeitura Municipal de Bagé e a Universidade de Região da Campanha. E que foi organizada três edições lá em Bagé. Bagé e a Ouro Camp, significam... eu coloco significam porque ainda são. Nós construímos um processo mais duas universidades, uma estadual e uma federal que tão em processo de abertura e, mas a Ouro Camp ainda é mais consolidada aqui na região da fronteira oeste, e que ela contempla a região da fronteira oeste mais a região da campanha. Eu sou, eu fui coordenadora do curso de “Políticas Sociais e Municipalização” aqui na nossa região, que deu origem a mais dois cursos em Bagé e em Rio Grande. O curso de “Políticas Sociais e Municipalização”, ele foi desenvolvido como um projeto dos alunos da segunda edição do clube de especialização em Bagé, e propuseram ações para técnicos das Prefeituras aqui da região e dos países do cone sul, para a organização de políticas públicas, não só pros pequenos municípios, mas principalmente nessa questão da transversalidade e a interface entre as políticas setoriais. Nós... da primeira edição do curso, que eu fiz parte, eu e a atual vice-prefeita no município aqui, fizemos uma proposta da construção de uma lei municipal que orientava e construía, enfim, como é que ela ia se dar no âmbito do município. Essa Lei é 2662/96, Lei Municipal, e ela, ela dá conta sobre a política de saúde mental no âmbito do município de Alegrete, e regulamenta todas as disposições que têm haver com isso. Ela, ela proíbe a construção dos hospitais psiquiátricos; ela coloca que a tensão em “saúde mental” vai se constituir em rede, tensão e serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. E coloca, atribui ao Conselho Municipal de Saúde a construção de um de assessoramento técnico e político pra área de saúde mental que a gente chama de Comissão de Saúde Mental. Este projeto de lei, é, foi o resultado do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde Mental Coletiva, e ele foi feito em 1993. Também do mesmo trabalho, então, essa mudança no aparato jurídico-político, e também um outro projeto que era a organização de um curso de capacitação de pessoas, que era no sentido de formação de quadros técnicos pra trabalhar com a área das políticas públicas que é o outro

curso que eu te falei, o curso de administração em políticas sociais e municipalização. (...) A gente além de construir mudanças na estrutura jurídico-política do município, a gente deu conta de construir uma rede de sustentação e formação de pessoas que dessem conta dessa nova estrutura jurídico-política que a gente estava pra começar a montar no município do Alegrete. Hoje nós temos assim, vinte anos da história, nós construímos, nós temos três CAPS, sendo que um deles, o CAPS-AD ainda não ta regulamentado junto ao ministério da saúde. Nós temos um CAPS de idoso, um CAPS infanto-juvenil, um CAPS-AD que tá sendo sustentado pelo município, e aguardando os dias vias de regulamentação junto ao ministério da saúde, nós temos uma residência terapêutica; nós temos oito moradias assistidas, onde as pessoas têm a sua organização da sua vida por sua conta própria, e que recebe assessoria da equipe da residência terapêutica quando necessário. E nós temos uma experiência em geração de renda, muito incipiente, um até que chama Clube do Fuxico, onde nós temos usuários do CAPS II e das oficinas de saúde mental coletiva que se reúnem diariamente pra se organizar, pra confeccionar fuxicos pra colocação em camisetas, colares, cintos, bolsas. Enfim, é uma experiência de geração de renda pra essas pessoas que querem montar um negócio, uma sociedade, pra eles pensar o desemprego. **[J. Ferrari]**

Tem um tempo talvez, que seja mais lento, porque é o tempo da academia. Eu acho q a academia, ela tem, ela não tem nos ajudado no processo com a mesma movimentação que as estruturas dos municípios têm investido na formação de serviço, por exemplo. Então, nós temos um tempo que é o tempo da ciência, assim, dos conceitos, das disciplinas. E esse tempo aí, é um tempo muito lento de mudança. **[J. Ferrari]**

É, eu acho que nós temos que ter um curso de saúde mental, curso de formação de terceiro grau sabe, não pode ser pobre, tem que ser já ali, disputando os conceitos já ali dentro ali dentro, e os recursos e as pesquisas e tudo mais. **[J. Ferrari]**

Eu acho que assim é, existem algumas instituições, alguns profissionais, professores que orientam na academia, orientam teses de doutorado e dissertações de mestrado que trabalham e produzem um material que ajuda a reflexão da Reforma Psiquiátrica. Eu acho que isso acontecia até anteriormente a essa Reforma Psiquiátrica, que a gente está discutindo; já tinha e continuou a ter uma produção vasta. Agora, a academia na questão de formação ainda não forma profissionais para trabalhar na política pública, nesses serviços. Então, a questão da formação acadêmica ainda está muito aquém do esperado. Você não produz, a gente está se deparando

até com a dificuldade de profissionais que escolhem trabalhar nesse campo, eu acho que muito tem a ver com a... não-convencimento durante a graduação de que esse é um trabalho interessante. [F. S. Diaz]

Eu acho que desde 1978 quando o movimento se inicia junto com todos os movimentos sociais, você tem uma influência muito grande de profissionais, principalmente, e de alguns intelectuais que nos davam a direção, mais nós ficamos muito anos sem uma perspectiva estratégica clara na reforma. Nós vínhamos de certa forma influenciados por uma alta, pela psiquiatria preventiva norte americana (...) e o uso da psiquiatria mercantilizada privada, que era conveniada com o INAMPS. Mas eu diria o seguinte: que a academia então teve um sim muito importante no processo de formulação, mas com várias limitações também. E ao mesmo tempo nós temos um outro lado, que é a direita da psiquiatria, que foi um embate poderoso. Então nós precisávamos qualificar o embate, também teórico científico, sustentando o processo da reforma. Eu diria que isso ficou inclusive mais agudo na segunda metade dos anos 90, quando a psiquiatria mais biológica, ela se relevou do ponto de vista tecnológico, do ponto de vista farmacêutico, e gradualmente, vamos dizer, as associações profissionais de psiquiatria foram se afastando da radicalidade que a Reforma foi tomando no Brasil. E aí esse tratamento passa a ser mais necessário, ainda principalmente no campo da psiquiatria. Eu diria que nós não conseguimos uma boa sustentação no campo da Psicologia Social. Eu acho que nós ganhamos, eu diria assim, a hegemonia dentro da Psicologia e é preciso melhor qualificar isso melhor. Mas nós temos uma brecha enorme no campo da Psiquiatria, no campo do Serviço Social (...) O ramo de movimento de luta antimanicomial começa em 87, é formado por liderança da Psicologia (...) e eles assumem uma estratégia de total hegemonia dentro dos Conselhos, do sistema dos Conselhos de Psicologia. E eles foram muito bem sucedidos eu diria não tanto pelos métodos de trabalhos, mas eles conseguiram hoje, todo o sistema Conselho já posicionado a favor da reforma. E têm publicações, têm divulgado outras formas de engajamento da Psicologia, da prática da Psicologia. Então, eu diria assim, de ter fomentado uma tentativa de quebrar a hegemonia do modelo clínico dentro das universidades, eu acho que nesse sentido nós não conseguimos (...) porque ainda você tem uma hegemonia do modelo clínico tradicional voltado para a clínica privada e aonde a Psicanálise tem um peso enorme. (...) E nesse sentido, esse modelo – principalmente dos anos 80 pra cá – da influência lacaniana, você tem certa dificuldade de lidar com a Saúde Pública. (...) Agora, a Psicologia Social, ela tem sua especificidade, ela tem crescido muito, eu diria na sua associação específica – Abrapso –, nos congressos de Psicologia (...) ela tem produzido muito, há abordagens que particularmente tem

sido importantes no Brasil, eu diria o conhecimento das abordagens do Belezso e da Carri, da esquizoanálise, tem tido um papel importante no processo da Reforma e um pouco mais amplo que os da representação social que tão ganhando uma sistematicidade grande que inclui os estudos das representações sociais da saúde e da doença, então aí você tem um campo de muitas contribuições. (...) Eu só queria lembrar pra não fazer injustiça, eu acho que tem um pessoal também associado à própria psicanálise que tem um papel importante dentro da Reforma Psiquiátrica: são os psicanalistas que aceitarão, nós vamos dizer, rever o padrão do certo, dos dispositivos e até mesmo da teoria psicanalítica tradicional. É o pessoal que fala da clínica ampliada. E aí você tem uma série de autores que estão se inserindo no serviço de atenção psicossocial, já da Reforma, e que têm colocado a Psicanálise de forma muito orgânica à essa prática. [E. M. Vasconcelos]

Eu lembraria também de outra defasagem, que tá ficando muito aguda agora a partir de 2005 que é com a criação do sistema único de assistência social o SUAS. Eu dei uma assessoria ao governo do estado, aqui do Rio de Janeiro fazendo uma avaliação das equipes do SUS aqui, e uma das coisas que ficou muito claro é a desorientação dos psicólogos na rede do SUS. Por que os núcleos, os centros de referência eles tem, o principal sustentáculo é o assistente social e o psicólogo. E os psicólogos se sentem muuuuuuuuuito despreparados pra atuar na assistência social. Isso tem muito haver com o ensino da psicologia social e com as práticas que a psicologia social tem dentro das escolas. Esse é um dos grandes desafios que eu acho, até cheguei a publicar um artigo, um livro que vai sair esse ano sobre o SUS, onde eu, nesse livro eu colo que um dos grandes desafios é pensar, assim os modelos ou metodologia de prática em que o psicólogo não se sinta como se tivesse estranho a sua identidade profissional. O problema é que essas práticas da psicologia social que são adequadas ao sistema de... Aos SUS elas são muito marginais dentro da formação dos psicólogos nas universidades. Então eles entram pro SUS e eles se sentem como perdendo a identidade profissional e pautando seu trabalho muito em função daquilo que os assistentes sociais fazem que é claro é o me-tié deles. Mas, os assistentes sociais têm muita dificuldade de trabalhar com a subjetividade, então cria aí uma dificuldade imensa. Por que você tem uma formação universitária ainda no Brasil em psicologia muito voltada em pra clínica privada. Se você pega os currículos de psicologia eles evoluíram muito pouco na inserção de disciplina, de saúde pública, do SUS, das práticas, por exemplo, em atenção básica promoção da saúde a própria saúde mental. Então o currículo é formato pela clínica tradicional principalmente liberal no consultório particular e etc. ou então você tem inserção de estágio na rede mais você tem pouca, eu diria disponibilidade pra pensar, vamos

dizer a teoria ou uma sistematização teórica pra subsidiar esses trabalhos no SUS, eu diria que você tem as vezes professores que fazem, que puxam essa inserção mais sem um grande suporte, no conjunto dos professores e eu diria do próprio currículo. Então essa dicotomia ainda existe hoje, há um esforço enorme do conselho federal de psicologia de fomentar essas novas praticas, de lançar campanhas, de divulgação de trabalho, de outras linhas de trabalho mais eu diria que a universidade nesse sentido ela tem oferecido enorme resistência. [E. M. Vasconcelos]

Mas pra mim a Academia ela serviu de, ela serviu de estufa, né, (...) Dar consistência, serviu de base, de leito para dar uma, uma fundamentação teórica à Reforma Sanitária, à Reforma Psiquiátrica, tá entendendo. Então, esse é meu investimento, assim, esse livrinho que eu dei pra o Afonsinho, lá do Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a Reforma Psiquiátrica ela tem uma dimensão de Direitos Humanos, que é uma questão política, podemos dizer, é uma questão que é mais ligada a dignidade do cidadão de não ser violentado, não ser objeto de nenhuma forma de discriminação, de criminalização, etc., mas, por outro lado, o que permitiu essa discriminação, essa violência, o mais cruel, pra gente interromper, não é a violência por si só, não é a violência contra o judeu, contra o negro, contra o muçulmano, etc., porque o outro é um outro considerado inferior socialmente, etc. a fundamentação é médico-biológica, tá entendendo, ela, médico- psicológica, ela tem uma fundamentação que se passa por científica, né, então, as pessoas falam, eu não faço isso um desrespeito aquele cidadão, eu faço isso, aquela pessoa, aquele doente, eu faço isso porque é tratamento (risos). Então eu acho que a gente se instrumentalizar de uma fundamentação teórica para se opor ao saber psiquiátrico e para se opor ao saber médico, foi fundamental a formação acadêmica na área da saúde coletiva. Lendo Foucault, é, e a vinda do Foucault no Brasil, em 74, 75, 76, foi fundamental. As pessoas cresceram em Foucault, as Conferências dele no Instituto de Medicina Social, a Conferência na PUC, né, quando ele começava a falar: “olha, a medicina é uma estratégia de hegemonia política, a medicina não é um espaço de tratamento, de cura, beneficência e filantropia, tal, a medicina se tornou desde o seu nascimento na Alemanha, na medicina de Estado, na França na medicina do, do espaço urbano e por aí afora, ela é uma estratégia de dominação, uma estratégia de produção de capital, uma estratégia de produção de bens, uma estratégia de produção”. Aí que ele chegou no final da vida dele, né, de um certo entendimento do próprio indivíduo sobre a sua vida, (...) de racionalidade, como ele se pensa enquanto cidadão, enquanto sujeito, etc. A ideia da biopolítica, do biopoder, as pessoas vão se pensar a partir das categorias, todo mundo medindo pressão o dia inteiro, tirando, medindo glicose, não sei o que, se pesando, fazendo, tudo isso, eles vão tomar a medicina... Então, a Academia serviu pra, pra formular, pra pensar,

pra refletir e pra aprofundar. Hoje eu acho que ela perdeu um pouco essa, esse papel, ela se entregou um pouco a política cotidiana assim, e perdeu a racionalidade. Por isso a preocupação do CEBES, a gente da ABRASCO, de voltar a formular as questões. Mas pra mim a Academia foi importante pra Reforma Sanitária e pra Reforma Psiquiátrica, como um todo. **[P. Amarante]**

É, assim, então, bom, eu acho que, pelo menos na minha vida assim, a discussão da reforma brasileira começa nos anos 80. Então a referência que eu tava falando do Márcio Ferraz e Ana Pitta, Márcio Ferraz era professor, exercia na Escola Paulista, e Ana Pitta era professora na USP, a gente tinha um momento histórico que a validação acadêmica das ações políticas tinha toda uma, tinha uma instância tática importante, estratégica, na verdade. Ela não teria, vamos chamar assim, legitimidade, dentro dos diversos setores da sociedade. No final dos anos 80, isso já não era mais importante, porque a ditadura já não tava mais valendo, então, uma coisa banal assim, o Davi, curiosamente ele orientou, instigou, inúmeras teses acadêmicas, mas ele não tem nem mestrado, ele nunca conseguiu ter disciplina, regularidade acadêmica pra tirar o título acadêmico, mas produziu muito, pensou muito, fez muita coisa e tal. Então, no início, acho que a questão da academia, né, como eu disse, Márcio Ferraz, Ana Pitta e tal, tinham uma importância pra esse momento de diálogo era importante, eu acho que nos anos 90, mais assistiu do ajudou e não atrapalhou, e foi se atrapalhou. É, eu acho que tem questões que são muito específicas do país, né, não diria que tenha que tá no problema da academia, inclusive por que, na Itália, a maior parte dos, dos 10 psiquiatras iniciais lá do grupo do Basaglia eram todos acadêmicos, aliás o problema do Basaglia é exatamente esse, né. **[R. T. Kinochita]**

Dificuldades enfrentadas – Panorama 1986 até 2015

Eu diria o seguinte: em 1986 (...) a Reforma estava em sua fase experimental, ou seja, já havia experiências sendo realizadas no Brasil, já em andamento algumas. Nos anos seguintes iam se multiplicar com a experiência de Santos, por exemplo, e outras. (...) A fase experimental tinha uma vantagem. Como estava tudo por se construir, não era visível, naquele momento, não era muito claro quais eram os obstáculos que iriam enfrentar em seguida. Tudo parecia possível, ou facilmente possível, desde que você seguisse aqueles princípios, e garantisse aquele investimento. Aquele entusiasmo das lideranças, de todos aqueles que estavam militando no campo. Só que, um pouco do que a gente não se deu conta é que aquilo não era um recurso auto-sustentável. Por exemplo, esse entusiasmo estava muito ligado àquela geração, formada

num certo contexto político. A gente vê que esse entusiasmo já não existe mais nas novas gerações; a gente já não conta mais com isso, por exemplo, com essa gana, com essa vontade, com esse investimento pessoal. Isso atrapalha. Outra coisa que não ficava evidente porque a gente tava começando, era a minoria. Quer dizer, tinha todo um edifício gigantesco hospitalar para ser desmontado... De que iria faltar gente, em termos numéricos, nem só de característica. Hoje está muito claro isso. Por quê? Pelo sucesso. A Reforma deixou de ser experimental, passou a ser oficial, passou a ser política formal do governo. Já há bastante tempo, se a gente quiser pegar a fase mais completa: de 2001 para cá, com a publicação da Lei 10.216 e depois com as portarias de 2002. Então, quer dizer, tem quase dez anos, onde você tem uma política clara, uma base normativa do Sistema Único de Saúde para Saúde Mental muito bem delineada. E isso fez com que houvesse uma explosão de crescimento de serviço pelo Brasil afora, a cada ano. Tanto mais serviços são construídos de uma forma exponencial. E o que está acontecendo é que agora está batendo o débito. Quer dizer, essa expansão, esse crescimento, esse desenvolvimento estão esbarrando no limite humano. De um lado um limite técnico mesmo, de você pode compor as equipes desse serviço com um número suficiente de pessoas e com a qualidade suficiente para aquele tipo de trabalho. Isso não é um problema pequeno porque a gente sabe que na hora que você faz uma política de massa, se você não gerencia bem o processo de crescimento, ele pode se desvirtuar pelo próprio sucesso, pela própria massificação. O segundo ponto, que tem a ver com isso (...) é que, à medida que o sistema cresce, o controle social tem que acompanhar. Ou seja, é um sistema que está crescendo mais regulação social. Tem a regulação do sistema em termos de gestão maior, macro – lá de cima. Mas essa regulação de baixo para cima, que é outro ponto fundamental ela está fraca, e isso é ruim. (...) Quer dizer, a gente, hoje, tem que administrar o sucesso, vamos dizer assim. Mas não se esquecer de que novos problemas, ou novos atritos, surgem na medida em que se avançou, quer dizer, a cada novo passo novos problemas surgem, e a gente precisa estar atualizando a nossa agenda de questões. (...) O outro (...) é má formação. Eu acho que a gente tem uma oferta de formação para o campo, que tem a característica, ou qualidade própria para formar principio de trabalho, muito escassa. Eu conheço pouquíssimos lugares que formam profissionais com esse perfil. E o que acontece, então, até mesmo antes de poder chegar a um ideal para poder fazer esses trabalhos, é que a própria montagem da equipe fica muito dificultada. Você junta profissionais com formações das mais diversas, com a ampla maioria formada em uma prática individual, geralmente fechada em alguma tecnologia terapêutica específica. E você tem que fazer daquele grupo, daquele bando, uma equipe, é muito complicado a *posteriore*. Eu acho que uma coisa que a gente precisa explicitar, talvez, é que o objeto de formação já não é mais o profissional

individual; o objeto de formação, a unidade de formação, hoje, é uma equipe. Você tem que ter exatamente o coletivo como alvo. [F. Ramos]

Eu acho que diferença [de 1986 – hoje], por exemplo, no campo da sociedade como um todo é que exatamente essa garantia de estabilidade gera problema, num certo sentido, ou cria obstáculos. Por exemplo, o fato de que as pessoas hoje já não se formam mais politicamente. Principalmente eu vejo isso hoje na juventude. Como eu lido com a formação, a cada ano que passa cada vez chegam alunos menos politizados. Então, de uma maneira geral – isso em termos de nossa experiência nacional – como no Brasil é recente essa estabilização, é diferente a juventude da década de 1980 que ainda tinha uma causa política pela qual lutar, e que, portanto, desde jovem se formava militante. Hoje, você vê o jovem totalmente entregue ao individualismo, que é o que domina internacionalmente também, quer dizer, cada um está mais interessado no próprio umbigo. E se tiver que escolher uma causa provavelmente será ecológica, ou seja, as pessoas estão mais interessadas no mico-leão-dourado lá na distante mata-atlântica que mal existe, do que no indivíduo que perdeu sua cidadania, que mora na favela ao lado do seu prédio. Esse fica por ele mesmo. (...) Eu acho que, do ponto de vista desses vinte e tantos anos, a onda liberal, neoliberal, que assolou o mundo político ocidental (...) embora ela tenha começado a dar sinais de exaustão evidentes, mas ainda não deixou totalmente o cenário. Mas ela surgiu no processo de construção do movimento de Reforma Psiquiátrica, isso no Brasil, mas também em outros países do mundo. Uma questão que tem se levantado muito (...) é até que ponto (talvez até de uma forma inadvertida) isso não deixou algum registro, ou não teve alguma interferência no processo? Principalmente, aí mais como uma interrogação, não como afirmação, no campo do financiamento do processo? Eu acho que a gente tem problema de financiamento em termos macro, e um risco que sempre se tem é que a Reforma Psiquiátrica possa ser apropriada como uma forma de racionalização de recursos, e não como uma forma real de investimento público. Ou seja, a mudança de modelo vista muito mais como uma forma de economia para o Estado, de simplificação de gestão do que de fato como um esforço de governo, no sentido de qualificação e investimento. Não estou dizendo que é isso que aconteceu, felizmente, não é o que aconteceu. Mas esse risco está sempre muito presente (...) É sempre nesse sentido de uma preocupação de contenção de gastos, racionalização de gastos, redução do Estado. E no Brasil a gente claramente tem, no campo da saúde, uma disputa de modelos; quer dizer, a gente não pode dizer que o Sistema Único de Saúde seja o sistema de saúde que domina no país. (...) Há claramente uma dicotomização entre uma saúde privada, que é um campo que cresce, (...) se aproxima já de 30% da população que é assistida pelos

planos de saúde – ou seja, é um modelo ao estilo norte-americano – que compete com o Sistema Único de Saúde, que na verdade é um modelo que a gente se inspirou mais na tradição européia. Na verdade, a gente vive uma certa incerteza de para onde vai o país, quer dizer, como se articular esses dois campos. Quer dizer, há um impasse aí mesmo. Um impasse porque como o modelo ficou indeciso, na indecisão, ele ficou pairando num certo limbo (...) Então, essa é uma questão (e é uma questão pouco falada) principalmente para quem está, como nós, trabalhando no campo público. **[F. Ramos]**

Os programas enfrentam hoje? Número um aqui por exemplo, a precarização dos vínculos, no nosso caso, dos vínculos de trabalho, a falta de sustentabilidade dos serviços em termos de infraestrutura, número de pessoal, ausência fundamentalmente, há um desafio que ainda não foi enfrentado, que é qualificação ou seja, formação permanente dos profissionais, que não depende só de supervisão em serviço, há um desafio que ainda não foi enfrentado, que é qualificação ou seja a formação permanente dos profissionais, que não depende só de supervisão em serviço, supervisão em serviço importante, decisivo, mas não é, não é a única coisa que vai, tem que dar cursos sim, tem que botar pra pensar sim, tem que estudar sim, tem discutir sim, tem que fazer debate de autores, ver as diferenças de concepção, sair das ideologias, mesmo dentro da Reforma, isso está faltando, porque eu acho que a atenção psicossocial, a Reforma Psiquiátrica, é fundamentalmente um operação, que passa, por todos, não de tecnologia, de aparelhos blablabá* são atos de cuidado, e isso depende da formação do operador, assim como depende da formação permanente do controle social, dos próprios usuários, dos familiares, que também os CAPS não estão conseguindo fazer... **[M.C. Ventura]**

Dificuldades enfrentadas em 1986

O Chamado modelo, a política pública oficial em 86, tinha e reforçava o modelo hospitalocêntrico, e aí o outro problema do imaginário na concepção popular é reforçada pelos técnicos, que lugar de loucos é no hospício. Então, a política pública se propunha a financiar hospitais psiquiátricos (...) internamente era consistente, tinha uma concepção de doença de incurável e de incapacidade de convivência e de autonomia, tinha um financiamento e uma destinação, uma priorização dos atendimentos e internação psiquiátrica, dos hospitais psiquiátricos. Inclusive se implica em longa permanência e moradia, o estado financiaria essa

proposta. Então, em 86 era um total desconhecimento de direitos do portador de transtorno mental isso como sujeito direito, de outro tipo de atendimento que não fosse este, e em 86 já tinha um pouco do advento já tinha melhorado, dos psicotrópicos (...) Então, era um quadro, vamos dizer assim, simplista do problema e com dispositivo praticamente único que era o hospital com alguma diversificação que era o ambulatório e com a pratica que era medicamentosa. De 86 pra cá com a construção, com o movimento e tal, o desafio é de romper com esse pacote e dizer que lugar de louco não é no hospício, é na rua, é na cidade e que o louco, portador de transtorno mental, é um sujeito de direitos, que pode morar, habitar, namorar, se escolarizar e, se tem direito a um tratamento, esse tratamento não precisa ser feito em um hospital psiquiátrico e sim numa rede substitutiva, numa rede de saúde mental. Então, aí o enfrentamento foi de mudança de conceito, de mudança de pratica e de mudança de uma política publica, com participação social. [A. R. S. de Lima]

Oitenta e seis tinha uma política de ambulância-terapia. Era só de desresponsabilização do vetores local, então o Estado oferecia uma instituição pra o tratamento, que era o Hospital Psiquiátrico, e então os vetores locais só encaminhavam pra lá, faziam uma triagem na hora, não era nem acolhimento né, era uma triagem, e mandavam as pessoas... e essas pessoas ficavam meses, quiçá anos dentro do hospital e não saiam mais, às vezes. Então a palavra é descompromisso e desresponsabilização. E aí a imagem são ambulâncias e vagões de trens despejando pessoas nos outros lugares; isso é a imagem de oitenta e seis. [J. Ferrari]

Em 1986, assim, eu não estava nem formado, eu não saberia dizer. Mas eu acho que não existia programa de saúde mental. Eu acho que foi exatamente a partir da construção e consolidação do SUS que foi possível a construção de programas de saúde mental. (...) Talvez a discussão em 1986 seria exatamente entre o que é mais eficaz: o tratamento hospitalar ou de ambulatório. A lógica é: como é criar serviços ambulatoriais. Mas não constituía ainda um programa de saúde mental. Isso eu acho que tem a ver com o SUS, a lógica do SUS. Eu acho que nessa época o que tinha era um questionamento do hospital psiquiátrico, principalmente com essa produção mais na época, chamada de antipsiquiatria. O Goffman, o Foucault, a própria experiência da Itália, traziam sim experiências locais nos hospitais, como sinalizando dentro do hospital, as comunidades terapêuticas, tudo isso. (...) Eram experiências locais, em alguns locais, que sinalizavam que aquele modelo estava equivocado, mas ainda não tinha uma força que tem um programa de saúde mental. (...) Uma coisa é você criar serviços de fora para interferir no

hospital psiquiátrico e esvaziar. Outra coisa é quando você começa o trabalho dentro do hospital apenas e aí, existem mecanismos nos hospitais que já despotencializam isso. [F. S. Diaz]

Em 86, quando você tem aí o amadurecimento do SUS e a emergência do movimento militante antimanicomial, nós, eu diria que nós estávamos sem, ainda, sem muito rumo do nosso projeto. Lembrar que 87 é que nós temos essa adoção da estratégia coreana. E muito dos programas, você tinha todo um sistema ainda, muito voltado pra assistência hospitalar, então nós nadamos muito, nós conversamos muito sobre isso. E criamos vários dispositivos. Agora o que eu acho que é mais grave é que, eu diria, em relação a 86 é que é o aprofundamento da crise neoliberal (...) O Sarney é claro, você tinha conjuntamente um governo que dava cada vez menos preocupação social mais ao mesmo tempo você tinha ainda todo um mito da luta democrática puxando o que deu na Constituição e no próprio SUS, e ao mesmo tempo a crise neoliberal com crise de estado não estava tão clara assim como hoje. [E. M. Vasconcelos]

Era muito novo, pra mim eram os grandes desafios a gente começar a defrontar com esses problemas, a ruptura com o modelo biomédico e a ruptura com uma certa forma de fazer política muito ligada ao poder central, tá entendendo. [P. Amarante]

Então, bom, eu acho que 86, que eu me recordo agora assim, 86, oh, pra você ter ideia assim, acho que o ponto de referência importante, pelo menos assim, na história aqui de São Paulo, da cidade de São Paulo, é 82, é a eleição do ano de 82, é esse o marco institucional. Porque, vamos dizer, é aquela eleição que foi negociada entre oposição e ditadura, foi a eleição do Montouro e nos outros estados, não sei onde foi, acho que em Minas, no Rio eu não lembro quem foi, mas, o PMDB venceu as eleições, né, em 82 começou, que eu acho que foi a primeira eleição de governador depois de muitos anos, né, eleições diretas, então, e o primeiro governo que o PMDB pode constituir um governo independente da ditadura, então, eu acho que esse é um marco importante porque gera as condições inclusive pro debate político, pra crítica e isso tinha reflexões lá no Ministério, então a reforma, pois a discussão andar, né, dessa, da crítica da, que criou ao sistema INANPS, INSS e tal, a necessidade de reformular e tal. Do contexto surge a ideia da questão dos, dos, da saúde mental como problema, de um certo lugar, já como reflexo, vamos dizer assim, não, em 86 já tinha, já tinha, inclusive no Brasil, a ideia, já se tinha, as pessoas, já existia o debate, trabalhadores, pensando bem. Então, mas é isso, todas essas coisas só surgiram porque nos anos anteriores, né 82, 83,84, foi sendo constituído políticas, o estado, os estados foram se tornando gestores, deixando de ser instrumento da ditadura, né, de tá

representando a ditadura, o estado tem políticas, as secretarias passaram a funcionar de alguma forma, sob gestão civil, né, então acho que isso gerou as condições pra que, por exemplo, começasse a ter questões setoriais, a questão da mortalidade, aqui em São Paulo tinha tido o negócio da meningite, acho que dentro do contexto, desse período, dos governos do PMDB que geraram as condições pras políticas de saúde e nisso a questão da saúde mental, né, sem isso não teria saúde mental, como tem, sem o governo Montouro não teria Márcio Ferraz, não teria Ana Pitta, não teria Projeto Zona Norte e tal, isso é uma questão importante, eu acho, o sistema macro. Aí você me perguntou o que que era o governo ou para a política de saúde mental, não sei se tinha problemas, adversários, né, o problema era, eu diria até, acho que própria, vamos chamar assim, inexperiência, ué, os civis estavam afastados da gestão há muito tempo, então, as questões de gestão, de direcionar, pensar, calcular, construir os instrumentos institucionais para a sua gestão, esse era um grande desafio, eu acho, mais do que ter opositores, em 86, acho que não, não era isso. Então, eu ia dizer o seguinte, isso é uma coisa que eu vivi pessoalmente assim, né, uma certa, sei lá, uma questão assim, bem pessoal, eu acho que dos anos 80 até 95 e tal, os primeiros 10 anos dos SUS, foi dez anos, é, foi? 90, 95, tomando que os cinco anos prévios, os primeiros cinco anos do SUS, do período de constituição e tal do SUS, vamos dizer assim, a, era um período onde os quadros políticos davam as referências pra, pra gestão, a referência da gestão vinha da análise macro política, lá tal, com o processo de institucionalização, os quadros passam, deixam de ser quadros políticos para serem burocratas, porque vai se constituindo uma burocracia para sustentar essa política, mas aí tem essa burocratização, não to dizendo que burocracia não é importante, mas, mas a burocratização eu diria que é um termo, que eu diria assim, ah, é um equivalente da despolitização da burocracia.

[R. T. Kinochita]

O Capistrano assume lá a prefeitura de Santos, faz a intervenção no hospício em Santos, porque a experiência do CAPS Luiz Cerqueira foi decisiva como clínica, como cuidado, como sensibilidade, uma experiência num serviço, a experiência de Santos ela foi decisiva pra dizer assim, é possível tomar como responsabilidade de Estado lá no caso era de uma prefeitura, mas era de Estado, o cuidado diferenciado de pessoas em uma cidade inteira, ela um modelo de montagem de rede, de sistemas de cuidado, a experiência do CAPS foi uma modalidade de dizer é possível fazer uma clínica de outra ordem, uma disse eu clínico de outra ordem, outra disse eu organizo um sistema de cuidado que essa clínica pra uma cidade inteira, com as duas experiências são ícones no Brasil. (...) As dificuldades ali era escala, aquilo era uma experiência local, como transformar aquilo em um projeto em escala... Que só foi acontecer, vai acontecer

um tempo depois, a outra dificuldade é como formar trabalhadores em escala para fazer isso tudo aqui, como enfrentar o desafio dos grandes nomes dos hospícios. né, sem eles matarem a gente no paredão, todos, como dar legitimidade jurídica a um processo de transformar isso numa política de Estado e não uma política de governo, os desafios já estavam nessa época, era no mundo o desafio... E que foram cá entre nós, acho que foi super bem sucedido.

Dificuldades enfrentadas atualmente (2015)

É pensar o campo da complexidade, pensar as políticas públicas, como é que elas vêm se efetivando, o que é preciso fazer pra melhorar, qual é a responsabilidade da Psicologia nesse trabalho que é o que a gente se propõe aqui no conselho na psicologia. Não é ampliar vagas de psicólogos na rede. Claro que a gente se preocupa com isso e o dia em que a rede precisa a gente vai criar situações para contratação de psicólogos, mais muito importante pra gente é discutir qual é a prática possível hoje do psicólogo dentro do campo da saúde pública e como isso vem acontecendo, vem se efetivando, qual é a crítica desse profissional dentro da complexidade que hoje se coloca, no campo social. Como é que esse profissional vem lidando, como que ele vem atuando. [A. C. S. S. Silva]

venho percebendo que campo da saúde pública é um campo de grande sofrimento. Que vem produzindo grande sofrimento para o profissional e que muitas vezes esse sofrimento tem haver também com certa limitação desse profissional que se vê no campo maior. Então, ele reduz as suas ações, então só atendo e atendo só o que posso e quando acaba de atender vai embora e vai fazer outra coisa da vida dele, ou ele fica tentando fazer, fazer, atender, atender tudo o que gestão manda, mais também sem fazer uma crítica sobre essa demanda incessante de que tem que atender tudo, tem que atender tudo. Esses dois espaços acho que são um pouco de alienação também desse profissional que ele novamente não consegue se perceber dentro um contexto maior que é justamente, o que é importante. [A. C. S. S. Silva]

Acho que a maior dificuldade que a gente vem enfrentando tem haver com a gente mesmo, que é de sair do gueto da saúde mental. Como produzir essa saída do gueto, mais fazendo parte de outro gueto maior, que o da saúde, sem perder alguns direitos que a saúde mental precisa. Que não é direito, na verdade acho que ainda é busca de reconhecimento. Então como a saúde mental

pode ser reconhecida por outras políticas e sendo incorporada por elas, sem ter que necessariamente ter alguém da saúde mental fazendo pra que a saúde mental aconteça. (...) e também eu entendo que a saúde mental é de todos né. Qualquer profissional de saúde que lida com o outro têm que saber lidar com o mental, por que senão não sabe nem conversar, partir desse principio, então eu acho que a gente tem muito desafio ainda nessa questão de sair do campo da especialidade. **[A. C. S. S. Silva]**

Hoje em dia, a gente tem financiamento; no entanto... (risos)... a gente continua tendo dificuldades. Ou de implantação de novos serviços, porque muitos gestores não dão isso como prioridade, apesar do incentivo, apesar do financiamento: eles simplesmente não abrem serviços. Preferem mandar para a capital. Para atender lá. E os que abrem, eles não abrem como deveriam abrir. Não tem essa... não tem essa... clareza mesmo do que é um CAPS. Eles abrem mais um...é... Mais dinheiro. [Mais dinheiro no fundo da saúde e acaba sendo desviado para outras coisas.] Exatamente. Que agora o dinheiro não é mais estratégico, né, o dinheiro foi incorporado ao teto municipal. Então, isso, com certeza, vai fazer para a gente algum retrocesso. **[A. R. S. de Lima]**

O que eu vejo são CAPS muitas vezes burocratizados. (...) Isso com certeza traz coisas negativas para a Reforma, né. Porque pode fechar a qualquer momento. Se é um mero serviço, ele pode ser fechado, se não tiver finalidade, se continuar internando. Sabe, ele pode virar um ambulatório. Não tem problema. Não tem diferença nenhuma. **[A. R. S. de Lima]**

Hoje a política publica não é a mesma de 86. A política publica já esta na Constituição, já estão nos financiamentos uma reversão disto. (...) Na verdade a política publica avançou mais e conseguiu modificar mais do que no imaginário social. Então, hoje ainda se convive na sociedade com as duas concepções, sendo que é muito forte ainda a de que lugar de louco é no hospício, o estigma permanece em relação ao louco. (...) A política publica hoje diz que o lugar de louco é na cidade, em qualquer lugar como um sujeito de direito inclusive a ter tratamento, e que tem direito a ter recurso próprio, tem bolsa de volta pra casa, tem direito a moradia e essa moradia pode ser com seus familiares ou não, e aí tem os serviços residências terapêuticos, com direito a lazer e a cultura, centro de convivência em todos os projetos culturais que existem. Com direito a renda e alguns projetos sobre economia e geração de renda e o tratamento com os CAPS, atenção básica, serviço de hospedagem integral, nas emergências, ser atendido junto as emergências, toda uma proposta. Há uma dificuldade de que essas redes realmente se

consolidem que sejam robustas como a gente diz. Não é um caminho, itinerário tranqüilo. “Se eu enlouquecer eu sei que o SAMU vai me atender”, nós sabemos que não é assim. “Se eu enlouquecer eu vou para o hospital geral da minha cidade que eu sei que ali vão me atender”, nós sabemos que ainda não é assim. Mas a política publica estabelece que seja. Os nossos desafios é que elas se realizem, não é mais como a de 86 que dizia “nós temos que criar mais leitos psiquiátricos para pôr as pessoas, em hospitais psiquiátricos” [S. M. S. Fagundes]

É, a questão da rede, da consolidação de uma rede integrada e integradora em saúde mental. Hoje nós temos ainda uma fragmentação dos espaços, quer dizer, os trabalhadores, os gestores, os usuários, a sociedade não conseguem pensar em rede, em sistema, ela pensa fragmentado. Então isso é ruim porque dificulta as conexões, dificulta as contratualidades, então acho que nós temos que ta, na minha opinião nós temos que desafiar todos os sujeitos do SUS a discutir o que é rede, como é que cada um ta pensando isso, porque rede não significa só juntar (...) [Pensar uma] rede que integre e que reorganize os sistemas a partir duma complexidade articulada entre os lugares, entre os vários espaços de cuidado. A outra questão é, o distanciamento da saúde com a saúde mental, há assim um certo abismo, que é um pouco dessa questão do baixo investimento na atenção básica. Eu acho que a gente teria que procurar realocar mais recursos na atenção básica para melhorar as estruturas nos municípios, constituir equipes, e aí incluir o tema da saúde mental lá, entendeu. Outra dificuldade que eu vejo é a questão da cultura, acho que nós temos que incentivar a formação de espaços para as diferenças, buscando as diferenças, fomentando as diferenças, porque daí nós garantiremos esse nosso sujeito que é um sujeito iminente diferente, ele não é um sujeito que as instituições gostem de ter ele dentro, porque ele põe em questão tudo, as regras, as formas como as pessoas se organizam, ele é um sujeito que inquieta, então a gente buscando pela via da cultura construir instituições que acolham as diferenças, me parece que é bem interessante, e aí nós teremos pra além dos CAPS, outros espaços importantes, onde os nossos usuários poderão inclusive se desligar dos CAPS e entrar nessas instituições; a questão da alta pra mim, é uma questão que nós temos que permanentemente ta focado nela, porque talvez não seja o nome alta no tratamento, talvez seja outros nomes que nós vamos ter que ver, o que é que o sujeito que se trata no CAPS tem quando termina (risos) o processo dele, eu acho que isso é uma das coisas que nós vamos ter que discutir bastante. Financiamento dos municípios para pequenos e micro-municípios, sabe, tem que ver uma política de sustentabilidade e financiamento urgentemente; porque eles estão, os municípios se sentem tendo que tirar só do recurso do orçamento público-

municipal, e isso é difícil mesmo. E a formação, a formação e a relação com a universidade urgentemente. **[J. Ferrari]**

Dentro do hospital (...) houve uma redução do número de leitos em hospitais, leitos em geral, não os da atenção integral. Houve uma redução de leitos, aqui nós tínhamos três, quatro hospitais na nossa cidade, sendo que um deles é da guarnição militar e portanto interna só as pessoas ligadas ao exército brasileiro, e nós somos terra de fronteira aqui. E aí nós temos, tínhamos então três hospitais. O primeiro hospital, que era um hospital específico com o cuidado da tuberculose, o movimento da reforma psiquiátrica tencionou as estruturas jurídico-políticas e a gestão administrativa, e nós conseguimos fechá-lo, superá-lo, ainda na década de noventa, certo. Aí nós fechamos esse hospital de tuberculose e criamos outras estruturas de rede, por exemplo o CAPS II. Então, foi pra esse lugar, nós demos uma grande reforma na estrutura física e construímos a farmácia, o CAPS II, o serviço de fisioterapia, colocamos várias estruturas dentro. O nosso CAPS tem uma ambiência assim que é muito boa, tem quadra de vôlei, tem churrasqueira, é um espaço muito gostoso, então... a gente transformou aquele lugar de exclusão num lugar de acolhida e inclusão. E aí, ficamos com dois hospitais, o Hospital da Santa Casa, que é filantrópico e privado; e um outro hospital privado, que os dois tinham convênio com o SUS. O hospital privado do São José, ele não conseguiu se manter por conta desse esvaziamento, desse empobrecimento regional que a gente ficou submetido por conta da produção primária centrada no gado e no arroz, e acabou fechando o hospital porque as pessoas todas tavam procurando atendimento na Santa Casa, ou atendimento público. E ao mesmo tempo também contribuiu pro fechamento a criação dos serviços de especialidades, aumentaram as portas de entrada, então as pessoas não buscavam só no hospital a saída pros seus problemas. Então, eu considero que a gente da saúde mental também tensionou pra que houvesse esse fechamento. Então hoje nós temos só a Santa Casa e o hospital da guarnição militar, e um dos problemas que a Santa Casa sempre ta falando é que falta leitos. Mas se tu verificar, faltam leitos pro SUS, porque leitos... ela tem, privados sempre têm. Hoje ta uma discussão dessa coisa das portas de entrada aí que a gente tem, permanentemente, tensionamentos e brigas nessa direção. Outro problema que tem lá na Santa Casa que a gente vê, é a questão da diferença entre as equipes da saúde, no geral às vezes não se apropriam do tema da saúde mental, então assim, separam o sofrimento psíquico do sofrimento orgânico. Então acho que essa coisa passa pela formação, mas é a formação do profissional na universidade, e nós não conseguimos entrar na discussão dessas corporações médicas e hegemônicas aí, porque nós não temos cursos nas áreas da saúde aqui na nossa região. A gente tem técnico de enfermagem, é o curso maior que a gente

tem na área da saúde assim, o restante assim, é administração e formação de professores, temos arquiteto, engenheiro, agrônomo, agora da área da saúde não temos nenhum espaço universitário onde a gente pudesse também tá tensionando pra que se criassem quadros favoráveis ao SUS e a reforma psiquiátrica e à humanização. Então essa coisa da formação a gente vê que a gente pega um técnico da universidade mal-formado. Pelo menos pro trabalho que vai ter que executar dentro do Sistema Único de Saúde. E aí é difícil compreender qual é a reforma, pra que que serve aqueles cuidados que a gente presta no hospital, às vezes tem uns que querem repetir o que faziam dentro de um estágio de um hospital psiquiátrico ou numa outra clínica que tiveram. **[J. Ferrari]**

As dificuldades de hoje são a questão de recursos, de financiamento, muitas vezes a questão da saúde mental não ser prioridade na lógica da saúde (...) Mas por outro lado, não vou colocar só as dificuldades, eu acho que o que avançou: a saúde mental avançou muito na questão da interdisciplinaridade, da mudança de modelo. Então, os gestores conseguem perceber muitas vezes essa mudança e aí a atenção básica, por exemplo, a saúde da família, muitos dos conceitos que eles trabalham, eles têm muita proximidade com essa lógica de atendimento no território da saúde mental. Eu não acho que é só, eu acho que há dificuldades na saúde mental, é claro que a gente queria muito que avançasse muito mais, mas ao mesmo tempo se você ver no âmbito da saúde, é um dos programas que mais avançaram. Entendeu? Com a proposta de mudança de lógica, dos princípios do SUS, do acesso, da questão do direito, da participação. Tudo isso acho que é... **[F. S. Diaz]**

Entra a resistência na mentalidade das pessoas, que muitas vezes ainda não aceitam essas mudanças. Então, muitas vezes, a desassistência, nesse sentido de que você não oferece serviços e ainda não tem o recurso anterior. Então entram situações que... é... complicam esse cenário, mas a lógica para onde se encaminha é sim, eu acho que é eficaz. Se você falar assim “a Reforma Psiquiátrica já é eficaz, já tá bom”, não, principalmente nas grandes cidades. (...) Não há serviços suficientes, não há uma rede de atenção, não há como lidar com a complexidade de uma grande cidade, principalmente. Mas em outros lugares, é completamente eficaz. Inclusive, antigamente, muitos lugares que não tinham nem oferta de hospital psiquiátrico, existe uma rede de saúde mental, na cidade, satisfatória, que dá conta. No geral, aumentou muito o acesso da população a serviço, a clientela está podendo se tratar. Mas ainda tem esse problema, assim como isso só está acontecendo agora, porque a lógica do hospital psiquiátrico também trazia enormes problemas. **[F. S. Diaz]**

Os problemas eu acho que são os mesmos, não mudou de 86 pra cá e tem até o financiamento... Continuamos pagando o ... (...) não tem nada mais... do que pegar procedimento. A atenção básica, tudo bem, ela tem lá alguns procedimentos. Quando criou o PABE... Todo lugar tem louco, todo lugar tem gente com depressão, todo lugar tem gente que se suicida. “Cê” descobre uma verba, uma verba justificável e remunera per capita desde que atenda x e y recomendações e pré-requisitos. Porque nego não faz isso? Porque o povo da Reforma não sabe trabalhar com isso, não gosta de dinheiro. Agora que teve um surto das pessoas preocupadas com monstruosidades das APACs é que as pessoas começaram a se interessar por financiamento. É um problema daquela época e é um problema de hoje em dia. **[L. F. Tófoli]**

Os problemas de hoje... avaliação que começa a ser sanado. Acho que há uma dificuldade na integralidade, não só na Saúde Mental. Saúde Mental tá [muito] comprometida em integralidade, mas ela tem duas mãos. Não é você ensinar a Saúde Mental ao profissional da Atenção Básica, é aprender também Saúde da Família. Que as pessoas não querem. (...) Então esse diálogo, ele não tá ideal, ele tá longe. Eu acho que falta, assim, um pouco de leitura. Leitura de administração pública, sabe? O povo da reforma estuda bastante, mas estuda sempre as mesmas pessoas que tão só confirmando o que elas dizem. Aí chega pra falar qualquer coisa... **[L. F. Tófoli]**

Agora, existem algumas especificidades nesse contexto aí que fogem nesse contexto da reforma... a gente tem um rol, um rol de outros sofrimento mentais, um outro sofrimento mental que leva ao enclausuramento, tem um bocado de sofrimento por aí que não tá sendo visto isso. Que isso de certa forma também é uma, uma desassistência. **[L. F. Tófoli]**

Eu acho que a partir dos anos 90, e a crise dos movimentos sociais também, e a sua institucionalização (...) houve, claro uma deterioração do quadro nos anos 90 e nos anos de 2005. **[E. M. Vasconcelos]**

Acho que a maior dificuldade é a de romper ainda com uma visão médico-biológica da, da concepção total, de doença, de saúde mental, de loucura e etc. Eu acho que ainda é um grande desafio dos serviços – pensando, claro, que os serviços não existem se não com sujeitos, com atores – é a ideia de que o problema da Reforma da Psiquiátrica não é um problema de humanização, pura e simplesmente, de um tratamento mais humano, mais, entre aspas,

filantrópico, caridoso, menos violento, mas que é de uma ruptura com o modelo médico-biológico de entender a doença, a loucura como, como distúrbio de razão, como distúrbio da, do discernimento, do juízo. Então esse rompimento eu acho que era e é um desafio, antes era mais, mas era um desafio mais novo, quer dizer, que a gente esperava romper com maior facilidade, hoje ele existe ainda, mas é um desafio mais complexo, porque a gente vê que passaram-se 22 anos, não é isso? 22 anos e nós conseguimos manter esse problema. Quer dizer, as pessoas ainda trabalham com uma visão muito médica da, do entendimento do que que seja essa experiência, que nós chamamos de loucura, de doença mental, tá entendendo, que é uma, é uma, ainda se explica: “porque é um problema neurofisiológico”, “é um problema metabólico”, “é um problema psíquico”, ou “genético”, mas tá restrito a ideia de que é um problema médico ou psicológico, e o tratamento é médico-psicológico. Eu acho que isso é um grande desafio, há uma dificuldade de rompimento muito forte. (...) A clínica dá auréola ao parênteses, quer dizer que a clínica ela nasce como sem aspas, sem parênteses, sem nada, é clínica. Clínica era um método objetivo, empírico do conhecimento: você olha, descreve, vê o que tá sendo, descrever o que tá sendo visto, né, e isso é o modelo científico, que o Pinel, em cima de Locke, de Hume, de Condillac (...) descreveram. Então conhecer é observar, é descrever. (...) Você olha, o cara ouve vozes, fala assim, anda pra um lado e pro outro, tal e tal – eles construíram um método. Depois a clínica assumiu uma ideia de verdade transcendental, a ideia inclusive na clínica laciana. Que eu falei de dar auréola, né, auréola que os anjos têm. (...) A clínica, então tem pessoas que falam. A clínica, e tem um certo orgasmo, tá entendendo, tal como falam: “porque a relação clínica” ... fazem uns gestos assim e tal, não é? Parece que você explicou: “na clínica eu consegui compreender. O caminho da cura!” E o, e o Basaglia, como dizia: “olha, na verdade nós não sabemos o que que é essa experiência, isso que nós chamamos loucura, doença mental é tão complexo, é tão, assim, nós podemos ter aproximações, mas nunca dizer nós deciframos”. Então vamos botar entre parênteses, pra gente manter sempre como algo suspenso, algo que me diz algo, mas não me explica, essa ideia do parênteses, ou da redução analógica, da época basagliana, eu acho fantástico isso, ele não nega uma experiência diferente, diversa e tal, pode ser sofrimento, mas ela, a nossa compreensão, nós não sabemos explicar o que que é o real (...) mas nós fazemos concepções, às vezes totalmente delirantes, né. Os astrônomos, que o digam, os astrofísicos, delirantes sobre a origem do mundo. Se você ouvir uma explicação sobre a origem do mundo de uma cara aí de um hospício, você fala: “esse cara tá delirando!”. Você ouve de um físico, você acredita, o cara fala: “no início há uma grande explosão, que veio de uma celuzinha, explodiu, movimento” aí aquela onda que ouço na televisão, aquele barulho é da origem do universo... Vou falar: “esse cara tá delirando, né.”

Então tem explicações delirantes da, é da vida, talvez, mas bem, são aproximações, não deixam de existir, mas não são, então... **[P. Amarante]**

Ah, eu acho que a grande, um dos grandes desafios hoje, pra mim, mais do aquele da política, do serviço e tal, é de ficarem muito atrelados a normas burocráticas. As pessoas são o serviço, o CAPS é, o que que é um CAPS? “Ah, um serviço e coisa tal”, mas a sua compreensão... “A portaria é clara quando diz o CAPS I é isso e aquilo, o CAPS II aquilo” – elas se atrelam e se prendem, perdem a ideia da concepção ideológica, de ruptura, de inovação, da possibilidade. Se atrelam ao, exclusivamente, à definição, e isso associado a uma ideia de que ela não consegue romper com o saber médico. **[P. Amarante]**

Então pra mim uma das contradições que o sistema de saúde tem hoje na Reforma Psiquiátrica, é que o SUS é descentralizado, mas a política de saúde mental é altamente centralizadora. Como é que você determina uma Portaria ministerial ter CAPS I, II e III com tantos mil habitantes, etc., etc., e uma cidadezinha lá no interior de Goiás, Alto Paraíso, (...) é uma cidadezinha com seis mil habitantes, não sei se você sabe dessa história. Era uma aluna minha muito doida, que montou um trabalho em Alto Paraíso. Alto Paraíso é uma das cidades consideradas que tem uma porta pra outra dimensão. Então tem uma gruta lá... e tem um monte de louco. Esses oito mil que moram lá, dois mil são loucos do mundo inteiro que vão pra lá, que ficam lá cantando, dançando – já teve até novela sobre isso, filme, história – os caras ficam lá e tal. E, claro, tem muitos místicos, digamos assim, que é essa... esse limite que você não consegue determinar. Estão aí em busca das novas consciências e tal. (...) É difícil saber onde que tá o maluco, o normal, se isso existe... Ela montou um CAPS lá, agora. A cidade não tem vinte mil habitantes. O Ministério fez, fez, até que fechou o CAPS, porque tem uma Portaria que diz que até vinte mil habitantes não pode ter CAPS, entendeu. O CAPS I só pode ser depois de vinte mil habitantes, CAPS II depois de oitenta, CAPS III depois de 200 mil, porque é uma Portaria Ministerial, que alguém criou. Me lembro do CONASP, quando a gente falava assim, o CONASP diz que a média de internação máxima é de 36,5 dias – se lembra disso, Lu, que o Aluísio Sales inventou? A gente perguntava à ele: “mas porque 36,5?” Ele falava: “ah, o ano tem 365, dividido por 10: 36,5.” Isso vira uma verdade, tá entendendo? Então eu acho que uma questão que hoje é um obstáculo no campo do serviço, da política, é essa excessiva centralização da política de Saúde Mental. Você conseguir recurso pra criar um serviço é uma experiência, você tem que ter recurso do Ministério, o que é uma contradição: se o SUS é descentralizado, é municipal, e até mais do municipal, distrital, né, porque que o Ministério é que determina se

a cidadezinha lá de Alto Paraíso vai ter ou não CAPS? Se lá tem uma Comissão de Saúde Municipal, e lá tem um poder de decisão, eles podem dizer: “olha, aqui nós não precisamos de um CAPS, mas precisamos de um Hospital de Criança”. Porque, sei lá, como Goiânia, certas regiões, tinha o problema do Césio, agora é local, eu posso ter um problema com mina de carvão, eu posso ter um problema disso, daquilo, de Sem Terra, etc. Então você tem uma centralização muito forte dessa política. O outro aspecto é o modelo de serviço. Aí se você consegue, porque tem vinte mil, você tem que fazer ou CAPSI, ou CAPS II ou CAPS III, porque tal, tal, tal, modelo, tantos dias, tantas coisas, pra entrar no CAPS tem que ter tal e tais diagnósticos, entendeu? Eu acho que esse é uma das maiores contradições, com o modelo, inclusive, que nós nos inspiramos, muito fortemente, que é o de Trieste, que o Delaqua, e o pessoal até dizia: “o serviço tem que ser forte, no sentido, a ser uma alternativa, uma substituição ao modelo manicomial, mas ele tem que ser flexível, no sentido dele dar resposta a multiplicidade de problemas”. (...) “Tantos mil habitantes, aí pode ter CAPS I, II ou III. Você escolheu CAPS I, aí você tem tantos pacientes intensivos, tantos semi-intensivos, tantos não intensivos, aí você já padronizou quantos por cento de cada setor, que cada cidade, cada situação, cada dia, etc., etc. Pra ser intensivo, você tem que ter tantos pacientes com tais e tais diagnósticos”. Ou seja, volta ao modelo biomédico, tá entendendo? Pra determinar se o cara entra ou não, ele tem que tá dentro de um diagnóstico. Você poder dizer: “e o Centro de Saúde Mental lá de Trieste?” O cara dizia: “olha, o cara bateu na porta, ele precisa de ajuda, pra mim não importa qual é o diagnóstico dele, ele bateu aqui, ele tá deprimido, pra mim não importa se ele tem uma depressão psicótica ou neurótica, ele tá deprimido, ele pode se matar, ele pode se matar sem doença mental nenhuma, né, o caso da nossa amiga aí, pode ser uma depressão, sei lá, poderíamos dizer que uma depressão não é doença e tal, ou é uma tristeza, ou é uma crise existencial ou sei lá, tantas outras coisas, mas você pode também tá com outras situações, etc.” Então nós entramos num modelo dentro da Portaria 336, que nos prendeu ao modelo de serviço biomédico, centrado num diagnóstico, tá entendendo? **[P. Amarante]**

E pra encerrar, eu falo demais também, né, com um problema que é oriundo ainda na época do INAMPS, que é o maior equívoco que tem no SUS pra mim na saúde mental, que é o pagamento do procedimento. (...) Você paga o serviço público de saúde como se tivesse comprando de terceiros, de privado, aí o SUS vende, o SUS, o município vende pro SUS federal, uma prestação de serviço e cobra por dia de atendimento, como se fosse um serviço privado da época do INAMPS. O que faz, o que leva a fazer com que os CAPS estejam lotados, usando o máximo, porque se ele atender 100 pacientes, ele recebe o orçamento de 100 pacientes, se é 300, recebe

300. Então o coordenador, ele quer recurso pra 300. Enquanto que na época – nós temos a experiência disso – da co-gestão e outras experiências de co-gestão que existem, não só no Brasil como no mundo, e antes do próprio SUS, e antes dos serviços públicos serem vinculados ao INAMPS. Como é que funcionava o Miguel Couto? Como é que funcionava o Centro de Saúde? Com orçamento global. O cara recebia um orçamento X pra manter um serviço: “olha o serviço tem quantas salas, quantos consultórios, quantos técnicos, quanto que gasta de comida?” Isso é uma coisa de planejamento de administrador, de hotel, de empresa, faz facilzinho. “Olha, é tanto pra manter, pagando luz, gás, telefone, etc., recebe tanto, ele gasta no mínimo tanto, igual uma casa, no máximo tanto, tá aqui o dinheiro do pessoal, dinheiro de alimentação, dinheiro de medicamento, dinheiro de tal”. Como é que eu avalio isso? Pela qualidade. O serviço não pode nem estar sub-utilizado, vazio – aí algum problema tá havendo, de acesso, de limitação de acesso, etc – nem hiper-lotado, de tal maneira que o cara atende milhares de consultas, etc. Igual aquelas consultas do setor privado, eu faço um controle de qualidade. O SUS reduziu isso tudo a controle de pagamento de AIH. O Arouca, nas últimas falas dele (que nós temos gravado em filme, tá) ele disse que ficou chocado. (...) Sérgio Arouca, falou numa das últimas conferências que ele fez, que ele foi num hospital – ele era secretário municipal de saúde – aí foi: “como é que tá o serviço?” O cara: “tá ótimo! nós conseguimos bater o record. Fizemos não sei quantas amputações de pernas nesse mês”. Arouca falou: “o que???” Falou: “é! no mês passado fizemos, digamos, 20, agora fizemos 30”. “Isso é medida pra você considerar um bom serviço?” “Claro, porque cada amputação é tanto, eu ganhei tanto!” O Arouca: “Mas você deveria medir o seu serviço pela quantidade que ele não fizesse de amputações, né?” Um serviço eficaz, que evitasse as amputações, com prevenção, tratamento do diabetes adequadamente, etc. Então isso é um problema pro SUS hoje. Os psiquiatras ficaram boa parte assinadores de APAC, embora alguns serviços já conseguiram que não só o psiquiatra assine, mas você usa o psicólogo do mesmo jeito, assinando, etc., fazendo, fichas, fichas, formulários, etc., pra cobrar do SUS aquele dinheiro. Então um modelo de pagamento muito equivocado. Eu fiz um artigo denúncia disso, fizemos uma série de coisas, soube que o Ministério tá avaliando, estudando isso. É, a grande preocupação dele é como pagar. Ué, paga com convênio global. Você faz um serviço, avalia, isso é tão, tão elementar. Antes do sistema inampsiano entrar no SUS, se pagava por convênio global, e a co-gestão foi um laboratório de experiências fundamental, as Ações Integradas em Saúde também. (...) Então eu acho que o, esses são nossos impasses aí, né, no campo mais administrativo. [P. Amarante]

Então, eu acho, hoje um dos problemas, é que a gente, tem problemas de burocracia, né, gestão assim, paga assim, paga assado, mas só que muito mais na carência de politização real, e de quadros políticos. E é uma questão complicada porque, vamos chamar assim, de 95 pra cá toda essa, essa, quase 20 anos de neoliberalismo, né, as pessoas se afastam de política mesmo, você tem uma geração inteira de pessoas que desacreditam da política como uma ferramenta de transformação real, os que pensam foram com burocracia, e aí a gente tem um problema. Sim, mas o que eu queria destacar é a ideia de que nós carecemos de quadros políticos, nós precisamos fazer formação, né, To falando de formação política! Que não exatamente formação política no sentido, ah, quadros para o partido, coisa assim, até formação como conceito mais amplo aí. **[R. T. Kinochita]**

(...)Nao é mais um amparo juridico formal (...), foi promulgada, mas ... formacoes de trabalhadores continua um desafio, gente pra fazer desta forma financiamento de sistema, é... Clareza dos gestores locais, do que é a reforma... **[M. C. Ventura]**