

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

MESTRADO EM HISTÓRIA

MIRELLA ROCHA MAGALHÃES

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM
PERNAMBUCO: do Hospital José Alberto Maia ao serviço de Residências Terapêuticas**

**Recife
2016**

MIRELLA ROCHA MAGALHÃES

**O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM
PERNAMBUCO: do Hospital José Alberto Maia ao serviço de Residências Terapêuticas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em História sob orientação do Professor Doutor Carlos Alberto Cunha Miranda.

**Recife
2016**

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

M188p Magalhães, Mirella Rocha.
O processo de desinstitucionalização da loucura em Pernambuco : do Hospital José Alberto Maia ao serviço de Residências Terapêuticas / Mirella Rocha Magalhães. – 2016.
133 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em História, 2016. Inclui Referências.

1. História. 2. Saúde mental – História. 3. Reforma psiquiátrica – História. 4. Desinstitucionalização. I. Miranda, Carlos Alberto Cunha (Orientador). II. Título.

981 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2017-013)

Mirella Rocha Magalhães

**“O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM PERNAMBUCO:
do Hospital José Alberto Maia ao serviço de Residências Terapêuticas”**

Dissertação apresentada ao **Programa de Pós-Graduação em História** da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em História**.

Aprovada em: **25/08/2016**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda
Orientador (Departamento de História/UFPE)

Prof^a. Dr^a. Christine Paulette Yves Rufino Dabat
Membro Titular Interno (Departamento de História/UFPE)

Prof. Dr. Érico Andrade Marques de Oliveira
Membro Titular Externo (Departamento de Filosofia/UFPE)

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação, sem sombra de dúvida, demarca um momento de extrema importância em minha trajetória acadêmica, não apenas pelo conhecimento adquirido ao longo dos anos de pós-graduação, mas também devido às experiências humanas que desenvolvi para poder realizar o presente trabalho. Este momento não seria possível sem algumas pessoas. A elas dedico agora meus sinceros agradecimentos.

Primeiramente agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Miranda, que me despertou o interesse pelo estudo da História da Loucura e, posteriormente, pelo caso do Hospital Alberto Maia. Sem seu apoio jamais teria realizado essa pesquisa. Ao longo do processo de investigação foi imprescindível para esclarecer minhas dúvidas e, com sua paciência, soube entender minhas dificuldades e atrasos. Agradeço sua compreensão e dedicação que me foram fundamentais.

Durante minha trajetória na graduação e na pós-graduação, tive o prazer de encontrar em meu caminho professores generosos que me influenciaram de forma significativa com suas perspectivas históricas. Dessa forma, agradeço à Professora Maria do Socorro por suas análises e sua ajuda na construção de meu pensamento crítico e, de forma especial, à Prof. Dra. Christine Rufino Dabat por seus conselhos, indicações bibliográficas e seu exemplo de profissional.

Agradeço também ao professor Dr. Antônio Paulo Rezende com quem tive a felicidade de cursar uma disciplina na pós-graduação. Por sua sensibilidade e por através de suas análises me demonstrar o lado mais humano e sensível do fazer histórico.

Ao longo dessa pesquisa, me deparei com mulheres incríveis que estão à frente da luta pela Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco e que batalham incansavelmente para garantir uma transformação na vida de muitas pessoas. Exemplos não apenas de profissionais, mas de pessoas que muito me emocionaram ao longo dessa trajetória.

Dentre elas, não poderia deixar de agradecer a Norma Cassimiro que inicialmente me forneceu não apenas documentação, mas seu relato pessoal de luta no processo de fechamento do Hospital Alberto Maia, bem como a Marcela Lucena que abriu portas na Secretaria de Saúde e também me expôs sua experiência como forma de engrandecer esse trabalho.

Agradeço também a Adriana Santos que, superando as dificuldades, encontrou tempo para me fornecer seus depoimentos que foram fundamentais. Da mesma forma, agradeço a Hellen Luce, que nunca se negou a me receber nas Residências Terapêuticas e me proporcionou experiências de vida que levarei para sempre.

Sou grata também a Arthur Perrusi e Gustavo Couto por suas considerações e indicações bibliográficas que me possibilitaram ter um outro olhar a respeito da Reforma Psiquiátrica.

Em especial, agradeço pela oportunidade de ter conhecido alguns dos moradores das residências terapêuticas de Camaragibe. Pessoas que me impulsionaram a contar essa História e que me emocionaram com seus sofrimentos passados e com suas atuais conquistas.

Dedico meu agradecimento a toda coordenação do Programa de Pós-Graduação em História, em especial a Sandra e a Patrícia que sempre estiveram à disposição para esclarecer dúvidas e facilitar o processo de pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer aos meus amigos de graduação Walter Torres e Adilson Santos que sempre me apoiaram durante todo esse tempo.

Da mesma forma, dedico agradecimento a minhas companheiras da Pós-Graduação Thayana Santos, Izabel Santos, Maria do Carmo e Helza Mariana que, junto comigo, trilharam as dificuldades que envolvem o processo de pesquisa.

Dedico agradecimento especial a meu amigo Adriano Martins que me ajudou em diversas etapas da pesquisa, sempre disposto a dar sua opinião sincera sendo uma pessoa de grande importância na minha construção ao longo do mestrado.

Por último, agradeço a minha mãe, Edeusa, por seu estímulo e amor, bem como a meu pai, Braz, e a meu irmão, Bruno. Dedico agradecimento também a meu namorado, Adilson, por sua força e companheirismo, e às minhas gatas, Hera e Pandora, que, com suas companhias, tornaram o processo de escrita menos solitário.

Gostaria também de agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, facilitaram a investigação e que não foram nomeadas ao longo dessas páginas.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo historiar o processo de desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia, localizado no Município de Camaragibe, no período de 2002-2010, bem como o que se desenvolveu posteriormente com a ida dos antigos internos para os serviços residenciais terapêuticos até o ano de 2015. Entendendo que a instituição manicomial historicamente se configurou como um mecanismo de violência e de imposição de poder, consideramos necessário o processo de Reforma Psiquiátrica desenvolvido no país e especificamente no estado de Pernambuco, com objetivo de dar novos horizontes no que tange à saúde mental. Ressaltamos, nesse processo, a importância de modelos comunitários de atendimento, especialmente o Serviço Residencial Terapêutico que, no caso aqui estudado, foi determinante para possibilitar uma real melhora na qualidade de vida dos antigos pacientes. Enfatizamos ainda como é fundamental a constante vigilância das novas práticas advindas da Reforma para que o real objetivo não se perca e acabe se transformando em uma nova institucionalização. Portanto, entendemos que é necessária não apenas uma mudança na assistência, mas também a superação da lógica de exclusão, a construção de um projeto de aceitação da diferença e o respeito pelos comportamentos desviantes.

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

ABSTRACT

This research aims to trace back the deinstitutionalization process of José Alberto Maia Hospital - which used to be located in the municipality of Camaragibe between the years of 2002 and 2010 - and it also focus on what was subsequently developed at the hospital when former patients started to participate in therapeutical treatments until the year of 2015. Historically speaking, it is understood that psychiatric facilities became a system of violence and imposition of power and therefore, in order to open horizons in regards to mental health and achieve improvements, it is necessary that psychiatric clinics go through a countrywide revolution and more specifically a reform in the state of Pernambuco as well. We emphasize the importance of community models of care during this process, specially the Residential Therapeutic Service, also part of this research and which was crucial for a considerate improvement in the quality of life of former patients. We also highlight how constant monitoring of the new chosen practices is essential so that the real goal isn't forgotten, which would end up leading to a new institutionalization. Therefore we believe that not only a change in the care methodology is necessary, but also overcoming the exclusion theory and building a mentality of acceptance and respect towards differences and deviant behaviors.

Key words: History. Psychiatric reform. Deinstitutionalization. Mental health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos primeiros movimentos para a criação da ciência psiquiátrica	19
Quadro 2 – Síntese dos Movimentos de Contestação à Psiquiatria	26
Quadro 3 – Síntese de alguns eventos relativos às primeiras contestações à Psiquiatria no Brasil	31
Quadro 4 – Síntese de acontecimentos relativos ao início da Reforma Psiquiátrica	38
Quadro 5 – Síntese de acontecimentos relativos à Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 1980	46
Quadro 6 - I GERE	61
Quadro 7 - Principais tipos de CAPS definidos pela Secretaria de Saúde	66
Quadro 8 – Rede de assistência em Pernambuco	67
Quadro 9 - Perfil dos Pacientes do Hospital José Alberto Maia	84
Quadro 10 - Síntese de acontecimentos relativos ao processo de desinstitucionalização e fechamento do Hospital José Alberto Maia	86
Quadro 11 – Manutenção das Residências Terapêuticas	98
Quadro 12 – Rede de Assistência Mental após o fechamento do Hospital José Alberto Maia	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	RESIGNIFICANDO O “LOUCO” E A DOENÇA MENTAL: A REFORMA PSQUIÁTRICA.....	15
2.1	Influências para a realização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	15
2.2	A Antipsiquiatria.....	20
2.2.1	Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática Italiana	22
2.3	Antecedentes da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	26
2.4	Fim do período militar e a progressiva volta à democracia: A Reforma Sanitária brasileira.....	31
2.4.1	Entendendo o significado de desinstitucionalização	38
2.5	A década de 1980: Progressiva volta à democracia e a implantação do conceito de desinstitucionalização.....	40
2.6	A década de 1990: Ampliação da Reforma Psiquiátrica.....	46
3	A REFORMA PSQUIÁTRICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO E A IMPORTÂNCIA DO CASO DO HOSPITAL JOSÉ ALBERTO MAIA.....	52
3.1	A Reforma Psiquiátrica no Estado de Pernambuco: movimento tardio e dificuldades.....	52
3.1.1	O Ulysses Pernambucano e a criação do CPTRA	54
3.2	Mudanças na Saúde Mental do Estado de Pernambuco.....	58
3.3	A Desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia	68
3.3.1	O Hospital antes da intervenção	73
3.3.2	O Termo de Compromisso Tripartite	78
4	AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO ESTRATÉGIAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS.....	88
4.1	O que são as Residências Terapêuticas: Entre a necessidade do cuidado e o medo de uma nova institucionalização.....	88
4.1.1	Quem será beneficiado pelos serviços residenciais terapêuticos?	95
4.1.2	Modalidades de Residências Terapêuticas e suas particularidades	97
4.1.3	Dificuldades e limitações das Residências Terapêuticas	99
4.2	As Residências Terapêuticas no estado de Pernambuco.....	104
4.3	A implantação das Residências em Camaragibe para atender os pacientes oriundos do Hospital José Alberto Maia.....	109
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS	125

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como tema o processo de Reforma Psiquiátrica ocorrido no estado de Pernambuco, tendo em vista suas particularidades em relação ao andamento da Reforma Psiquiátrica ocorrida no país – que teve maior representatividade a partir da década de 1980 – e a progressiva retomada do estado democrático e da ampliação dos direitos à Saúde Pública. O objeto do estudo é a verificação de como o processo aqui desenvolvido influenciou e tornou possível o projeto de desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia, um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil.

Entendendo a progressiva modificação dos cuidados dirigidos aos portadores de transtornos mentais e suas implicações, a pesquisa teve como objetivo analisar os novos cuidados de atenção psicossocial proporcionados pela Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) e pela Lei da Reforma Psiquiátrica de Pernambuco (1994), tendo como maior interesse perceber os avanços proporcionados pelas experiências das Residências Terapêuticas, principal estratégia viabilizada para proporcionar a desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Alberto Maia. As residências se colocaram como forma de alcançar autonomia e direitos aos portadores de transtornos mentais, além de se configurar como medida eficaz em garantir a continuação do cuidado e responsabilização do estado para com os antigos pacientes.

Para tornar possível a compreensão das atuais mudanças em desenvolvimento no âmbito da saúde mental foi necessário fazer uma reconstrução da História da Loucura e das formas de representação do louco na sociedade, principalmente do uso das instituições psiquiátricas como forma de segregar esses indivíduos. Entendo que a maior ruptura de paradigmas está em possibilitar um novo olhar dirigido ao indivíduo insano. Foi fundamental questionar a função social desse indivíduo e quais as condições necessárias para tornar possível uma inclusão dos portadores de transtornos mentais, garantindo sua autonomia e cidadania.

Manuela Fleming usa a expressão “utilização social” para designar o emprego que a Psiquiatria faz da instituição de reclusão, que é o hospital psiquiátrico. Para a autora esses locais são utilizados para isolar os indivíduos que não estão aptos ao trabalho devido a sua enfermidade mental. Sendo assim, é possível entender o internamento não apenas como uma exclusão social, mas também como uma ferramenta de controle do mundo capitalista: “A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da

ociosidade”¹. A partir dessa afirmação é possível entender que o mundo do trabalho estabelece que não há lugar para o improdutivo, que acaba por receber o título de inutilidade social, sobrando-lhe apenas a segregação.

Durante o século XIX, com o “tratamento moral”, método aplicado por Philippe Pinel, é evidenciada a relação de força e poder que o médico passa a exercer sobre os doentes mentais. O louco é separado das demais enfermidades e passa a receber cuidados psiquiátricos.² A utilização de novos procedimentos terapêuticos, conferindo-lhe uma estrutura mais hospitalar do que asilar, fez com que em 1937 o asilo recebesse na França o nome de hospital psiquiátrico. Com a perda da noção de cura, esses locais se ampliam e adquirem função fundamental no controle e no estudo da doença mental. Pareceu assim, como a Erving Goffman³, que o manicômio se estabeleceu como um enclave totalitário, no sentido de perceber o Hospital como local de imposição disciplinar e controle.

A desconstrução desse olhar segregador direcionado à “loucura” foi impulsionada pelo processo de Reforma Psiquiátrica, que pretende inserir os portadores de transtornos mentais na categoria de cidadãos respaldados de direitos. Nesse sentido, o objeto dessa pesquisa é a análise de como essa Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil após o período de ditadura militar, mais especificamente no estado de Pernambuco a partir da década de 1990. Para avaliar os impactos causados pela Reforma foi utilizado o processo de fechamento do Hospital José Alberto Maia, um dos últimos macro-hospitais do país, que no ano de 2010 teve suas portas fechadas após um conturbado processo de desinstitucionalização e realocação dos antigos pacientes.

No plano de fundo, procuramos questionar, sobretudo, o significado do que é ser louco na nossa sociedade. Com o passar do tempo, concepções distintas foram sendo formuladas para determinar o conceito de loucura, porém ainda é amplamente questionável a afirmação do termo. Não seriam as instituições a grande problemática em torno da loucura ao utilizarem o aparato médico como forma de separar os considerados loucos do convívio social? Em sua obra *O Alienista*, Machado de Assis traz à tona essas questões por meio do personagem Simão Bacamarte que, em busca de uma resposta científica, aprisiona todos que considera insanos, sem definições precisas. Da mesma forma, a Psiquiatria, durante muito tempo, impôs

¹FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976, p. 8.

²TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990, p.25.

³GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1961.

tratamentos e reclusão sem, de fato, dar respostas conclusivas em torno desse tema tão complexo que é a loucura.

No primeiro capítulo, buscamos compreender o campo teórico assistencial da Psiquiatria e sua reconfiguração em períodos de crítica e proposições reformistas advindos da Antipsiquiatria. Dentre os maiores questionamentos em relação à prática psiquiátrica, o mais revolucionário foi a Psiquiatria Democrática Italiana⁴, que buscou negar o saber psiquiátrico e recusar qualquer forma de asilamento.

Esses movimentos deram origem ao que chamamos hoje de Reforma Psiquiátrica, mas correspondem ao período denominado desinstitucionalização.⁵ Esse modelo se define pela diminuição das admissões hospitalares e pela inserção de serviços comunitários, tendo uma problematização muito além de questões meramente organizacionais e técnicas, além de trazer perspectivas de direitos e ressignificar o sujeito portador de transtornos mentais.

Impulsionados pelas experiências externas mencionadas, no Brasil, a partir de 1978, após um longo período de repressão imposto pelo regime militar, assiste-se à emergência dos principais movimentos sociais no Brasil. Dentre esses, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que denunciou o sucateamento dos hospitais públicos psiquiátricos e a indústria da loucura nos hospitais privados.⁶ Em outubro do mesmo ano os idealizadores do Primeiro Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições possibilitaram a vinda dos mentores das correntes mais influentes do pensamento crítico em Saúde Mental.

Em 1989 o projeto de Lei nº 3.567, do deputado Paulo Delgado (PT)⁷, regulamentou o direito dos portadores de transtornos mentais em relação ao tratamento e propôs a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial. Estimulados por esse projeto, foram aprovados nos estados do Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Norte planos de ação com os mesmos propósitos.⁸

Em 1990, durante a Conferência de Caracas, foi criado um consenso entre os governantes latino-americanos, em torno de uma nova plataforma para a Reforma Psiquiátrica. Nesse momento, foram ampliadas, de forma significativa, no Brasil, as discussões de novas

⁴BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

⁵O termo desinstitucionalização será aqui trabalhado de acordo com a perspectiva de Paulo Amarante. Ver AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: Outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 65-98.

⁶VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários: familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**, Natal, v. 1, n. 32, jan./jun. 2007, p. 22-23.

⁷No ano de 1989 o deputado federal Paulo Gabriel Godinho Delgado (PT) propôs a criação da lei, mas apenas em 2001, no governo de Fernando Henrique Cardoso (PSDB), ela é sancionada.

⁸VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002, p. 28.

estratégias, em níveis municipais, estaduais e federal, que culminaram na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, considerada um marco na história da Psiquiatria no país. Durante a conferência, estabeleceram-se a normalização e o financiamento dos novos serviços de Saúde Mental, especialmente os de atenção psicossocial. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) foram regulamentados oficialmente em 2002 e com a normalização foram criados, em todo país, serviços de atenção extra-hospitalar. Essas ações proporcionaram uma ruptura como o modelo tradicional de Psiquiatria.

No segundo capítulo buscamos entender a situação da Reforma Psiquiátrica desenvolvida no estado de Pernambuco, onde se situa o Hospital Alberto Maia, objeto principal desta pesquisa. No estado, alguns fatores fizeram com que a implementação da Reforma Psiquiátrica ocorresse de forma mais lenta e tardiamente. A falta de vontade política, a pouca participação popular, no primeiro momento, e a crescente privatização do setor fez com que a loucura se tornasse um mercado altamente lucrativo. Mas, por meio de denúncias e da luta do Movimento Antimanicomial, ações de desmonte das instituições psiquiátricas convencionais foram sendo postas em prática e, sistematicamente, o número de internamentos diminuiu de forma considerável.

Posteriormente, buscamos analisar o processo de desinstitucionalização e fechamento do Hospital José Alberto Maia. A instituição, caracterizada como um macro-hospital, recebeu severas críticas quanto ao cuidado destinado aos seus antigos internos. Sua reprovação no Plano de Saúde Hospitalar em 2002 tornou pública a terrível situação vivenciada no local e fez surgir novos questionamentos, não apenas direcionados ao HJAM, mas a todas instituições psiquiátricas do estado.

O seu fechamento em 2010 e o rumo trilhado pelos antigos pacientes do Hospital serviram de exemplo para elaboração de novas práticas de cuidados extra-hospitalares. As ações desenvolvidas na instituição impulsionaram a ampliação da rede de assistência à Saúde Mental no estado, se configurando como um exemplo de desinstitucionalização de bastante êxito.

No terceiro capítulo, a pesquisa analisa o modelo assistencial empregado pelo Município de Camaragibe, denominado “Residências Terapêuticas”. No início da década de 1990 as primeiras iniciativas de estruturas residenciais fora do hospital vivenciadas no Brasil, voltadas para a reinserção dos ex-internos na comunidade, tiveram o objetivo de demonstrar a viabilidade da substituição das internações por meios menos cronificantes.

No caso específico da instituição foco desse estudo, a estratégia das Residências Terapêuticas foi de fundamental importância para concretizar a saída dos antigos pacientes do

Alberto Maia, tendo em vista que a maioria não possuía condições de retornar ao lar. Dessa forma as RTs possibilitaram a retomada dessas pessoas ao convívio em sociedade e, aos poucos, torna possível a superação da cronificação causada pelo longo período em que permaneceram internados.

Foi de interesse da pesquisa questionar a praticabilidade das Residências, como elas vêm sendo estabelecidas pelas diretrizes que regem a Reforma Psiquiátrica do país e como efetivamente se colocam como possibilidade de melhora da assistência aos portadores de transtornos mentais, apontando também as limitações desse serviço e demonstrando como ele está articulado a uma rede assistencial mais ampla que o torna viável.

Entendemos a importância de afirmar as RTs como locais de transição para uma ampliação das medidas de superação do internamento, sendo fundamental seu acompanhamento para que não acabe por se tornar um novo mecanismo de institucionalização e tutela de seus usuários.

A experiência vivenciada em Camaragibe demonstra a total viabilidade da implementação das residências e comprova que esse novo modelo de assistência traz ganhos expressivos não apenas para as pessoas que se utilizam dele como também para a comunidade de forma geral. Os relatos dos usuários após a saída do Hospital possibilitam perceber a melhora da qualidade de vida dos envolvidos.

A documentação da Secretaria de Saúde de Camaragibe e da Secretaria de Saúde de Pernambuco possibilitou perceber todas as etapas desse processo de desinstitucionalização, configurada como um marco da Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco e das novas políticas destinadas aos doentes mentais no país, que vêm se desenvolvendo desde a década de 1980.

Algumas dificuldades foram vivenciadas ao longo da investigação como a burocracia existente nos serviços públicos que dificultou o acesso às documentações na Secretaria de Saúde de Pernambuco, bem como a impossibilidade de alguns personagens importantes dessa história em construir um diálogo mais contundente. Também a falta de acesso à documentação que estava no Hospital, quando ao seu fechamento, deixou algumas lacunas a respeito da história de sua construção e da sua importância enquanto estava em funcionamento.

Devido a um grande cuidado, o acesso aos moradores das Residências Terapêuticas do Recife também se mostrou inviável, como uma maneira do serviço de preservar suas imagens e sua trajetória. Dessa forma, o contato maior se deu com os agentes de saúde envolvidos no caso aqui estudado, sendo seus relatos problematizados de modo a entender a situação geral das ações que envolveram o processo em análise.

O método utilizado na pesquisa foi o dialético-crítico, tendo como concepção que os indivíduos envolvidos no estudo estão inseridos em um contexto mais amplo de questões sociais, econômicas e políticas do processo maior que é a Reforma Psiquiátrica. A metodologia consiste em técnicas qualitativas. As análises procuraram construir concepções a respeito dos personagens envolvidos no fechamento do Hospital José Alberto Maia, feitas por meio de investigação documental dos materiais produzidos pelos órgãos públicos, dos principais jornais do estado, bem como de entrevistas semiestruturadas com os usuários e os agentes do serviço de Saúde Mental do estado de Pernambuco e de informações adicionais obtidas em diversos meios eletrônicos.

Diante do que foi exposto, é interessante compreender como se desenvolveu a proposta realizada em Camaragibe, qual o seu real alcance para os pacientes e seus familiares, qual o compromisso do estado com esse processo e quais as consequências do fato para novas ações similares. Diante da experiência das Residências Terapêuticas, é preciso demonstrar como esse tipo de assistência funciona em seu cotidiano e resgatar a memória dos antigos internos, vistos agora como sujeitos inseridos no todo social.

2 RESIGNIFICANDO O “LOUCO” E A DOENÇA MENTAL: A REFORMA PSQUIÁTRICA

As imagens são conhecidas. São familiares a todas as histórias da psiquiatria, onde tem por função essa era feliz em que a loucura é enfim reconhecida e tratada segundo uma verdade que não tinha sido enxergada durante tanto tempo.

(Michel Foucault)

2.1 Influências para a realização da Reforma Psiquiátrica no Brasil

O trecho acima, retirado da obra *História da loucura: na Idade Clássica* aponta para as mudanças ocorridas durante o século XVIII, sob influência do médico Philippe Pinel (1745-1826), que passou a colocar a loucura como doença e atribuir a ela local específico: o asilo. Quando em 1809 Pinel faz surgir a proposta de separar os alienados e construir para eles um local próprio, inaugurando o saber psiquiátrico com o intuito de observar cientificamente a loucura por meio do isolamento daqueles considerados doentes mentais. De acordo com Foucault⁹, é nesse momento que se estabelece o papel do internamento que, segundo o filósofo, é o de reduzir a loucura à sua verdade. Ao retirar o “louco” do mundo, da sociedade e da natureza, o isolamento buscava possibilitar a reconquista da razão e da moralidade social. Contudo, o preço pela cura perpassa pela exclusão e violência.

A violência imposta ao indivíduo insano é a mesma que historicamente foi destinada à massa de delinquentes, desempregados e “vagabundos” que eram constantemente vista como um perigo que necessita ser controlado. Dentro desse conjunto de “marginais”, coube ao louco, a partir do século XVIII, a exclusão em locais de isolamento (tais como prisões, asilos e hospitais). Segundo Michel Foucault, “Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão para eles e para aqueles que os excluem”¹⁰. Ao mesmo tempo em que a burguesia ascendia

⁹FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2013, p. 459.

¹⁰Ibid., p. 6.

como classe dominante, o louco passava a ser considerado indivíduo perigoso e sua retirada do convívio social era posta como medida urgente.

O início da Idade Moderna, marcada pela Revolução Francesa (1789-1799), trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Toda uma parcela de indivíduos que haviam sido excluídos passou a ter relevância em um novo mercado de trabalho emergente. Nesse novo mundo do trabalho, os “loucos”, devido a sua improdutividade, perdem mais ainda seu lugar.

Se, nas instituições da Idade Clássica, esses indivíduos tinham conotação de medo e recebiam uma prática de proteção, na Idade Moderna passou a predominar o "olhar" médico-científico, transformando a loucura em "doença mental", passível, assim, de tratamento. Tratamento esse que visava tornar esse indivíduo mais uma vez útil ao mercado.

A Psiquiatria europeia passa a ser dominada, no início do século XIX, pela “Escola Clássica”, capitaneada por Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol, que exerceram uma influência decisiva nos novos rumos que a Psiquiatria viria a seguir. A lei francesa de 1838 impõe um novo status jurídico, social e civil para o louco, que passa a ser considerado alienado¹¹. A partir de então, passou-se a proceder a sua internação médica nos asilos. Essa lei fixará para o alienado um completo estado de menoridade social, prevendo dois tipos de internações, uma voluntária e outra compulsória. A primeira ocorria quando a solicitação era da família, respaldada num parecer médico, e a segunda tinha como objetivo isolar os loucos considerados perigosos que perambulavam pelas principais ruas das cidades francesas, especialmente Paris. Em face da intervenção da Psiquiatria institucional, que associou a questão da periculosidade ao doente mental, as internações compulsórias superaram em muito as voluntárias.

O modelo elaborado por esses médicos franceses, denominado de “doença mental” passa a ser descrito a partir de sinais ou sintomas. Para a Medicina do século XVIII o saber classificatório interessava-se, sobretudo, pelas repartições das superfícies, por meio da observação dos sintomas da doença. É por meio desse novo tipo de saber que o pensamento médico da época direciona o conhecimento discursivo da loucura.

A doutrina Psiquiátrica de Pinel elaborava a classificação nosográfica da alienação segundo seu Tratado Médico-Filosófico da Alienação Mental, datado de 1809. Esse documento valorizou sobremaneira as “paixões ardentes”, sem, contudo, desconsiderar as lesões do sistema nervoso, a hereditariedade, as influências da educação e os desregramentos dos costumes como

¹¹CASTEL, Robert. **A ordem psiquiatra**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 34.

causas da loucura. Para Pinel, as “paixões” tinham vários significados: vícios, sofrimento, desavenças conjugais, ira, atitudes violentas, amor ardente, medo. Acreditava que a loucura era um excesso e um desvio de conduta e permitiu que fosse observada não mais como uma lesão cerebral irreversível, mas como um desequilíbrio da razão e dos sentimentos do homem que, por sua vez, poderia ser corrigido. O olhar do alienista volta-se para a doença como uma desordem e é somente por meio de uma intervenção terapêutica adequada que esse equilíbrio poderia ser restituído, fazendo com que assim o doente reencontrasse sua “normalidade”.

Durante o período dos internamentos, a loucura passou a ser vinculada à maldade e a uma manifestação inumana, um perigo para a família e para a sociedade. Dessa forma, o homem foi despojado de sua humanidade e considerado como animal embrutecido, dotado de uma ferocidade natural que precisava ser domesticada.

A animalidade que assola a loucura despoja o homem do que nele pode haver de humano; mas não para entregá-la a outros poderes, apenas para restabelecê-lo no grau zero de sua própria natureza. A loucura, em suas formas últimas, é, para o Classicismo, o homem em relacionamento imediato com sua animosidade, sem outra referência qualquer, sem nenhum recurso.¹²

Por sua vez, a assistência à loucura recebe um novo estatuto público, em que o louco seria internado em instituições específicas, capazes de curá-lo e de afastá-lo do convívio social em função da sua periculosidade. Aos poucos o internamento indiscriminado nos hospitais gerais, substituído pelo internamento no asilo a partir de medidas reformadoras.

Nesse momento, a loucura passou a atingir estatuto de doença, sendo, portanto, uma questão de ordem médica. Pinel transformou o asilo comprovado em nome da nova ciência: a Psiquiatria, que teve a dupla função de defender a loucura, segregando o indivíduo em locais de acolhimento, ao passo que buscava a pretensão de uma cura dos considerados loucos.

Manuela Fleiming aponta que é nesse momento, com a criação da ciência psiquiátrica, que “vai se erigir um novo saber, condicionado de fato pela própria realidade em que se insere: o manicômio, depósito de marginais”¹³. A afirmação aponta para a função social da instituição psiquiátrica que é a de isolar uma parcela da sociedade considerada marginal. O manicômio nasceu, como todas as outras instituições de violência, com o papel de retirar do meio social aqueles que são um incômodo à ordem vigente. A loucura era, dentro desse contexto, apenas mais um dos motivos utilizados para tornar legítima a segregação.

¹²FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2013, p. 151.

¹³FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976, p. 7.

É possível acreditar que a imagem criada em torno do indivíduo insano se deva à função social de “bode expiatório” ocupada pelo portador de transtorno mental na nossa sociedade. Os comportamentos fora das normas sociais acabaram por transformar o ser insano em um doente, propiciando, assim, a criação de métodos de exclusão que, por mais que se denomine, como forma de proteção social, se colocam muito mais como banimento e controle social: “Os doentes mentais, por serem aqueles que se desviam da norma socialmente aceita, são nossos “bodes expiatórios”.¹⁴ Projetamos sobre eles todas as nossas angústias, indecisões e pensamentos ilógicos”¹⁵. O que significa ser um “bode expiatório”? Nesse contexto é a escolha de um indivíduo ou categoria, que passa a ser definido como inimigo do todo social e, para isso, seu afastamento se torna imperioso. Pensamentos destoantes e questionamentos que coloquem em risco a ordem social vigente e aqueles que detêm o poder (em nível econômico e político) são os maiores perigos. Por isso não é de se estranhar que o ser insano, contrário às noções de racionalidade impostas, se coloque também como inimigo da sociedade capitalista.

A Psiquiatria, assim como o totalitarismo, procurou proteger a integridade de uma sociedade pluralista, heterogênea e sua ética dominante. Para isso escolheu o sacrifício de alguns. Em seu estudo comparativo com a feitiçaria e a doença mental, Thomas Szasz também aponta a escolha do portador de transtorno mental como indivíduo que carrega uma carga negativa e isso não é uma opção aleatória e sim uma construção histórica e política.

Se a feitiçaria tinha suas vítimas principalmente em algumas classes sociais, o mesmo acontece com o doente mental. Os hospícios dos séculos XVII e XVIII estavam cheios de *miserables* da sociedade; os hospitais públicos dos séculos XIX e XX estão cheios de pessoas pobres e com pouca educação. Por quê? Porque o controle social e a submissão dessas pessoas é um dos principais objetivos da Psiquiatria Social.¹⁶

O Hospital Psiquiátrico se colocou como local de aprisionamento do louco e transformou a Psiquiatria institucional detentora de caráter repressivo e autoritário. É possível, dessa forma, entender a questão da loucura como mais uma forma de segregação e controle de classes. Seria ingenuidade pensar que as classes menos abastadas possuem maior número de internos apenas por mero infortúnio. A instalação desses indivíduos em locais de reclusão, como Hospitais Psiquiátricos, foi, sem dúvida, uma forma de controle daqueles que detinham o poder, o que se perpetua até hoje. Ainda são os pobres os sujeitos que ocupam os hospitais

¹⁴SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: Um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara S.A., 1971, p. 135.

¹⁵SERRANO, Alan Índio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1982, p. 8.

¹⁶SZASZ, op. cit., p. 129-130.

públicos superlotados e com precárias condições de atendimento, ficando esquecidos durante anos em sua condição degradante, ao passo que sua presença se torna insignificante e sua identidade é perdida em meio à massa de internos.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e as consequências que ela impôs, principalmente devido ao aumento significativo do número de neuroses de guerra e outros problemas mentais oriundos das experiências extremas de violência ocorridas nesse evento, a crítica ao sistema asilar irá se radicalizar e a psicanálise começará a ganhar espaço, retirando da questão orgânica a doença mental e abrindo horizontes para o inconsciente. Os métodos socioterapêuticos começam a se impor para dar conta de novos transtornos mentais e, em 1942, devido ao trabalho de Maxwell Jones, são criadas as primeiras Comunidades Terapêuticas¹⁷, o que pode ser entendido como o prelúdio dos questionamentos que depois irão se fortalecer e fazer surgir o movimento da Antipsiquiatria.

A cada movimento contestatório é dada sua importância em local e período específico. Esses prelúdios foram o início da abertura dos questionamentos que, posteriormente, modificaram drasticamente a imagem do indivíduo insano e das formas de tratamento a eles direcionada. Contudo, foi com a Antipsiquiatria e a ruptura por ela representada que novos rumos foram traçados para a questão da doença mental e da instituição psiquiátrica.

Quadro 1 – Síntese dos primeiros movimentos para a criação da ciência psiquiátrica.

ANO	ACONTECIMENTO
1838	A lei francesa impõe um novo status jurídico, social e civil para o louco, que passa a ser considerado alienado.
1893	Pinel faz surgir a proposta de separar os alienados e construir para eles um local próprio, inaugurando o saber psiquiátrico com o intuito de observar cientificamente a loucura, por meio do isolamento daqueles considerados doentes mentais. Início de uma nova ciência: a Psiquiatria.
1942	Devido ao trabalho de Maxwell Jones são criadas as primeiras comunidades terapêuticas, o que pode ser entendido como o prelúdio dos questionamentos que depois irão se fortalecer e fazer surgir o movimento da Antipsiquiatria.

Fontes: FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2013; CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

¹⁷As Comunidades Terapêuticas iniciadas com base no trabalho de Maxwell Jones podem ser definidas como um serviço de internação baseado em abordagens educativas e discussões, dentro de um ambiente composto de normas de convivência em grupo. Jones centrava suas análises na percepção de que seus pacientes advinham de famílias desestruturadas e, devido a isso, haviam desenvolvido atitudes antissociais como uma resposta a seu ambiente familiar hostil. Sendo assim, a Comunidade Terapêutica se colocava como um local seguro para tratar essas questões sem isolá-los de todo da sociedade. As Comunidades Terapêuticas tiveram maior êxito com pacientes dependentes químicos e que abusavam de álcool, sendo ainda hoje utilizadas no Brasil, por exemplo. Muito é questionado em torno desses locais por ainda possuírem características institucionais e de controle.

2.2 A Antipsiquiatria

De acordo com Jaques Lesagles¹⁸, a primeira autêntica bomba lançada à instituição psiquiátrica foi, sem dúvida, a Antipsiquiatria. Na Inglaterra ela é, sobretudo, lançada por David Cooper e Ronald Laing, na Alemanha por Sozialistisches Patientenkollektiv; na Itália por Franco Basaglia e Giovanni Jervis; na França, por Roger Gintis, Felix Guattari, Robert Castel e Michel Foucault; na Bélgica por Mony Elkaim; nos EUA por Thomas Szasz e Erving Goffman, caracterizando-se, assim, como um movimento de amplitude internacional. O traço comum que unia esses idealizadores era a conclusão de que o saber e a prática psiquiátrica até aquele momento desenvolvidos se mostravam inaptos para solucionar o problema da loucura.

Influenciados pelas novas teorias a respeito do inconsciente trazida por Sigmund Freud (1856-1939), inspirados pela obra de Michel Foucault *A História da Loucura* e, em certa dose, sob influência do Marxismo emergente na época, a Antipsiquiatria começou a propor uma prática diferente dentro das instituições psiquiátricas.

O projeto anti-psiquiátrico apresenta-se pois, não somente como um desejo de negação da psiquiatria mas também um momento de crítica da ordem social estabelecida, não como a elaboração de uma nova doutrina ou de um saber instituído (facilmente recuperável pelo sistema) mas como um movimento de contestação radical das estruturas sociais e dos valores culturais, tais como a adaptação, a normalidade, a saúde mental [...].¹⁹

Surgida a partir da década de 1960 na Inglaterra, a Antipsiquiatria, juntamente com os movimentos undergrounds da contracultura, expressou o consenso em relação à inadaptação do saber e das práticas psiquiátricas. Assim o movimento se configura como a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, buscando destruir o modelo assistencial vigente. Indo muito mais além do que foi a comunidade terapêutica, em que o saber médico já passa a ser questionado²⁰: “Seu pensamento está em uma ruptura total com tudo que foi previamente teorizado. Não apenas o hospital psiquiátrico é denunciado. Esse questionamento está inserido na contestação de toda sociedade. É o sistema capitalista que é criticado”²¹.

¹⁸HAYAE, Jacques Lesage de La. **A morte do manicômio**. São Paulo: Imaginário. / Manaus: Ed. Da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

¹⁹FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976, p. 70.

²⁰AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

²¹HAYAE, op. cit., p.47.

As instituições se colocaram como local onde se propunha uma reconquista do “equilíbrio mental”, contudo é preciso questionar: que tipo de cura esses locais estavam dispostos a criar? Afinal, o que é loucura? Apenas o desvio do comportamento socialmente aceito ou um distúrbio cientificamente comprovado? A Antipsiquiatria aponta possibilidades de questionamento para a noção cristalizada da loucura, que pode ser entendida como um mecanismo de segregação e proteção contra o inconsciente.

É preciso que tomemos consciência de que a sociedade sempre previu, de maneiras diferentes, lugares para os seus loucos de que sempre propôs aos olhos deles modelos de loucura, aos quais podem identificar-se a fim de satisfazê-la, pois tudo isso faz parte das instituições por meio das quais a sociedade se protege contra o seu inconsciente.²²

A Antipsiquiatria nasce como um movimento que se opõe principalmente ao monopólio médico inerente à Psiquiatria tradicional. Segundo Maud Mannoni²³, o movimento foi composto por “psiquiatras reformadores que desejam modificar radicalmente a atitude deste que se chama médico e daqueles que se chamam doentes mentais”. Nessa perspectiva é possível pensar que o principal combate se dá por um tratamento mais democrático, em que o médico não exerça poder total sobre o doente, até então visto como indivíduo sem voz. A negação do saber médico tradicional era uma maneira de promover formas alternativas de tratamento por meio da desconstrução dos estabelecimentos psiquiátricos. Uma luta intensa para romper não apenas com o sofrimento imposto pela institucionalização, mas também uma ruptura da concepção de loucura que há muito está enraizada na sociedade.

A sociedade, com toda a paz da sua consciência, confia no médico para que este designe os indivíduos a serem excluídos por meio de um diagnóstico, quando não é possível integrá-los, custe o que custar, à “normalidade” – sem se perguntar absolutamente sobre os significados dessas loucuras ou desses retardamentos.²⁴

No ano de 1967 ocorre nos Estados Unidos o Congresso Internacional de Dialética da Libertação, organizado por David Cooper, Robert Laing e Joseph Berke e Leon Redler, que buscava questionar os sistemas sociais e encontrar novas formas de ação. Com a participação de psicólogos, economistas, artistas e representantes políticos, o congresso conseguiu expressar a ideologia underground anglo-americana e o seu ideal de criação de novas estruturas que dessem conta daqueles considerados à margem do sistema social. Para isso, formularam as

²²MANNONI, Maud. **O psiquiatra, seu “louco” e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1981, p. 38.

²³Ibid.

²⁴Ibid., p. 15.

ideias de “comunidades”, locais livres da institucionalização que viriam para apontar as contradições do sistema e da cultura burguesa.

É importante perceber como o movimento antipsiquiátrico significou uma explosão de diversos questionamentos e se inseriu em um momento de busca pela liberdade e de renovação de valores culturais e morais.

A anti-psiquiatria, ao inscrever-se num projeto político, visa a desmistificação do papel que a sociedade faz desempenhar a psiquiatria [...]. Ao pôr em questão precisamente o estatuto de doença mental atribuído pela sociedade à loucura, e ao propor um outro modelo de explicação em que a loucura é considerada como fenômeno social cuja definição é imposta pela sociedade, os anti-psiquiatras reduzem a psiquiatria a uma simples emanção e a um instrumento dessa mesma sociedade, tendo por função a manutenção e a defesa de uma certa “normalidade” adaptada à ordem estabelecida.²⁵

Se a instituição vai ser reformulada, é preciso também fazer uma crítica a respeito de todas as bases de sua existência e a isso se pressupõe uma análise social muito mais ampla que envolve a própria noção do que é ser “louco” e quais as implicações que o diagnóstico e o tratamento exercem sobre a forma como esses indivíduos são vistos pela sociedade a que pertencem. Dessa forma, atacar apenas a doença em si não responderia as exigências a ela inerentes. Cooper acreditava estar no seio da família burguesa o contexto gerador da loucura, sendo assim buscar transformações nas situações impostas por essa sociedade seria mais útil do que atacar a doença mental e o paciente, visto como vítima de um contexto social violento e repressivo.

2.2.1 Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática Italiana

Um exemplo da ampliação sobre os questionamentos em torno do tratamento do portador de transtornos mentais foi a experiência de Reforma Democrática Italiana que, ao romper com a instituição psiquiátrica, questionou também o poder médico e a constituição da loucura, problematizando-a para além dos portões da instituição psiquiátrica.

Alguns autores irão colocar Basaglia fora do grupo da Antipsiquiatria, pois sua crítica não se focaliza em torno do tratamento e sim em torno do saber médico de forma mais ampla. Na Psiquiatria italiana as análises e os questionamentos apontam a instituição como o grande

²⁵FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976, p. 79.

mal a ser combatido, sendo assim não uma reformulação das práticas psiquiátricas, mas o desmonte da própria noção de Psiquiatria e da sua instituição. Por isso a ideia de desinstitucionalização vai estar apoiada nas concepções basaglianas. Paulo Amarantes pontua:

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.²⁶

Tendo em vista esses pressupostos, é possível pensar a desinstitucionalização como algo que tem em suas raízes a tradição basagliana ao trabalhar a questão do sujeito e não mais da instituição e as práticas médicas.

Ao definir as “instituições de violência”²⁷, Franco Basaglia apontou para o principal mal da instituição psiquiátrica pautada em uma hierarquia extremamente rígida e que tem todos os meios de punir e excluir os internos. De forma semelhante, Erving Goffman²⁸ atribui o termo “instituições totais” a locais que têm em comum regras rígidas e a constante vigilância das ações. Dividindo a sociedade entre aqueles que têm a função de controlar as ações e aqueles que estão sujeitos às normas – no caso da instituição psiquiátrica, o interno.

As instituições totais de nossa sociedade podem ser, grosso modo, enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários.²⁹

Analisando as duas definições a respeito do tema é possível entender a instituição psiquiátrica como um local onde os indivíduos foram banidos socialmente para garantir seu controle e facilitar sua fiscalização. Um perigo para a ordem, o portador de transtorno mental é alvo da violência punitiva e se afasta de métodos realmente terapêuticos de tratamento. No trecho acima, Goffman descreve os hospitais para doentes mentais como instituições que têm a

²⁶AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

²⁷Para Basaglia a violência e a exclusão estão na base de toda sociedade, por isso desde a instituição familiar e escolar à carcereira e manicomial, todas apresentam algum nível de violência dependendo do grau daquele que detém o poder e o do que está submetido a este. Ver BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 101.

²⁸GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2013.

²⁹Ibid., p. 16 e 17.

finalidade de “cuidar” de pessoas incapazes e que se colocam como uma ameaça aos outros. Porém, cuidar, nesse sentido, se coloca muito mais como uma forma de garantir o controle.

Problematizando as questões mencionadas a respeito da Psiquiatria e das instituições, a Antipsiquiatria coloca como inimigo principal dos portadores de transtornos mentais a instituição e suas amarras. De acordo com o movimento para, de fato, reinserir o indivíduo na sociedade é preciso “destruir” a tradicional noção de internamento.

Em 1961 quando assumiu a direção do hospital de Goriza, Franco Basaglia operou mudanças que tinham como objetivo a transformação do Hospital em uma comunidade terapêutica. Contudo, ele logo percebeu que apenas melhorar as condições físicas e o cuidado médico dentro do local de internamento não seria suficiente. Ao se dar conta da necessidade de mudanças mais profundas no que diz respeito ao modelo de assistência e da relação da sociedade com a loucura, passou a criticar a postura tradicional do médico psiquiatra e sua função dentro da instituição. Questionava a transformação do indivíduo em mero objeto clínico e do isolamento ao qual o louco estava submetido.

A partir de sua experiência em Goriza passou a negar a Psiquiatria como único discurso coerente a respeito da loucura e percebeu as limitações dessa ciência que não se mostrava capaz de abarcar todas as questões inerentes à loucura.

A visita de Franco Basaglia ao Brasil em 1979, organizada pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo³⁰, contou com debates e conferências realizadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais e foi um marco para os questionamentos a respeito da Reforma que se iniciava no Brasil. Ao apresentar sua experiência em Goriza e Trieste e a formulação da Lei 180 (Lei Basaglia)³¹, o italiano indicava caminhos para um debate teórico da função social da Psiquiatria e da necessidade de superar o manicômio como local de tratamento.

No mesmo período, na Itália, a aprovação da Lei 180 marcava o movimento pela dignidade dos portadores de transtornos mentais na Psiquiatria Democrática Italiana. Ao passo que outras movimentações como a luta pela paz contra a Guerra no Vietnã, Woodstock, o movimento Negro nos EUA e a Reforma Sanitária no Brasil se desenvolviam.

Marcado por esses acontecimentos, a Reforma Italiana e sua expressão mundial, representou, sem dúvida, a maior influência para a Reforma Psiquiátrica brasileira. De acordo

³⁰NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvío. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2003.

³¹ Lei 180 – Aprovada em 1978, a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana é também conhecida como Lei Basaglia devido à importância do italiano no processo de ruptura com o modelo tradicional de tratamentos psiquiátricos.

com Pedro Gabriel Delgado³², o maior idealizador da Reforma Psiquiátrica Italiana, Franco Basaglia, investiu em desmascarar a relação existente entre médico e paciente, pois a partir disso uma transformação realmente autêntica seria efetivada. O médico deixaria de ter total controle na relação, passando a perceber as dores e sofrimentos do paciente, que teria sua cidadania e personalidade preservada. O diferencial da Psiquiatria Democrática Italiana é que ela problematiza não apenas alguns aspectos da instituição manicomial e sim faz uma crítica a todo o saber médico, rompendo com a própria ideia de institucionalização.

O que a há de comum entre as situações reportadas acima é a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob a sua lâmina. Família, escola, fábrica, universidades, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho (servo e senhor, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado).³³

Basaglia entendia que a relação estabelecida entre o médico psiquiatra e o paciente era uma relação de dominação. Assim como o empregador exerce domínio e poder sobre seu empregado, em um relacionamento que, na maioria das vezes, se baseia em exploração, o médico exerce sobre o paciente internado o poder de mando que impede qualquer tentativa de autonomia por parte do portador de transtorno mental. A garantia da manutenção dessa ordem de dominação é estabelecida por meio dos mecanismos castradores existentes nas instituições psiquiátricas. Ao perceber isso, o italiano irá concentrar seus esforços para desmontar os alicerces que mantinha erguido o Hospital Psiquiátrico. A isso se deve sua principal contribuição e influência no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

³²Cf. DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUDIS, Silvério e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 3. ed. Petrópolis: Vozes / Abrasco, 1991, p. 171-202, p.191.

³³BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 101.

Quadro 2 – Síntese dos Movimentos de Contestação à Psiquiatria.

ANO	ACONTECIMENTO
1960	Início do movimento da Antipsiquiatria na Inglaterra. Primeira crítica radical ao saber médico psiquiátrico.
1961	Basaglia assume a direção do Hospital de Gorizia.
1976	Ocorre nos Estados Unidos, o “Congresso Internacional de Dialética da Libertação”, organizado por David Cooper, Robert Laing e J. Berke e Redler.
1979	Visita de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 organizada pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo.

Fonte: FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976; BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985; NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2003.

2.3 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica brasileira

Contra essa segregação imposta ao portador de transtorno mental que está enraizada na sociedade, o processo de Reforma Psiquiátrica se desenvolveu e explorou novos caminhos de reabilitação rompendo com a tradição hospitalar. É possível dizer que a Reforma é uma luta contra o Hospital Psiquiátrico e a favor da reinserção do indivíduo na sociedade. Após travar duras batalhas, o movimento começa a se mostrar forte o bastante para romper com toda uma lógica médica pautada na exclusão.

O processo de Reforma Psiquiátrica que vem sendo desenvolvido no Brasil é resultante de experiências estrangeiras de grande ruptura com o saber psiquiátrico e com a antiga noção da constituição do louco. O início do debate acerca das mudanças necessárias na assistência foi resultante das ações de críticas à estrutura asilar por meio de movimentos como a psicoterapia institucional (na França), as Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra e EUA), a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA) e a Psiquiatria Democrática Italiana.

No Brasil, desde 1852, com a criação do Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, o mecanismo moralizador da Psiquiatria dominava a mentalidade da sociedade. A Liga Brasileira de Higiene nos anos 1920-30 apresentava em seu ideal eugênico as características de limpeza e exclusão que tornaram o portador de transtorno mental em pessoa indesejada, não se diferenciando da Psiquiatria desenvolvida em outros lugares do ocidente, que sempre apontaram mais na direção do isolamento do que na busca de uma cura da doença mental. Também foi a partir da criação dessa instituição que as críticas foram, aos poucos, se desenvolvendo em torno das práticas psiquiátricas no país.

O que chega ao Brasil são modelos evolucionistas e social-darwinistas, popularizados enquanto justificativas teóricas de práticas imperialistas de dominação.

O primeiro Hospício – Pedro II, localizado na praia Vermelha (Rio de Janeiro) – foi inaugurado em 1852. Foi a partir desse período, que uma política de estado, do tipo excludente começou a construir uma série de unidades localizadas em regiões distantes dos núcleos urbanos (Colônias), responsáveis pela segregação de todo tipo de população marginalizada.³⁴

Inspirados pelas ideias vindas da Europa, o Brasil buscou se diferenciar das demais repúblicas latino-americanas, tentando encontrar por meio da racionalidade científica europeia seu modelo mais adequado de civilização e com isso passar uma imagem moderna e eugênica. Lilia Moritz Schwarcz em sua obra *O espetáculo das raças* aponta como a partir do século XIX o país buscou adaptar-se ao “trazer nova racionalidade científica para os abarrotados centros urbanos, implementar projetos de cunho eugênico que pretendiam eliminar a doença e separar a loucura e a pobreza”³⁵. Dessa forma, a loucura, igualada à pobreza, toma lugar de “coisa” indesejada, que necessita ser escondida.

A presença do hospício trará a segregação dos portadores de transtornos mentais e, com isso, a questão da loucura passará a ser mais facilmente evidenciada. Dessa forma, críticas ao isolacionismo e à Psiquiatria tradicional tomarão espaço.

No Brasil a Dra. Nise da Silveira (1905-1999), que havia militado em movimentos de esquerda nos anos 1930, foi uma das primeiras vozes contrárias ao modelo hospitalocêntrico, denunciando a situação dos hospitais psiquiátricos do país e criando novas formas de lidar com os portadores de transtornos mentais. Criticando, com veemência, as técnicas violentas utilizadas contra os pacientes, especialmente as terapias mais incisivas como as convulsoterápicas e a lobotomia, em 1946 ela criou no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, onde trabalhava um novo modelo de Terapia Ocupacional que incrementou novas técnicas, tendo em vista eliminar os processos que limitavam as atividades dos pacientes apenas à limpeza do hospital e a sua manutenção. Neste ambiente criou um atelier de pintura e modelagem, a fim de que os internos reatassem seus vínculos com a realidade, por meio da expressão simbólica e da criatividade.

³⁴CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida**: as tensões entre reformistas e biologists no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 1999. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1999, p.35.

³⁵SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). São Paulo: Companhia das Letras, 1993, p. 34.

Em decorrência do avassalamento do consciente pelo inconsciente o indivíduo perde o contato com a realidade e desadapta-se no meio onde vive. É internado nos tristes lugares que são as instituições psiquiátricas. O ateliê de pintura será um oásis, se o doente tiver a liberdade de exprimir-se livremente e aí relacionar-se afetivamente com alguém que o aceite e procure entendê-lo na sua peculiar forma de linguagem.³⁶

Por meio da pintura e da expressão pela linguagem artística, Nise acreditava que o doente mental poderia expor seu inconsciente, possibilitando mais do que uma simples terapia, uma reconstrução da identidade. A pintura seria um meio de dar forma às emoções que o indivíduo não conseguia verbalizar. Ao exprimir o caos de sua mente, o paciente diminuía a força energética advinda das confusões mentais impostas pela doença.

Tal pintura revelava, para a doutora Nise, já em 1946, imagens espontâneas de pessoas que vivem estados perigosos do ser, e o trabalho do Museu consistiu em penetrar regiões misteriosas que ficam do outro lado do chamado mundo real, contrariando o modelo médico adotado pela Psiquiatria vigente, oferecendo matéria para a crítica às voltas com a problemática da arte no segundo pós-guerra.³⁷

Seu trabalho deu origem ao Museu de Imagens do Inconsciente, inaugurado em 1952 para reunir as obras criadas pelos portadores de transtornos mentais, com o fim de possibilitar ao pesquisador condições de entender o estudo da imagem e dos símbolos na evolução de casos clínicos por meio da produção artística. Sem dúvida, seu trabalho foi extremamente inovador para a época e pode ser visto como o principal precedente brasileiro para uma assistência mais humanizada e de cunho comunitário.

Em 1956, junto com a psiquiatra Maria Stella Braga, a assistente social Lygia Loureiro e a artista plástica Bellá Paes Leme fundaram a Casa das Palmeiras no bairro da Tijuca, Rio de Janeiro. Esse espaço funciona até os dias atuais com as portas abertas e, em sua simplicidade, subverte completamente as características apresentadas pelas instituições. A Casa, atualmente funcionando no bairro de Botafogo, é voltada para a reabilitação de antigos pacientes de hospitais psiquiátricos, que inspirou inúmeras instituições similares no Brasil e no exterior.

É importante ressaltar que as iniciativas de Nise inspiraram a criação de modelos de atenção desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), principal modalidade de serviço assistencial terapêutico extra-hospitalar. Sendo assim, não é de surpreender a importância da médica alagoana no cenário da Saúde Mental do país.

³⁶SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens.** Disponível em: <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/pdfs/mundo_imagens.pdf>. Acesso em: 2 de março de 2015

³⁷PEREIRA, João Augusto Frayze. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados (Online)**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 198-208, 2003.

[...] diversas características da médica alagoana lhe conferem um lugar diferenciado, tanto no âmbito acadêmico quanto na cultura popular: a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC, 1998) a considera um dos cinquenta maiores pesquisadores do Brasil; o Conselho Federal de Psicologia lhe atribuiu o papel de uma das pioneiras da psicologia brasileira.³⁸

O período em que se insere Nise da Silveira é de grandes transformações nas ideias relacionadas à loucura e às concepções sobre a Psiquiatria no mundo ocidental. A Teoria Da Relatividade de Albert Einstein (1879-1955) e a Psicanálise de Sigmund Freud modificaram por completo tanto o mundo físico quanto o mundo psíquico. As linhas de pensamento que sustentavam o tratamento psiquiátrico começam a ceder, sofrendo grandes modificações. Nesse momento as certezas passam a se tornar relativas e a razão passa a ser questionada. Os indivíduos começam a relacionar comportamentos e tomadas de decisões com pesquisas que apontam a importância do inconsciente na formação do ser humano.

Ao se posicionar contra o espaço fechado do Hospital Psiquiátrico, propondo por meio da criatividade e da acolhida empática, janelas e portas abertas, se contrapôs ao isolamento e à segregação asilar. Em sua trajetória de mais de cinquenta anos, ela enfrentou de forma assídua o uso indiscriminado de medicações e o biologicismo da Psiquiatria. A recusa em utilizar os métodos terapêuticos da época exigiu que ela lançasse mão de outras possibilidades, optando pela terapêutica ocupacional como sua maior expressão de modalidade de tratamento, sendo a marca registrada de sua clínica o uso da livre expressão como forma de comunicação e liberação dos pacientes em crise.

No período Pós-Segunda Guerra Mundial as primeiras críticas aos hospitais psiquiátricos surgem, muito devido à prisão de médicos e enfermeiros nos campos nazistas, fazendo surgir um questionamento sobre a participação desses profissionais em instituições que em sua essência pregavam meios de discriminação e isolamento semelhantes aos quais eles haviam sido vítimas³⁹. Acrescidos a isso, os Estados Unidos passam a exercer um poder hegemônico sobre o mundo capitalista, fazendo assim com que seu modelo sanitário seja expandido para o mundo. Modelo este que desde a década de 1950 se baseava em hospitais de alta tecnologia. Essa influência fez com que no Brasil se iniciasse uma política de criação de hospitais psiquiátricos estaduais. O aumento dessas instituições e, conseqüentemente, da população institucionalizada abriu margem para mais questionamentos sobre essa prática.

³⁸MELO, Walter; FERREIRA, Ademir Pacelli. Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, dez. 2013.

³⁹DIAS, Mirian Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2007, p. 38.

É também no período que sucede a Segunda Guerra Mundial que o neoliberalismo nasce nos países da Europa e da América do Norte onde já imperava o capitalismo. Esse novo modelo econômico, que surge em momento de crise econômica advinda do conflito, trouxe mudanças significativas não apenas nos aspectos econômicos, mas também em todos os setores da sociedade. A forte pressão exercida contra os sindicatos, a necessidade de fortalecer o estado e o aumento das privatizações são medidas que irão afetar diretamente na saúde e no bem-estar social. “Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos.”⁴⁰

Esse desequilíbrio causado pela Segunda Guerra Mundial, acrescido à pressão dos países capitalistas, torna o ambiente favorável ao crescimento de um mercado no campo da saúde que passa a ser visto como um setor de negócios lucrativo aos empresários. Nesse panorama, a saúde mental logo se apresentou como um meio de enriquecimento, apoiada por um saber médico poderoso.

É diante dessa conjuntura que as críticas ao sistema asilar intensificam-se e a Psicanálise encontra finalmente campos de ação, ensaiando-se novas práticas psiquiátricas; isto porque cada vez mais instituições asilares e os modelos da Psiquiatria organicista se revelam incapazes as exigências do sistema. É nesse momento que, segundo Amarante:

A arcaica concepção da prevenção da psiquiatria higienista, outrora denominada de profilaxia, passa a superar a ideia de prevenção das desordens mentais, para alcançar o projeto de promoção da saúde mental. Nesse projeto não visa simplesmente a terapêutica e a prevenção das doenças mentais, mas constrói um novo objeto: a saúde mental.⁴¹

Contudo foi apenas a partir da década de 1970 que o movimento em torno dos portadores de transtornos mentais e da necessidade de novas práticas assistenciais irão tomar força e amplitude, começando o longo caminho de dificuldades percorrido até o momento no processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro.

⁴⁰ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

⁴¹AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 88 e 89.

Quadro 3 – Síntese de alguns eventos relativos às primeiras contestações à Psiquiatria no Brasil.

ANO	ACONTECIMENTO
1830	Criação do Hospício de Alienados Pedro II no Rio de Janeiro.
1946	Criação do Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II por Nise da Silveira.
1952	Inauguração do Museu do Inconsciente.

Fonte: CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida: as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 1999. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1999; PEREIRA, João Augusto Frayze. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados (Online)**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 198-208, 2003; MELO, Walter; FERREIRA, Ademir Pacelli. Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, dez. 2013.

2.4 Fim do período militar e a progressiva volta à democracia: A Reforma Sanitária brasileira

Na metade da década de 1970 muitos movimentos sociais surgem problematizando questões cotidianas das cidades como saneamento básico, moradia e saúde. Em um momento político marcado por governos autoritários advindos do golpe militar essas questões se apresentam como meios de alcançar o espaço político necessário para a reivindicação por uma transição democrática. Foram, portanto, as dificuldades dos anos ditatoriais que impulsionaram uma emergência dos movimentos sociais, possibilitando transformações significativas principalmente no âmbito da Saúde Pública.

Em 1973, após a visita de Michel Foucault ao Brasil, realizando diversas conferências em instituições psiquiátricas de Belo Horizonte, é notória a influência do filósofo francês e da efervescência de um maior questionamento a respeito das instituições psiquiátricas, momento marcado pelo envolvimento do filósofo francês com profissionais da saúde que se colocavam contrários ao manicômio. Os escritos de Foucault, especialmente *História da Loucura na Idade Clássica*, exerceram, sobre o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica, grande importância. Isso também articulado às contribuições dos antipsiquiatras ingleses, da Psiquiatria democrática italiana e dos trabalhos de Erving Goffman trouxe uma nova historicização da loucura, da Psiquiatria e do movimento de crítica asilar.

Em sua visita ao Brasil, Foucault conheceu o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho que, muito influenciado pelas ideias do filósofo, passou a denunciar a situação dos hospitais psiquiátricos mineiros, em especial o Hospital Colônia de Barbacena, localizado em Minas Gerais. Na época o Hospital representava a maior tragédia da loucura realizada no país.

Lá existe um psiquiatra para 400 doentes. Os alimentos são jogados em cochos, e os doidos avançam para comer. O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No Hospital tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja sua forma. Seria de desejar que o Hospital Colônia morresse de velhice. Nascido em 1900, morreria sem glórias. E parafraseando Dante, poderia ser escrito sobre o seu túmulo: quem aqui entrou perdeu toda a esperança.⁴²

Talvez pela gigantesca catástrofe representada por Barbacena, foi em Minas Gerais que ocorreram as primeiras manifestações a favor da Reforma Psiquiátrica nacional. Em 1978 Simões denunciava o abandono e a calamidade vivenciada no Colônia e chamava atenção para a necessidade de questionar o sistema de saúde mental do país. Junto a ele, Paes Barreto, que na época também trabalhava no Colônia, denunciou o hospital, impressionado com o comércio de cadáveres advindos da instituição clandestinamente enviados para universidades de Belo Horizonte, banalizando a vida e a morte dos pacientes.

Ao visitar o Hospital Colônia de Barbacena, no ano de 1979, Franco Basaglia afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”⁴³. Sua fala e o retrato da instituição expressos na obra *Holocaustos brasileiro* demonstram como a situação dos internos brasileiros se encontrava em total abandono e sofrimento e como as instituições psiquiátricas do país eram inadequadas e violentas. A trajetória dessa instituição foi documentada por meio do filme *Em nome da razão*⁴⁴ e representou o que há de mais degradantes das instituições psiquiátricas brasileiras. Sendo também, devido à amplitude do caso, um marco do início das lutas em prol de uma reforma política da saúde mental, desencadeando a mobilização pública. O sofrimento nas falas, as histórias de abuso e abandono são a imagem mais cruel da Psiquiatria desenvolvida no país.

A década de 1970 pode ser entendida como de grande expressão política, em que parcelas da população foram às ruas reivindicando direito de participação que durante os 20 anos de regime militar haviam sido negados. Da mesma forma, a Reforma Psiquiátrica trilha seus caminhos e procura, por meio de uma discussão ampla e da politização dos setores, trazer à tona as questões que norteiam a saúde mental e as instituições psiquiátricas.

⁴²ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2003, p. 200- 201.

⁴³Ibid., p. 15.

⁴⁴O documentário de Helvécio Ratton virou tema de diversas discussões a respeito da loucura em um momento em que o Brasil lutava pela volta da democratização em 1979, no ainda governo do general Geisel, e se coloca como retrato vivo da miséria humana existente dentro de instituições psiquiátricas de grande porte, como era o caso de Barbacena. Ver GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte de curar faz história. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2010.

O Movimento da Luta Antimanicomial nasce como uma forma de articular as associações de familiares, usuários e profissionais da saúde mental em busca de ruptura com o aparato assistencial manicomial e por formas mais humanas de tratamento e inserção social dos portadores de transtornos mentais.

Esse prelúdio dos processos de reformas tinha como objetivo desmistificar a figura do portador de transtornos mentais e dos ideais de tratamentos médicos tradicionais que haviam se desenvolvido no país, muito influenciados pelas práticas médicas de Pinel e Esquirol que visavam à separação dos loucos em instituições determinadas para analisar e aprisionar a doença. As experiências de tratamentos inauguradas por Philippe Pinel no final do século XIX haviam ganhado amplitude e adeptos no Brasil.

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de Reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam tratados separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático.⁴⁵

No trecho anterior, Resende aborda o caráter segregador da Psiquiatria aqui desenvolvida e solidificada pelos interesses tanto das companhias privadas, que fizeram da instituição manicomial um negócio lucrativo, como do Estado em manter sob seu controle uma parte marginalizada da sociedade. A construção histórica da ciência psiquiátrica do país caminhou em torno da separação do doente mental do meio social, como medida moralizante e higienista.

Foi a partir do final da década de 1970 que modificações realmente significativas se apresentaram no cenário da Psiquiatria brasileira, em um amplo questionamento que contou com a participação de profissionais da saúde e de usuários, fazendo com que o debate saísse apenas do âmbito assistencial para ações jurídicas mais precisas. Até esse momento o país sofria com a superlotação dos hospitais com pacientes “crônicos”⁴⁶, fazendo com que o número de leitos e hospitais fossem insuficiente para atender o contingente de pacientes. Para Basaglia⁴⁷ a

⁴⁵RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990, p. 25.

⁴⁶Sobre crônicos, é importante a análise de Pedro Gabriel Delgado que entende como pacientes crônicos aqueles submetidos a longos anos de internamento, em que o ambiente asilar acabou por conferir-lhes características próprias como “embotamento afetivos, isolacionismo, hábitos grotescos, dificuldades de realizar ações práticas”. Esse comportamento seria, então, decorrente de uma perda devido à patologia, mas também devido à vida asilar. Ver DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990, p. 171 a 202.

⁴⁷BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

cronificação é o grande mal da instituição, gerando um mal estar psíquico que impede uma melhora, ao mesmo tempo em que multiplica a clientela numa relação despótica implícita ao hospital psiquiátrico.

A internação, vista como medida eficaz para o tratamento, havia se naturalizado. Nesse momento, em que o país tinha seus direitos civis suspensos devido ao golpe militar, a violência dentro das instituições psiquiátricas se agravou. Os medicamentos e o poder médico detinham a supremacia da situação e a loucura se tornava objeto de mercadoria, contando com pouca fiscalização do poder público e uma desvalorização do portador de transtorno mental.

Na década de 1970 a assistência médica financiada pela previdência social possibilitou a ampliação do número de leitos. Contudo, no âmbito da saúde mental, esse foi o período de maior ampliação da rede privada hospitalar e da Psiquiatria. Nesse âmbito, as críticas à institucionalização vão começar a ganhar mais notoriedade.

É no contexto da crescente privatização da saúde que nasce o movimento da reforma sanitária, em meio a uma onda de questionamentos e proposição das mudanças na reestruturação das questões de saúde, passando pela alteração das normas, revisão da natureza institucional, composição e distribuição de serviços de saúde, relações da saúde com outros setores e participação da sociedade nas deliberações dos trabalhadores.⁴⁸

O setor privado, representado principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), apesar de se constituir como uma unidade de prestação de serviços da saúde, se apresentou muito mais como “empresários da loucura”. O interesse pela medicina privada institucional se mostrou desde o início da industrialização brasileira, a partir de 1964 com o golpe militar, e a diminuição do controle sobre a previdência social fez crescer a influência do setor privado.⁴⁹

Com o golpe militar ocorreu a intervenção dos institutos e entidades do sistema de seguro social, interrompendo a participação dos trabalhadores na gestão dessas instituições, consolidando, assim, o projeto de privatização da assistência médico-previdenciária, ao passo que o Estado deixou de investir nesse setor, na qualificação e ampliação de sua rede assistencial, passando a comprar os serviços dos empresários dos hospitais particulares.

De grande interesse dos proprietários de hospitais e clínicas credenciadas e dos empresários das grandes companhias, nesse período ocorreu uma proliferação de clínicas

⁴⁸LUCENA, Marcela. **Descrédenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS):** engrenagens da operação. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde,, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011, p. 33.

⁴⁹AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

psiquiátricas. Em 1974 o ministro da saúde, Leonel Miranda, empresário de clínicas psiquiátricas, instituiu o Plano de Pronta Ação que abria ao setor privado possibilidade de atendimento direto aos previdenciários sem a aprovação do setor público, fazendo crescer o processo de privatização. Portanto, no regime autoritário do golpe militar, a assistência psiquiátrica passa a fazer parte de um mercado de alto lucro, sem a preocupação com a qualidade no serviço da assistência.

Torna-se mais fácil construir e administrar um pavilhão como se fora um hospital, do que organizar e gerir trâmites e procedimentos necessários a construção de um centro de serviço mais sofisticado e diferenciado. Como consequência desta política, em 1977, os recursos destinados a hospitalização psiquiátrica somam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os demais denominados serviços extra-hospitalares, dos quais o mais importante é o ambulatório.⁵⁰

É em momentos de crise, como o que se assistia na década de 1970, que ações mais enérgicas vão ser evidenciadas. No final dessa década, com a volta do processo político democrático, uma série de movimentos de contestação denunciou os maus tratos ocorridos dentro dos asilos brasileiros. Já no ano de 1973 o Ministério da Previdência aprovou o *Manual para Assistência Psiquiátrica*, documento que serviu de base para a portaria n. 32 de 1974, que, em suma, enfatizava a tendência para uma Psiquiatria de comunidade, dando prioridade ao atendimento ambulatorial⁵¹. Dentre as principais críticas, estava a desaprovação quanto ao modelo hospitalocêntrico e a necessidade de uma maior participação da comunidade nos serviços. Esses dois pontos foram as principais metas da Reforma Psiquiátrica brasileira e se mostraram decisivos para a criação de novos modelos de tratamento.

A greve da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) em 1978 pode ser entendida como um marco no desenvolvimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, como aponta Amarante⁵², sendo esse o início da Reforma Psiquiátrica no país. Nessa etapa, médicos denunciaram a precariedade dos serviços prestados em diversas instituições da Dinsam. Profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II, do Hospital Pinel, da Colônia Juliano Moreira e do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (todos localizados no Rio de Janeiro) deflagraram a greve após a denúncia de médicos sobre irregularidades ocorridas nas unidades hospitalares.

O acontecimento que provocou uma espécie de estopim, possibilitando ao movimento assumir a Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no primeiro

⁵⁰ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

⁵¹ YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 35.

⁵² AMARANTE, op. cit.

trimestre de 1978, por um grande número de bolsistas, na verdade, profissionais que atuavam na prestação de assistência nas universidades; é o que se costuma chamar de “Crise da Dinsam”.⁵³

Esse acontecimento representou um levante dos profissionais da saúde que, inspirados por estudiosos como Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szasz e Basaglia realizaram uma crítica pertinente a respeito do funcionamento das instituições psiquiátricas no mundo capitalista. O resultado foi a ampliação das discussões acerca do tema e dos debates em torno da necessidade de encontrar formas mais “humanas” de tratamento. É importante ressaltar que os primeiros questionamentos emergiram dentro dos Hospitais, pelos profissionais que mantinham contato direto e constante com as formas de tratamento e perceberam nas contradições desses locais possibilidades de modificações.

As reivindicações iniciais do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se concentravam em torno da regularização trabalhista dos bolsistas que atuavam nos hospitais de forma ilegal. Lutavam pelo aumento salarial e pela redução do número de consultas e horas excessivas de trabalho, incluindo também críticas à cronificação existente nos manicômios e do uso de tratamentos violentos como o eletrochoque. Em resumo, as reivindicações que se iniciaram apenas com questões de âmbito trabalhistas, se encaminharam para a humanização da assistência, tendo em vista a necessidade de modificar a situação autoritária vivida dentro das instituições em meio a suas estruturas administrativas hierarquizadas verticalmente.

Acrescidos a isso, os últimos anos do Governo Militar foram marcados por uma crise financeira e muitos descontentamentos que acabaram por colaborar com o surgimento de diferentes movimentos sociais em busca de melhorias no âmbito econômico e social.

Os últimos anos de governo militar foram vividos em uma conjuntura financeira internacional desfavorável, caracterizada pela recessão mundial, alta taxa de juros e a interrupção de créditos internacionais, colocando a economia brasileira, devedora e tomadora de empréstimos, em mais uma grande e grave crise.⁵⁴

Intensificaram-se as críticas ao modelo de saúde e se criou a necessidade de uma política de Saúde Pública realmente democrática. A diminuição da censura possibilitou transparecer insatisfações em diversos âmbitos da sociedade e uma busca por maior participação política dos cidadãos que passam a organizar partidos políticos e outros movimentos da sociedade civil,

⁵³CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida**: as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 1999. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1999, p. 47.

⁵⁴YASUI, Silvío. **Rupturas e desencontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 38.

demandando também melhorias nos serviços e nas condições de vida, inclusive da Saúde Pública.

Trazendo questionamentos sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, juntamente com questões que incluíam torturas, corrupções e fraudes no regime ditatorial, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental se organiza para trazer à tona a ausência de recursos e da utilização da Psiquiatria como instrumento de controle social.

O 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos deputados em 1979 apontava as primeiras diretrizes para uma saúde democrática como direito, garantindo uma responsabilidade por parte do Estado e a descentralização dos serviços. Em 1981 foi criado o Conselho Nacional Administrativo da Saúde Previdenciária (Conasp), fundamental para o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que racionalizou o sistema, dando prioridade aos serviços públicos federais, municipais e estaduais.⁵⁵ No mesmo ano foi realizado o 1º Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que, em seu relatório final, aponta para a necessidade de organização que contribuísse para uma maior participação dos técnicos nas decisões relacionadas às políticas públicas destinadas a saúde mental.

De acordo com tal espírito, são aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores, estudantes, pela Anistia Ampla, geral e irrestrita, bem como reivindicações trabalhistas e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão.⁵⁶

No congresso, fica claro que a luta em torno do sistema de Saúde Mental também está vinculada às demais demandas sociais que visavam uma organização em prol de uma plena democracia e pelo fortalecimento dos movimentos sociais. Para isso, foi preciso questionar o grande hospital psiquiátrico que, até então, era visto como local de encaminhamento de “marginais”.

No final da década de 1970 o debate em torno dos temas que envolvem a Reforma Psiquiátrica se amplia trazendo problemáticas a respeito dos direitos dos portadores de transtornos mentais, dando margem para o início do processo de desinstitucionalização.

⁵⁵ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 55.

Quadro 4 – Síntese de acontecimentos relativos ao início da Reforma Psiquiátrica.

ANO	ACONTECIMENTO
1973	Visita de Michel Foucault ao Brasil.
1973	O Ministério da Previdência aprovou o <i>Manual para Assistência Psiquiátrica</i> .
1974	Ministro Leonel Miranda Institui o Plano de Pronto Ação. Abre para o atendimento no setor privado sem aprovação do setor público. Crescimento da privatização dos Hospitais Psiquiátricos.
1978	Greve da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam).
1978	Criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social.
1979	Realização do 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados.
1979	Visita de Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena.
1981	Realizado o 1º Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2003; AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998; _____. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995; YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

2.4.1 Entendendo o significado de Desinstitucionalização

De início, é preciso deixar claro como o termo *desinstitucionalização* será trabalhado nessa pesquisa. Entendendo as problemáticas que existem em torno do conceito e como por muitas vezes ele pode perder seu caráter inovador ou ser distorcido em algumas práticas, foi escolhido que ele seria aqui utilizado de acordo com a perspectiva de desconstrução abordada por Paulo Amarante⁵⁷ em sua obra *O Homem e a Serpente*. Assim como o autor, percebemos que o termo *desinstitucionalização* foi utilizado na Reforma Psiquiátrica brasileira no sentido de romper diversas questões em torno do isolamento institucional.

Os defensores da desinstitucionalização procuraram fazer uma crítica epistemológica ao saber médico, colocando em questão o conceito de doença mental e os limites ao direito e da cidadania. Inspirados pelas ideias surgidas com Franco Basaglia, a reforma brasileira depois do movimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) procurou tornar o movimento “social” pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, diferente dos temas da “saúde para todos”. Assim, a ideia de desinstitucionalização estabeleceu uma estratégia para extinguir e superar as instituições da violência.

Seria então uma desconstrução do interior da instituição psiquiátrica em busca de novas práticas e da transformação no campo do saber das instituições. Muito mais do que fechar

⁵⁷ AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: Outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996, p. 65-98.

hospitais, o termo implica na transformação social causada em decorrência da ruptura do asilamento.

Para se efetivar uma real desinstitucionalização é preciso que haja, além do fechamento do Hospital Psiquiátrico, uma transferência do cuidado para serviços de base comunitária externos à instituição, com algumas características próprias, como aponta Delgado⁵⁸ ao ressaltar que a desinstitucionalização brasileira se evidencia quando passa a existir um serviço ambulatorial que, de fato, ofereça suporte eficiente em momentos de crise ou em casos graves. Porém, além da questão técnico-administrativa, para o autor o que define de forma crucial o termo é a “progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”⁵⁹. Ou seja, a reversão da ideologia do isolamento para tratar dos transtornos mentais é que, de fato, se configura como algo que vai além da apenas desospitalização.

Setores tradicionais da Psiquiatria, dentre eles a indústria farmacêutica, empresários de hospitais psiquiátricos e corporação psiquiátrica, tendem a limitar o termo a uma simples desassistência, tentando passar a ideia de que o fim da instituição psiquiátrica seria o abandono dos portadores de transtornos mentais por parte do estado. Contudo, não foi o que aconteceu na incorporação de práticas de desinstitucionalização e muito menos o que se evidenciou no caso aqui trabalhado do Hospital José Alberto Maia. De forma geral, as práticas de desinstitucionalização foram pautadas em torno da substituição do cuidado e por uma permanência da assistência de forma ampliada, garantindo não apenas cuidado assistencial, mas principalmente conquista de direitos, dando novos horizontes e possibilidades para os portadores de transtornos mentais.

Quando falamos de desinstitucionalização e superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético,

⁵⁸DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990.

⁵⁹Ibid., p. 182-189

de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.⁶⁰

É nessa perspectiva, apontada por Amarante que a desinstitucionalização começou a ser utilizado na década de 1980, fazendo surgir um questionamento muito mais amplo e de real ruptura com algumas práticas da Psiquiatria tradicional em detrimento de novos ideais de como perceber a doença mental.

2.5 A década de 1980: Progressiva volta à democracia e a implantação do conceito de desinstitucionalização

A década de 1980 foi marcada por uma série de transformações no setor da Saúde Mental, em prol de uma maior humanização dos asilos com a introdução de serviços terapêuticos grupais e um novo estímulo ao atendimento extra-hospitalar. Nessa década, mudanças realmente significativas foram evidenciadas para uma modificação dos modelos de tratamento e o debate acerca do tema se ampliou. Nesse período foi iniciada a trajetória da desinstitucionalização no país, marcada por uma série de eventos importantes para os rumos da Reforma e pela regulamentação de algumas leis com diretrizes reformistas.

Também na década de 1980, a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi muito significativa, trazendo à tona a politização das questões referentes à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a universalização da Saúde Pública no Brasil⁶¹. Com a participação de diferentes atores sociais, como acadêmicos, sindicatos e profissionais da saúde, esse momento foi legitimado em 1988 com a Constituição Federal, que determinou imensas rupturas com as políticas anteriores, apontando para uma ampliação no sentido de garantir o acesso à saúde como um direito social universal.

Esse período pode ser visto como uma ruptura no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, “que deixa de ser restrito ao campo exclusivo, ou predominante, das transformações no campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa”⁶². Ou seja,

⁶⁰ AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

⁶¹ YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

⁶² AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

nesse período, a Reforma se articula também aos aspectos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural, expressando um alargamento do debate acerca do tema da Saúde Mental.

O movimento *Diretas Já* em 1985, a mobilização em torno da Assembleia Constituinte que foi instaurada em 1987 e a nova Constituição em 1988 são fatos muito significativos de uma efervescência no campo social pela reconquista de participação popular e retorno à democracia. Esses eventos serão refletidos em todos os espaços sociais, inclusive na busca por direitos e ampliação no setor da Saúde Mental.

Em 1987 foi realizada no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como temas Economia, Sociedade e Estado. O encontro focou em perceber os impactos sobre a Saúde Mental e a reorganização da assistência, levantando aspectos da importância da legislação do doente mental. Dentre os principais pontos, é possível destacar a reversão da tendência hospitalocêntrica com o fim de novos credenciamentos de leitos e a redução progressiva dos já existentes, reiterando a prioridade para um sistema de cuidado extra-hospitalar.

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de insignificativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.⁶³

No relatório final da Conferência é possível constatar uma crítica ao modelo excludente da internação psiquiátrica, que é visto como mais uma forma de ocultar outras questões sociais do que uma solução para os portadores de transtornos mentais. Ou seja, se configura como uma maneira de agravar as contradições sociais e a luta de classes.

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista.⁶⁴

Já no início do relatório fica claro que os temas da Saúde Mental se inserem dentro de uma questão econômica imposta pelo sistema capitalista que, ao impulsionar um modelo concentrador de riquezas acentuado após o golpe de 1964, determina para o país desigualdades

⁶³BRASIL, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1988, p. 21.

⁶⁴Ibid., p. 12.

sociais e concentração de renda, acarretando uma precarização das condições de vida da população brasileira, que será refletida na sua própria saúde.

Dentro da lógica capitalista, o portador de transtorno mental é posto como “incapaz”, “improdutivo”. Dessa forma, o modelo de Saúde Mental até então vigente caminhava de acordo com os interesses das classes dominantes, utilizando as instituições como locais de depósito de indivíduos que não se encaixam no sistema. O Relatório final da Conferência sinaliza a urgência do reconhecimento do papel de dominação exercido pelos profissionais da Saúde Mental, desejando uma revisão crítica do seu papel por meio de mudanças na sua prática assistencial pelo combate das instituições de violência.

A Conferência e o relatório final do evento são de extrema importância pois é em torno dos pressupostos neles tratados que a Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo até o presente momento. Em uma crítica constante em torno do asilo e da violência institucional, a bandeira antimanicomial foi ganhando espaço no aparelho estatal sob a condução de fundadores do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que, na década de 1980 passaram a ocupar postos de chefia nos programas estaduais e municipais de Saúde Mental⁶⁵.

Nesse momento do processo da Reforma Psiquiátrica denominado “trajetória sanitarista”, observa-se a presença de atores dos setores progressistas no aparelho do Estado, não apenas da área de Saúde Mental, mas também do campo global da saúde. Exemplo disso é que em 1982 ocorre a criação do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica na esfera da Previdência Social pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária, no âmbito do convênio, cogestão, estabelecido entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde⁶⁶. Esse momento representa uma ampla modificação na conjuntura da saúde psiquiátrica do país.

Tendo em vista a crise financeira da Previdência Social, esse plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema SAMHPS (Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social). A partir do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP), uma melhor organização e maiores critérios para alocação de recursos da assistência médica passou a ser implementada. Os seus objetivos principais eram possibilitar um aumento da produtividade e uma racionalização do

⁶⁵AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

⁶⁶BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/CONASP. Anais do CONASP. Atas das reuniões e anexos principais. 24 nov. 1981 / 28 jun. 1983. Rio de Janeiro, 1983. v. 2.

sistema que possibilitasse uma melhoria dos serviços e um maior controle por parte do Estado no sistema de saúde.

Como consequência do Plano do CONASP, no mesmo ano foram firmados convênios envolvendo os Ministérios da Previdência Social, da Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, tendo, portanto, como objetivo a universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Todos os hospitais, públicos ou privados, passaram a ser supervisionados. Dessa forma foi possível uma maior participação dos estados e municípios na política nacional de acesso à saúde.

O CONASP tende a instaurar a concepção de que é de responsabilidade do Estado a política e o controle de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados. No plano da assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital torna-se elemento secundário.⁶⁷

Um dos pontos intuídos no plano era diminuir sistematicamente o número de internações, sendo as “portas de entradas” de novos pacientes bem estabelecidas e hierarquizadas, dando prioridade aos serviços ambulatoriais. É fácil supor que o setor privado se posicionou contrário à implementação das novas diretrizes, que dificultavam a exploração do serviço psiquiátrico. Para o setor privado, o plano CONASP representava um golpe na iniciativa privada e um mecanismo “estatizante” que colocava demasiado poder de decisão nas mãos do Estado.

O projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PL 3.657/89), dispendo sobre o progressivo fechamento dos manicômios e sua substituição por outras formas de tratamento como lares abrigados, hospitais-noite e, principalmente, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), é muito significativo no final da década de 1980, momento em que a legislação de 1934 já se mostrava obsoleta, principalmente no que se refere aos portadores de transtornos mentais, começando a ser questionada. O projeto fomentou ainda mais o debate e faz surgir projetos de leis estaduais semelhantes.

Quando ocorreu a apresentação do Projeto de Lei elaborado pelo deputado Paulo Delgado juntamente com atores do movimento antimanicomial em 1989 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) participava de um grupo de trabalho da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e discutia a modernização da legislação psiquiátrica no

⁶⁷ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 67.

país. A associação entendeu o projeto de lei como um movimento que vinha para fortalecer os anseios dos trabalhadores da saúde mental. Contudo, posteriormente, a ABP veio a criticar a proposição de “extinção progressiva dos manicômios”.

A Assembleia de Delegados, órgão máximo da Associação Brasileira de Psiquiatria, reunida em outubro de 1999 em Fortaleza, aprovou por unanimidade uma posição oficial da entidade que apoia todo e qualquer movimento que defenda os direitos de cidadania das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos, bem como considera essencial a atuação médico-psiquiátrica no tratamento, na readaptação e nos processos de ressocialização dessas pessoas. O que essa associação defende é que se garanta aos pacientes não somente seus direitos básicos de cidadãos, como também, e principalmente, o direito de ser alvo de atenção profissional de qualidade e poder usufruir dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pelo progresso da ciência, além de uma necessária normatização das internações involuntárias e compulsórias.⁶⁸

[...]

A despeito do progresso observado nos meios diagnósticos e terapêuticos à disposição dos psiquiatras e de outros profissionais da saúde mental, e mesmo contando com adequada rede de serviços assistenciais extra-hospitalares (o que ainda não ocorre em nosso país), hospitais psiquiátricos de qualidade têm um papel a cumprir dentre os recursos com os quais devemos contar para a proteção de alguns de nossos pacientes. Situações clínicas que representem risco para o paciente ou para outras pessoas, bem como a instituição de procedimentos terapêuticos que demandam acompanhamento especializado contínuo, implicam necessariamente a internação do paciente como medida protetiva.⁶⁹

O trecho acima deixa claro que, apesar das críticas destinadas às instituições psiquiátricas e ao modelo tradicional de tratamento, ainda havia por parte de uma parcela dos trabalhadores da Saúde Mental uma defesa acerca da internação, ainda vista como forma de proteger pacientes e demais indivíduos do perigo representado pela loucura. Vale salientar que a ABP havia sido criada desde 1970 e tinha em seu quadro os profissionais que atuavam na clínica particular, na universidade e na rede pública, abrigando em seu bojo características de uma associação de cunho científico e corporativos.

A partir da política de cogestão a ABP oscila entre oferecer apoio aos projetos de transformação da psiquiatria pública ou manter uma postura cautelosa, considerando o fato de que este processo venha a ser conduzido por membros do MTSM. Assim, tanto no período da cogestão quanto no plano CONASP, a ABP defende sempre uma abordagem mais técnica do que política [...].⁷⁰

⁶⁸JORGE, Miguel R.; FRANCA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 109.

As imensas dificuldades envolvidas em lidar com os portadores de transtornos mentais impulsionaram para uma necessidade de manutenção de determinados procedimentos terapêuticos, que o projeto de lei do deputado Paulo Delgado irá tentar romper. A ideia de banir progressivamente os internamentos foi um dos pontos mais revolucionários desse período em torno das propostas de mudanças na assistência. E seria, sem dúvida, o maior desafio na concretização da Reforma Psiquiátrica.

Maria Nicácio⁷¹ aponta a década de 1980 como um momento de emergência de diversas contradições no desenvolvimento das ações da Reforma Psiquiátrica no país. Havia uma distância entre os princípios norteadores do processo e a real prática nas mudanças da assistência. Apesar de todos os esforços, era possível perceber uma continuidade na centralidade das instituições psiquiátricas e da fragilidade existente na humanização desses locais. A insuficiência dos serviços extra-hospitalares gerava uma dificuldade para a atenção ambulatorial. Além disso, é notório que toda uma cultura formada na concepção do asilamento como melhor alternativa dificultava a aderência dos familiares e de diversos setores da sociedade em modelos comunitários de tratamento.

Mas o diferencial desse momento é que o debate em torno do tema da desinstitucionalização possibilitou uma ampliação da percepção da loucura não apenas como questão de saúde, mas também como um evento social de amplitude muito maior. O manicômio começou a ser percebido como uma instituição que determinava e definia a loucura e a sua desconstrução se tornou foco principal para romper com as implicações dessa determinação.

⁷¹NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvío. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2003.

Quadro 5 – Síntese de acontecimentos relativos à Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 1980.

ANO	ACONTECIMENTO
1981	Criado o Conselho Nacional Administrativo da Saúde Previdenciária (Conasp).
1982	Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social.
1985	Movimento “Diretas já”: início de tentativas populares de retorno à democracia após o período do regime militar.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde.
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como temas Economia, Sociedade e Estado.
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.
1988	Nova Constituição Federal.
1989	Projeto de Lei (PL 3.657) apresentado pelo deputado Paulo Delgado sobre o progressivo fechamento dos manicômios e sua substituição por outras formas de tratamento.

Fonte: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/CONASP. Anais do CONASP. Atas das reuniões e anexos principais. 24 nov. 1981 / 28 jun. 1983. Rio de Janeiro, 1983. v. 2; _____, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1988; AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

2.6 A década de 1990: Ampliação da Reforma Psiquiátrica

Na década de 1990 os tratamentos alternativos se ampliam, descentralizando o Hospital Psiquiátrico como local mais eficiente para o tratamento. Com a nova Constituição, vislumbrou-se a construção de uma nação mais democrática e, no que se refere à saúde, os avanços continuaram com a institucionalização da Reforma Sanitária, principalmente pelo estabelecimento do financiamento da Saúde Pública por meio do SUS e da universalização da saúde⁷². E, no campo da Saúde Mental, se intensificaram as organizações de familiares e pacientes e do Movimento da Luta Antimanicomial. Nesse momento leis trazendo os ideais da Reforma foram criadas em diversos estados do país.

A nova Constituição de 1988⁷³ estabelece, entre seus princípios, a universalização da saúde, apontando o acesso de todos os brasileiros à Saúde Pública, vista a partir desse momento como um direito, e a descentralização das ações que se concentravam no âmbito federal passam

⁷²Flávia Freire aponta que “A Constituição Federal de 1988 define, no Capítulo II, que a saúde, previdência social e assistência social são partes integrantes da Seguridade Social. Sendo assim, a arrecadação pela esfera federal, financiada pelo orçamento da Seguridade Social”. Demonstra assim a regulamentação do financiamento para Saúde Pública que agora estaria pautado em pressupostos mais seguros e obrigatórios. Cf. FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **Cartografia do financiamento em Saúde Mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012, p.31.

⁷³BRASIL, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1988.

a agir nas esferas estaduais e municipais. Esses dois pontos se colocam como divisores de águas nas políticas públicas destinadas à saúde, pois propiciam um alargamento da rede de cuidados e uma maior responsabilização por parte do Estado.

Se os anos 1980 foram marcados pela reconquista da democracia e por inúmeros questionamentos no âmbito social e político, a década seguinte surgiu como forma de afirmar as conquistas anteriores com medidas oficiais. O início do mandato presidencial de Fernando Collor de Melo (PMDB) significou o avanço da política neoliberal⁷⁴ causando um retrocesso nas políticas públicas, marcado pelas privatizações e autoritarismo, retardando os avanços da Reforma Sanitária, sem, contudo, conseguir barrar as iniciativas que já haviam entrado em prática por parte dos trabalhadores e dos familiares.

A Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (Silos) em novembro de 1990 previa a reestruturação da atenção psiquiátrica em defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e é importante marco da reforma no serviço de Saúde Mental nas Américas. No documento síntese da Conferência de Caracas fica explícita a necessidade de combater a centralidade do Hospital Psiquiátrico e da importância de sistemas descentralizados de atendimento sob a gestão municipal e estadual. O primeiro ponto do documento faz notória a incapacidade do asilamento em possibilitar melhoras clínicas ao afirmar: “que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo”⁷⁵. A esse respeito Basaglia⁷⁶ já ponderava na década de 1970 em sua obra *A instituição negada* ao fazer uma crítica ao confinamento e à Psiquiatria convencional.

Segundo a Declaração de Caracas, o Hospital Psiquiátrico utilizado como única modalidade assistencial se mostra insuficiente, não sendo capaz de dar conta de todas as questões inerentes à Saúde Mental e às novas noções de descentralização da assistência que estavam sendo propostas.

Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer

⁷⁴É possível imaginar que as características neoliberais de pouca participação do estado e maior abertura às privatizações tenham representado um retrocesso das políticas destinadas à saúde mental no país.

⁷⁵Trecho retirado do documento da Declaração de Caracas de 1990. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 5 de fevereiro de 2015.

⁷⁶BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.⁷⁷

No seu terceiro ponto, a Declaração torna explícita que a tendência para a atenção visava a reinserção dos portadores de transtornos mentais no seu contexto social, salientando a importância de sua permanência na comunidade a que pertence.

Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário.⁷⁸

Advinda dessa Conferência, não é de surpreender que a II Conferência Nacional de Saúde Mental também incorpore as diretrizes de Caracas e pautou seu discurso em torno da reestruturação da assistência no país. Nesse documento se aponta a necessidade de se efetivar uma “mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico”⁷⁹. Esse também é um ponto muito ressaltado pelos idealizadores da Antipsiquiatria e que se coloca como fundamental, pois tem como função retirar o estigma da doença mental do indivíduo, que não mais será visto como objeto de estudo da Psiquiatria e sim em suas particularidades e sofrimentos.

Esses desdobramentos, ocorridos no início da década de 1990, serviram para confirmar, por parte do Estado, a importância da participação dos usuários, familiares e profissionais da saúde na discussão acerca das políticas públicas de Saúde Mental.

Durante o início dos anos 90, deputados do Partido dos Trabalhadores vieram a propor projetos de lei em diversos estados brasileiros. Entretanto, muitos desses projetos de lei estadual iam além do proposto em nível federal pelo deputado Paulo Delgado, propondo, além do “fechamento dos manicômios”, diretrizes terapêuticas que chegavam a proibir a utilização de eletroconvulsoterapia em quaisquer circunstâncias.⁸⁰

América Latina: “[...] relativamente poucos governos adotaram planos nacionais de saúde mental e os que o fizeram não deram apoio suficiente aos mesmos. [...] os serviços de saúde [...] continuam girando em torno dos hospitais psiquiátricos [...] A sociedade, em sua maioria, continua estigmatizando e isolando as pessoas acometidas

⁷⁷BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. 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. 1994.

⁸⁰JORGE, Miguel R.; FRANCA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

de doenças mentais, com o que não consegue outra coisa senão perpetuar o problema”.⁸¹

A consolidação do SUS nesse período fortalece a existência de mecanismos de regulamentação que procuram atender às demandas do processo de descentralização. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e os Conselhos de Secretarias Municipais de saúde (Cosems) passam a desempenhar relevante papel a partir de 1994 com o desenvolvimento das Comissões Bipartites (municípios e estado) e Tripartite (município, estado e governo federal), pois essas comissões se colocam como órgãos deliberativos sobre as questões de implantação do SUS e de impasses entre as partes envolvidas nesse processo⁸². Consolidou-se, assim, a transferência de encargos e recursos para que os governos municipais fossem responsáveis pelo provimento de bens e serviços, como ficara definido pela Constituição de 1988.

É nesse momento que a “saúde como direito de todos” passou a ser percebida como um direito fundamental e a descentralização uma ação necessária. A Reforma Psiquiátrica se desenvolveu por meio da articulação de ONGs, sindicatos formados por familiares e usuários, mantendo sua identidade de movimento social de contestação. Apesar dos avanços no campo oficial, o movimento não deixou de ter seu caráter de ruptura e questionamento com a exclusão e forte combate à discriminação do portador de transtornos mentais.

A década de 1990 foi a oficialização do discurso “alternativo” que vinha se desenvolvendo a lentos passos, tendo como foco construir um projeto de atendimento que saísse da unilateralidade do Hospital Psiquiátrico e começasse a dar voz aos apelos dos pacientes.

Em 1991 o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, publicou a portaria 189/1991⁸³ que teve o intuito de modificar o financiamento das internações, visando a progressiva diminuição do tempo de internamento. O que se mostrou uma das principais metas da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o elevado número de pacientes crônicos, além de serem onerosos ao serviço público, não apresentavam melhoras significativas quanto à condição clínica.

⁸¹JORGE, Miguel R.; FRANCA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

⁸²YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

⁸³BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único De Saúde - Legislação Federal. Portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991.

Silvio Yasui⁸⁴ aponta que a iniciativa da descentralização do financiamento, que passou a ficar a cargo do poder municipal, apesar de ter seus pontos positivos, também encontrou dificuldades, pois muitos dos municípios não se disponibilizaram a usar esse recurso para ampliação da rede de assistência e esse dinheiro acabou se tornando apenas mais um auxílio para outras despesas municipais. Contudo, atualmente novas portarias foram criadas com a finalidade de exercer maior controle sobre esse financiamento que é direcionado exclusivamente para uso da ampliação da assistência psiquiátrica.

A desconstrução dos manicômios implica em não só modificar a cultura psiquiátrica, mas a própria sociedade em que vivemos, pois, o modo instituído de como tratar o louco é extremamente revelador dos impasses e das contradições sociais. Dessa forma, a partir do momento em que esses fatos são reconhecidos e admitidos, compreendemos que para transformar a Psiquiatria é necessário atacar os pontos de sustentação que a própria sociedade lhe oferece.

Os rumos tomados pelo processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, principalmente após a implementação da desinstitucionalização, apontam para produção de estratégias com foco na reabilitação psicossocial, o que se apresenta como uma importante mudança de paradigma na Saúde Mental do país. Marcela Lucena conceitua a reforma aqui desenvolvida como uma “reconstrução da concepção da loucura, enfocando a questão de sofrimento psíquico e repensando as formas de cuidados”⁸⁵. O redirecionamento assistencial para uma atenção integrada das redes territoriais provocou mudanças não apenas de cunho terapêutico, mais uma reformulação de caráter cultural e legal a respeito da loucura.

As mudanças dos serviços e das políticas sociais possibilitaram uma ampliação dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental, possibilitando seu empoderamento, uma maior criticidade e aceitação as diferenças, o que se apresenta como um grande passo dado rumo a novos campos de ação para a Saúde Mental. É possível dizer que desde a década de 1990, e até o presente momento, a política nacional de Saúde Mental vem se pautando em uma revisão assistencial de cunho legal e social no que se relaciona à loucura e às práticas psiquiátricas. Visando o fechamento progressivo dos leitos em instituições psiquiátricas e acreditando na implantação de modelos comunitários de atendimento, a Reforma Psiquiátrica

⁸⁴YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

⁸⁵LUCENA, Marcela. **Descrédenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS): engrenagens da operação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011, p 15.

vem integrar a sociedade e os assistentes da saúde em prol de uma melhoria nos cuidados dos portadores de transtornos mentais.

Para tornar as ações possíveis foram precisas modificações legais e articulação das três esferas governamentais na tentativa de uma ampliação da rede de assistência, somadas a uma maior integração da comunidade e ao rompimento com as antigas medidas de privatizações. As práticas de gestão integradas, pautadas nos princípios do SUS de universalização e descentralização são, sem dúvida, as que mostraram resultados mais favoráveis à desinstitucionalização.

Desse modo, está em andamento um longo caminhar em direção ao fim da institucionalização da loucura que, desde a década de 1990, vem ganhando mais respaldo e capacidade de mudança. Nesse capítulo buscamos conceituar as influências e o desenvolvimento do processo da Reforma Psiquiátrica, dando ênfase aos fatos mais marcantes de seu progresso no país. Tornou-se claro que muitos impasses surgiram no decorrer do caminho, mas que a tendência aponta para reais transformações que já são notáveis por meio da significativa diminuição de leitos e da ampliação da rede extra-hospitalar. Aos poucos o portador de transtorno mental vem sendo inserido novamente na comunidade e as diferenças passam a ser resignificadas e adaptadas a uma vida de inclusão.

No próximo capítulo centraremos a discussão em torno das transformações advindas da reforma no estado de Pernambuco, campo dessa pesquisa e local onde se encontra o Hospital Alberto Maia, exemplo de uma macroinstituição que teve suas portas fechadas por meio dos mecanismos criados pela luta a favor da desinstitucionalização.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO E A IMPORTÂNCIA DO CASO DO HOSPITAL JOSÉ ALBERTO MAIA

Para efeito da referida investigação, está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

(Paulo Amarante)

3.1 A Reforma Psiquiátrica no Estado de Pernambuco: movimento tardio e dificuldades

O trecho de Paulo Amarante, um dos maiores pesquisadores do tema da Reforma Psiquiátrica do país, colabora para melhor compreender o que se denomina de Reforma no âmbito da Psiquiatria. Esse processo, tão conturbado e que ainda hoje está em encaminhamento, é um conjunto de formulações críticas, que possibilitam não apenas uma pequena reestruturação no cuidado médico-psiquiátrico, mas que rompe radicalmente com os métodos tradicionais até então aplicados.

Levando em consideração o desenvolvimento dessas mudanças ocorridas no Brasil, suas dificuldades e, em alguns momentos, seus retrocessos, partimos para o estado de Pernambuco, entendendo as particularidades a ele inerentes, sabendo que aqui o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica ainda é algo delicado e que possui inúmeras questões a serem problematizadas.

No estado pernambucano alguns fatores fizeram com que a implementação da Reforma ocorresse de forma mais lenta e tardia. Entre os principais, podemos apontar a falta de vontade política local em se comprometer com os ideais da Reforma Psiquiátrica e a pouca participação popular no primeiro momento. Acrescidos a isso, o interesse político e econômico que ampliava a privatização do setor psiquiátrico também contribuiu para que medidas mais consistentes não fossem aplicadas.

Apenas na década de 1990 a trajetória da Reforma Psiquiátrica no estado começou a ganhar força quando após a Conferência de Caracas surgiram novas estratégias para o modelo assistencial psiquiátrico. Em 1991, quando a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM)

passou a organizar uma nova política em todo território nacional e as críticas do Movimento Antimanicomial demandaram a criação de serviços substitutos ao hospício, o estado de Pernambuco começou a ser inserido nos processos de mudanças assistenciais propostos pela Reforma Psiquiátrica no país, que já contava com a adesão de outros estados.

No final da década de 1990 passam a ser implementados serviços setoriais de saúde mental, fazendo com que o Recife apareça como principal polo para o acolhimento de pessoas que necessitam de algum tipo de assistência psiquiátrica em Pernambuco. Essa centralização é outro fator que dificultou a implementação da Reforma no estado, pois no interior a rede de assistência se mostrou muito reduzida, rompendo com uma das principais premissas da Reforma Sanitária aplicada pelo Ministério da Saúde, que é a municipalização por meio do SUS.

Apesar das dificuldades mencionadas, algumas experiências de mudança na assistência deram certo, como é o caso do Núcleo de Apoio Psicossocial de Pernambuco (NAPP), criado em 1993, e da primeira experiência de Lar Protegido no estado, a Colônia Alcides Codeceira, em 1998, no município de Igarassu. O Hospital Colônia, que atualmente se apresenta como local de apoio para mulheres portadoras de transtornos psíquicos, apesar de ainda se caracterizar como um local de longa permanência, também se coloca como auxiliador do processo de desinstitucionalização por seguir os pressupostos do SUS do programa “De Volta para Casa”⁸⁶. Seguido a esses, outros núcleos de atenção foram sendo sistematicamente criados, ampliando a rede de cuidados assistenciais.

A partir da análise histórica dos eventos mencionados e da crescente mobilização em prol da Reforma Psiquiátrica – essa entendida como algo que vai muito além do que mera proposição de rearranjos nas técnicas e instituições assistenciais – é possível perceber a importância da luta, tanto do setor médico, como as mobilizações de pacientes e da sociedade. Dentro dessa perspectiva, a própria expressão “Reforma Psiquiátrica” parece cada vez mais inadequada para dar conta das transformações a ela inerente. Trata-se não apenas de desmontar a estrutura dos manicômios, ainda muito presente no cenário psiquiátrico nacional, mas, sobretudo, construir uma nova maneira das instituições civis lidarem com a loucura. Dessa forma, a partir do momento em que esses fatos são reconhecidos e admitidos, compreendemos

⁸⁶O Programa “De volta para casa” se caracteriza como forma de ressocialização e auxílio de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas sob coordenação do Ministério da Saúde, que consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa De Volta para Casa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

que para transformar a Psiquiatria é necessário atacar os pontos de sustentação que a própria sociedade lhe oferece. Nesse ponto de vista, torna-se evidente que toda discussão técnica sobre formas de tratamento é, ao mesmo tempo, uma reflexão política; toda intenção terapêutica supõe uma perspectiva ética, ou seja, implica numa tomada de posição quanto aos valores que devem reger a organização social e a relação entre os homens. Isso traz como consequências um campo enorme de interrogações.

As particularidades que envolvem o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica realizada no estado de Pernambuco precisam ser relativizadas de acordo com as condições políticas e sociais que se impuseram. Sem dúvida, o atraso do estado na ampliação da rede de cuidados e de medidas concretas na criação de um sistema de saúde mental mais eficiente está relacionado a esses fatores.

Aos poucos as deficiências do estado no âmbito da saúde mental se tornaram evidentes e as reivindicações foram feitas para que ocorressem mudanças na assistência. O Hospital Ulysses Pernambucano (também conhecido como Hospital da Tamarineira) ainda se apresenta como grande referência do estado e sua trajetória exemplifica algumas das deficiências na assistência psiquiátrica durante longo período. Localizado no Recife, grande centro do tratamento na região, o hospital passou por inúmeras fases e no início da década de 1990, juntamente com as ações de Reforma Psiquiátrica que se iniciaram, mudanças expressivas ocorreram na instituição, como a criação do Centro de tratamento do alcoolismo. Nos documentos da instituição estão expressas insatisfações de funcionários a respeito da estrutura física e das condições de trabalho, que não eram um caso isolado do Ulysses. As mesmas dificuldades serão encontradas no Alberto Maia, posteriormente. Devido a esses fatores, é importante apontar as reformas na Tamarineira que ocorreram concomitantemente ao processo de Reforma no estado, servindo como mais um exemplo de dificuldades na assistência e reivindicações de melhoras urgentes.

3.1.10 Ulysses Pernambucano e a criação do CPTRA

Em 1989 o Hospital Ulysses Pernambucano, passou por mudanças físicas e de funcionamento. Nesse ano é realizado o II Colóquio de Avaliação e Metas da instituição. No evento são analisadas questões inerentes ao pedido de reformas da unidade que havia sido encaminhado à Secretaria de Saúde. O documento elaborado em 1989 trata de questões

referentes ao período de maio de 1988 a maio de 1989, sobre ocorrências como as chuvas de inverno e o número excessivo de leitos.

De acordo com o texto, devido à falta de condições de segurança apresentadas no local, reduziu-se a capacidade de instalação do hospital que, nesse momento, passou para 260 leitos. Essa medida também foi uma forma de reformulação do cuidado na Saúde Mental no estado, buscando uma maior descentralização do serviço: “Paralelamente, discutia-se, já a implementação do SUDS que prevê a hierarquização regionalização das ações de Saúde Mental”⁸⁷.

Pondo em prática essa medida, buscou-se a divisão entre os dois grandes hospitais: Hospital Geral Otávio de Freitas e Hospital Ulysses Pernambucano, sendo solicitado o aumento de enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais e a necessidade de mais equipamentos como armários, bancos e outros. Nesse contexto já era discutido um projeto de individualização dos pacientes e do tratamento oferecido.

Apesar de algumas medidas terem sido atendidas, a gestão do hospital deixa explícito que ainda havia muito a ser feito e que o local ainda possuía graves problemas, incluindo a questão do alcoolismo como um agravante, pois muitos dos pacientes, acrescidos a seus distúrbios psiquiátricos, ainda se deparavam com a dependência do álcool e a instituição não possuía estrutura específica para esses casos, gerando prejuízos à atenção. Sobre esse assunto, o documento aponta a necessidade de criação de um centro de tratamento próprio para o alcoolismo, que até aquele momento estava temporariamente localizado no pavilhão de Terapia Ocupacional, aguardando a criação do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA). Dois anos antes o projeto já havia sido inicializado, sem, contudo, terem sido criadas instalações compatíveis com a necessidade para a efetivação do tratamento.

Entendendo que o alcoolismo e suas consequências se apresentam como um problema de Saúde Pública e “considerando a importância médico social do problema e a necessidade de um serviço especializado na área, foi elaborado um projeto para a criação de um Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo”⁸⁸. Tendo ciência da importância do tratamento do alcoolismo, o documento se concentra em relatar as atividades desenvolvidas até o ano de 1989, procurando elaborar um projeto para ações seguintes, estabelecendo, assim, quem seria beneficiado pelo centro e quais os objetivos do programa.

⁸⁷PERNAMBUCO, Relatório do II Colóquio de avaliação e metas do Hospital Ulysses Pernambucano, 1989, p. 9

⁸⁸Ibid., p. 19.

A clientela é composta por pacientes do sexo masculino, na sua maioria de baixa renda. Inicialmente os pacientes são triados no SEP, onde são desintoxicados e em seguida abordados pela equipe da unidade de alcoolismo que avaliara o interesse para a participação do tratamento. A internação nessa unidade é voluntária.⁸⁹

Dentre os principais empecilhos para a implantação do programa estava a falta de local adequado. Inicialmente se instalou em um pavilhão do hospital, mas era inapropriado, acarretando mudanças constantes do local para ceder espaço para outras necessidades da instituição. Acrescido a isso, a greve geral dos servidores do Estado, ocorrida no mesmo ano, também causou dificuldades quanto ao pessoal. A falta de apoio das autoridades causava desmotivação da equipe, o que fica evidenciado em relatos do documento devido à falta de continuidade dos programas de governo e das constantes paralisações dos projetos iniciados na instituição, entre eles o projeto CPTRA.

Falta de motivação decorrente do momento político que estamos atravessando, tem-se levado a uma descrença na administração pública. Mesmo os mais otimistas não conseguem vislumbrar um futuro melhor. É cruel observarmos os escândalos morais e financeiros que se sucedem, na mais conveniente impunidade.

[...]

É frustrante o fato de não haver nos serviços de saúde, como em geral na administração pública, uma continuidade dos programas de trabalho a serem desenvolvidos. As mudanças de governos que entram e saem sem combinarem diretrizes e programas de trabalho a serem desenvolvidos, nos deixam perplexos e confusos. Observa-se dentro de um mesmo período administrativo esses desencontros. Temos um exemplo próximo de nós: algumas unidades como alcoolismo, o SEP, a Intercorrência que tiveram suas obras iniciadas e repentinamente paralisadas, sem ao menos termos perspectivas de sua continuidade ou não.⁹⁰

O Serviço de Emergência Psiquiátrica (Sep) também possuía inúmeras deficiências e se apresentava como local sem condições de atender as necessidades dos pacientes. Apesar dos constantes pedidos de reparos, a burocracia tornava morosas as soluções necessárias. Outras áreas do hospital como refeitório, cozinha e demais pavilhões também faziam reclamações e reivindicações no referido documento, o que demonstra como a instituição estava em condições difíceis de funcionamento.

Os descontentamentos são expressos nas falas dos autores do próprio texto que apontam a necessidade de entender o Hospital Psiquiátrico como tendo algo além da sua função curativa, a função reabilitadora. Ao longo do tempo o Ulysses se consolidou como local de depósito de

⁸⁹PERNAMBUCO, Relatório do II Colóquio de avaliação e metas do Hospital Ulysses Pernambucano, 1989, p. 20.

⁹⁰Ibid., p.37.

indivíduos indesejáveis, a maioria advindos de famílias pobres, que acabavam encontrando na instituição a consolidação do abandono.

O alto índice de reincidência na internação denunciava a ausência de um tratamento ambulatorial que desse suporte. Como já mencionada, a questão social vivenciada no estado também se apresentava como um empecilho à implementação das melhorias propostas pela Reforma. As mudanças de governos e uma sociedade marcada por contradições sociais em que extratos socioeconômicos muito distintos acabam por impedir a criação de uma rede de saúde que preserve o direito de todos, sem discriminações.

A assistência psiquiátrica no Brasil não foge a essa regra e tem sua qualidade conferida pelo grupo social a que é destinada. A clientela rica tem ao seu alcance os modernos tratamentos psiquiátricos, exercido por profissionais altamente qualificados e em continuo aperfeiçoamento. Aos 90% restante aplica-se a farmacoterapia, mesmo assim no interior de hospitais psiquiátricos porque fora, em regime ambulatorial, ao doente pobre faltará dinheiro para comprar medicamento.⁹¹

No ano de 1987 o Ulysses se apresentava como local de acolhimento para pacientes emergenciais do grande Recife e do interior do estado: “no período de 12 de maio a 31 de dezembro de 1987 foram atendidos 4.349 pacientes dando uma média de 18 paciente/dia”. Apesar das péssimas condições do local, o atendimento era intenso e se colocava como o mais procurado.

A importância de mencionar a trajetória do Ulysses nesse trabalho se dá devido ao fato que ainda hoje a emergência do Ulysses Pernambucano é o local de encaminhamento de pacientes em crise. Atualmente o local é único ponto de envio para esse tipo de situação, o que dificulta a reestruturação e até mesmo a paralisação das atividades, demonstrando que, apesar dos avanços da rede de assistência em diversos aspectos, alguns pontos continuam sendo deficientes na Saúde Mental do estado.

Atualmente o CPTRA já funciona com local específico dentro da propriedade do Hospital, o que é um grande avanço na assistência aos usuários de álcool. Contudo, o Ulysses ainda é um Hospital de crônicos e se apresenta como centralizador do atendimento psiquiátrico no estado.

Reportagem realizada pelo Jornal do Comércio no ano de 2014 mostrou a difícil situação do Hospital em seu serviço de emergência psiquiátrica.

⁹¹PERNAMBUCO, Relatório do II Colóquio de avaliação e metas do Hospital Ulysses Pernambucano, 1989, p. 72.

Ao Serviço de Emergência Psiquiátrica (Sep) do Ulysses, o mais antigo em atividade pelo SUS em Pernambuco, recorrem diariamente doentes resgatados pela polícia na via pública, conduzidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), bombeiros, familiares ou vizinhos. “Quando não há vaga, os que necessitam de internação psiquiátrica ficam na recepção, aguardando encaminhamento. Já houve dia de termos dez ou 11.”⁹²

A partir dessas informações é possível pensar que ainda há continuidade nas deficiências no que tange à Saúde Mental no estado.

3.2 Mudanças na Saúde Mental do Estado de Pernambuco

Em 1991, por meio dos dispositivos legais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, as demandas impostas pela Reforma foram sendo colocadas em prática no âmbito estatal. Nesse momento a grande inovação foi a implementação da nova diretriz determinando que em hospitais-gerais e hospitais-dias os pacientes não poderiam exceder o tempo de internamento em 180 dias, dificultando assim o processo de cronificação e preparando para a diminuição de leitos asilares. No ponto de vista legal esse foi o primeiro passo para a desospitalização efetiva no estado de Pernambuco. O segundo grande momento foi a implementação dos NAPS e CAPS que, por meio da portaria nº 224⁹³ estabeleceu a inserção desse novo modelo de atendimento regionalizado e de caráter comunitário. Até esse momento Pernambuco ainda não contava com serviços substitutivos ao hospital, portanto a menção aos núcleos e centros de atenção é muito significativa.

A lei Estadual de Pernambuco nº 11.064 de 1994⁹⁴ veio para consolidar ainda mais as medidas de rompimento com o modelo hospitalocêntrico ao dispor “sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a intervenção psiquiátrica involuntária [...]”. É possível afirmar que esse foi o principal passo exercido pelo estado para a efetivação da Reforma Psiquiátrica que, ao assumir a responsabilidade na diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, se comprometeu a possibilitar a criação de outros mecanismos de atenção, com leis e diretrizes que efetivam o processo de municipalização da saúde, passando a ser implementados serviços

⁹²NA EMERGÊNCIA da Tamarineira. Disponível em: <<http://especiais.jconline.ne10.uol.com.br/loucura/>> Acesso em: 2 mar. 2015.

⁹³DIÁRIO Oficial da União. Portaria nº224/92.

⁹⁴BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.41.

setoriais de Saúde Mental. A lei sancionada em 1994 pelo então governador do estado Miguel Arraes (PSB) reforçou o movimento e, após esse momento, os leitos nas instituições psiquiátricas do estado diminuíram sistematicamente⁹⁵.

Após a criação da lei estadual, a Prefeitura da Cidade do Recife, por meio da Secretaria de Saúde, assumiu a gestão dos cadastros, dos programas e do controle de avaliação dos hospitais privados existentes no estado credenciados ao SUS. A partir de então essas instituições precisaram se reportar a um órgão executivo municipal, implicando uma maior responsabilidade do Estado no controle da assistência prestada. Dessa forma, tanto o repasse financeiro quanto a fiscalização se tornaram mais eficientes. A lei 11.064 no Art. 9º estabelece que:

I-O estado de Pernambuco só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátrico sob condição contratual de inclusão e obediência ao dispositivo dessa Lei.

O Art. 9º declara ainda ficar proibido no Estado a construção, ampliação, contrato ou financiamento para implantação de qualquer restabelecimento privado ou filantrópico com características manicomiais.⁹⁶

É preciso esclarecer que essas medidas só se mostraram possíveis a partir de uma reivindicação crescente por parte do movimento antimanicomial, de muitos pacientes e familiares que passaram a agir mais ativamente na construção de novas possibilidades de cuidados, menos violentos e restritivos.

José Rogério de Oliveira⁹⁷ acentua a conjuntura política que vai sendo delineada a partir da década de 1990 como fator principal para o início da implementação de medidas mais consistentes no estado de Pernambuco. Nesse período o governo do estado passou para as mãos de Miguel Arraes (PSB), político que viabilizou muitas medidas em prol da Saúde Mental. Assim, as proposições a respeito da Reforma Psiquiátrica aparecem mais sistematizadas, com a adesão de intelectuais e partidos políticos de esquerda, que passaram a dar o enfoque social aos movimentos em busca de uma maior democratização e universalização do acesso à saúde.

Em 2001 a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira confirmou as novas diretrizes e regulamentou os novos modelos de atenção à Saúde Mental, assegurando o avanço, a ampliação

⁹⁵OLIVEIRA, José Rogério de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

⁹⁶DIÁRIO Oficial do Estado de Pernambuco, 1994, s/n.

⁹⁷OLIVEIRA, op. cit.

dos cuidados comunitários e a diminuição de leitos psiquiátricos em Hospitais. O Art. 3º dispõe:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.⁹⁸

A lei sancionada pelo Senador Humberto Costa (PT) (na época deputado federal) se colocou como marco no avanço das políticas de Saúde Mental, protegendo não apenas os portadores de transtornos mentais, mas também usuários de drogas. Sobre a perspectiva de cuidados comunitários, a Lei 10.216 incorporou respaldos legais a muitos dos pontos de luta que o movimento antimanicomial já vinha debatendo desde o final da década de 1970.

Após esse momento, novas medidas vão sendo desenvolvidas e, ao longo dos anos 2000, percebeu-se o fechamento de várias instituições psiquiátricas no estado, apesar das ainda existentes dificuldades no que concerne à municipalização da assistência e do mercado da loucura que havia se desenvolvido. O que vinha se presenciando era a articulação dos governos municipais e estaduais com companhias privadas, dificultando a fiscalização do cuidado e o real compromisso de modificar as estruturas de atenção.

O processo de municipalização da saúde mental implementado em Pernambuco a partir das diretrizes originadas no SUS, na maior parte das vezes contribuiu para a sustentação do modelo assistencial precedente, bastante influenciado pela lógica de livre mercado tão querida pelas organizações privadas, prestadoras dos serviços psiquiátricos. Nesses termos, descentralizou-se a gestão em saúde mental sem no entanto operacionalizar modificações concretas nas formas de organização das práticas assistenciais em saúde mental.⁹⁹

Apesar dessas dificuldades, depois da efetivação da lei, um maior controle e fiscalização foram desenvolvidos, acarretando vários descredenciamentos e fechamento de instituições que não estavam de acordo com as normas exigidas. Atualmente a situação do estado se apresenta com uma grande ampliação dos serviços substitutos ao Hospital Psiquiátrico. Contudo, ainda existem discrepâncias entre as regiões e os municípios de Pernambuco em relação ao cuidado oferecido em Saúde Mental, o que é um dos grandes impasses no processo de reforma do

⁹⁸PRESIDÊNCIA da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 1 ago. 2015.

⁹⁹OLIVEIRA, José Rogério de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

Estado. Marcela Lucena¹⁰⁰, agente de atenção à Saúde Mental do estado, aponta que um dos principais pontos de conflito para a realização da ampliação dos serviços é a falta de interesse de alguns municípios na implantação de uma rede de assistência: “Apesar de algumas localidades possuírem uma rede, de certa forma estruturada, outras estão iniciando o processo de implantação de serviços e de estratégias de cuidado em saúde mental”¹⁰¹. Esse aspecto vai de encontro com um dos principais pontos norteadores da Reforma Psiquiátrica, de acordo com as premissas do SUS, que estabelece a municipalização do cuidado como forma de possibilitar uma ampliação dos serviços de assistência, principalmente no interior dos estados.

Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco e a Ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres). As Geres são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde responsáveis por uma parte das cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. No caso de Pernambuco, a Gere de maior relevância no âmbito da Saúde Mental é a I GERE, que engloba toda a Região Metropolitana do Recife e a Ilha de Fernando de Noronha. Nesse setor estão os principais serviços de atenção extra-hospitalar como os CAPS e as Residências Terapêuticas (RTs).

Quadro 6 - I GERE

(Engloba Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão).

Nº de CAPS	Nº DE RTs	% CAPS	% RTs
36	43	50%	91%

Fonte: Dados retirados da documentação da Secretaria de Saúde de Pernambuco: Diagnóstico de Saúde Mental do estado de Pernambuco. Rede de atenção psicossocial. Recife, 1 fev. 2012.

Em 2009, ao assumir o cargo de gerente de atenção à Saúde Mental na Secretaria de Saúde do estado, Marcela Lucena se deparou com um programa de desinstitucionalização de pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos, a saber: pacientes oriundos do Hospital Vicente Gomes de Matos, do Hospital Ulysses Pernambucano, do Hospital Alcides Codeceira, do Hospital José Alberto Maia e de outros hospitais psiquiátricos

¹⁰⁰LUCENA, Marcela. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS): engrenagens da operação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

¹⁰¹PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de. **Diagnóstico de Saúde Mental do estado de Pernambuco**. Rede de atenção psicossocial. Recife. 2012.

no território estadual com pacientes nesta situação. Um programa com base na construção de moradias e fortalecimento de serviços substitutivos para garantia de seus acompanhamentos foi sendo desenvolvido. Esse programa de residências, denominado Residências Terapêuticas (RTs), é hoje o grande diferencial na rede de assistência do estado, pois representa a maior amplitude de reinserção social e ruptura com o modelo hospitalocêntrico.

Em 2010 foram estabelecidas algumas metas para ampliação da Reforma Psiquiátrica no estado, visando se adequar à lei estadual e federal, que preveem a substituição progressiva dos internamentos por outros meios de tratamento. Em relatório da Secretaria de Saúde de Pernambuco estão estabelecidas como metas a seguinte listagem¹⁰²:

1. Redução de 995 leitos em hospital psiquiátrico com declínio de segundo para quinto lugar – estado com concentração de leitos em hospital psiquiátrico por 100.000hab (1.932 leitos);
2. Ampliação de 10 CAPS – 25% de aumento (65 serviços);
3. Ampliação de mais de 100% de RT – ampliação de 10 serviços (26 RT);
4. Ampliação de 42 leitos em HG (123 leitos na rede pública);
5. Implantação de uma residência multiprofissional em saúde mental toda baseada nos serviços substitutivos (a primeira do Estado);
6. Descredenciamento do Hospital José Alberto Maia;
7. Definição da proposta da saúde no Plano Estadual de Enfrentamento ao Crack com discussões na Bipartite, CES;
8. Definição de proposta de co-financiamento do Estado na implantação da rede substitutiva;
9. Realização da III Conferência Estadual de Saúde Mental com pré-conferências em todas as Regionais;
10. Co-participação e Co-financiamento de 05 consultórios de rua na Região Metropolitana;
11. Estreitamente da relação com o NUTS com definição de uma agenda permanente de teleconferências;
12. Início do processo de ampliação da Residência Médica em Psiquiatria – captação de recurso pelo Pró-residência;
13. Articulação com o UNICEF para construção de uma pauta;
14. Estabelecimento de parceria Sistema de Proteção e Sistema de Saúde – portaria publicada.

É importante notar que o primeiro ponto a ser colocado como meta no desenvolvimento das ações do estado para a Saúde Mental é a redução dos leitos em Hospitais psiquiátricos, apontando assim que a ideologia da reforma aqui desenvolvida tem como base a perda do poder psiquiátrico convencional e as formas de asilamento. A ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial também aponta uma tentativa constante de reinserção social e da implementação de um tratamento comunitário como forma de alcançar melhoras terapêuticas mais expressivas.

¹⁰² Listagem das metas estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para ampliação da rede de assistência à Saúde Mental. PERNAMBUCO. **Evolução política da Saúde Mental**. Recife, 16 fev. 2011.

No ponto 6 dessa listagem encontramos o fechamento do Hospital José Alberto Maia, foco desta pesquisa. É relevante perceber a importância dessa medida nas ações empreendidas no estado. A amplitude do caso do Alberto Maia e seu fechamento se mostraram muito significativos para o panorama geral da assistência psiquiátrica em Pernambuco. Com o fechamento do Hospital, toda uma rede de assistência precisou ser ampliada e reestruturada para atender ao contingente regresso da instituição, o que sem dúvida implicou em ações similares em outras instituições psiquiátricas.

Contudo, é preciso afirmar que o enfoque da política local tem sido dado ao desenvolvimento do trabalho de apoio (técnico, político e financeiro) para o processo de desinstitucionalização. Em Camaragibe, dos 250 pacientes oriundos do Hospital José Alberto Maia, abrigados nos Centros de Desinstitucionalização, houve uma redução para 105 pessoas até o ano de 2012, ou seja, uma diminuição de 42% da população abrigada.

Em 2011 foi concluído o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico de Caruaru, com redução de 120 leitos do SUS e, no Recife, sob gestão do próprio município, o fechamento de dois grandes hospitais psiquiátricos: o Instituto de Psiquiatria do Recife (IPR) em 2010 e o Hospital Psiquiátrico de Pernambuco (HPP) em 2011¹⁰³. Ou seja, é possível afirmar que ações concretas estão em andamento e há uma crescente mobilização do estado pela ampliação da rede de assistência à Saúde Mental.

Em relação ao acompanhamento da assistência hospitalar psiquiátrica, a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) participou ativamente da vistoria dos hospitais psiquiátricos do estado em cooperação com o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) que coordenou todo o processo em nível nacional, o que demonstra como é fundamental a articulação das diversas esferas governamentais para que o desenvolvimento das medidas de organização e controle da assistência sejam efetivadas com êxito. A importância dessa articulação fica ainda mais clara quando demonstrado da experiência do Alberto Maia, que não teria se realizado sem ações dessa natureza, mostrando assim que, para desmontar o tão sólido aparato manicomial, é preciso que todas as esferas governamentais e a população estejam envolvidas no processo.

Com o intuito de adentrar a realidade dos hospitais psiquiátricos estaduais, foram realizadas intervenções com a realização de reuniões e oficinas a fim de revisar o projeto terapêutico institucional. Exemplo disso foi o Hospital Otávio de Freitas, que mantém uma unidade de internação para adolescentes onde durante três anos foi desenvolvido um trabalho

¹⁰³BLOG de Jamildo. Disponível em: <<http://blogs.ne10.uol.com.br/jamildo/2011/01/12/pernambuco-vai-perder-mais-um-hospital-psiquiatrico/>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

na perspectiva de qualificar a assistência prestada enquanto necessária à sua permanência até que a rede de atenção à Saúde Mental infanto-juvenil se organize de forma descentralizada e articulada, especialmente no interior. O desenvolvimento desse trabalho revelou a necessidade de melhor estabelecer a articulação entre a área técnica e as diretorias responsáveis por estes hospitais para com isso entender melhor os papéis e as responsabilidades na organização partilhada de sua gestão¹⁰⁴.

Em 2009, quando várias medidas já estavam sendo postas em prática e o debate no estado a respeito da reforma se ampliava, o Núcleo da Luta Antimanicomial de Pernambuco realizou um encontro pela mobilização da Marcha dos Usuários a Brasília, com o intuito de dar continuidade às ações de desinstitucionalização e denunciar situações de violência. Em matéria vinculada no Diário de Pernambuco¹⁰⁵, o encontro buscava mobilizar os usuários do Sistema de Saúde Mental para uma marcha em prol de “uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial”.

Em 2013, em matéria publicada pelo Diário de Pernambuco, Humberto Costa (PT) apontou a importância da não internação involuntária não só em casos de usuários de drogas como também de portadores de transtornos mentais. De acordo com o senador, “é inaceitável que um país como o nosso queira se valer de um expediente reducionista com a finalidade de limpar as ruas de usuários”. Costa ainda apontou que a internação involuntária se configura como um retrocesso à Lei da Reforma Psiquiátrica¹⁰⁶. Esse é um dos grandes desafios da Reforma.

Essas duas matérias impulsionavam o questionamento em torno dos rumos da Saúde Mental no estado, deixando explícito que uma mobilização crescente estava em pauta para questionar violências cometidas dentro das instituições manicomiais. Um desses abusos, a internação involuntária, é um dos métodos psiquiátricos mais repressivos e com características antidemocráticas da tradicional Psiquiatria que ainda é utilizado e pode ser relativizado tomando por base outras intervenções menos agressivas.

Thomas Szasz apontava a diferenciação dos dois tipos de métodos psiquiátricos utilizados, diferindo principalmente em sua característica econômica, que podem ser esclarecedores quanto ao tipo de atendimento que se coloca como mais democrático:

¹⁰⁴PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Marcela Lucena em 27 de dezembro de 2012.

¹⁰⁵NÚCLEO da Luta Antimanicomial mobiliza para Marcha à Brasília. Portal Diário de Pernambuco. Disponível em:

<<http://www.old.diariodepernambuco.com.br/vidaurbana/nota.asp?materia=20090814090026&assunto=71&onde=VidaUrbana>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

¹⁰⁶HUMBERTO Costa critica internação involuntária para tratamento de dependentes químicos. Portal Diário de Pernambuco. Disponível em:

<http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/politica/2013/11/13/interna_politica,473649/humberto-costa-critica-internacao-involuntaria-para-tratamento-de-dependentes-quimicos.shtml>. Acesso em: 3 mar. 2015.

A característica econômica mais importante da Psiquiatria Institucional é que o psiquiatra institucional é um empregado burocrático, pago pelos seus serviços por uma organização particular ou oficial (não pelo indivíduo que é o seu cliente ostensivo); sua característica social mais importante é o uso da força e da fraude.

[...]

A característica econômica mais importante da Psiquiatria de Contrato é que o psiquiatra de contrato é um empresário particular, pago pelo cliente pelos seus serviços; sua característica social mais importante é que evita a força e a fraude (e a existência de punições legais para seu uso).¹⁰⁷

Duas distinções importantes a serem feitas: de acordo com o modo econômico que se estabelece, as funções sociais do psiquiatra e do paciente se alteram, bem como as relações que vão se estabelecer entre eles. Nessa perspectiva, a diferença fundamental que se estabelece entre a Psiquiatria de contrato e a institucional é o poder de escolha exercido pelo paciente. Na Psiquiatria institucional o indivíduo é coagido a um tratamento que não conhece ou acredita, enquanto na Psiquiatria de contrato a relação com o médico se estabelece em clima de troca e aceitação mútua. A relação econômica diferenciada em ambos os casos modifica totalmente a posição do portador de transtorno mental e coloca o tratamento em moldes menos repressivos. Seria, portanto, possível pensar em formas de tratamento que visem a uma relação de reciprocidade entre médico e paciente quanto ao tratamento que será realizado, podendo diminuir a opressão gerada pela imposição da internação. Sendo assim, a defesa pelo fim da internação involuntária é uma maneira de tentar diminuir a opressão gerada pelo internamento. Romper com a imposição de determinado tipo de tratamento se configura como uma iniciativa de transgredir a repressão tradicionalmente aplicada ao portador de transtorno mental.

Com dados fornecidos por Marcela Lucena, responsável pela Gerência de Atenção à Saúde Mental, é possível apontar mudanças promissoras no percurso trilhado pela Reforma Psiquiátrica do estado. No ano de 2010 ocorreu a redução de 995 leitos de hospitais psiquiátricos, fazendo o estado cair para quinto lugar no ranque de estados com maior concentração de leitos. Anteriormente, Pernambuco ocupava o segundo lugar. Ao mesmo tempo é notória a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que no mesmo ano teve 25% de aumento. Também foi ampliada a rede de Hospitais gerais em 42 leitos¹⁰⁸. As mudanças conseguiram viabilizar a criação de residência multiprofissional em Saúde Mental baseada em serviços substitutivos, o que se configura como um grande passo. Hoje a rede

¹⁰⁷SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: Um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara S.A., 1971, p. 23.

¹⁰⁸PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Evolução política da Saúde Mental**. Recife, 16 fev. 2011.

assistencial do estado de Pernambuco se concentra na utilização dos Centros de Atenção Psicossocial como principais formas de cuidado extra-hospitalar. Os CAPS têm o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Se caracterizando como um serviço de atendimento de Saúde Mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, de atendimento em regime de atenção diária.

Quadro 7 - Principais tipos de CAPS definidos pela Secretaria de Saúde

CAPS I	Municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira.
CAPS II	Municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPS III	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPSi	Municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
CAPSad	Municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Atualmente a rede de assistência do estado conta com os seguintes mecanismos de atenção extra-hospitalar:

Quadro 8 – Rede de assistência em Pernambuco.

CAPS I	46
CAPS II	23
CAPS III	5
CAPSi (Infantojuvenil)	8
Residências Terapêuticas (RT)	66 –A maior concentração das unidades fica no Recife (30) e em Camaragibe (14).

Fonte: PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de Pernambuco. (GASAM). “Evolução política Saúde Mental. Recife, 16 de janeiro de 2011.

Apesar de já representar um avanço das medidas de cuidados desenvolvidas na Reforma Psiquiátrica, a rede ainda é muito reduzida e é possível perceber uma concentração das unidades de atenção na capital, o que representa uma deficiência na rede de cuidados no interior do estado.

Se em desenvolvimento conjunto com a Reforma Sanitária desenvolvida no país a Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco não foi capaz de efetivar totalmente a descentralização e municipalização da assistência, ainda se configurando como local de exclusão para a maioria dos portadores de transtornos mentais, é preciso também relativizar suas limitações e os objetivos alcançados.

Até que ponto a inclusão social do indivíduo considerado insano pode ser efetivamente posta em prática é um desafio da Reforma e abrange questões que vão além das implicações políticas e administrativas, assim como a própria definição de “louco” pode ir além do que se apresenta nos manuais de Psiquiatria. Lutar por uma inclusão e pela garantia de cidadania desses indivíduos é um grande campo de limitações e incertezas. Assim como são incertas as classificações a respeito da doença mental, os limites por ela impostos se apresentam como muralhas prontas a caírem por terra.

Apesar das medidas até aqui concretizadas vislumbrarem caminhos de maior participação comunitária e quebra de paradigmas a respeito da concepção da loucura, as amarras que se constituíram em torno do tema ainda se mostram presentes no cotidiano do estado e do país como um todo.

O caso do Hospital José Aberto Maia servirá para demonstrar essas contradições ao tornar visível a luta pelo fechamento de um macro-hospital que durante longos anos foi exemplo de violência e degradação da vida de centenas de internos. Seu fechamento foi um marco não apenas pelo elevado número de pacientes que ainda abrigava em seu interior, mas, sobretudo,

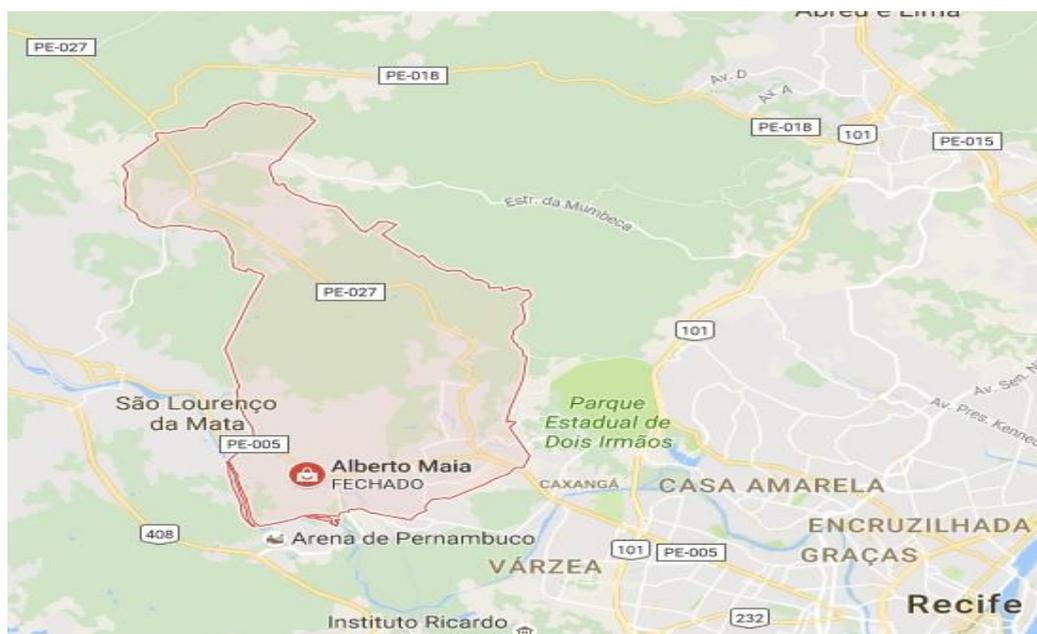
pela dificuldade encontrada para a realização do seu tão esperado fim. As diversas ações realizadas por todas as esferas governamentais envolvidas para garantir a saída dos pacientes aponta como é difícil vencer a Psiquiatria tradicional e como o medo dirigido ao “louco” ainda é presente.

3.3 A Desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia

Inicialmente é importante dizer que não foram encontrados dados confiáveis a respeito da família Alberto Maia. Sabe-se que se trata de uma família de importância no estado de Pernambuco e que durante muitos anos foi responsável por algumas instituições psiquiátricas, sendo uma delas o Hospital José Alberto Maia (HJAM). Toda documentação referente ao Hospital em seu período de funcionamento ainda está em posse dos familiares que não a disponibilizam para consulta. Devido a isso, os dados da pesquisa se restringem ao início do processo de fechamento da instituição, que é, de fato, o foco desse trabalho.

O Hospital José Alberto Maia foi inaugurado em 1965. A instituição que, inicialmente, era de ordem privada, passou para a gestão municipal no ano de 1999, sendo conveniado ao SUS, órgão que lhe repassava o valor correspondente ao custo diário de cada paciente. Caracterizado como um macro-hospital, com elevado número de internos, a maioria crônicos, se situava na BR 408, s/n, Km 17 do bairro José Alberto Maia, do município de Camaragibe. A instituição ficou conhecida como “cidade dos loucos” durante muito tempo, representando o fracasso da luta antimanicomial no estado de Pernambuco.

Figura 1- Imagem mapa do local em que ficava situado o Hospital José Alberto Maia



Fonte: www.google.com.br/maps/

Figura 2- Imagem da fachada do Hospital José Alberto Maia



Fonte: Portal Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.¹⁰⁹

No início do processo de desinstitucionalização o Hospital ainda abrigava mais de 500 internos, divididos em nove pavilhões distribuídos em: dois femininos (Otávio de Freitas e

¹⁰⁹ Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/coordenador-de-saude-mental-visita-pe>. Acesso em 2 de outubro de 2016.

Joaquim Loureiro) e sete masculinos (Anita Paes Barreto, Jarbas Pernambucano, Aduino Botelho, Alcides Codeceira, Comunidade Vicente Matos, Leonel Miranda e Roberto Agra)¹¹⁰.

Em setembro de 2001 foram realizados os primeiros contatos com familiares dos pacientes por meio de reuniões e visitas domiciliares. Após a equipe de supervisão identificar pacientes com perfil de alta e condições de serem atendidos pelos cuidados extra-hospitalares, era realizado o contato com as suas famílias na tentativa de encontrar maneiras de diminuir o contingente do HJAM. Em outubro também foram realizadas participações da Secretaria de Saúde de Camaragibe na rádio comunitária do município, utilizando esse canal de comunicação para conscientizar e esclarecer aspectos da Saúde Mental e das novas propostas de cuidados assistenciais.

Em maio 2002 já estavam sendo realizadas avaliações de pacientes para a 1ª Residência Terapêutica do Município, o que já aponta que a prefeitura de Camaragibe nesse período estava empenhada em procurar formas de mudar a assistência dos pacientes da instituição, tendo em vista que a situação do local não atendia mais as necessidades dos internos. Nesse mesmo ano o município realizou reunião junto ao Ministério Público a respeito das altas recomendadas pela equipe de supervisão, contudo a resposta a esse pedido ainda demorou bastante para ser efetivamente estabelecida e posta em prática.

Norma Cassimiro, que no ano de 2013 era coordenadora da Saúde Mental de Camaragibe, informou que em 2003 foram realizadas as primeiras discussões e possibilidades de uma intervenção no Hospital. O que até então havia se concentrado em medidas provisórias e de melhorias mais superficiais, passou a ser efetivamente discutido como uma ação que deveria levar ao fim da instituição. Essa atitude se baseava no elevado número de mortes que estavam ocorrendo no local e que foram detectadas pela equipe, bem como a transferência de pacientes do HJAM para o Hospital Nossa Senhora das Graças devido à insatisfação da assistência. Todas essas informações serviram para consolidar as insuficiências existentes no Hospital, que já haviam sido apontadas pela sua reprovação no Programa Nacional de Supervisão Hospitalar (PANSH)¹¹¹.

Mesmo antes das ações mais precisas, que serão apontadas posteriormente, é importante ressaltar que o município já elaborava uma Comissão de Levantamento para avaliar

¹¹⁰LUCENA, Marcela. **Descrédenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS): engrenagens da operação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011, p. 39.

¹¹¹CAMARAGIBE, Governo municipal de. Secretaria de Saúde Diretoria de atenção a saúde. Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Histórico das ações para o descrédenciamento do SUS dos manicômios de Camaragibe-PE**. 2013.

informações detalhadas dos pacientes com o intuito de conter, de forma mínima, a situação de dificuldades psicossocial e clínica vivenciadas pelos pacientes. De maneira restrita apenas ao Pavilhão Leonel Miranda, onde se encontravam os pacientes em melhores condições de alta, as ações começaram a se desenvolverem.

Alguns usuários não possuíam documentações básicas – como certidão de nascimento, carteira de identidade e CPF – e coube ao Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde realizar a busca desses documentos a fim de regularizar a situação dessas pessoas. Informação essa que foi levada ao conhecimento público no ano de 2010 em matéria publicada pelo Jornal do Commercio: “Outro problema é a falta de documentos de identificação. Busca em cartórios, exames de arcada dentária e ação na justiça para assentamento de registro civil têm sido providências adotadas”¹¹². Como essas pessoas estavam internadas sem nenhum tipo de documento é algo espantoso para um Hospital da amplitude do Alberto Maia e se apresenta como mais um dado do descaso da instituição com relação a seus internos.

No ano de 2002, críticas pertinentes foram destinadas ao tratamento desumano, à falta de higiene, à alimentação inadequada, a deficiências estruturais, à falta de medicamentos e à falta de funcionários existentes no hospital. O fato representa uma contradição entre o descaso da realidade do local em um momento em que o país busca redirecionar os cuidados destinados aos portadores de transtornos mentais, reformulando a rede de assistência, na tentativa de se adequar ao que exige a Lei federal 10. 216/2001, “que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais”¹¹³.

Os familiares dos internos, em conjunto com a Secretaria de Saúde de Camaragibe, deram início ao processo de denúncias nos veículos de imprensa e também destinando as revelações ao Ministério Público na tentativa de impedir que a situação perdurasse. Ao analisar os relatórios, fornecidos pela Secretaria de Saúde de Camaragibe, é fácil perceber que a intervenção no local era medida necessária e urgente. A estrutura física do hospital denotava total abandono, o tratamento clínico destinado aos pacientes era questão ainda mais grave. O desrespeito ao direito humano e a falta de cuidado assustam pela brutalidade, conferindo aos pacientes características animais e situações de constante humilhação.

Hospital com precária higienização nos diferentes espaços – os postos de enfermagem mais parecem um lugar de livre circulação onde estão os prontuários, roupas, vasilhas

¹¹²ATROPELADOS na volta para casa. Jornal do Comércio, Caderno Cidades, p. 14. Recife, 7 de junho de 2010.

¹¹³FURTADO, Juez Pereira. Avaliação da situação atual dos serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

de comida, medicamentos acondicionados em potes muito sujos, denotando a precariedade na limpeza. Alguns quartos com fezes no chão.¹¹⁴

As primeiras medidas com o intuito de modificar as condições de tratamento foram impulsionadas pela Secretaria de Saúde de Camaragibe que, no ano de 2001, começou a organizar um trabalho de supervisão dentro das instituições psiquiátricas, buscando acompanhar de forma mais direta os serviços prestados. As medidas adotadas tiveram como objetivo redirecionar as propostas de tratamento destinadas aos pacientes de transtornos mentais, ressaltando uma preocupação com a qualidade de vida. Iniciativas como essas vêm sendo desenvolvidas em todo o país e ganharam força a partir do processo de desinstitucionalização, medida que ressalta o interesse pela vida cotidiana desses pacientes, buscando formas de contribuir para fortalecer a condição de portadores de transtornos mentais, vistos agora como cidadãos que por muito tempo foram submetidos à condição de excluído social¹¹⁵.

No Alberto Maia foi de acordo com a perspectiva de desconstrução que o conceito desinstitucionalização¹¹⁶ buscou se pautar a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Inspirados pelo pensamento de Rotelli, Dell'Acqua, Venturini, DeLeonardis e Mauri e Basaglia, os defensores da Reforma Brasileira começam a difundir um novo olhar no qual o fechamento das instituições não representa apenas o fechamento hospitalar e sim uma crítica epistemológica do saber médico, fazendo uma reflexão a respeito do próprio conceito de doença mental e dos limites a ela impostos na busca de direitos e conquista da cidadania¹¹⁷.

O fechamento do Alberto Maia, e as medidas tomadas até o presente momento, apontam para esse ideal de reconstrução de autonomia ao passo que em todo processo colocou como fator determinante a saída de todos os pacientes do Hospital, sempre apoiado em um modelo de assistência substitutivo, salientando a responsabilização para com as famílias e portadores de transtornos mentais. O desenvolvimento de medidas de responsabilização das três esferas

¹¹⁴CAMARAGIBE, Prefeitura Municipal de. **Proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia/2009-09-17**. Pasta 1. 2010.

¹¹⁵FONTE, Eliane da. Saúde Mental e cidadania: a qualidade de vida em portadores de transtorno mental. In: FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006, p. 145-152.

¹¹⁶A respeito da desinstitucionalização, Delgado aponta como principais características a necessidade de negar a estrutura e os dispositivos de cronificação; criação de espaços de discussão para problematizar o tema; retomada da cidadania; tratamento não autoritário, que possibilite uma democratização do espaço asilar; integração com a função terapêutica do trabalho; fortalecimento da identidade individual; e a não utilização da ressocialização como forma de expulsão dos internos. Ver DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos cronificados). In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990, p. 183-188.

¹¹⁷AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: Outras histórias para loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996, p. 23-24.

governamentais, e principalmente do Município de Camaragibe, buscando sempre ressaltar a importância do acompanhamento dos ex-internos do hospital, e a criação de uma rede de cuidados pautada nas Residências Terapêuticas e nos CAPS.

Ainda sobre a busca da reinserção social dos antigos pacientes, Marcela Lucena relata o processo de fechamento do Hospital Alberto Maia, ressaltando que as medidas adotadas pelos agentes governamentais ao longo das ações apontam que o enfoque da Reforma Psiquiátrica Brasileira, objetivando a reconstrução da concepção de loucura, e, com isso, repensando questões ligadas ao sofrimento psicológico, redireciona o modelo assistencial para uma atenção integrada, com transformações sociais e legais¹¹⁸.

Após as críticas ao hospital, constatou-se sua ineficiência, tendo em vista o alto índice de mortalidade no local e a quase inexistência de pacientes que conseguiram retornar ao lar ou apresentavam melhoras significativas. A reprovação no Plano Nacional Serviço Hospitalar (PANSH) em 2002 fez com que a instituição deixasse de receber novos pacientes de acordo com o decreto Municipal 500/02 “que fecha a porta de entrada dos Hospitais Psiquiátricos em Camaragibe”¹¹⁹. Dessa forma, o município passou a intervir mais radicalmente em um trabalho que tinha como meta fazer o controle e a avaliação do hospital. Sem a permissão de novas entradas ou renovação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) começou o processo de preparação para as altas dos pacientes, um dos itens de avaliação dentro do programa de reestruturação do serviço. Esse momento pode ser entendido como um grande avanço, pois não se trata apenas da garantia de uma mudança administrativa dentro da instituição, mas rompia com o crescente aumento do número de internos, passo fundamental para começar a estabelecer nova organização.

3.3.1 O Hospital antes da intervenção

A situação do Alberto Maia antes do processo de intervenção era realmente caótica. A superlotação somava-se a outras deficiências estruturais, de serviços e de higiene que tornavam a instituição um verdadeiro depósito humano.

¹¹⁸LUCENA, Marcela. **Descrédenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS):** engrenagens da operação. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

¹¹⁹ Ibid.

Quando a equipe de desinstitucionalização entrou no hospital, se deparou com total descaso e relatou toda a situação do local antes da intervenção. A equipe entrou com o objetivo de avaliar os pacientes, desenvolvendo com eles cuidados terapêuticos e encaminhando o processo de altas. O grupo de 51 profissionais distribuídos entre diversas áreas – como psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros – entrou no HJAM no dia 25 de janeiro de 2010, dividindo-se entre os pavilhões existentes. O relatório dessa equipe aponta quais as principais deficiências do local.

A respeito da estrutura física, apontam a pouca iluminação e ventilação e sua má conservação, exposta pela falta de mobiliário básico como colchões e chuveiros. Havia insuficiência até mesmo de roupas e toalhas de banho.

Nos aspectos gerais da assistência, o que foi especificado pela equipe é que os pacientes se apresentavam sem os cuidados necessários. Vários dos internos se encontravam despidos e descalços, com ferimentos (muitos dos ferimentos sem explicações), alto índice de ascariose e pediculose (sarna e piolho), o que indicava uma higiene inadequada. Além disso, muitos problemas clínicos, como anemias e dermatites, eram facilmente encontrados. Ausência de métodos contraceptivos, (tendo, na época, duas pacientes ficando grávidas dentro do Hospital). Irregularidades nos horários de administração dos medicamentos, ausência de vacinas e prevenção de doenças e de atividades terapêuticas regulares. E, dentre os pontos mais graves, estava a falta de água potável para o consumo dos pacientes. No relatório havia alusão dessa dificuldade: “os pacientes bebem águas de baldes espalhados pelos pavilhões. A maioria não dispõe de canecas próprias, sendo as poucas disponíveis partilhadas por todo o coletivo”¹²⁰. Essa era a realidade do Alberto Maia onde a rotina simples de escovação dentária não existia e os pacientes estavam expostos a alimentação totalmente insalubre.

De acordo com o relatório, a atenção do Hospital baseava-se quase exclusivamente no uso de medicamentos e as intercorrências não eram devidamente registradas. Ou seja, os cuidados aplicados na instituição iam de encontro com aqueles apontados pelo SUS, visto que já que se mostravam ineficientes para o tratamento.

Em reportagem de Lisiane Wandscheer publicada no ano de 2011 pelo site Agência Brasil são retratadas algumas das constantes humilhações que eram rotina dos pacientes da instituição, bem como sua inadequada alimentação e condições de higiene. Na matéria, os relatos apontam que os pacientes eram expostos a castigos físicos e a muita violência.

¹²⁰CAMARAGIBE, Secretaria de Saúde de. **Diagnóstico da situação do Hospital José Alberto Maia e relatório de ações desenvolvidas para o cuidado dos pacientes internados.** 10 fev. 2010.

Estamos todos emagrecendo, lavando roupas de pés no chão. Cadê a boia do pessoal, há o duro feijão sem sal e mais atrás vem um macarrão, parece cola de colá caixão, mais atrás vem a sobremesa, banana podre prá botá na mesa e mais atrás vem a batatinha, parece chumbo de matá galinha¹²¹. (sic)

O trecho acima citado é uma música declamada por uma das antigas pacientes no hospital que denunciava a situação a que estavam submetidos. Sua fala revela como a situação era desumana dentro do local. Esses relatos em conjunto com o que se evidenciou pela equipe de desinstitucionalização comprovam não apenas a necessidade de intervenção na instituição, mas também como era urgente ajudar aquelas pessoas a voltar a ter dignidade.

Diante do cenário exposto, a equipe de desinstitucionalização buscou estabelecer vínculo com os pacientes por meio de uma avaliação psicossocial, determinando assim quais estavam mais comprometidos clinicamente, buscando agir de imediato em uma melhora nas condições de vida e dignidade desses, garantindo roupas e alimentação básica. Em uma instituição que no ano de 2009 possuía uma média de 4 óbitos por mês, garantir a sobrevivência dos pacientes era a medida mais urgente da equipe, que buscou por meio de articulação com familiares e funcionários criar ações para a mais rápida possível melhora das condições de vida dentro do hospital até a concretização de seu fechamento.

Na fase inicial do processo de desinstitucionalização, a instituição apresentou muitas dificuldades na realização das altas. Dentre as principais questões, podemos apontar a resistência da administração e dos funcionários do Alberto Maia em liberar os pacientes e se comprometerem com as novas formas de assistência. Em muitos casos, os funcionários tentaram denegrir o propósito da intervenção, gerando medo e insegurança para as famílias quanto ao destino que seria dado aos pacientes. Paralelamente, os familiares também se mostraram receosos com a saída dos internos e o possível retorno ao lar. Alguns apontavam a incapacidade de receber essas pessoas e apresentavam medo do comportamento agressivo que poderiam ter fora da estrutura asilar.

Acrescido a essas dificuldades, o hospital não apresentava estrutura para assegurar uma melhora no tratamento e, por sua vez, a prefeitura sozinha não conseguia suprir as necessidades emergenciais dos pacientes. Em virtude desses problemas, no ano de 2002, o Ministério Público começou a intervir e auxiliar a Secretaria de Saúde de Camaragibe para que as altas fossem postas em prática.

¹²¹MÚSICAS lembram dias de isolamento em hospital pernambucano. Agência Brasil. Disponível em: <<http://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2256999/musicas-lembram-dias-de-isolamento-em-hospital-pernambucano>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

A reprovação no PANSH e os resultados insatisfatórios apresentados pelo hospital reforçaram o trabalho que vinha sendo conduzido pela Secretaria de Saúde de Camaragibe, trazendo respaldo legal e ampliando a responsabilidade para a esfera estadual e federal, na tentativa de criar ações necessárias ao trabalho de desinstitucionalização. No ano de 2004, se evidenciou a segunda reprovação, realizada com a participação das equipes estadual, municipal, representante do Ministério da Saúde e Conselhos de Classe (profissionais de saúde), constatando que a instituição não conseguia se adequar às exigências no prazo estabelecido. A indicação do descredenciamento e a intervenção foram necessárias. No mesmo ano o Ministério da Saúde publicou o Documento Síntese da Reunião para Pactuação do Processo de Intervenção nos Hospitais Psiquiátricos, estabelecendo, entre outras medidas, garantia de imediata assistência clínica aos pacientes, tendo como objetivo principal a redução do número de óbitos. Nesse mesmo documento já ficava explícita a tendência para a desinstitucionalização e a saída progressiva dos pacientes. Para conseguir concretizar esse objetivo, o município de Camaragibe, em conjunto com as outras esferas governamentais, iniciou o processo de articulação com os demais municípios envolvidos, na tentativa de fortalecer as redes locais de atenção. A esse respeito, vale ressaltar que a maioria dos pacientes internados no HJAM não era oriunda do município de Camaragibe, sendo muitos deles vindos do Recife, de Olinda, de Jaboatão dos Guararapes e de outras cidades próximas.

Em 2005, de acordo com a coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Camaragibe, Norma Cassimiro, houve a realização de censo dos pacientes do pavilhão Leonel Miranda, tendo como foco realizar um levantamento sobre as condições psicossocial, clínica e psiquiátrica dos pacientes e a possibilidade de retorno ao lar.

Em 2007 e 2008 novamente se voltou a discussão sobre a perspectiva de diminuição de leitos e uma nova negociação com o hospital. A partir do Convênio número 066/08, firmado entre o Governo do Estado de Pernambuco e a Prefeitura de Camaragibe, ficou estabelecido o repasse de R\$ 980.000,00 ao município para compra de recursos materiais extremamente necessários, para garantir almoço e para contratação de equipe interdisciplinar para realizar o processo de desinstitucionalização de 60 dos 589 pacientes que ainda se encontravam na instituição¹²². Esse foi um movimento de fundamental importância dentro do contexto de fechamento do hospital, pois uma ação mais próxima dos internos foi evidenciada e um trabalho

¹²²PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Diretoria de Assuntos Jurídicos. Processo de desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia. Termo de Compromisso que entre si celebram, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de saúde e o Município de Camaragibe. Coordenação de Saúde Mental. Pasta 1. Camaragibe. 2009.

concreto no sentido de fazer um quadro que relatasse como estavam vivendo. Contudo, essa medida teve caráter emergencial e não abrangeu todos os pacientes.

Em 2008 foi iniciado inquérito civil junto ao Ministério Público com o objetivo de averiguar as denúncias feitas a assistência prestada pelo Hospital aos seus internos, que estariam contando com apenas uma refeição diária, sem lençóis, camas, colchões, vestimentas e medicamentos. Nesse momento o próprio Sindicato dos Hospitais de Pernambuco (Sindhospe) esclareceu que o plano de desospitalização dos mais de 600 usuários crônicos do hospital havia se transformado em uma “lamentável e interminável problemática social”, sendo necessário, segundo o órgão, envolver autoridades médicas, mídia e Ministério Público para denunciarem o que ocorria no local¹²³.

No ano de 2008 o Ministério Público de Pernambuco e o Ministério Público Federal divulgaram recomendação conjunta de ações necessárias dentro do Hospital Alberto Maia, levando em considerações denúncias acerca das dificuldades enfrentadas pela instituição na manutenção do cuidado de seus internos. Na recomendação estabelecem ao Secretário de Saúde de Pernambuco:

Que adote as medidas necessárias para suprir o Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, de todos os recursos necessários ao funcionamento de um hospital, inclusive gêneros alimentícios, em caráter complementar;
Que encaminhe relatório circunstanciado à Promotoria de Justiça de Camaragibe, com Atribuição na Promoção e Defesa da Saúde, sobre as medidas adotadas, no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar do recebimento desta Recomendação.¹²⁴

Na recomendação de medidas necessárias divulgadas pelo Ministério Público já ficava explícito que era urgente garantir condições mínimas de permanência no hospital, como alimentação e suporte médico, que estavam até o momento em desacordo com as necessidades do local. Além disso, é possível perceber que as necessidades deveriam ser supridas pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, não pelo município de Camaragibe. Isso ocorreu devido a ter, já nesse momento, se constatado que muitos internos eram oriundos de outros municípios. Sendo assim, ações conjuntas eram necessárias para resolver os problemas da instituição.

O fato é que a prefeitura de Camaragibe não tinha condições financeiras e estruturais para realizar sozinha as medidas necessárias ao fim do hospital. O estado de Pernambuco também necessitava de um aparato maior para garantir as condições precisas para que as ações

¹²³BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Pernambuco. **Decisão de arquivamento**. 2011.

¹²⁴_____. Ministério Público Federal. **Recomendação Conjunta Hospital José Alberto Maia**. Recomendação Conjunta nº 1/2008.

chegassem até ao fim. Foi necessária a junção das três esferas governamentais para que o Alberto Maia fechasse suas portas de forma que os antigos pacientes não ficassem sem o devido aparato assistencial.

3.3.2 O Termo de Compromisso Tripartite

Apenas no ano de 2009, com a assinatura do *Termo de Compromisso que entre si celebram o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Município de Camaragibe*, metas mais precisas e prazos foram estabelecidos para que se concretizasse a desinstitucionalização do HJAM. O termo triparte firmado entre as esferas governamentais referidas foi momento decisivo no processo, pois foi a primeira vez que se explicitou a nova política de descredenciamento. Marcela Lucena aponta esse momento como “uma possibilidade real de realizar o processo, considerando seus interesses e suas limitações”¹²⁵. O documento estabelece as responsabilidades de cada esfera governamental envolvida e estipula prazo de 6 meses a um ano para que o trabalho de articulação junto à equipe do hospital e às famílias para que as progressivas altas e a realocação dos pacientes a novos modelos assistenciais fossem postas em prática, resultando no fim da instituição. Ao longo da investigação ficou claro que foi essa pactuação que viabilizou não apenas o fechamento, mas todas as ações emergenciais e de acompanhamento necessárias para efetivar de forma responsável essa medida drástica.

No ano de 2009 ocorreu, por parte do município de Camaragibe, uma proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Alberto Maia, tendo em seu “objetivo geral” que o poder público assumisse a gestão do cuidado desses pacientes¹²⁶. Inseridas nessa proposta estavam as metas para garantir o descredenciamento do hospital e a saída dos pacientes, inicialmente para local de passagem até a organização da rede assistencial necessária. Essa medida emergencial buscava garantir um cotidiano mais saudável e a diminuição de óbitos dos pacientes. Tendo em vista a situação degradante encontrada na instituição, se tornava urgente a saída dos internos em um novo modelo de cuidado que prezaria uma melhora psicossocial e a reconquista da autonomia.

¹²⁵LUCENA, Marcela. **Descrredenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS): engrenagens da operação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011, p. 64.

¹²⁶CAMARAGIBE, Prefeitura Municipal de. **Proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia/2009-09-17**. Pasta 1.

Diante da complexidade que envolvia realocar todos os internos, o município buscou estabelecer os planos de ações pautados em uma colaboração conjunta com as demais esferas governamentais que assinaram o termo de compromisso triparte.

Dentro desse projeto já era apontada a necessidade de articulação com os diferentes municípios dos quais os pacientes eram oriundos para, dessa forma, tornar possível “a pactuação de construção de residências terapêuticas e de responsabilização sobre os pacientes de volta para a cidade”¹²⁷. Nesse processo seria criado um colegiado com gerentes dos espaços de passagens e uma comissão executiva para efetivar a articulação com os municípios.

Como medida inicial foi estabelecida a elaboração de um censo dos pacientes internados, com o intuito de “caracterizar a condição de autonomia e vinculação à família do universo de pacientes do hospital”¹²⁸, sendo assim, é possível estabelecer as condições necessárias para a realocação dessas pessoas e quais teriam condições de voltar a morar com seus familiares.

Entendendo as condições existentes no hospital e a impossibilidade de sua continuação como local de assistência psiquiátrica, de acordo com o que está estabelecido pelo SUS, a Secretaria de Saúde do Município de Camaragibe elaborou a proposta inicial de ações para o hospital, que fixa os seguintes pontos:

O Hospital José Alberto Maia (HJAM) está localizado na PE-05 no município de Camaragibe. É um Hospital psiquiátrico de pacientes com longa permanência, uma média de 15 a 40 anos de internação. Sua população é de 574 pacientes (207 femininos e 367 masculinos), distribuídos em 08 pavilhões e 02 unidades de terapia intensiva (UTI).

O Hospital faz parte da rede conveniada do SUS em Camaragibe. Atualmente não atende a nenhuma portaria ministerial voltada a uma assistência de qualidade, comprometendo ainda mais a saúde dos pacientes.

Com o intuito de redirecionar a assistência do Hospital José Alberto Maia, dentro dos parâmetros do SUS e da Reforma Psiquiátrica, traçamos a seguinte proposta:

- 1- Redirecionamento da Assistência Clínica e Terapêutica;
- 2- Desencadear processo de desinstitucionalização mais efetiva.

Partes envolvidas:

Secretaria estadual de saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe.¹²⁹

De acordo com o trecho do documento citado acima, é possível ter uma ideia da dimensão da instituição e de como o município buscou agir para adequar a sua situação dentro de condições propícias ao atendimento, percebendo que, de acordo com os caminhos trilhados

¹²⁷CAMARAGIBE, Prefeitura Municipal de. **Proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia/2009-09-17**. Pasta 1.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Ibid

pela Reforma Psiquiátrica já desenvolvida, a melhor estratégia era a desinstitucionalização do hospital. Para conseguir realizar o projeto de fechamento da instituição, o município se concentrou em não apenas criar ações voltadas para o HJAM, mas também para a formação da Rede de Saúde Mental em diferentes municípios, garantindo a sustentabilidade do processo.

Em documento enviado pela Prefeitura do Município de Camaragibe para a Sra. Dra. Juíza de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Camaragibe, a secretária de Saúde do Município, na época Ricarda Samara Bezerra, aponta aspectos do processo de pedidos de desinstitucionalização do HJAM, relatando assim suas deficiências.

Já no ano de 2004, a União tentou intervir no Hospital José Alberto Maia, haja vista que já naquela época o referido nosocômio se encontrava bem abaixo do nível exigido pelo Ministério da Saúde. Infelizmente, tal desiderato não foi possível, por decisão judicial, fundamentada em irregularidade forma no procedimento administrativo de descredenciamento do Ministério da Saúde.¹³⁰

Nesse mesmo documento ficam explicitadas as ações desenvolvidas por meio dos convênios firmados entre o governo do estado e do município de Camaragibe, garantindo qualidades básicas de tratamento e melhorias nas condições do Hospital, apesar das dificuldades encontradas no caminho rumo ao processo de desinstitucionalização. Depois do ano de 2008 medidas mínimas foram tomadas para ajudar a situação precária de vida dos pacientes da instituição.

O convênio mencionado determinou cooperação técnica e financeira da Secretaria Estadual de Saúde e do município de Camaragibe. Apontava a Secretaria de Saúde como órgão que deveria garantir os repasses financeiros necessários para a realização do processo de desinstitucionalização. O valor do convênio era de R\$ 644.394,00 (seiscentos e quarenta e quatro mil, trezentos e noventa e quatro reais), que seria repassado em 6 parcelas, podendo ser renovado depois desse período¹³¹.

Percebendo a proposta desenvolvida pelo município de Camaragibe, e após a assinatura do Termo de Compromisso Triparte, a Gerência de Atenção à Saúde Mental passou a criar ações em prol do processo de desinstitucionalização do Alberto Maia, por meio de ações voltadas para a instituição, da formação de rede de assistência mental nos municípios envolvidos e também em formas de garantir a sustentabilidade do processo.

¹³⁰CAMARAGIBE, Prefeitura de. Gabinete da Secretaria. Exm^a. Sr^a Juíza de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Camaragibe-PE.

¹³¹PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de. **Convênio de cooperação técnica e financeira que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria estadual de saúde e o município de Camaragibe, com a interveniência da secretaria municipal de saúde, na forma e condições abaixo estabelecidas.** Jun. 2011.

Em 21 de maio de 2009, após ter solicitado junto ao Ministério Público a respeito de soluções da situação de calamidade em que viviam os pacientes do Alberto Maia, as coordenações de Saúde Mental do Estado de Pernambuco e dos municípios de Camaragibe, de Olinda, do Recife, do Paulista e de Jaboatão dos Guararapes elaboraram uma proposta apontando as dificuldades vivenciadas na instituição e os motivos que deveriam ser levados em consideração para o seu fechamento.

Diante do cenário atual das condições precárias de cuidado em saúde pela qual estão sujeitos os pacientes internados no Hospital Psiquiátrico Alberto Maia;
Considerando que a política de saúde mental do Município coloca prioridade a redução gradativa de leitos, redirecionando o modelo assistencial.
Considerando o resultado do PNASH (2002), onde foi indicado seu descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), devido à baixa pontuação.
Considerando que a assistência Terapêutica não atende a nenhuma portaria ministerial, que garanta a assistência mínima.
Considerando a dificuldade da efetivação da alta através do trabalho realizado pelas equipes de supervisão e desinstitucionalização.
Considerando que os mesmos têm procedência de diversos municípios do estado de Pernambuco iniciamos a proposta apontando as responsabilidades dos níveis de gestão em saúde para sua efetivação.¹³²

Nesse documento já fica explícito que o Município de Camaragibe teve a função de centralizar as ações de desinstitucionalização, gerenciando a proposta de cogestão em conjunto com o estado. Ao Estado de Pernambuco coube, por meio da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM), o papel de articulador junto a outros municípios, garantindo a agilidade e viabilidade, se responsabilizando pelos cuidados dos pacientes com indicação clínica. Quanto aos demais municípios também citados nesse documento, coube a disponibilidade de ampliação de suas respectivas redes de Saúde Mental no âmbito da atenção básica e territorial, por meio da implantação de residências terapêuticas e demais cuidados extra-hospitalares, disponibilidade essa que, posteriormente iremos verificar, ainda se encontra muito deficiente, pois a rede assistencial no interior do estado não foi desenvolvida da forma que havia sido estipulada nesse plano de ações.

Em novembro de 2009 foi realizada uma reunião com a direção clínica do hospital e com a Secretaria de Saúde de Camaragibe, tendo como meta estabelecer uma proposta governamental para o fato e discutir acordos. Nessa ocasião, o que ficou decidido foi apenas a realização de uma nova reunião para janeiro de 2010, antes da entrada de equipe de desinstitucionalização no hospital. Em dezembro do mesmo ano foi realizada também uma

¹³²PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Documento base para a proposta técnica de plano de ação para o Hospital Psiquiátrico Alberto Maia**. 21 maio 2009.

reunião com os familiares na tentativa de escutar suas demandas e esclarecer dúvidas pertinentes a respeito da saída dos internos, ficando decidido que seria realizada uma plenária logo em seguida e formada uma comissão para o acompanhamento de todo o processo junto aos familiares¹³³.

Ainda em 2009, quando as ações já encaminhavam para o descredenciamento da instituição, familiares se organizavam receosos do futuro de seus parentes fora dos muros do Hospital. O III Relatório de Desenvolvimento das Ações em prol do Processo de Descredenciamento do Hospital Alberto Maia- dezembro/09 à /janeiro/10 aponta algumas das dificuldades envolvidas no processo com relação às famílias.

Na reunião do dia 05/01 os familiares chegam da seguinte forma:
Com documentos do SINHOSP e conseqüentemente discurso que culpabiliza as instâncias públicas pela situação do hospital. Remetendo aos valores das diárias a precariedade existente.
Com informações equivocadas acerca das causas das mortes dos pacientes e uma série de informações, colocando em xeque a imagem e seriedade das instâncias públicas.
Comunicando que familiares vem se reunindo e organizando mobilizações contrárias ao fechamento.¹³⁴

No ano de 2010, quando da efetivação da saída dos pacientes, muitos familiares mostraram desespero com a volta dos parentes internos para casa e não entendiam a proposta pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Parentes dos pacientes psiquiátricos internados no Hospital Alberto Maia, localizado em Camaragibe, se revoltaram na manhã de ontem durante a transferência de alguns internos para centros terapêuticos em Aldeia, também em Camaragibe. Segundo eles, o procedimento não foi comunicado adequadamente e, por isso, a vontade das famílias não teria sido respeitada.
Necilda Santana, madrastra de um dos internos, era uma das mais exaltadas na entrada do hospital. “Visitei ele ainda esta semana e não me disseram que iam tirá-lo. Ele é perigoso, não tem condições de voltar para casa, mas isso não significa que eu não me responsabilizo por ele. Vim de Olinda para cá tentar evitar a transferência, mas quando cheguei ele já tinha saído”, relatou.¹³⁵

O medo principal era por uma possível desassistência e que a volta do paciente ao convívio familiar representasse um perigo nos momentos de crise. Contudo, a Coordenação de Saúde Mental do município de Camaragibe relatou que muito da dificuldade se deu pelo fato

¹³³PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Relatório de desenvolvimento das ações em prol do processo de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. 2010.

¹³⁴_____, Secretaria de Saúde do Estado. **III relatório de desenvolvimento das ações em prol do processo de descredenciamento do Hospital Alberto Maia- dezembro/09 à /janeiro/10**. 13 jan. 2010.

¹³⁵REVOLTA na transferência de pacientes do Alberto Maia. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE). Disponível em: <<http://cremepe.org.br/2010/09/17/revolta-na-transferencia-de-pacientes-do-alberto-maia/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

da pouca participação familiar, mas que durante o descredenciamento e a decisão pelo fechamento do hospital sempre se buscou um diálogo com as famílias para demonstrar como essa ação poderia ser positiva para os pacientes.

A Secretaria de Saúde também se pronunciou, tentando um diálogo com os familiares e reafirmando o compromisso de que nenhum paciente retornaria para o lar em caso de recusa da família. Para romper com o medo, foram realizadas visitas às residências terapêuticas e aos CAPS, que se tornariam os serviços de apoio após o fechamento do Alberto Maia. Acrescido a isso, o Movimento da Luta Antimanicomial também colaborou ao explicar as demandas inerentes ao processo de fechamento e os ganhos após a desinstitucionalização.

No mesmo período a Secretaria de Saúde acionou o Ministério Público a fim de que o órgão chamasse atenção do Hospital para o cumprimento de suas responsabilidades quanto ao cuidado dos internos, já apontando a dramática situação de abandono existente na instituição. No dia 26 de novembro foi realizada a oficialização de solicitação junto ao Ministério Público, buscando que o HJAM assumisse sua responsabilidade no processo de desinstitucionalização com a aceleração da retirada de documentos dos pacientes. As questões ficaram para serem oficializadas no dia 16 de dezembro¹³⁶: “O Ministério Público no dia 16/12/09 realizou audiência com presença do Estado, Município e Hospital para discussão de um possível termo de compromisso com definição de responsabilidades de todas as partes”¹³⁷.

Apesar da pressão exercida para que providências fossem tomadas, nessa ocasião ainda não ficou firmado o compromisso de responsabilidade pelas instâncias governamentais envolvidas. O prefeito de Camaragibe na época, João Lemos (PCdoB), se posicionava a favor das demandas apontadas pela Secretaria de Saúde e colaborou para que as ações ganhassem respaldo da prefeitura em uma articulação com o estado, tendo em vista que o município não tinha condições de realizar as melhorias necessárias agindo isoladamente.

No ano de 2010 pesquisas de estudantes foram feitas para tentar melhor compreender o público da instituição e os dados fornecem informações importantes sobre os antigos pacientes. Esses dados são de pesquisa realizada por alunas da graduação de Serviço Social da UFPE, que também estiveram envolvidas no processo de desinstitucionalização.

¹³⁶PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado. **III relatório de desenvolvimento das ações em prol do processo descredenciamento do Hospital Alberto Maia- dezembro/09 à /janeiro/10**. Ações voltadas para a sustentabilidade do processo. 13 jan. 2010.

¹³⁷Ibid.

Quadro 9 - Perfil dos Pacientes do Hospital José Alberto Maia (Nº total= 505)

GÊNERO	
Masculino	331 (66%)
Feminino	174 (32%)
MUNICÍPIO	
Recife	204(40%)
Olinda	43(08%)
Jaboatão	30(06%)
Camaragibe	23(05%)
Paulista	23(05%)
Outros	27(05%)
Sem Informação	155(31%)
DIAGNÓSTICO	
Esquizofrenia residual	191(38%)
Transtorno mental não identificado	68(13%)
Outros Transtornos mentais identificados	48(10%)
Retardo mental grave	34(07%)
Outros	164(32%)
TEMPO DE INTERNAÇÃO	
Maior Tempo	47 anos
Menos Tempo	03 anos
Média de tempo de internamento	23 anos
Sem Informação	5
REFERÊNCIA FAMILIAR	
Tem	346(69%)
Não tem	73(14%)

Fonte: LACERDA, Clarissa; BARROS, Luiza; THEODOSIO, Rafaela; SORIANO, Roberta UCHÔA Roberta. **Desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação em hospital psiquiátrico: perfil dos pacientes do Hospital José Alberto Maia.** Pôster apresentado na Conferência Estadual de Saúde. 2010.

Esses dados servem para reforçar algumas argumentações a respeito das dificuldades em desenvolver a desinstitucionalização do hospital. Inicialmente é possível constatar o grande número de internos oriundos de outro município que não Camaragibe, o que necessitou de articulação para melhor realocá-los. Outra questão é de que a maior parcela (73%) não possuía

referência familiar o que sem dúvida dificultou as possibilidades de volta para a família, sendo imprescindível a criação de mecanismos de assistência que acolhesse esse grande número de ex-internos.

Diante dessa complexidade, e dos demais pontos aqui apresentados, é possível afirmar que a efetiva paralisação das atividades do Alberto Maia e a criação dos mecanismos de apoio à assistência dos antigos internos só foi possível após a pactuação das três esferas governamentais.

Tudo isto está sendo possível pela construção coletiva do projeto. A força tripartite deu um tom diferente, com presença e co-responsabilização. A postura, os investimentos, a presença, a cumplicidade da Prefeitura de Camaragibe e do Ministério da Saúde/ Área Técnica de Saúde Mental e de Álcool e Outras Drogas junto ao Governo do Estado, em meio a tantas variáveis, está permitindo o sucesso da ação.¹³⁸

Apenas após o processo de cogestão estabelecido se tornou possível que no ano de 2010 ocorresse a efetivação da saída de pacientes do hospital, como fica explícito em documento do Ministério Público que ainda aponta algumas dificuldades no processo, mas com a efetivação da saída progressiva e alarmantes melhoras na perspectiva de cuidado como a diminuição do número de óbitos em curto período de tempo.

Desde janeiro/2010 até o presente momento já foram transferidas do Hospital Alberto Maia 92 pessoas, sendo 39 paciente para o Alcides Codoceira, 31 para residências em Timbaúba, Águas Belas, Abreu e Lima e Chã Grande e 22 para suas famílias [...].
[...]
No período acima referido aconteceram apenas 04 óbitos, um número bem inferior ao que acontecia anteriormente, cuja média mensal era de 04 óbitos.¹³⁹

No mesmo ano ainda estavam internados 532 pacientes e a Prefeitura de Camaragibe buscava meios de garantir a saída rápida desses internos com a criação das Residências Terapêuticas ou o envio para o espaço criado no Km 14 de Aldeia, local de permanência temporária, para onde foram encaminhados até que as residências estivessem em condições de receber os moradores. As saídas dramáticas e realizadas às pressas após tantos anos de problematização do caso demonstram como a desinstitucionalização do Alberto Maia foi uma questão contraditória e, sem dúvida, apresentou falhas significativas, pois os pacientes saíram

¹³⁸PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção a Saúde Mental. **Registro da Experiência de Descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010.

¹³⁹_____, Ministério Público do Estado de Pernambuco. **Ata de Audiência Conjunta**. 18 de junho de 2010, p.1.

do hospital sem que a rede de acolhimento estivesse totalmente em condições de garantir sua ressocialização.

A gerente de Saúde Mental do estado, Marcela Lucena, explica que a alternativa trabalhada para acelerar o processo foi a responsabilidade solidária dos municípios, mesmo aqueles que não são da cidade de origem dos pacientes do Hospital Alberto Maia. Treze prefeituras, além de Camaragibe, aceitaram instalar CAPS ou Residência Terapêutica para acolher egressos do Hospital Psiquiátrico.¹⁴⁰

A saída de todos os internos em dezembro de 2010 marcou o encerramento de uma luta em prol dos direitos dos portadores de transtornos mentais. A reorganização da assistência em Saúde Mental em Camaragibe foi processo complexo, difícil e, para os que viviam em condição tão humilhante, extremamente demorado. Exigindo tomadas de medidas que influenciaram a vida de usuários e profissionais, com uma proposta que foi de encontro ao modelo hospitalocêntrico, que se consolidou durante longo período, o Hospital Alberto Maia encerrou suas funções definitivamente e uma nova porta estava aberta para os antigos internos, agora além dos muros da instituição.

Quadro 10 - Síntese de acontecimentos relativos ao processo de desinstitucionalização e fechamento do Hospital José Alberto Maia.

ANO	ACONTECIMENTO
1965	Inauguração do Hospital José Alberto Maia.
1999	Hospital José Alberto Maia passa para gestão municipal.
2001	Primeiro contato com familiares dos pacientes para falar a respeito do possível descredenciamento.
2002	Reprovação do Alberto Maia no Plano Nacional Serviço Hospitalar (PANSH).
2002	Críticas relacionadas ao tratamento realizado no Alberto Maia são divulgadas na imprensa.
2003	Primeiras discussões sobre as possibilidades de intervenção no hospital.
2004	Segunda reprovação no PANSH.
2008	Convênio número 066/08 firmado entre o Governo do Estado de Pernambuco e a Prefeitura de Camaragibe.
2009	Assinatura do Termo de Compromisso Tripartite.
2009	Proposta de Desinstitucionalização dos Pacientes do Hospital José Alberto Maia por parte do Município de Camaragibe.
2009	Realização de audiência junto ao Ministério Público com a presença do Estado, do Município e do Hospital.
2010	Entrada da Equipe de desinstitucionalização no Hospital José Alberto Maia.
2010	Efetivação da saída dos pacientes do Hospital José Alberto Maia.

Fontes: LUCENA, Marcela. Descredenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS): engrenagens da operação. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011; CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal de. Proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia/2009-09-17. Pasta 1. 2010; CAMARAGIBE Secretaria de Saúde de. Diagnóstico da situação do Hospital José Alberto Maia e relatório de ações desenvolvidas para o cuidado dos pacientes internados. 10 fev. 2010; PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de Pernambuco.

¹⁴⁰JORNAL do Commercio, 6 jun. 2010, p. 4.

Diretoria de Assuntos Jurídicos. Processo de desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia. Termo de Compromisso que entre si celebram, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de saúde e o Município de Camaragibe. Coordenação de Saúde Mental. Pasta 1. Camaragibe. 2009; PERNAMBUCO. **Registro da experiência de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010. Gerência de atenção à Saúde Mental. Recife, Secretaria de Saúde de Pernambuco. 2010.

A partir do ideal de desinstitucionalização e de novas estratégias para atender aos cuidados dos pacientes de instituições psiquiátricas, a criação do dispositivo hoje denominado Residências Terapêuticas vem se mostrando uma alternativa viável e de muito êxito na tentativa de superar a situação de degradação dos internos, rompendo com a ideia de que a internação seria a única solução. Com o intuito de superar a condição crônica dos moradores do hospital, a alternativa de moradias como suporte para essas pessoas é uma forma de garantir a permanência fora do hospital, principalmente para aqueles que não dispõem da possibilidade de retorno para o convívio familiar.

As experiências realizadas no Município de Camaragibe e, mais especificamente, as destinadas aos antigos pacientes do Alberto Maia, demonstram que as RTs são mecanismos muito inovadores e possibilitam uma recuperação nunca antes vivenciada. Ao longo de todo o processo de desinstitucionalização e fechamento do hospital muitas medidas foram criadas para continuar garantindo o cuidado, agora, pautado sobre os novos moldes nacionais. A criação de CAPS e NAPS no município foi fundamental, mas, sem dúvida, o avanço principal foi e vem sendo realizado pela construção das Residências e a realocação dessas pessoas.

A implementação desse novo modelo de atenção psicossocial foi também um grande desafio vivenciado por todos envolvidos no fechamento do HJAM. Da saída dos pacientes até a realocação dos mesmos nas Residências vivenciou-se um longo caminho. Os relatos dos antigos internos, agora moradores das RTs, são muito enriquecedores e expressam bem os anos de sofrimento de internação e as reais mudanças possibilitadas pelas novas moradias. É sobre essas dificuldades e as mudanças nas condições de vida dessas pessoas que trataremos no próximo capítulo.

4 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS COMO ESTRATÉGIAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Não há como comparar as casas na atualidade com o que já foram um dia, ou com a forma de viver no espaço contido de um hospital, já que as relações não se configuram mais como antes. Os resquícios manicomiais, algumas vezes, insistem em invadir as portas e janelas das casas, mas, dentro das capturas, existe sempre o espaço para as vivências de afetos advindos dos bons encontros compartilhados entre os cidadãos livres.

(Maria Inês Badaró Moreira e Carlos Roberto de Castro-Silva)

4.1 O que são as Residências Terapêuticas: Entre a necessidade do cuidado e o medo de uma nova institucionalização

Após as denúncias de violência e a comprovada limitação dos Hospitais Psiquiátricos em garantir o tratamento adequado aos portadores de transtornos mentais, acrescidas pela emergência de reformas sociais e sanitárias, a própria sociedade começou a exigir novas formas de tratamento. Nesse processo ficou explícito que a melhor alternativa era a progressiva substituição do tratamento asilar por cuidados comunitários.

Importante nesse processo foi a descoberta dos neurolépticos, que desde a década de 1950 haviam possibilitado um maior controle dos surtos causados em decorrência dos transtornos mentais, favorecendo a volta desses indivíduos ao convívio com a família e com a comunidade, ao mesmo tempo em que trouxeram também outras problemáticas, como o uso excessivo dos remédios, acarretando uma perda de consciência dessas pessoas. Logo foi possível perceber que os medicamentos por si só não possuíam capacidade de reabilitação, sendo necessário criar uma rede de suporte com essa finalidade.

Nessa perspectiva a criação de uma rede saúde mental de caráter “territorial” foi muito importante, pois possibilitou o desenvolvimento de serviços que levavam em conta questões amplas de cunho social, cultural e histórico, como aponta Paulo Amarante em sua obra *Teoria*

*e critica em saúde mental*¹⁴¹. Território nesse contexto não se restringe apenas a uma área geográfica, mas vai além e problematiza os diversos aspectos que envolvem a população e suas necessidades na criação de uma rede de cuidados assistências pautadas pelas premissas da desinstitucionalização. Foi a partir dessa concepção que os NAPS e CAPS vão ser pensados e colocados em prática, bem como todas as demais estratégias vinculadas a esses serviços.

Na conjuntura que se desenvolve na década de 1980, a Reforma Psiquiátrica toma força, e sua proposta passa a viabilizar a reabilitação no sentido de tornar o portador de transtorno mental capaz de trabalhar, estudar, exercer seus direitos e viver em comunidade. Dentro dessa perspectiva, novos espaços ganharam preeminência no tratamento em relação ao antigo hospital psiquiátrico, entre eles o novo dispositivo denominado de Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

Atualmente existe um grande debate em torno do que se configuram as Residências Terapêuticas no âmbito nacional, bem como toda a rede assistencial que tem por função garantir o suporte terapêutico dessa e de demais formas de cuidados extra-hospitalares. Há um medo recorrente de que o modelo residencial terapêutico acabe se transformando em um novo tipo de institucionalização. Entendendo a importância do debate e percebendo a necessidade de melhorias nesse modelo assistencial, é preciso estabelecer qual a atual realidade no país a respeito das RTs: como ela deveria funcionar, quais são as reais condições de funcionamento e organização que possibilitam melhoras significativas no tratamento de portadores de transtornos mentais. Longe de se apresentar como modelo ideal, as Residências Terapêuticas são um grande avanço e se apresentam como uma última esperança para aqueles que já não se imaginavam fora dos muros dos hospitais.

Dentre todas as limitações que envolvem a realidade das RTs brasileiras, a principal se coloca como um número bem inferior do que seria o ideal disponível ou mesmo as limitações quanto ao público que pode ser atendido por esse serviço. As Residências, como coloca Furtado (2005), vêm “se consolidando como estratégia eficaz para a desinstitucionalização de pacientes internados há anos em Hospitais Psiquiátricos”. Reivindicações já foram feitas no sentido de questionar a existência de potenciais usuários das RTs que não possuem histórico de internações. Esse é outro ponto que o próprio Juarez Furtado comenta, apontando a pertinência de desconstruir essa limitação que ainda existe na regulamentação no que tange às Residências no país.

¹⁴¹ Paulo Amarante discute o início da criação dos CAPS e NAPS inseridos na lógica de cuidados territoriais, problematizando o termo “território” como um conjunto de saberes e práticas políticas. AMARANTE, Paulo. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. 1. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2015, p. 29.

No início da década de 1990 as primeiras iniciativas de estruturas residenciais fora do hospital, voltadas para a reinserção dos ex-internos na comunidade, tiveram o objetivo de demonstrar a viabilidade da substituição das internações, por meios menos cronificantes e segregadores. Furtado¹⁴² aponta que os municípios de Porto Alegre, Campinas, Santos e Ribeirão Preto foram os primeiros, nessa década, a começar a utilizar o sistema, na época chamados de “lares abrigados”, “pensões protegidas” ou “moradias extra-hospitalares”. Influenciados por experiências similares ocorridas na Itália, Canadá e Espanha, as tentativas brasileiras buscam evitar a negligência com os antigos pacientes e garantir um acompanhamento com responsabilidade por parte das esferas governamentais. Dessa forma, as residências se estabelecem como “alternativas de moradia para o contingente de pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com o suporte necessário da comunidade” ou mesmo uma alternativa para aqueles usuários de outros serviços de Saúde Mental que não contam com o suporte familiar necessário¹⁴³.

De acordo com a Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde define:

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como ponto de atenção do componente desinstitucionalização, sendo estratégicos no processo de desospitalização e reinserção social de pessoas longamente internadas nos hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódia.¹⁴⁴

Ou seja, é uma estratégia da Rede de Atenção de Assistência à Saúde Mental dentro do processo mais amplo de desinstitucionalização, que tem como finalidade possibilitar a reabilitação de portadores de transtornos mentais que durante longo período estiveram internados em instituição psiquiátrica. O fato é que uma rede de assistência ambulatorial e extra-hospitalar foi aos poucos sendo desenvolvida para dar suporte àqueles que voltaram a morar com familiares. Contudo, para os que não possuíam mais os vínculos com parentes, foi necessário criar um dispositivo que abrigasse esses indivíduos. Dessa forma, as Residências Terapêuticas podem ser definidas como um local necessário para aqueles que não têm o aparato familiar e necessitam de uma moradia que atenda às suas necessidades.

¹⁴²FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

¹⁴³BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

¹⁴⁴_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mar. 2016.

Adriana Santos, coordenadora das Residências Terapêuticas do Recife, coloca as RTs como um mecanismo de suporte da rede assistencial, em que sua função se concentra em realizar um processo transitório entre a saída do portador de transtorno mental do hospital psiquiátrico até a sua volta ao convívio familiar.

A gente não pode nunca perder de vista de que morador de residência terapêutica a intenção dele é ade volta para casa. Agora, se um dia ele vai poder morar só ou casar ou voltar para família...mas esse projeto terapêutico, esse projeto de vida ele não se perca na institucionalização no dispositivo, que é estratégico e não um fim.¹⁴⁵

A fala de Adriana demonstra como a Residência é um local de apoio para que o processo de desinstitucionalização aconteça. A perda do contato familiar torna a saída de indivíduo da instituição um processo conturbado. Os laços perdidos na cronificação precisam ser refeitos para que o processo de reabilitação de fato se concretize. Dessa forma, as RTs se colocam como um espaço de convívio possível, dando suporte para que o morador posteriormente seja capaz de ir além.

Um exemplo: José passou 40 anos no hospital. A vida inteira dele, ele não viveu com seus familiares. Mas esses familiares faziam visitas pontuais a ele quando estava no hospital. Tem aqueles que faziam visitas mais frequentes, outros não visitavam e outros visitavam pouco. Então digamos que eles visitavam pouco. Mas que porque ficou lá aquela imagem daquele momento de crise, que ele quebrou, sei lá... que ele cometeu algo porque estava em um momento de crise. E aí, naquela ocasião, o recurso que tinha, a possibilidade que tinha era o internamento em hospital psiquiátrico. E que a ideia era tirar a pessoas dessa situação. Essa era a lógica do manicômio. Então ele passou 40 anos lá e nesse momento que tem a possibilidade dele sair de lá, para essa família, depois de 40 anos é algo muito impossível. Então todo o processo de desinstitucionalização de técnicos e profissionais que possam estar esclarecendo esses familiares sobre esse novo modelo, nova política, tudo sobre a reforma psiquiátrica. E talvez a gente dê possibilidades reais de resgatar esses vínculos, de resgatar essa confiança, ou mesmo um possível convívio. Dessas famílias com seus parentes.¹⁴⁶

A partir desse exemplo pode-se perceber a importância do mecanismo de moradia extra-hospitalar. A família que havia perdido o vínculo de seu ente querido ao longo dos anos de internação vai ter a oportunidade de vê-lo se reabilitar em um espaço de moradia comum, reconquistando sua identidade. A partir disso pode ser possível que volte a haver uma interação familiar que possibilite o retorno dessa pessoa ao lar. Esse é o real objetivo da desinstitucionalização, pois sem isso as Residências Terapêuticas acabam se tornando novas

¹⁴⁵Entrevista concedida por Adriana Santos. SANTOS, Adriana. Entrevista II. [mar. 2016]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

¹⁴⁶Entrevista concedida por SANTOS, Adriana. Entrevista II. [mar. 2016]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

formas de institucionalização, como já mencionado. Portanto, é preciso enxergar esse modelo assistencial como uma estratégia dentro de uma rede assistencial mais ampla e não como o fim do processo.

No final das contas, o hospital é apenas o local de representação da institucionalização psiquiátrica e suas imposições, mas o que é preciso ser rompido vai muito além do local: é a significação da reabilitação. Colocar portadores de transtornos mentais em casas, por si só, não representa reabilitação psicossocial. O objetivo final da proposta é que a pessoa volte a estar plenamente inserida na sociedade e exerça sua condição de cidadão de forma integral.

Sabendo das limitações ainda existentes em torno da aplicação do serviço residencial terapêutico na atual realidade do país, muito se questiona quanto à sua real capacidade de reabilitação. Alguns pesquisadores chegam mesmo a comparar o serviço extra-hospitalar como uma nova forma de institucionalização. Artur Perrusi¹⁴⁷ problematiza a questão apontando as falhas na criação e implantação desses tipos de cuidados, principalmente no que se refere às questões normativas e de relações de poder que permeiam não apenas a lógica asilar, mas a prática da Psiquiatria, afinal é o controle do comportamento desviante que precisa ser questionado. Dessa forma, a terapêutica, mesmo fora do hospital, ainda pode continuar reproduzindo essa mesma prática de controle sobre o portador de transtorno mental.

Mas o que significa dizer, de fato, dizer que a lógica asilar não acabou? Significa dizer que o asilo não acabou? Não, já que a noção de lógica asilar, como tal, não se esgota no seu contexto empírico de origem, o asilo; na verdade, ultrapassa-o, podendo ser percebida não apenas como lógica, mas como “prática” noutras estruturas, como o hospital psiquiátrico e até em serviços extra-hospitalares, por exemplo.¹⁴⁸

Libertar os indivíduos das amarras de todo uma lógica de reclusão e segregação que foi solidificada e perpetuada em nossa sociedade é a maior de todas as barreiras a ser suplantada. A diferença cada vez mais se torna alvo de crítica e repulsa. Em um mundo que impôs a massificação e estabeleceu padrões firmes de lógica, moral e costumes, todo ser desviante sofre formas de uniformização. Dessa maneira, sempre existe uma possibilidade de que novos conceitos e práticas acabem por continuar perpetuando antigas normas que estão presentes no cotidiano de nossa realidade.

¹⁴⁷PERRUSI, Artur. A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica à assistência psiquiátrica. IN: FONTES, Breno Augusto; FONTES, Eliane Monteiro (Org.). **Desinstitucionalização, redes sociais e Saúde Mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora UFPE, 2010.

¹⁴⁸Ibid.

Alverga e Baptista nos trechos abaixo apontam como essas permanências podem continuar se reproduzindo por meio de erros no próprio processo de imposição das novas modalidades de tratamento.

Partimos do princípio de que formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações. Isso quer dizer que elas envolvem todos nós, estão dentro e fora dos muros dos hospitais. Nesse sentido, as novas modalidades terapêuticas, tais como os serviços substitutivos, não garantem por si só a superação desse desejo de exclusão e de exploração que carregamos.¹⁴⁹

O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmo nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos, que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial deslocamento de território, isto é, uma transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muro e exclusão.¹⁵⁰

É evidente que a ideia que envolve a criação das residências é promissora e traz mudanças de vida muito significativas. Contudo, é preciso fazer um questionamento amplo em torno da praticabilidade do processo. As residências não podem ser o fim do portador de transtorno mental, como também não podem acabar por se tornar um novo tipo de institucionalização.

Não se pode negar que por mais bem intencionadas todas as medidas que envolvem a Reforma, muito já foi distorcido de seus ideais iniciais e que, em muitos casos, o que de fato ocorre é um novo tipo de normalização que limita o indivíduo, sem, de fato, aceitar suas diferenças. Não basta tornar o portador de transtorno capaz de transitar nos espaços sociais, é preciso tornar a sociedade um local de aceitação desse indivíduo com todas as suas particularidades. Por vezes a condução do processo de reabilitação pode se deixar confundir com tutela.

Ao analisar o relato de Adriana Santos é possível perceber uma preocupação a respeito desse ponto ao relatar experiências de passeios realizados por moradores de residências em outros espaços urbanos, como cinemas, teatros etc. Os passeios são realizados na companhia de pessoa *responsável* do serviço, que cumpre a função de recolocar os indivíduos nesses locais de forma que não haja intercorrências. Na fala da coordenadora é possível perceber uma preocupação de que isso não se torne um novo tipo de tutela, mas que também não acabe por

¹⁴⁹ALVERGA, A.R; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, jul./dez. 2016, p. 299-316, p. 300.

¹⁵⁰BAPTISTA, L. A. A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais da Saúde Mental em questão. In: JACÓ-VILELA, A. M.; CEREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2003, p.225-34 apud ALVERGA, A.R; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, jul./dez. 2016, p. 299-316.

se tornar uma desresponsabilização com o cuidado. Ela entende que, devido ao longo período que passaram afastados do convívio social, deixá-los voltar sem um acompanhamento poderia se tornar algo negativo no processo de reabilitação.

Paulo Amarante, esclarecendo o que se constitui de fato a desinstitucionalização, traz à tona os benefícios que podem ser vivenciados com esse processo, levando em consideração essas problemáticas.

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução.¹⁵¹

Essa é uma discussão que não pode ser negligenciada. Se por um lado há um medo da nova institucionalização, por outro também é preciso garantir que não haja desassistência. Existe uma linha tênue que envolve esse conflito, a grande questão é saber como lidar com ela. Esse é o maior desafio, não apenas para o serviço residencial terapêutico, mas para todos os outros serviços substitutivos.

Apesar de todas essas considerações, é preciso valorizar as mudanças que esse serviço terapêutico representa na perspectiva de uma nova assistência e como estratégia para uma reconquista de autonomia. É preciso perceber a significação das residências como locais de possibilidades.

As RTs se apresentam como casas localizadas no espaço urbano, que abrigam até oito usuários, e contam com um suporte assistencial, sensível às demandas individuais de cada morador. Essa é a principal diferença presente nesse modelo de atenção: os usuários não são tratados em conjunto, de forma impessoal, como era tradicionalmente o cuidado no hospital. Agora os usuários passaram a ser entendidos em suas particularidades, respeitando seus limites e vontades. Outro ponto ressaltado é a progressiva reinserção social na comunidade, que esse modelo busca implementar. Ao trazer os usuários para os centros urbanos, aos poucos, é reconquistada a inclusão social.

Em 2000 a portaria nº 106, do Ministério da Saúde, “introduz os Serviços Residências Terapêuticas no serviço do SUS, para pacientes egressos de longas internações”¹⁵². Em

¹⁵¹AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

¹⁵²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, p.8. 2004.

articulação com a Lei Federal de 2001, estabelece-se uma ampliação dos cuidados e da assistência dos doentes mentais no país. A partir dessas determinações, os recursos financeiros que antes eram destinados à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) agora são repassados para os municípios e estados responsáveis pelos pacientes, devendo então ser utilizados na criação e manutenção da nova rede de cuidados.

De fato, o Serviço Residencial foi sendo desenvolvido concomitantemente com a desinstitucionalização de Hospitais Psiquiátricos, onde grande número de internos não tinha para onde ir, sendo necessário que as ações que envolvem a Reforma dessem conta também dessa particularidade. Não é proposta da Reforma apenas fechar hospitais e abandonar os portadores de transtornos mentais. A rede de cuidados foi sendo criada para suprir as demandas inerentes à nova realidade desses indivíduos, nesse caso específico as Residências são um grande avanço em termo não apenas de ressocialização, mas também de responsabilização do estado para com os portadores de transtornos mentais.

4.1.1 Quem será beneficiado pelos serviços residenciais terapêuticos?

A portaria 106/2000 que dispunha sobre o serviço residencial terapêutico foi alterada pela portaria nº 3.093/2011, acrescentando especificamente o que diz respeito para quem serve as RTs. Nessa portaria fica explícito que os beneficiários das residências terapêuticas serão portadores de transtorno mentais oriundos de instituições psiquiátricas.

Art. 1º A Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 2º A e 2º B e do anexo I desta Portaria:

Art. 2º A Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia.

Parágrafo único. Para fins desta Portaria, será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos.¹⁵³

Nessa perspectiva, fica explícito que a iniciativa das RTs foi desenvolvida para atender os pacientes que saíram dos Hospitais Psiquiátricos e não têm suporte familiar. Contudo, esses não são os únicos que podem se beneficiar desse serviço. São também beneficiários:

¹⁵³BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 24 fev. 2016.

Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário. Egressos de internação em Hospitais de custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial[...].

[...]

Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial(CAPS), para as quais o problema de moradia é identificado [...].

[...]

Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêutico especiais acompanhados nos CAPS.¹⁵⁴

Para viabilizar a implantação dos serviços residenciais é preciso que a cada novo morador de uma RT, mesmo número de leito seja desocupado em Hospitais Psiquiátricos, fazendo com que o objetivo principal, que é a redução de internamentos, seja mantido. Além disso, é possível perceber que os cuidados se centralizam no CAPS, que funciona como ponto fundamental na organização dos serviços territoriais. Mesmo pacientes moradores de RTs estão sempre vinculados a um CAPS do território.

As Residências Terapêuticas consolidam sua principal função na inserção dos indivíduos antes denominados “loucos” na comunidade, favorecendo sua busca de autonomia e reconquista da cidadania, um dos mais difíceis objetivos da reforma. Como aponta Silveira e Santos: “um dos maiores obstáculos para a plena cidadania dos denominados loucos, no mundo ocidental, são os discursos sobre a loucura, que se reproduzem há séculos”¹⁵⁵. É para dar conta desse grande desafio que o serviço residencial foi desenvolvido, o desafio de resgatar o indivíduo da condição de doente e dar a ele as condições necessárias para se tornar capaz de viver com dignidade. É devido a isso que um dos principais pontos ressaltados nas RTs é de que lá não habitam pacientes, mas sim moradores. Não é mais a doença que estará em foco e sim a pessoa, o cidadão.

Contudo, é preciso entender as limitações e necessidades dos moradores. As residências, apesar de se configurarem como moradias, têm particularidades que precisam ser colocadas em foco. Dois tipos de residências fazem parte do plano de estratégias do SUS para melhor atender seus moradores respeitando as necessidades inerentes aos tipos de comprometimento causado pelo transtorno mental e em decorrência da cronificação.

¹⁵⁴ _____. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília. p. 8, 2004.

¹⁵⁵SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos (Org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 142.

4.1.2 Modalidades de Residências Terapêuticas e suas particularidades

Residência Terapêutica - Tipo I

A residência tipo I se caracteriza, principalmente, por ter a função de reintegração quase que total de seus moradores. Esse tipo de moradia precisa apenas de cuidadores no local, não sendo necessário grande suporte médico. Os moradores desse serviço são, em geral, aqueles com menos comprometimento psiquiátrico, sendo apenas acompanhados pela rede de suporte. Nesse local os próprios moradores realizam as atividades domésticas e organizam o espaço de seus utensílios e pertences pessoais: “Esse é o tipo mais comum de residência, onde é necessário apenas ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para esse tipo de apoio aos moradores nos CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico”¹⁵⁶.

As RTs tipo I foram fundamentais para atender um grande número de ex-internos do Hospital Alberto Maia. A maioria possuía características pertinentes ao grupo que compõe o público desse serviço. Com a implementação de moradias nesses moldes, muitos voltaram a ter um cotidiano semelhante ao presenciado em qualquer moradia familiar.

Residências Terapêuticas - Tipo II

O segundo tipo de Serviço Residencial Terapêutico previsto pelo Ministério da Saúde são RTs tipo II. Esses locais buscam abrigar, em geral, pacientes idosos, doentes físicos e pessoas com déficit intelectual acrescido aos transtornos mentais, que comprometem bastante suas capacidades de realizar tarefas rotineiras: “Construída para a clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário”¹⁵⁷. Ou seja, é um suporte assistencial mais amplo para pessoas com limitações sérias que necessitem de cuidados intensos em todas as atividades. No caso dos antigos pacientes do Alberto Maia, os usuários que apresentavam quadros mais severos de déficit intelectual não tiveram condições de serem alocado em Residências Terapêuticas convencionais onde são assistidos apenas por cuidadores.

Em geral cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: O SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira.
[...]

¹⁵⁶BRASIL. **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2004, p. 10.

¹⁵⁷Loc. cit.

Constituída de clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência.¹⁵⁸

O grande diferencial da RT tipo II, além do número de funcionários e da necessidade de maior monitoramento, é que as limitações são maiores. Os moradores têm dificuldades severas de comportamento, restringindo muito as perspectivas de reinserção total na comunidade. Cabe a esse dispositivo perceber essas limitações e melhor conviver com elas, sabendo a particularidade de cada indivíduo e tendo consciência de seus limites.

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

[...]

Para cada grupo

[...] orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.¹⁵⁹

Se nas residências tipo I o grande desafio é que o indivíduo possa realizar todas as atividades na casa e até mesmo fora dela, a RT tipo II tem objetivos mais simplórios, como tornar o morador capaz de realizar as refeições sem ajuda ou até mesmo fazer sua própria higiene pessoal, o que já é uma conquista de extrema importância tendo em vista as condições que essas pessoas estiveram submetidas durante tanto tempo na reclusão da instituição psiquiátrica.

O Serviço Residencial Terapêutico, tipo I ou II, apesar de se caracterizar como um serviço de natureza pública, pode estabelecer convênios com ONGs e entidades filantrópicas para melhor acompanhamento, mas sendo essas parcerias bem estabelecidas por meio do SUS e do convênio das entidades envolvidas

Quanto aos recursos, tabela do Ministério da Saúde¹⁶⁰ aponta o repasse financeiro que viabiliza cada tipo de residência, entendendo suas particularidades. No caso das residências tipo II os gastos com a manutenção são muito superiores pois o suporte assistencial de profissionais é maior como demonstrado da necessidade de técnicos de enfermagem e acompanhamento 24h.

Quadro 11 – Manutenção das Residências Terapêuticas.

¹⁵⁸Loc. cit.

¹⁵⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mar. 2016.

¹⁶⁰Loc. cit.

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		
	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)	Serviço (R\$)	Profissional (R\$)	Total (R\$)
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	20.000,00

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>

É preciso entender que as ações de desinstitucionalização são, em sua maioria, realizadas com pactuação das três esferas governamentais, sendo a criação e manutenção das residências estabelecida nesse convênio. No caso específico do Hospital Alberto Maia, todo o processo foi desenvolvido por meio do convênio tripartite estabelecido entre as esferas governamentais, em que cada uma ficou responsável por executar determinada etapa do processo. Ao estado coube viabilizar financeiramente e fazer a articulação com os municípios envolvidos. Ao município de Camaragibe, local onde estava situado o referido Hospital, coube a organização e proposta de acompanhamento dos pacientes, bem como a criação das RTs.

4.1.3 Dificuldades e limitações das Residências Terapêuticas

O grande passo a ser dado para ter êxito em uma tentativa de melhora de vida desses indivíduos é entender suas limitações, sem limitá-los. Entender que eles têm tempos próprios e dificuldades particulares, mas, em absoluto, estão limitados pela doença. Cada conquista precisa ser valorizada e repensada como uma nova forma de ver a vida.

O reconhecer e aceitar a doença fazem a diferença, pois o tratamento é entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares. Porém o sucesso do tratamento está diretamente relacionado ao modo como o paciente compreende sua doença e o que faz com tudo, a partir disso.¹⁶¹

O trecho de Spadini e Souza aponta bem a importância da aceitação da doença como algo que vai facilitar o tratamento, porém mais do que entender a doença deve-se pensar em superá-la. A questão é romper com a doença como foco e centralizar o indivíduo como cidadão, pessoa que possui características próprias.

¹⁶¹SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria da Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2006, p. 123-127.

Durante a III Semana Antimanicomial de Pernambuco, realizada no ano de 2015, o Seminário *Que fim levaram todas as flores?* reuniu profissionais da Saúde Mental, familiares e usuários do serviço assistencial para um diálogo sobre suas perspectivas quanto ao cuidado e sua afirmação social. Em determinado momento o palestrante, Artur Perruci, professor do departamento de Sociologia da UFPE, ao falar sobre os CAPS utilizou o termo “doentes mentais”. Imediatamente a reação de uma usuária do serviço foi virar e perguntar a pessoa ao lado: “por que ele está me chamando de doente? Eu não sou doente!”. Esse acontecimento serve para demonstrar as mudanças reais e práticas que acontecem a partir da substituição do tratamento asilar.¹⁶²

Mudanças nos termos – como “doente mental para “portador de transtornos mentais” e “moradores” em vez de “pacientes” – têm significados que vão muito além da mudança terminológica, representam uma total transformação na forma de ver e se relacionar com os transtornos psiquiátricos. Nas residências não existem pacientes, por isso não é a doença que está em foco. Existem moradores, indivíduos que são usuários dos serviços residenciais. A mudança parece sutil, mas para quem durante tanto tempo foi visto apenas como louco, carregando a doença como um fardo maior que sua singularidade, é uma ruptura extremamente expressiva.

Outra questão que precisa ser colocada é o cuidado em não confundir residência com “abrigo” ou lugar de abandono. O estudo feito por Silveira e Santos¹⁶³, *Residências terapêuticas e Reforma Psiquiátrica em produções discursivas na população*, buscou analisar as perspectivas de pessoas que moram em proximidades das RTs que se estabeleceram no município de Campina Grande, na Paraíba. Nesse trabalho muitos discursos se encaminham em uma confusão em torno do que de fato se configura uma RT.

Os habitantes das residências, tal como os pacientes psiquiátricos, são rejeitos sociais. Pessoas que as famílias não querem mais e colocam “numa casa como essa”. A residência, nesse discurso, é uma casa “aparentemente normal por fora”, mas habitada por “pessoas com problemas”, pela anormalidade, pela desrazão.¹⁶⁴

No trecho citado os autores problematizam a visão de quem observa de fora o que se configuram as RTs. Apesar da casa ser “aparentemente normal”, a “loucura” ainda habita a vida desses indivíduos que, apesar de romperem com a nomenclatura de doentes, ainda são vistos

¹⁶²Relato de vivência no evento “Que fim levaram as flores?” durante a II Semana Antimanicomial de Pernambuco.

¹⁶³SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos (Org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

¹⁶⁴Ibid., p. 151.

como indesejáveis. A residência é, portanto, local de abandono de uma pessoa que a família não deseja pelo inconveniente que é a condição de “doente mental”.

É em torno da ruptura desse discurso que a reforma tenta constantemente problematizar e aproximar a população do cotidiano dos serviços assistenciais comunitários, para que assim seja possível entender a residência como uma casa normal de fato, não apenas na aparência. A rotina é basicamente a de qualquer residência e os “problemas” não são tão maiores do que os vivenciados por qualquer âmbito familiar.

Amarante afirma como ponto principal da desconstrução em torno da doença a necessidade de “reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento [...]”¹⁶⁵. Essa reinvenção perpassa em torno da urgência em transformar o cuidado em algo não reparador da doença, mas como possibilidade de ir além, dar novos horizontes e definitivamente romper as barreiras que envolvem os transtornos psiquiátricos.

Se a Reforma Psiquiátrica traz como princípios básicos a desinstitucionalização e diminuição de leitos hospitalares, pautada por um programa de reinserção social com base nos serviços comunitários de integração com a comunidade, a experiência das Residências é ponto decisivo para viabilizar esse projeto. Não basta apenas fechar as instituições, é preciso garantir continuidade no cuidado. Não é suficiente exaltar a importâncias da reinserção familiar, é preciso dar possibilidades.

Contudo, é necessário estar ciente das limitações ainda existentes nesse tipo de assistência. A aceitação do serviço residencial é ainda alvo de muitos questionamentos. Inseguranças e deficiências na administração do serviço são os principais empecilhos à aceitação dessa modalidade de cuidado.

Esse processo vem sendo questionado por alguns setores da sociedade brasileira. Discute-se a carência de estudos de avaliação com base epistemológica e o acompanhamento das políticas propostas, que deveriam contar com estratégias efetivas de prevenção e garantir assistência de qualidade, o que de fato deveria reduzir a demanda por leitos hospitalares.¹⁶⁶

É fato que a residência por si só não representa conquista alguma se ela não for acompanhada continuamente e tiver à sua disposição outros dispositivos que realmente

¹⁶⁵AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

¹⁶⁶VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Maria; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 2008, p. 74.

impeçam um novo tipo de institucionalização, assegurando a conquista da autonomia dos moradores.

O programa intitulado *De Volta Para Casa*, criado pelo Ministério da Saúde, é uma das formas que o estado criou para assegurar a manutenção do serviço residencial e o processo de desinstitucionalização.

Programa De Volta Para Casa

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.¹⁶⁷

O programa tem o objetivo de viabilizar a organização dos serviços que dão sustentação à diminuição de leitos psiquiátricos. Por meio do apoio financeiro, esse instrumento possibilita melhora significativa da qualidade de vida dos seus usuários, principalmente no que tange a questão da autonomia e, conseqüentemente, na reconquista da cidadania.

O *De Volta Para Casa* foi instituído no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) por meio da lei federal da Reforma Psiquiátrica nº 10.708 e trata justamente da regulamentação do auxílio-reabilitação de pacientes com histórico de internação em instituições hospitalares: “Em parceria com a Caixa Econômica Federal, o programa conta hoje com mais de 2.600 beneficiários em todo o território nacional, os quais recebem mensalmente em suas próprias contas bancárias o valor de R\$240,00”¹⁶⁸. Em certa análise o valor pode não ser o ideal, mas é muito expressivo para aqueles que durante tantos anos se encontraram internados sem nenhum tipo de remuneração.

Sob certo aspecto, a quantia que é disponibilizada pelo programa pode ser vista como uma pequena “indenização” àqueles que foram submetidos ao tratamento de reclusão. Contudo o valor mesmo é de manutenção de suas pequenas despesas e um incentivo, mesmo que pequeno, à retomada de sua cidadania, tendo ainda muito a ser relativizada.

¹⁶⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 1.

¹⁶⁸PROGRAMA De Volta Para Casa. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/programa.html>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

Brena Aguiar¹⁶⁹ traz à tona o debate sobre a “autonomia possível”. Ou seja, perceber que nem todos os indivíduos terão o mesmo tipo de reabilitação e ganhos dentro da perspectiva da Reforma. Apesar disso, não se pode limitar as escolhas dos beneficiados, segregando aqueles que não conseguirão autonomia total mesmo com todas as estratégias envolvidas para esse objetivo.

O mito da autonomia plena é um dos principais fatores da hiper-seleção de pacientes para integrarem projetos de reabilitação, deixando à margem um número de pessoas sem possibilidade da devida assistência. O caminho é o da autonomia possível para cada caso.¹⁷⁰

Essa é a perspectiva política da reforma. O Estado toma para si a responsabilidade de retirar esses indivíduos do aparelho hospitalar, dando-lhes garantias de outros tratamentos e a continuidade da assistência ao mesmo tempo em que busca fortalecer sua aceitação na sociedade e seu papel dentro dela. Esse fato é o de maior importância na lógica de reestruturação da assistência: “A compreensão e a construção de passagens para autonomia; valor pessoal e poder pessoal; fragilização da autoestima; superação da dependência e do fatalismo; e fortalecimento”¹⁷¹.

A exemplo disso está a diferenciação dos tipos de RTs implantadas. Não se deve supor que os pacientes de Residências tipo II conseguirão alcançar o mesmo tipo de autonomia e consciência de cidadania que aqueles alocados nas de tipo I. Porém, apesar das limitações, existem ganhos a serem alcançados. E são esses ganhos que devem ser priorizados para o recebimento do auxílio.

É fundamental perceber que a junção do Programa de Redução de Leitos Hospitalares com o Programa De Volta Para Casa e as Residências Terapêuticas formam o conjunto fundamental do processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. São esses três componentes que unidos viabilizaram a saída de muitos pacientes de Hospitais Psiquiátricos no país e agora possibilitam uma nova perspectiva na continuação de suas trajetórias para além da instituição hospitalar.

¹⁶⁹LEITE, Brena de Aguiar. **Serviços de residências terapêuticas**: entre a tutela e autonomia, a incansável busca pelo cuidado. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009, p. 43.

¹⁷⁰Loc. cit.

¹⁷¹BOSI, Maria Lúcia Magalhães; CARVALHO, Liliane Brandão; XIMENES, Verônica Moraes; MELO, Anna Karolynne da Silva; GODOY, Maria Gabriela Curubeto. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Ceará, v. 17, n. 3, 2012, p. 649.

4.2 As Residências Terapêuticas no estado de Pernambuco

A Rede de Assistência à Saúde Mental em Pernambuco vem se desenvolvendo em paralelo com o que se percebe a âmbito nacional. Com o fechamento de grandes instituições psiquiátricas, principalmente nos últimos 10 anos, o estado precisou se adequar às novas demandas da Reforma Psiquiátrica e criar mecanismos de atenção substitutivos ao Hospital. Na segunda parte desse trabalho já comentamos o avanço da Reforma aqui vivenciado e a criação desses serviços. Dentro dessa conjuntura o Serviço Residencial Terapêutico sofreu significativa ampliação e está diretamente conectado com o fechamento do Hospital Alberto Maia, como de demais outros Hospitais que durante longo período abrigaram os portadores de transtornos mentais, separando-os da sociedade. O crescimento do número de residências que foram implementadas, principalmente na cidade do Recife e em Camaragibe, expressa modificações realmente amplas em torno do cuidado dessas pessoas.

Responsável pelo processo de desinstitucionalização no Recife e, em especial, do mecanismo das Residências, Adriana Santos vivenciou a ampliação desse serviço ao longo dos últimos anos e percebe como isso tem sido fundamental para tornar a rede de assistência mais ampla e efetiva. Da mesma forma, Marcela Lucena na Gerência de Atenção à Saúde Mental do Estado de Pernambuco também aponta a criação das RTs e dos demais dispositivos como uma grande conquista de todos que estão envolvidos no processo da reforma.

No ano de 2012 os municípios de Recife, Olinda, Camaragibe e Igarassu concentravam o maior número de leitos em Hospitais Psiquiátricos de Pernambuco, se colocando como prioridades no processo de desinstitucionalização e da ampliação da Rede de Atenção.

[Em] Camaragibe e [no] Recife o problema se acentua dada a existência de processos de fechamento de hospitais psiquiátricos que demandam a construção de mecanismos ágeis para organização da rede territorial referente tanto à população aguda como à de longa permanência, um problema que ultrapassa os limites geográficos e aponta a necessidade de discussão e pactuação, de forma mais sistemática, numa perspectiva mais ampliada de responsabilização sanitária e solidária dentro da região.¹⁷²

Problemas de organização, pessoal e financiamento estão entre as dificuldades que envolveram a ampliação do número de RTs no território. No Recife, para viabilizar o processo e tornar as ações mais rápidas, foram feitos convênios com instituições filantrópicas, que

¹⁷²PERNAMBUCO. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Diagnóstico de Saúde Mental do estado de Pernambuco**. Rede de atenção psicossocial. Recife. 1 jan. 2012.

passaram a administrar as residências terapêuticas na cidade. Esse mecanismo de viabilização está previsto no Ministério da Saúde e tem como papel fundamental possibilitar uma alternativa para locais onde a rede de assistência não tem condições de implementar as RTs de forma rápida.

No ano de 2013 ocorreu o fechamento de algumas instituições psiquiátricas na cidade do Recife e, conseqüentemente, a necessidade da criação de mais residências. Para isso é lançada a estratégia de convênios com duas instituições hospitalares do estado: A Santa Casa de Misericórdia e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Em 15 de junho nessa ocasião o processo de fechamento do Hospital Sanatório do Recife. Nessa ocasião Recife contava com 24 residências terapêuticas. Dessas, 11 eram administradas pelos Distritos Sanitários. Pela prefeitura. E 10 eram de convênio com o IMIP [...]. E 2 já eram implantadas pela Santa Casa. Então para esse convênio foi estabelecido com essas duas instituições filantrópicas [...]. Projeto de ampliar a implantação das residências terapêuticas [...]. Desde 2008, 2009 que começou a implantação desse processo das casas por esse convênio [...].

[...]

Mas o convênio, o que é contratualizado nesse convênio? O recurso, ele vem do Ministério da Saúde, repassado para o município. E o município, que por conta daquelas dificuldades para gerir [...] para administrar a casa, ele vai e faz o repasse para poder viabilizar, acelerar. Então ele vai repassar esse recurso que veio do Ministério da Saúde para o prestador, que vai fazer a administração desse recurso e desse projeto. Então, vai pagar o aluguel, luz, água, tem um subsídio que é destinado mensalmente, quinzenalmente é feito o repasse desse suprimento para feira, insumos, cereais, carnes, verduras, frutas... e a parte toda de alimentação... então... toda essa despesa são atendidas com esse recurso. E cada morador que tem o seu recurso ele vai usar no que ele precisar, dentro da necessidade, ou quiser, para o seu processo de reabilitação.¹⁷³

O município continua se responsabilizando pelo serviço, contudo quem passa a fazer a manutenção da casa e de suas necessidades após a implementação é o prestador que se estabeleceu no convênio. Esse prestador vai receber o recurso que é destinado à Prefeitura para o serviço residencial e vai realizar a sua manutenção. Essa foi a estratégia encontrada para realizar a ampliação das RTs na cidade do Recife. No caso de Camaragibe, a manutenção e implantação das residências ficou a cargo da Prefeitura como um todo, não sendo realizados convênios com outras instituições. É importante perceber que dentro do mesmo estado cada município vai encontrar formas de tornar possível o que determina a reforma e a ampliação da Rede Assistencial.

¹⁷³Entrevista concedida por Adriana Santos. SANTOS, Adriana. Entrevista II. [mar. 2016]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

Segundos dados da Gerência de Atenção à Saúde Mental de Pernambuco, apenas no ano de 2011 foram criadas 21 residências terapêuticas no estado, chegando ao total de 47 residências terapêuticas no estado em 2012, sendo 43 situadas na Região Metropolitana. Dessas residências, 50% se encontravam no Recife, apontando uma preeminência da cidade em relação à implementação desse serviço.

Até 2009 todas as residências eram situadas em Recife, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, estando hoje presente em mais 09 municípios de diferentes regiões. Dos 72 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes no Estado, 36 estão situados nesta regional, ou seja, 50% do universo de CAPS de Pernambuco. Destes, 49% estão no município do Recife.¹⁷⁴

Após o evento ocorrido no Alberto Maia, a Rede de Assistência à Saúde Mental foi ampliada, não apenas no município de Camaragibe, mas no estado como um todo, que precisou atender os antigos pacientes da instituição. No que tange às residências houve o crescimento muito significativo desse serviço. No ano de 2009 eram 14 residências funcionando no estado de Pernambuco. No ano de 2012, após o fechamento do hospital, 54 Residências Terapêuticas estavam funcionando, o que representou um aumento de 386%.¹⁷⁵

Impulsionado pelo fechamento do Alberto Maia em 2010 houve a criação de Residências Terapêuticas no interior do estado, inclusive em municípios que não tinham uma rede de atenção à Saúde Mental, mas que tiveram que se configurar para atender usuários da instituição. O município de Timbaúba é um exemplo desses casos, pois ainda em 2016 não existe CAPS no município, contudo ocorreu a criação de dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para atender exclusivamente pacientes do HJAM. Chã Grande também teve que se organizar e hoje conta com uma RT com oriundos do Hospital. Esses são alguns casos que demonstram como a maioria dos municípios do interior de Pernambuco não possuía rede assistencial nem Residências Terapêuticas, sendo o fechamento do Alberto Maia um grande impulsionador para a ampliação da rede de Saúde Mental do estado, principalmente nessas localidades.

Em matéria divulgada pela “Agência Brasil” é relatado o momento da ida de alguns desses pacientes para localidades no interior no estado para as RTs criadas para atendê-los. Em um dos relatos um paciente aponta as melhoras na assistência: “Vivi 20 anos e quatro meses no

¹⁷⁴PERNAMBUCO. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Diagnóstico de saúde mental do estado de Pernambuco**. Rede de atenção psicossocial. Recife. 1 jan. 2012.

¹⁷⁵PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Marcela Lucena em 27 de dezembro de 2012.

Hospital Alberto Maia. Fui com 47 anos para lá e saí com 68 anos. Aqui está melhor do que lá. Lá tinha muita gente desorientada. De vez em quando minha irmã vem me visitar”¹⁷⁶.

Para a cidade de Timbaúba, a 80 quilômetros de Recife, na divisa da Zona da Mata com o Agreste, foi outro grupo de ex-internos do Hospital José Alberto Maia. Na hora do jantar, todos dividem as tarefas. Um dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos moradores, Welson da Silva relata que eles tiveram que reaprender a tomar banho, escovar os dentes e a comer com talher.¹⁷⁷

Essas experiências são um primeiro impulso nessas localidades, onde o cuidado aos portadores de transtornos mentais não existia. Com a ida das RTs, uma nova política de Saúde Mental pôde ser iniciada, principalmente no interior do estado. Apesar das medidas tomadas na desinstitucionalização do Alberto Maia terem sido feitas de forma turbulenta, fazendo com que a rede assistencial se organizasse de forma precária em alguns casos, não se pode negar os ganhos que surgiram desse impulso. O quadro abaixo mostra como ficou a rede de assistência mental no estado após o fechamento da instituição.

Quadro 12 – Rede de Assistência Mental após o fechamento do Hospital José Alberto Maia.

LOCALIDADE	QUANTIDADE DE SRT
RECIFE	30
OLINDA	03
PAULISTA	03
CABO DE SANTO AGOSTINHO	02
CAMARAGIBE	14
ABREU E LIMA	02
CHÃ GRANDE	01
JABOATÃO DOS GUARARAPES	02
SÃO LOUREÇO DA MATA	01
LAGOA DO CARMO	01
CARUARU	01
ÁGUAS BELAS	01
GARANHUNS	01

¹⁷⁶EX-INTERNOS do Hospital José Alberto Maia retornam às cidades de origem no interior de Pernambuco. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06-28/ex-internos-do-hospital-jose-alberto-maia-retornam-cidades-de-origem-no-interior-de-pernambuco>>. Acesso em: dez. 2015.

¹⁷⁷Loc. cit.

IBIMIRIM	01
LIMOEIRO	01
TIMBAÚBA	02
TOTAL	66

Fonte: Dados retirados de: PERNAMBUCO. Gerência de Atenção à Saúde Mental. Rede de Assistência de Saúde Mental do Estado. Out. 2014.

O aumento do número de casas está diretamente relacionado com a diminuição da quantidade de leitos em instituições psiquiátricas por meio do fechamento de muitos manicômios. Em 2011 foi concluído o processo de fechamento do hospital psiquiátrico de Caruaru, com redução de 120 leitos SUS e em Recife, sob gestão do próprio município, o fechamento de dois grandes hospitais psiquiátricos, IPR (Instituto Psiquiátrico de Recife) em 2010 e HPP (Hospital Psiquiátrico de Pernambuco) em 2011 (dois macro-hospitais).¹⁷⁸

Os dados da tabela são do ano de 2014, mas pouco se alterou em relação à quantidade de Residências Terapêuticas em Pernambuco. Apenas em Camaragibe e no Recife foram criadas mais algumas residências. O fato é que a rede assistencial ainda é muito precária e o número de RTs insuficiente para as necessidades do estado.

Para esse trabalho é importante perceber as limitações do estado para melhor analisar o que se desenvolveu no Município de Camaragibe com o fechamento do HJAM. É notória a expressividade do fato dentro de toda a rede assistencial do estado. Em todos os encontros de Saúde Mental ocorridos após o fechamento da instituição, os relatos da importância do caso são constantemente apontados pelos agentes de Saúde Mental.

Todos que vivenciaram a concretização do processo do Alberto Maia e a saída de seus pacientes confirmam a singularidade do que foi presenciado em termos de sofrimento e avanços. Com muita emoção, o caso do Alberto Maia sempre se coloca como o mais expressivo dentro do estado de Pernambuco, não apenas pela proporção das ações que tiveram que ser desenvolvidas para que efetivamente ele fosse paralisado, mas também pelo exemplo que se coloca ao envolver diversos outros municípios e gerar um maior questionamento e a ampliação da rede assistencial. Nessa conjuntura, é notório que o município de Camaragibe foi o mais afetado e teve as ações mais expressivas, por isso contar a história desse local e dos avanços desenvolvidos para atender os oriundos do Hospital é fundamental.

¹⁷⁸PERNAMBUCO. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Diagnóstico de saúde mental do estado de Pernambuco**. Rede de atenção psicossocial. Recife. 1 jan. 2012.

4.3 A implantação das Residências em Camaragibe para atender os pacientes oriundos do Hospital José Alberto Maia

As experiências realizadas no Município de Camaragibe e, mais especificamente, as destinadas aos antigos pacientes do Hospital José Alberto Maia demonstram que as RTs são mecanismos muito inovadores e possibilitam uma recuperação nunca antes vivenciada. Ao longo de todo o processo de desinstitucionalização e fechamento do Hospital, muitas medidas foram criadas para continuar garantindo o cuidado, agora pautado sobre os novos moldes nacionais. A criação de CAPS e NAPS no município foi fundamental, mas, sem dúvida, o avanço principal foi feito pela construção das Residências e a realocação dessas pessoas.

Quando da saída dos pacientes do Alberto Maia, muitos não possuíam para onde ir. A maioria não havia mantido os laços familiares e, os que possuíam, encontraram resistência por parte da família em retornar para casa. Sendo assim, a criação das residências foi mais que uma estratégia, foi medida urgente e necessária para abrigar essas pessoas. Como não havia uma rede totalmente organizada, e o fechamento do Hospital foi realizado de forma emergente antes que as residências estivessem aptas para atender seus futuros moradores, locais de permanência transitória foram criados.

Para acelerar a saída dos pacientes do hospital a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura de Camaragibe celebraram dois novos convênios, o 054/10 no valor de R\$440.384,80 e o 086/10 no valor de R\$1.970.830,50¹⁷⁹. Esses convênios serviram para renovação da requisição parcial de serviço para um prazo de 180 dias e para a criação de dois Centros de Desinstitucionalização (espaços provisórios para os pacientes do hospital) até sua saída definitiva para uma Residência Terapêutica, retorno à família ou transferência para outra instituição, que estava prevista para o prazo de oito meses. Os centros ficaram sob gestão técnica e administrativa da Prefeitura de Camaragibe.

Todo o processo e a formatação dos Centros foi amplamente discutida com o Movimento Social, Controle Social, Ministério Público e Conselhos de Classe para maturação da proposta e garantia de acompanhamento desta, a fim de que se constitua de fato de forma provisória e coerente com os princípios a que se propõe.

Os dois Centros referidos se chamam “Acampamento Maré Mansa” e “Espaço Renascer”, com clientela e características diferentes e conseqüentemente necessidades singulares.¹⁸⁰

¹⁷⁹PERNAMBUCO. **Registro da experiência de credenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010. Gerência de atenção à Saúde Mental. Recife, Secretaria de Saúde de Pernambuco. 2010.

¹⁸⁰PERNAMBUCO. **Registro da experiência de credenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010. Gerência de atenção à Saúde Mental. Recife, Secretaria de Saúde de Pernambuco. 2010.

O Acampamento Maré Mansa se configurava como uma chácara que abrigou mais de 200 pacientes entre homens e mulheres. Todos oriundos do Alberto Maia e com indicação de retorno à família ou serviços residenciais terapêuticos. Já o Espaço Renascer era um casarão que abrigava 30 pacientes masculinos, os mais dependentes e graves. A maioria havia sido internada quando ainda era criança. Apresentando problemas neurológicos graves e déficit intelectual.

Após o período de oito meses, foram viabilizadas as transferências dos pacientes do Acampamento Maré Mansa para residências terapêuticas tipo I. Já o Espaço Renascer permaneceu por muito mais tempo até que se concretizasse a criação das RTs tipo II para onde foram enviados.

No ano de 2014 a então coordenadora de Saúde Mental, Norma Cassimiro, expôs as dificuldades e conquistas na criação das residências, mostrando o compromisso mantido com usuários e familiares e expressando claramente a conquista de autonomia gerada por essa mudança. Atualmente grande parte dos pacientes que saíram do Alberto Maia no final de 2010, estão vivendo nas residências. Para os que não tiveram o apoio da família ou estavam em situação de abandono a solução das casas residenciais foi fundamental para dar novo horizonte e perspectivas de pós-internamento.

Em 2001, quando foi implantada a primeira Residência Terapêutica para os pacientes advindos do Hospital, o município contou com reuniões junto ao Ministério da Saúde e familiares e a avaliação de pacientes que podiam ser mantidos com cuidados extra-hospitalares e com indicação para a residência. Depois desse primeiro momento, as ações se ampliaram e novas residências foram sendo criadas, algumas de ocupação mista e outras direcionadas para o público masculino ou feminino. Hoje o município conta com 11 Residências Terapêuticas tipo I e projetos de criação de mais algumas.¹⁸¹

As duas modalidades de residências previstas pelo Ministério da Saúde foram aplicadas em Camaragibe, levando em consideração as necessidades dos pacientes. É preciso lembrar que a residência tipo I, focalizada na inserção social dos pacientes, conta com apoio dos agentes comunitários de saúde e cuidadores durante todo período, que auxiliam os usuários a cuidar da casa e a realizar as tarefas diárias, ressaltando que as atividades são realizadas pelos moradores e que eles têm um controle de suas vidas, podendo sair para passear pela comunidade, administrar seu benefício e comprar seus bens pessoais. Em Camaragibe foram criadas 11 RTs

¹⁸¹Dados atualizados do ano de 2015 fornecidos pela atual Coordenadora de Saúde Mental de Camaragibe, Gabriela Paixão.

desse tipo com um número de usuários variando de 8 a 14, que mantêm suas rotinas de forma bastante “normal”, em que cada morador possui local para guardar seus pertences, alguns realizam trabalhos remunerados, recebem visitas de familiares, participam de passeios em grupo e individualmente, deixando para trás o passado de isolamento e humilhação vividos no antigo Hospital. Tarefas simples como varrer a casa, preparar o almoço, recolher o lixo e lavar roupas fazem com que se sintam moradores e não mais pacientes.

Nesse ambiente as interações entre os pacientes e cuidadores transformam o cotidiano em momentos de discussão e entretenimento coletivo em que os moradores são incentivados a se confrontarem com questões inerentes às suas realidade e limitações, adquirindo assim uma consciência dos problemas e desafios por meio da comunicação com os demais. O trabalho é realizado na perspectiva de que os moradores estabeleçam objetivos que possibilitem seu processo de reconstrução pessoal e emancipação. Amparados por uma rede de suporte assistencial, o trabalho se encaminha para situações de circulação de saberes, que visa estabelecer uma terapêutica pautada na personalização do atendimento. Ao colocar os moradores em contato com vizinhos, comunidade e família, a assistência ajuda a promover ambientes de convivência que ativam suas relações com os espaços externos e, conseqüentemente, os tornam mais preparado para agir com as questões inerentes da vida em sociedade.

Os relatos dos antigos internos demonstram que a mudança de vida é muito promissora e suas expressões deixam explícito o quanto se sentem aliviados de não estarem mais na instituição psiquiátrica. Eles enfatizam o que existe de melhor em viver em um local onde participam das atividades: “Tenho minha liberdade, faço o que quero. A comida é ótima”¹⁸², declarou a moradora A. A moradora “B” fez questão de mostrar o armário onde guarda suas roupas, dizendo que em breve irá comprar outro com seu próprio dinheiro, advindo do benefício do Programa De Volta Para Casa, concedido a todos os moradores. Enquanto isso, a moradora C mostrou vasos e costuras feitas por ela mesma, atividade que aprendeu a realizar nos cursos fornecidos pela Prefeitura e que hoje constitui um meio de aumentar a renda, lhe concedendo maior autonomia. Esses relatos enfatizam a conquista social e a maneira como os usuários se sentem tratados pelo serviço, construção de uma relação pautada no respeito e na liberdade.

Apesar das falas expressarem o momento de realização que vivenciam atualmente, os usuários ainda trazem na memória as marcas dos anos de vivências do período de internamento. Lembranças de quando eram maltratados pelos funcionários, recebiam uma alimentação

¹⁸²Declaração de uma das moradoras de Residência Terapêutica do Município de Camaragibe. Para preservar a identidade dos moradores foram utilizadas letras para identificar suas falas.

precária e dos muitos casos de óbito que tiveram que presenciar. São fantasmas que permanecem. O morador “D” relata ter sido ele mesmo, a preparar muitos dos corpos sem vida que saíram do Alberto Maia. Enquanto uma das moradoras se emociona ao falar das vezes que foi agredida fisicamente por uma das enfermeiras. O desespero estampando em seu rosto ao lembrar os fatos que fizeram parte de sua trajetória revela como foi benéfica a intervenção dentro do Hospital.

A reconquista dos laços afetivos é outro fator que precisa ser mencionado nessa experiência. Muitos dos moradores têm relacionamentos amorosos com outros usuários ou com pessoas de fora. Os namoros são de conhecimento dos cuidadores e da coordenadora, que repassam a importância do cuidado e falam abertamente de questões sexuais, prevenção e uso de contraceptivos disponibilizados pelos outros serviços de atenção. Uma das moradoras relata: “Norma manda eu usar camisinha senão vou pegar doença”. A naturalidade com que esses assuntos são tratados é outra barreira que foi rompida com o fim da internação, já que antes essas atitudes eram vistas como algo errado, um tabu, pois a sociedade, ao separar os loucos do resto social, também passa a acreditar que eles não podem ter uma vida sexual ou um relacionamento afetivo como os demais. Agora nas RTs eles têm devolvida sua sexualidade e liberdade amorosa, bem como tudo o que ela expressa na reconquista de todos os laços sociais perdidos no internamento.

No caso dos antigos pacientes do Alberto Maia, os usuários que apresentavam quadros mais severos de déficit intelectual não tiveram condições de serem alocados em Residências Terapêuticas tipo I, onde são assistidos apenas por cuidadores. Dessa forma, foram encaminhados a um local com equipe mais especializada, que passou a denominar-se Espaço Renascer, localizado no Km 9,5 de Aldeia. Segundo informações da coordenadora do local, Ellen Luce, no ano de 2014 o projeto era de que esses residentes seriam transferidos para Residências Terapêuticas tipo II, o que de fato se concretizou apenas no ano de 2015.

O Espaço Renascer abrigou 30 usuários masculinos, diagnosticados como “deficitários intelectuais” que, segundo Ellen Luce, caracteriza-se por “um funcionamento intelectual abaixo da média de Q.I, ocasionando limitação na função social, atividades da vida diária e outras. Estes tiveram o quadro mental agravado pelo longo tempo de hospitalização”¹⁸³. O que caracteriza esses indivíduos são dificuldades em realizar pequenos hábitos pessoais que vão desde a higiene até regras simples de convivência, criando o que Pedro Gabriel Delgado definiu como: “embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos, dificuldade de realizar ações

¹⁸³Relato concedido por Helen Luce. LUCE, Helen. [2014]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

práticas”¹⁸⁴, características que, segundo o autor, são impostas pela doença, mas agravados pela vida asilar de forma a dificultar a reinserção social dessas pessoas. Por isso os pacientes crônicos representam o maior desafio para as reformas no setor da Saúde Mental, necessitando de intervenção contínua.

Devido à própria cronicidade, os pacientes precisam de cuidados especiais e fazem uso de medicação psicotrópica com necessidade de acompanhamento de enfermeira-chefe 24 horas por dia, além de equipe com 5 técnicos de enfermagem que fazem o suporte do tratamento. Conta ainda com 3 auxiliares de serviços gerais durante o dia e 1 à noite. O quadro é composto também por uma terapeuta ocupacional, que é a própria coordenadora, totalizando o número de 38 funcionários atuando nesse espaço.

Com o mesmo propósito das residências tipo I, o cuidado destinado aos usuários também visa à recuperação da identidade e reinserção social, mas levando em consideração as limitações desse grupo específico. As reuniões realizadas com a equipe têm como finalidade registrar as dificuldades encontradas, escutar sugestões e avaliar o funcionamento mensal. É incentivado o desenvolvimento desses usuários e a capacidade de realizarem pequenas atividades que os tornem menos dependentes. Ações simples, como se alimentarem usando talheres, manterem-se vestidos e a realização de pequenos afazeres domésticos já representam uma conquista diante da realidade de abandono em que viviam anteriormente no serviço que estavam internados. As particularidades inerentes de cada um e os cuidados específicos são ressaltados para que haja, de fato, uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas. Entendendo que cada paciente possui seus hábitos e características próprias, sendo alguns mais agitados, outros não conseguindo se adequar ao uso de vestuário, muitos não sabendo usar o banheiro sozinho, alguns quebrando o objetos, sujando e rasgando roupas com bastante frequência devido ao próprio déficit intelectual.

Hoje o Espaço Renascer não existe mais. Os 30 usuários que lá se encontravam foram transferidos para 4 Residências Terapêuticas tipo II que foram criadas em Camaragibe para acolhê-los. Cada Residência possui 8 moradores, que são assistidos por 1 técnico de enfermagem, 1 cuidador e 1 profissional de serviços gerais.¹⁸⁵

Em visita a uma RT tipo II foi possível constatar a dinâmica do cotidiano desses locais. A casa, que muito se assemelha a qualquer outra, tem rotina bem estabelecida. Os moradores

¹⁸⁴DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos cronicados). In: TUDIS, Silvério e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 3. ed. Petrópolis: Vozes / Abrasco, 1991, p. 191.

¹⁸⁵Informações obtidas em conversa informal concedida por Helen Luce. LUCE, Helen. Entrevista I. [fev. 2016]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

transitam pelos locais de comum acesso. Cada quarto comporta até 3 pessoas, que possuem objetos pessoais separados. A casa é ampla, possui divisão dos quartos, e o ambiente favorece a individualização dos moradores.

Em local separado, dois dos moradores precisam ficar isolados dos demais, pois não conseguiram se readaptar à convivência em grupo, apresentando comportamento arredo e não aceitação de vestuário. Apesar disso, a técnica de referência das RTs tipo II em Camaragibe, Hellen Luce, se aproxima e conversa com eles normalmente, respeitando suas limitações e seus espaços. É imperioso entender os limites da mudança. Cada comprometimento gerado pelo transtorno mental precisa ser relativizado. Por isso é de fundamental importância que o cuidado seja individualizado e não haja imposições que vão além das condições dos usuários.

Segundo Hellen Luce, a realidade nas RTs II é muito diferente do que era vivenciado no Espaço Renascer. Em local menor, com número reduzido de moradores, o cuidado é mais personalizado e as intercorrências diminuíram significativamente. Há também uma maior participação dos familiares e da comunidade. Uma vez por semana recebem visitas da Psiquiatra que faz o acompanhamento e a prescrição de modificações nas medicações.

Quando realizada a visita, a psiquiatra Ana Paula, que acompanha esse tipo de RT em Camaragibe, se encontrava no local e relatou suas impressões a respeito dos moradores que advindos do Alberto Maia. Segundo ela, a primeira impressão foi de “espanto com as condições humanas. Não tinham hábitos de higiene... Sem linguagem... Muita agressividade”¹⁸⁶.

Após a saída do hospital e com a ida para as residências foi possível, na visão da psiquiatra, perceber melhoras visíveis, desenvolvimento na linguagem, reconquista de vontades pessoais e desejos, tendo hoje uma “condição humana de dignidade muito superior”. Na visão de Ana Paula, a Residência é um mecanismo importante da Reforma pois viabiliza um cuidado mais individualizado, podendo assim, ser criado um melhor plano terapêutico, levando em consideração as necessidades de cada indivíduo.

No caso dos moradores das Residências tipo II há um agravante. A maioria deles, acrescido ao transtorno mental, possui diagnósticos de retardos mentais, autismo, epilepsia, além de a maioria ser diagnosticada com esquizofrenia. Devido a esses diagnósticos é necessário o uso de muitos medicamentos para que seja possível manter uma rotina em conjunto. Segundo Ana Paula a medicação é utilizada com propósito de adequação à convivência, não sedação. Todos os moradores estavam acordados e aparentemente conscientes

¹⁸⁶Conversa informal com a psiquiatra Ana Paula. [fev. 2016]. Pesquisador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

durante a visita, o que indica que o uso de medicamentos não tem a função de “dopar” os moradores, como muito foi aplicado no tratamento de instituições psiquiátricas.

Apesar da ampla melhora, Ana Paula deixa explícita a dificuldade de desvincular o tratamento com o serviço hospitalar, principalmente no caso dos usuários mais comprometidos, que possuem problemas clínicos e pessoas de idade avançada. Devido a isso é fundamental contar com diversos apoios que possibilitem o tratamento eficiente. Apoios esses advindo dos CAPS e dos Hospitais Gerais, que são utilizados caso ocorram intercorrências.

Outra questão que ainda é trabalhada no município de Camaragibe em relação às residências é a aceitação da comunidade. Apesar do fechamento do Hospital há 6 anos ainda existe resistência em relação à aceitação dos novos moradores. A dificuldade começa no aluguel da casa, momento em que a prefeitura percebe muita resistência quando específica para que uso será destinada. Muitos locatários ao saberem que ali irão morar pessoas com transtornos mentais desistem de realizar a negociação para a prefeitura. Além disso a maioria das casas de Camaragibe possui difícil acesso, sendo um complicador a mais no caso de moradores que tenham alguma dificuldade locomotora, como é o caso de muitos que já são idosos. São muitos os entraves que ainda enfrenta o Serviço de Saúde Mental em Camaragibe e, em certa medida, em outros locais que também receberam os pacientes do HJAM. É uma batalha constante, com mudanças frequentes de localidade devido a essas problemáticas.

No ano de 2015 foi entregue um abaixo-assinado de moradores próximos a uma RT tipo II ao secretário de saúde de Camaragibe. No documento são pedidas providências quanto a inconvenientes causados pela referida residência à vizinhança. Segundo o grupo de moradores, após a instalação da residência a tranquilidade foi perdida no local devido a barulhos excessivos que tiraram o “sossego” dos vizinhos. São relatados diversos acontecimentos, entre eles a “fuga” de um morador desnudo que havia causado constrangimento a crianças e idosos do local. Em um trecho do documento, é colocado como um problema “eventuais ‘encaradas’ que os internos fazem as crianças e transeuntes pois o local tem contato com a rua abertamente”¹⁸⁷. Ou seja, o que é questionado é o acesso à rua. O fato dos moradores terem acesso à rua incomoda a vizinhança, que acredita que apenas um olhar desses moradores seja um incômodo. Esse relato é a expressão da continuidade do medo que ainda persiste em torno da doença mental. Os portadores de transtornos mentais ainda são indesejados pelo receio do desconhecido ou da mudança.

¹⁸⁷CAMARAGIBE. **Solicitação de Providências**. Abaixo assinado encaminhado ao Secretário de Saúde de Camaragibe. 6 out. 2015.

Se analisarmos essa atividade mais a fundo é possível perceber que o que está em questão é o que significa uma Residência Terapêutica: para alguns moradores ela deveria continuar com características de instituições totais, concebendo o afastamento e separação física entre o ambiente que circulavam os portadores de transtornos mentais do resto da sociedade. Dessa forma, as residências acabariam reproduzindo a lógica manicomial, com o caráter “total” expresso nos Hospitais Psiquiátricos. Em relação a esse caráter “total”, Hudson Pires, Maria Silveira, Dulce Gualda e Nathalia Salim especificam:

O caráter “total” das instituições, neste caso o hospital psiquiátrico, é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes, (na maioria) estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arames farpados e outras.¹⁸⁸

Segundo Gabriela Paixão, atual coordenadora de Saúde de Camaragibe, um dos moradores foi diversas vezes à Secretaria reclamar da referida RT, informando que a casa se encontrava em local inadequado para receber aqueles moradores por ser quente, pouco ventilada, não ter isolamento acústico e outras questões. Afirmava que os moradores estavam sendo maltratados por estarem naquele local. A coordenadora logo percebeu que a preocupação era muito mais com os possíveis e supostos incômodos da vizinhança do que com o bem-estar dos novos moradores: afinal de contas, outras pessoas não haviam residido naquele local anteriormente? Por que os portadores de transtornos mentais não podiam fazer o mesmo? O que faz dessas pessoas diferentes a ponto de não poderem ocupar os mesmos espaços? Essas são questões que ainda precisam ser constantemente trabalhadas e estão longe de serem superadas.

Para aceitar a residência foi sugerido à coordenadora de Saúde Mental que várias alterações na casa fossem feitas, tais como: elevação do muro de modo que não houvesse mais contato visual dos moradores com a rua, instalação de bloqueio acústico, instalação de grades, entre outras medidas. Essas reivindicações deixam explícito que o objetivo é realmente a separação do indivíduo indesejado. Como esses pedidos foram negados pela coordenação de Camaragibe, que tentou explicar a proposta das residências, visando priorizar o convívio de seus moradores com a comunidade, foi encaminhado o abaixo-assinado que em suas considerações argumenta:

Bem como não foi tratado com a comunidade local nenhum tipo de contato acerca dos impactos sociais em razão do local escolhido, haja vista que são limítrofes com

¹⁸⁸SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTO JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira (Org.). Loucos? Histórias de vida, significados do sofrimento psíquico e (des)institucionalização. In: _____. **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

residências (parede com parede), as quais têm grande movimentação de crianças, idosos e populares que estão em intensa intranquilidade social e afetadas por perturbação do sossego, causando-lhe problemas psíquicos e trabalhistas que podem afetar permanentemente a vida de centenas de pessoas. Sendo tudo exposto, solicitamos urgentemente providência para a solução do problema com a imediata alocação dos internos a um local digno.¹⁸⁹

Alguns pontos merecem destaque no trecho acima citado. Primeiramente a exposição ao fato de que a residência se encontra “parede com parede” das demais casas, o que já demonstra que o incomodo se dá devido à aproximação dos portadores de transtornos mentais com as casas próximas. Outro ponto a ser ressaltado é que a presença dos novos moradores estaria causando danos “psíquicos e trabalhistas” à vizinhança. Ou seja, a presença da Residência Terapêutica criou não apenas desconforto como um intenso problema social ao redor, apenas pela presença dos novos residentes. Por último, a solução encontrada pelos vizinhos que formularam o abaixo-assinado é a “alocação dos internos”, ou seja, a retirada dessas pessoas do local. Não há proposta de possibilidades de convívio ou mesmo interesse em melhor compreender a situação dos moradores, a solução seria, de fato, a exclusão desses indivíduos indesejados. Só com a saída deles a paz voltaria à comunidade.

Um ponto a mais que chama atenção no documento como um todo é o uso do termo “internos” em alguns momentos para designar os moradores da residência. O uso dessa nomenclatura tem significados muito relevantes, pois demonstra que para a comunidade aquelas pessoas continuam a ser doentes internados em um local com características institucionais. Eles não podem ser apenas moradores, sua condição de doente ainda permanece viva na mentalidade comum, fazendo com que a aceitação não aconteça.

Essa mentalidade de que os moradores de RTS continuam internos como em um hospital psiquiátrico é uma constante não apenas no município de Camaragibe. Em outras experiências foi constatado que as RTS podem ser confundidas com abrigos ou locais de institucionalização. Como fica claro nos discursos de vizinhos de Residências Terapêuticas na cidade de Campina Grande, na Paraíba:

É... um... lugar... onde as pessoas, que têm dificuldades mentais (silêncio) ficam e... **devem** (ênfase) ter assistência... (...) É... a meu ver um abrigo é... esses, é uma proteção tanto pros doentes... mentais, como pra vizinhança (...). Porque se um doente mental ele não fizer um tratamento e não estiver num lugar adequado onde tiver um tratamento, ele... se descontrola... (Jéssica, 48 anos; há um ano, reside no Bairro Alto Branco – a duas casas da residência).¹⁹⁰

¹⁸⁹CAMARAGIBE. **Solicitação de providências**. Abaixo assinado encaminhado ao Secretário de Saúde de Camaragibe. 6 out. 2015.

¹⁹⁰VELÓSO, Thelma Maria Grisi et al. Residências Terapêuticas e Reforma Psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos

O relato do estudo realizado na cidade de Campina Grande é significativo para mostrar como a visão da comunidade ainda está bastante distorcida em relação aos cuidados comunitários. A casa é para eles ainda um lugar que deve proteger a população dos portadores de transtornos mentais, persistindo a visão preconceituosa em torno da doença mental e do indivíduo acometido por ela. Em outros trechos do mesmo estudo alguns vizinhos afirmam que seria melhor juntar as casas em um local só maior para abrigar todos os doentes e lá cuidar deles. Ou seja, a volta do Hospital.

Esses exemplos mostram como ainda há muita resistência, por vezes explícita, como foi o caso dos que pediram a retirada dos moradores da RT em Camaragibe, e em outros momentos é um preconceito velado que, ao mesmo tempo em que tenta entender, ainda continua a perpetuar o afastamento.

A análise do que vêm sendo realizado no Município de Camaragibe, em relação aos antigos pacientes do Alberto Maia deixa evidente o quanto as pessoas envolvidas com o processo de desinstitucionalização – visto muito além da mera desconstrução asilar – estiveram empenhadas em desenvolver um trabalho de grande alcance e de ruptura. Desde as primeiras dificuldades de aprovação, financiamento e execução do fechamento do hospital até os desafios atuais de manutenção e qualidade da assistência foram anos e muitas batalhas até que a vida além dos muros da instituição se mostrou possível e a cidade se mostra cada vez mais sendo percebida como um local de reconstrução e produtor de saúde.

Lesage¹⁹¹, ao falar da *Terapia Psicopolítica*, deixa explícito que a ruptura principal com o manicômio teria que vir acompanhada por uma consciência social ampla e ressignificada, na qual a sociedade teria um papel crucial na conquista dessas mudanças. A construção de uma morada e a conquista de autonomia estão ligadas a isso.

Se um paciente está doente, é em razão de fatores psicológicos, sociais, étnicos, culturais, familiares e religiosos... é importante a eles a inscrição social, supondo uma moradia, um trabalho, uma rede de vizinhos, companheiros e amigos e a possibilidade de pôr realmente em aplicação no campo social o funcionamento reequilibrado do dispositivo afetivo, intelectual e psicológico do indivíduo.¹⁹²

(Org.). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 142-162.

¹⁹¹HAYAE, Jacques Lesage de La. **A morte do manicômio**. São Paulo: Imaginário. / Manaus: Ed. Da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

¹⁹²HAYAE, Jacques Lesage de La. **A morte do manicômio**. São Paulo: Imaginário. / Manaus: Ed. Da Universidade Federal do Amazonas, 2007.p. 150.

Segundo Saraceno¹⁹³, dois aspectos se mostram como variáveis que determinam os resultados das novas propostas de reabilitação; um está relacionado à organização do serviço e se este atende minimamente às necessidades de seus usuários, utilizando-se de recursos sociais, e se esses próprios usuários aprovam a forma como se aplica o serviço. Em segundo lugar, também se configura como variáveis as relações usuário-profissional e o vínculo afetivo estabelecido, o quanto se apresenta disponível para concretização das ações. É preciso, portanto, escutar os portadores de transtornos mentais, levar em consideração o que desejam, que tipo de cuidado esperam, quais suas perspectivas para o futuro e, com isso, criar laços, que vão além da doença.

Foi nessa perspectiva que o fechamento do Alberto Maia e a criação da rede assistencial se desenvolveram, atribuindo à loucura uma resposta social por meio de organização política, administrativa, levando em consideração aspectos históricos e culturais, entendendo a trajetória de vida de cada usuário como ser único, buscando por meio desse trabalho construir uma reabilitação psicossocial complexa, pautada em uma cidadania que os anos de internação haviam destruído.

A proposta das RTs e dos programas de reabilitação, conforme mencionado, pauta-se em promover a reinserção social dos pacientes desospitalizados e proporcionar-lhes autonomia. Sendo esse um trabalho complexo e que requer abordagens diferenciadas para as diferentes necessidades dos moradores, é fundamental que esses programas sejam desenvolvidos de forma continuada e dinâmica, para a manutenção dos ganhos e com ajustes frequentes, de acordo com o desenvolvimento dos usuários. Apesar das deficiências apresentadas por alguns moradores, a transferência do local de tratamento, em conjunto com as estratégias de reabilitação utilizadas se mostrou satisfatória para a maioria deles. A perspectiva é de que com o tempo, mudanças mais expressivas sejam evidenciadas ao longo do acompanhamento desses moradores.

¹⁹³SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente que o manicômio como instituição acabou por se mostrar fracassado na sua tentativa de sanar a loucura. De fato, cumpriu o papel de excluir e separar os indivíduos insanos sem conseguir deles mitigar o sofrimento da doença mental. Portanto se tornou símbolo de um modelo ineficiente de tratamento e perpetuador de uma lógica cruel que durante muito tempo definiu os cuidados na Saúde Mental.

Ao longo dessa pesquisa foi possível ter convicção de como a instituição de violência expressa pela instituição psiquiátrica foi mais uma forma de afirmação de poder e, em certa medida, da luta de classes. Os indivíduos que não conseguiram se inserir na lógica capitalista do trabalho acabaram por se tornar inimigos e seu afastamento foi colocado como mecanismo de controle e, posteriormente, de lucro advindo das práticas psiquiátricas e da privatização do setor.

Para responder ao sofrimento vivenciado dentro dessas instituições, movimentos pioneiros como o da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana ousaram em denunciar a ineficiência da Psiquiatria e do saber médico como única alternativa de controle da loucura. Questionavam não apenas o manicômio, mas toda uma lógica social que perpetuava conceitos de práticas que maltratavam os indivíduos em detrimento da obsessão pela doença. Foi então colocado que o cerne do tratamento deveria estar focado na pessoa e não em sua enfermidade. Nesse momento um grande paradigma foi rompido e os portadores de transtornos mentais começaram a ser vistos como pessoas que sofrem. E, para além disso, como pessoas que sentem e precisam ser compreendidas e respeitadas.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos e na Europa, os hospitais psiquiátricos foram a alternativa dada pelo governo e pelo saber psiquiátrico como forma de conter a loucura. Serviu, acima de tudo, como medida higienista ao retirar do convívio social pessoas que representavam o indesejável. Por outro lado, utilizaram-se dessas pessoas como fonte de conhecimento científico nesses locais de segregação. Em consequência dessas medidas, consolidou-se a estigmatização do “louco” e seu afastamento da sociedade.

Apenas no final da década de 1970 e com a lenta volta da democracia após o regime militar questionamentos realmente relevantes em torno das práticas psiquiátricas vão ganhar força em território nacional. A luta que surgiu a partir dos próprios trabalhadores da saúde ganhou força ao se somar a outras demandas extremamente necessárias na Saúde Pública como um todo. Dessa forma o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica teve aqui caminhos paralelos

com a própria política de Saúde Pública do país. A medida em que a saúde se tornou universal e a ampliação dos direitos aos serviços de saúde foi tomando maior espaço, a sociedade começou a exigir que essas medidas direcionassem seu olhar para os portadores de transtornos mentais.

Pode-se dizer que apenas com a Constituição de 1988 que os rumos da Saúde Pública começaram a tomar outros caminhos e, progressivamente, políticas públicas começaram a ser desenvolvidas para garantir uma mudança na assistência da Saúde Mental. Leis municipais foram se somando na perspectiva de afirmar que o manicômio precisava acabar e dar lugar a novos modelos de tratamento com um olhar mais humano e democrático.

É inegável perceber que a Reforma Psiquiátrica desenvolvida no Brasil foi direcionada na perspectiva de garantir direitos fundamentais. O debate se manteve em torno da problematização da efetivação do acesso à cidadania e reconhecer os portadores de transtornos mentais como sujeitos que possuem direitos e precisam ser inseridos no convívio social de forma a construir novas possibilidades de lidar com os comportamentos desviantes.

No estado de Pernambuco a privatização do setor psiquiátrico e da presença de grandes instituições há muito consolidadas dificultou os avanços da Reforma Psiquiátrica durante longo período. Porém a entrada de trabalhadores da saúde com ideais de esquerda trouxe a emergência de diversas pautas sociais, entre elas a questão do tratamento das doenças mentais que necessitava ser humanizado de forma urgente. Apesar dessas dificuldades, é preciso reconhecer o papel importante que Pernambuco vem desenvolvendo a respeito dessa questão, pois a lei municipal que determina a substituição progressiva dos hospitais por outros meios assistenciais foi aqui apresentada antes mesmo da Lei da Reforma Psiquiátrica Nacional, demonstrando que o estado tem um histórico de luta em prol de uma reforma antimanicomial.

A respeito do caso específico estudado do Hospital José Alberto Maia, muitos são os pontos a serem ressaltados. Talvez esse tenha sido o caso mais marcante de fechamento de instituição psiquiátrica no estado, não apenas pela grande dimensão do referido hospital, mas, principalmente, pela comoção gerada devido à precariedade dos seus serviços prestados. Todos que estiveram envolvidos relatam os horrores presenciados ao se depararem com a realidade dos antigos pacientes, demonstrando que as ações não foram apenas técnicas e sim de caráter humano.

Ficou claro que após o descredenciamento do manicômio pelo SUS, a etapa realmente determinante para o fechamento do local e a realocação dos pacientes foi o Termo de Compromisso Tripartite. Sem a pactuação das três esferas governamentais não teria sido possível realizar uma intervenção da magnitude que se presenciou no Alberto Maia,

demonstrando, assim, como é de fundamental importância que essas alianças sejam feitas no intuito de construir possibilidades de mudanças no que tange à administração pública.

Da mesma forma, demonstrou-se relevante a existência de programas sociais de auxílio aos portadores de transtornos mentais, como o benefício *De Volta Para Casa*, não sendo este visto como uma espécie de “compensação” pelo sofrimento, mas sim como uma forma de possibilitar a construção de uma volta à cidadania. Uma maneira de garantir a esses sujeitos o controle mínimo de suas vidas e seus desejos, tendo ainda muitas limitações a serem suplantadas.

Ainda na construção de uma reabilitação com enfoque na ressocialização, a estratégia dos Serviços Residenciais Terapêuticos foi ponto decisivo para que o fechamento do hospital hoje represente uma conquista e se apresente como exemplo para práticas futuras. Criadas de forma conturbada e ainda apresentando problemas em sua praticabilidade, as RTs se colocam como a mais inovadora medida de serviços substitutos já vivenciadas no estado de Pernambuco. Isso se dá pela sua força de trazer de volta à comunidade pessoas que durante tanto tempo foram rejeitadas. Longe de ser o serviço ideal, as residências se colocam como única alternativa viável para dar conta daqueles que não possuem suporte familiar.

Salientamos a necessidade de compreender esse serviço como medida estratégica dentro de um projeto mais amplo de desinstitucionalização sem que ela se coloque como ponto final da trajetória desses indivíduos. Cuidar para que essas moradias não acabem se tornando novos modelos de institucionalização e tutela é o grande desafio da atual realidade dos antigos internos do HJAM. Ao mesmo tempo entendemos que essa medida é fundamental na perspectiva de garantir a continuidade da responsabilização do estado no cuidado dessas pessoas.

Longe de querermos cair no discurso vazio da perfeição dos rumos da reforma e internalizar as propostas criadas sem um devido questionamento crítico, é imperativo relativizar os limites das ações e das dificuldades envolvidas. Dificuldades políticas, culturais, financeiras e organizacionais dentre muitas outras ainda estão muito presentes no cotidiano das ações voltadas à Saúde Mental. Diante desses obstáculos o que vivenciamos atualmente precisa ser valorizado.

Muitas críticas ainda podem ser direcionadas aos CAPS, à forma como os hospitais estão sendo fechados, à pouca estrutura em relação ao acolhimento de pessoas em crise e até mesmo às Residências Terapêuticas. De fato, muito precisa ser aperfeiçoado. No estado de Pernambuco o número de CAPS e RTs ainda é bastante inferior ao ideal e hoje temos apenas uma emergência psiquiátrica em funcionamento, essa apresentando diversas precariedades. Podemos então dizer que a reforma não está de todo realizada ou até mesmo que não vem sendo

desenvolvida da forma mais correta. Contudo, ao lançarmos olhos para o passado vemos o quanto avançamos na garantia de direitos, nas ações realizadas, na superação de preconceitos. Para os que viveram no Hospital durante grande parte da vida essas conquistas representam um universo de possibilidades.

Reconhecer esses avanços não é negligenciar os problemas e limitações, mas permanecer vigilante para que não haja retrocessos e para que o aperfeiçoamento seja constante. Nos relatos das agentes de Saúde Mental do estado foi possível perceber essas inquietações. Não há em suas falas conformação no que foi realizado até o momento, o que existe é a compreensão de que foi feito o máximo possível e de que é preciso continuar trabalhando por melhoras.

A questão mais relevante dessa pesquisa se colocou em definir se houve, de fato, uma real desinstitucionalização no caso do Alberto Maia. Porém determinar essa resposta se mostrou um caminho tortuoso, tendo em vista as limitações que envolveram o fechamento do local em contraposição aos avanços de qualidade de vida gerados pelo mesmo processo. Se pensarmos a desinstitucionalização em seu sentido mais amplo e complexo de desconstrução com alógica institucional e com a renovação dos laços sociais e das redefinições éticas que ultrapassam a dimensão da institucionalização indo para o contexto mais amplo de mudança social, de fato não ocorreu essa total ruptura com o fim HJAM.

Muitas são as críticas feitas a respeito da condução do processo de fechamento do Hospital, que teve altos e baixos entre idas e vindas, como podemos constatar em período longo de mais de 10 anos. No final das contas, as resoluções acabaram tendo que ser realizadas às pressas, sem que a rede assistencial substituta tivesse sido concluída, o que acabou gerando prejuízos na qualidade dos novos cuidados, como da necessidade dos locais de permanência transitória ou até mesmo o encaminhamento de pacientes para localidades que não possuíam redes assistenciais ainda desenvolvidas. Esses e muitos outros percalços que envolveram o processo, de fato, comprometeram as conquistas que esse evento poderia ter produzido.

Apesar disso, dentro das possibilidades que se apresentaram, o fechamento do Alberto Maia se coloca como divisor de águas na trajetória da Saúde Mental do estado de Pernambuco devido à permanência do cuidado após o fim da instituição. Os envolvidos no processo conseguiram garantir uma responsabilização das esferas governamentais e que o cuidado se pautasse em uma retomada de autonomia dos portadores de transtornos mentais, buscando, aos poucos, colocá-los como cidadãos de direitos.

O processo ainda não está finalizado. A passos discretos a história dessas pessoas ainda continua: suas conquistas diárias contra o preconceito e a superação das marcas advindas da

cronificação e do sofrimento por ela gerado é o que precisa ser documentado e colocado como prioridade. Sendo assim, a desinstitucionalização do Hospital não foi completa, mas foi a que se mostrou possível dentro da realidade vivenciada, representando uma pequena vitória diante da luta maior em torno da batalha da Reforma antimanicomial.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A.R; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, jul./dez. 2016, p. 299-316.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

_____. **O homem e a serpente**: Outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 88 e 89.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2003, p. 200- 201.

ATROPELADOS na volta para casa. *Jornal do Commercio*, Caderno Cidades, p. 14. Recife, 7 de junho de 2010.

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

BLOG de Jamildo. Disponível em: <<http://blogs.ne10.uol.com.br/jamildo/2011/01/12/pernambuco-vai-perder-mais-um-hospital-psiquiatrico/>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; CARVALHO, Liliane Brandão; XIMENES, Verônica Moraes; MELO, Anna Karolynne da Silva; GODOY, Maria Gabriela Curubeto. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Ceará, v. 17, n. 3, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social/CONASP. Anais do CONASP. Atas das reuniões e anexos principais. 24 nov. 1981 / 28 jun. 1983. Rio de Janeiro, 1983. v. 2.

_____, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1988.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único De Saúde - Legislação Federal. Portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. 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. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa De Volta para Casa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério Público Federal. **Recomendação Conjunta Hospital José Alberto Maia**. Recomendação Conjunta nº 1/2008.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Pernambuco. **Decisão de arquivamento**. 2011.

CAMARAGIBE, Secretaria de Saúde de. **Diagnóstico da situação do Hospital José Alberto Maia e relatório de ações desenvolvidas para o cuidado dos pacientes internados**. 10 fev. 2010.

CAMARAGIBE, Governo municipal de. Secretaria de Saúde Diretoria de atenção a saúde. Coordenação de Saúde Mental, álcool e outras drogas. **Histórico das ações para o descredenciamento do SUS dos manicômios de Camaragibe-PE.** 2013.

CAMARAGIBE. **Solicitação de Providências.** Abaixo assinado encaminhado ao Secretário de Saúde de Camaragibe. 6 out. 2015.

CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal de. **Proposta de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia/2009-09-17.** Pasta 1. 2010

_____. Ministério da Saúde. Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 30 mar. 2016.

CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida:** as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 1999. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 1999.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da Psiquiatria Asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUDIS, Silvério e COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e Loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil. 3. ed. Petrópolis: Vozes / Abrasco, 1991, p. 171-202.

DIAS, Mirian Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental:** uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2007.

DIÁRIO Oficial da União. Portaria nº224/92.

DIÁRIO Oficial do Estado de Pernambuco, 1994, s/n.

EX-INTERNOS do Hospital José Alberto Maia retornam às cidades de origem no interior de Pernambuco. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-06->

28/ex-internos-do-hospital-jose-alberto-maia-retornam-cidades-de-origem-no-interior-de-pernambuco>. Acesso em: dez. 2015.

FLEMING, Manuela. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto (PT): Ed. Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FONTE, Eliane da. Saúde Mental e cidadania: a qualidade de vida em portadores de transtorno mental. In: FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006, p. 145-152.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **Cartografia do financiamento em Saúde Mental**: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação da situação atual dos serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 785-795, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30993.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1961.

GOULART, Maria Stella Brandão. Em nome da razão: quando a arte de curar faz história. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, 2010.

HAYAE, Jacques Lesage de La. **A morte do manicômio**. São Paulo: Imaginário. / Manaus: Ed. Da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

HUMBERTO Costa critica internação involuntária para tratamento de dependentes químicos Portal Diário de Pernambuco. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/politica/2013/11/13/interna_politica,473649/humberto-costa-critica-internacao-involuntaria-para-tratamento-de-dependentes-quimicos.shtml>. Acesso em: 3 mar. 2015.

JORGE, Miguel R.; FRANCA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

JORNAL do Comércio, 6 jun. 2010, p. 4.

LACERDA, Clarissa; BARROS, Luiza; THEODOSIO, Rafaela; SORIANO, Roberta UCHÔA Roberta. **Desinstitucionalização de pessoas com longo período de internação em hospital psiquiátrico**: perfil dos pacientes do Hospital José Alberto Maia. Pôster apresentado na Conferência Estadual de Saúde. 2010.

LEITE, Brena de Aguiar. **Serviços de residências terapêuticas**: entre a tutela e autonomia, a incansável busca pelo cuidado. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

LUCENA, Marcela. **Descrédenciamento de hospital psiquiátrico do sistema único de saúde (SUS)**: engrenagens da operação. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

MANNOINI, Maud. **O psiquiatra, seu “louco” e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1981.

MELO, Walter; FERREIRA, Ademir Pacelli. Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 555-569, dez. 2013.

MÚSICAS lembram dias de isolamento em hospital pernambucano. Agência Brasil. Disponível em: <<http://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2256999/musicas-lembram-dias-de-isolamento-em-hospital-pernambucano>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

Na Emergência da Tamarineira. Disponível em: <<http://especiais.jconline.ne10.uol.com.br/loucura/>> Acesso em: 2 mar. 2015.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2003.

NÚCLEO da Luta Antimanicomial mobiliza para Marcha à Brasília. Portal Diário de Pernambuco. Disponível em: <<http://www.old.diariodepernambuco.com.br/vidaurbana/nota.asp?materia=20090814090026&assunto=71&onde=VidaUrbana>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

OLIVEIRA, José Rogério de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. 2008. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

PEREIRA, João Augusto Frayze. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. **Estudos Avançados (Online)**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 198-208, 2003.

PERNAMBUCO, Relatório do II Colóquio de avaliação e metas do Hospital Ulysses Pernambucano, 1989, p. 9.

_____, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Documento base para a proposta técnica de plano de ação para o Hospital Psiquiátrico Alberto Maia**. 21 maio 2009.

_____. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Diretoria de Assuntos Jurídicos. Processo de desinstitucionalização do Hospital José Alberto Maia. **Termo de Compromisso que entre si celebram, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de saúde e o Município de Camaragibe**. Coordenação de Saúde Mental. Pasta 1. Camaragibe. 2009.

_____, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Relatório de desenvolvimento das ações em prol do processo de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. 2010.

_____. **Registro da experiência de descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010. Gerência de atenção à Saúde Mental. Recife, Secretaria de Saúde de Pernambuco. 2010.

_____, Secretaria de Saúde do Estado. **III relatório de desenvolvimento das ações em prol do processo descredenciamento do Hospital Alberto Maia- dezembro/09 à /janeiro/10**. 13 jan. 2010.

_____, Ministério Público do Estado de Pernambuco. **Ata de Audiência Conjunta**. 18 de junho de 2010.

_____. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção a Saúde Mental. **Registro da Experiência de Descredenciamento do Hospital José Alberto Maia**. Recife, 30 dez. 2010.

_____. **Evolução política da saúde mental**. Recife, 16 fev. 2011.

_____, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Convênio de cooperação técnica e financeira que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria estadual de saúde e o**

município de Camaragibe, com a interveniência da secretaria municipal de saúde, na forma e condições abaixo estabelecidas. Jun. 2011.

_____. Gerência de Atenção à Saúde Mental. **Diagnóstico de Saúde Mental do estado de Pernambuco.** Rede de atenção psicossocial. Recife. 1 jan. 2012.

_____, Secretaria de Saúde de. **Diagnóstico de saúde mental do estado de Pernambuco rede de atenção psicossocial.** Recife. 2012.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Marcela Lucena em 27 de dezembro de 2012.

_____. Gerência de Atenção à Saúde Mental. Rede de Assistência de Saúde Mental do Estado. Out. 2014.

PERRUSI, Artur. A lógica asilar acabou? Uma crítica da crítica a assistência psiquiátrica. IN: FONTES, Breno Augusto; FONTES, Eliane Monteiro (Org.). **Desinstitucionalização, redes sociais e Saúde Mental:** análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Editora UFPE, 2010.

PRESIDÊNCIA da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n ° 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 1 ago. 2015.

PROGRAMA De Volta Para Casa. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/programa.html>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990.

REVOLTA na transferência de pacientes do Alberto Maia. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE). Disponível em: <<http://cremepe.org.br/2010/09/17/revolta-na-transferencia-de-pacientes-do-alberto-maia/>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SANTOS, Adriana. Entrevista II. [mar. 2016]. Entrevistador: Mirella Rocha. Recife, 2016.

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SERRANO, Alan Indio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1982.

SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; SANTO JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira (Org.). Loucos? Histórias de vida, significados do sofrimento psíquico e (des)institucionalização. In: _____. **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos (Org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens**. Disponível em: <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/pdfs/mundo_imagens.pdf>. Acesso em: 3 de agosto de 2014

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara S. A., 1971.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.) **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1990.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários: familiares e trabalhadores em saúde mental no Brasil. **Revista Vivência**, Natal, v. 1, n. 32, jan./jun. 2007.

VELÔSO, Thelma Maria Grisi et al. Residências Terapêuticas e Reforma Psiquiátrica em produções discursivas da população. In: SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos (Org.). **Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 142-162.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Maria; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 2008.

YASUI, Silvio. **Rupturas e desencontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.