



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TELMA MARIA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE MELO

**MEMÓRIAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM RECIFE: entre passos,
descompassos e controvérsias**

Recife
2017

TELMA MARIA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE MELO

**MEMÓRIAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM RECIFE: entre passos,
descompassos e controvérsias**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia social e saúde coletiva com ênfase em saúde mental.

Orientador: Prof. Dr. Benedito Medrado

Recife
2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

M528m Melo, Telma Maria Albuquerque Gonçalves de.
Memórias sobre a política de saúde mental em Recife : entre passos,
descompasso e controvérsias / Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo. –
2017.
253 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Benedito Medrado.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Política pública. 3. Política de saúde. 4. Saúde pública. 5.
Saúde Mental – Recife (PE). I. Medrado, Benedito (Orientador). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2019-077)

TELMA MARIA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE MELO

**MEMÓRIAS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM RECIFE: entre passos,
descompassos e controvérsias**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Doutora em Psicologia.

Aprovada em:20/10/2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Benedito Medrado (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Examinador Externo)
Fundação Oswaldo Cruz/RJ (Fiocruz)

Prof.^a Dr.^a Paulette Cavalcantide Albuquerque (Examinadora Externa)
Fundação Oswaldo Cruz/PE(Fiocruz)

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Rosineide de Lurdes Meira Cordeiro (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico esta tese a todos(as) os(as) usuários(as) da RAPS/Recife, nas pessoas de André Luiz e Paulo Henrique, por me alimentarem com a certeza de que viver é intrinsecamente arriscado e mobilizador. Por isso mesmo, vale a pena. Com eles(as) e por eles(as), sigo arriscando e sendo mobilizada...

AGRADECIMENTOS

“É preciso uma aldeia para criar uma criança.”

Ditado atribuído a tribos africanas há muitos séculos.

Hoje sei que a tese/criança¹ que produzi/criei não começou nem terminou individualmente, ela é fruto de um conjunto de esforços, afetos e desafetos coletivos. Sua apresentação configura mais uma etapa que um ponto final, pois tenho compartilhado com companheiros(as) vida afora o sonho, a luta e os vínculos por uma sociedade solidária e inclusiva, e esse continuará sendo meu objetivo maior, sempre.

E como não estou sozinha nesse percurso, o rito de apresentação dessa criança chamada tese merece ter realçadas suas figuras parentais altamente comprometidas com sua existência. E, como não poderia deixar de ser, figuras e relações nada convencionais que toparam essa gestação de vários pais, mães, irmãos, amigos e adversários, então vejamos agora parte da minha aldeia.

Início pelo meu cúmplice maior de jornada, Benedito Medrado, que bancou sair da zona de conforto dos temas para os quais é uma referência nacional (gênero e masculinidade) para dar passagem ao campo da saúde mental, álcool e outras drogas de caráter antimanicomial e antiproibicionista, que no campo acadêmico local vem se dando apenas periféricamente.

Tenho certeza de que pesou para essa sem tamanha generosidade militante sua convicção das pontes existentes entre tais campos, os quais só podem alcançar avanços significativos em uma sociedade democrática, laica, livre e solidária. Eis um grande encontro, desses que ultrapassam produtos parciais. A recíproca é verdadeira. Nunca mais serei a mesma diante das questões de gênero e sexualidade, e muito menos na versão feminista de analisar nossa realidade social.

Nesse sentido, incluo como figuras marcantes nesse processo de doutoramento as marcas da organização do Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidade (Gema), no qual a diversidade de seus participantes e a garantia dos espaços coletivos de produção representam um verdadeiro exercício de lutas e afetos.

Enfatizo aqui as pessoas de Jorge Luiz e Mirella Mota, que fizeram parte de um encontro explosivo de trocas de conhecimentos e afetos, sem os quais realmente teria sido

¹ É interessante que percebemos, após a escrita, que a palavra “criança”, em espanhol, significa criação, o que reforçou o sentido do termo aqui utilizado.

difícil seguir em frente, pois nossas trocas de todas as ordens foram imensuráveis. Eles, apesar de todas as demais demandas pessoais advindas de suas produções de mestrado, formaram comigo uma equipe de trabalho durante todo o processo de produção da tese.

Ainda no âmbito da universidade, tiveram papel fundamental os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial Jorge Lyra e Jaileila Meneses, que me desafiaram ao me trazer de volta ao campo da psicologia, mas não qualquer psicologia: aquela que se revisa a cada momento, cortando na própria carne, por vezes para contemplar nosso principal mandato, não apenas de cuidado, mas de compromisso social radical. Na Secretaria do curso, também merece agradecimento a precisão discreta de João Cavalcanti para que nossas vidas se tornem mais leves. A ele, toda a minha admiração.

No processo da pesquisa e análise, tive de utilizar algumas estratégias de consulta a interlocutores estratégicos pela falta de registros oficiais de acontecimentos relevantes para nossa análise. A eles e elas, meu muito obrigada por toda presteza em socializar as informações a que tinham acesso. Registro aqui: Fernanda Rodrigues, Solange Mendonça, Márcio Soares, Ester Correa, Jane Lemos, Gilvanice Noblat, Ana Ise Maia, Iesa Vila Nova, Áthila Magno, Maria do Carmo Buonafina, Marcela Lucena, Andrea Pinto, Lúcia Leite, Lea Lins, Teresa Costa, João Marcelo, Francisco de Assis, Nelma Melo. E tantos(as) outros(as) gerentes dos CAPS de Recife.

Enquanto gestava esta produção acadêmica, estava igualmente gestando uma etapa do processo de desinstitucionalização do município de Recife, pois assumi a gestão da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PSMAD) em um período difícil e complexo em que, nacionalmente, os rumos de nossas conquistas históricas estavam em jogo. Poderia ter assumido a posição mais fácil e confortável de levar adiante o doutorado. Quem iria questionar tal opção?

Não consegui fazer isso, pois considerei que minha militância e formação acumulada exigiam essa ocupação histórica. Mais uma vez, uma decisão e sustentação coletiva. Agradeço aos(às) velhos(as) companheiros(as) de luta por terem conduzido esse processo: Marcela Lucena, Paulette Cavalcanti, Gilvanice Noblat, Tereza Costa, Suely Câmara, Catarina Albertin e Nelma Melo. E, ao chegar à Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (SMAD), tive toda sorte de apoio dos gerentes dos serviços e de grande parte das equipes, que, um a um, deram o sangue durante minha passagem pela gestão para seguirmos avançando, e acredito que avançamos...

Tempos difíceis. Por um lado, alguns distanciamentos/rompimentos, tenho certeza que provisórios, e, por outro, a aproximação com gestores(as) que compraram a ideia, no início com bastante cautela, mas posteriormente com tamanha clareza, que levaram a cabo o

processo de desinstitucionalização recheado de contradições, acredito eu, devido, em grande parte, ao contexto mais amplo de correlação de forças. Foram eles(as): Jailson Correa, Claudia Miranda, Eliane Germano, Mônica Vasconcelos e Fernanda Casado. A eles(as), meu muito obrigada por ter tido a oportunidade de trocas em terrenos nada férteis e ainda pela proteção e pelo incentivo para que eu continuasse o doutorado.

Nessa prática paralela de gestão e doutoramento, enfatizo minha querida e guerreira equipe, que, muitas vezes, me deu ombro para desabafos e colo para seguir em frente nas duas missões tão grandiosas. A ela, minha eterna gratidão nas pessoas de Cleo Correa, Daniele Moura, Adriana Santos e Renata Leitão. Mas não só a elas, pois sem cada uma daquelas pessoas da equipe, com certeza algo se teria perdido no caminho.

Aos amigos e companheiros que perdi no meio do caminho, Marcus Vinícius e Antonio Lancetti, que partiram em 2016, minha gratidão por terem compartilhado tantas lutas e trocas e meu compromisso de seguir lutando diante de suas faltas tão dilacerantes, em especial no momento que estamos passando. Ao movimento da luta antimanicomial, de onde vim e com quem sempre mantereí relação, muito bom ver novos atores, em especial com quem mais convivo: Halina Goveia e Catarina Albertim, com elas e outros(as), a certeza de continuidade do movimento vivo.

A meu e minha mestre, aos quais devo minha entrada de forma orgânica no campo da saúde mental e saúde pública, Paulo Amarante e Paulette Cavalcanti, que seguiram servindo de exemplo e inspiração vida afora, e assim seja. Hoje, mais do que nunca, diante de tantas ameaças a nossos direitos conquistados. Sigamos...

Às companheiras e amigas/irmãs Marcela Lucena e Nelma Melo, com as quais divido, com muita cumplicidade, a vida, as alegrias, as tristezas e o eterno processo de aprendizagem. Aos(às) amigos(as) de épocas, encontros e emoções diferentes, mas todos(as) essenciais na minha vida: Lea Lins, Marilyn Senna, Riva Carla, Solange Mendonça, Iracema Frazão, Ana Márcia, Francisco Sousa, Suely Sousa, Lúcia Leite, Anália Valença e Flávia Barbosa.

Aos(às) meus(minhas) cuidadores(as) Nena, Marcos Santos e Ana Rocha, que têm sido vigilantes e estratégicos na organização das minhas casas materiais e simbólicas para que tudo continue em pé. Enfim, agradeço à minha família, nas pessoas dos meus pais, Antônio e Dóris Melo, das tias-mães, Nine (*in memoriam*), Ene e Glauce, meus(minhas) irmãos(ãs), cunhados(as), sobrinhos(as), sobrinhos-netos, e a Walteir Silva, que gestou comigo meu amor maior, minha filha Dóris Silva, porque cada um(a), a seu modo e a seu tempo, induziram-me a sonhar e lutar, lutar e sonhar.

RESUMO

Esta tese tem por objetivo geral produzir memórias sobre o processo de institucionalização da política municipal de saúde mental, álcool e outras drogas na cidade de Recife, entre 2001 e 2012. E, portanto, tem como objeto de pesquisa a memória, compreendida na interface entre postulações da psicologia social, da saúde pública e da história como campos interdisciplinares. Como campo teórico-metodológico, o estudo partiu de aproximações entre as leituras críticas sobre saúde mental e as reflexões teórico-epistemológicas propostas pelas teorias feministas, especialmente em seu questionamento sobre modos tradicionais de fazer ciência que visam à produção de teorias e práticas excludentes ao reivindicar para si a exclusividade e a legitimidade de produzir práticas e verdades que geram intervenções correccionais e individuais. No campo da saúde mental, essas provocações produziram deslocamentos no foco da pesquisa e da intervenção: da doença para a pessoa, do individual para o social, do ideal de cura para a ampliação de autonomia e qualidade de vida. Esses deslocamentos nos orientam na construção de uma concepção de memória como prática discursiva. No ponto de vista metodológico, definimos esta pesquisa como produção situada que se processa na medida em que vão se estabelecendo as relações em rede. Em nosso *corpus* de análise, articulamos narrativas de todas as seis gestoras responsáveis pela implantação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PSMAD) de Recife, análises de documentos de domínio público costuradas a partir de experiências da pesquisadora. Nosso interesse, na análise, recaiu menos nas similaridades e nos consensos e mais nas diferenças e controvérsias, buscando analisar tendências e mudanças. Organizamos, assim, nossas análises em dois eixos. Primeiro, sistematizamos em três matrizes de serviços que, hoje, constituem a RAPS/Recife e, depois, em seis ondas, as quais ilustram dinâmicas e fluxos no processo e implantação da PSMAD. Em linhas gerais, nossas análises sugerem que essa implementação ocorreu entre passos, descompassos e controvérsias que inscrevem esse processo em caráter alternativo e não substitutivo aos modelos manicomial e proibicionista. Por outro lado, consideramos que existem coletivos antimanicomiais e antiproibicionistas que se reinventam, de modo a constituir-se e atuar em mobilizações para materializar a reforma da PSMAD para assumir efetivamente seu caráter antimanicomial e antiproibicionista, coletivos esses que ainda se colocam resistentes a processos constituídos e/ou gerados a partir de suas matrizes de origem.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Redução de danos. Políticas públicas. Gestão. Memórias.

ABSTRACT

The general objective this thesis is the production of memories about the institutionalization process of the municipal policy of mental health, alcohol and other drugs in the city of Recife, between 2001 and 2012. And, therefore, its object of research is the memory, understood as the interface between postulations of social psychology, public health and history, and the interdisciplinary fields. As a theoretical-methodological field, the study began from the approximations between the critical readings on mental health and the theoretical-epistemological reflections proposed by the feminist theories. Especially in its questioning about traditional ways of making science, which aims its production excluding theories and practices, by claiming for themselves the exclusivity and legitimacy of producing practices and truths that generate corrective and individual interventions. In mental health field, these provocations have produced shifts in the focus of research and intervention: from the illness to the person, from individual to social, from the ideal of healing to the expansion of autonomy and quality of life. These displacements guide us in the construction of a conception of memory as a discursive practice. By the methodological point of view, we define this research as situated production that is processed as the network relationships are established. In our corpus of analysis, we articulate narratives from all six managers responsible for the implementation of the Mental Health, Alcohol and Other Drugs Policy (PSMAD) of Recife, analyzed from documents of public domain, sewn from and experiences of the researcher. Our interest in analysis fell less on similarities and consensus and more on differences and controversies, seeking analysis and change. We thus organize our analyzes in two axes. First, we systematized three service matrices that today constitute a RAPS/Recife, and then in six waves, as illustrations and dynamic mutations and processes of implementation of the PSMAD. In general terms, our analyzes suggest that this implementation took place between steps, disagreements and controversies, which inscribe this process in an alternative and not substitutive character to the models of manicomial and prohibitionist. On the other hand, we consider that there are antimanicomial and antiprohibitionist collectives that reinvent themselves in order to constitute and act in mobilizations to materialize a reform of the PSMAD in order to effectively assume its antimanicomial and antiprohibitionist character; collectives that are still putting resistance to processes constituted and/or generated from their origin matrices.

Keywords: Deinstitutionalization. Harm reduction. Public policy. Management. Memories.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Outras Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III/CAPS 24h	Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CECOP	Centro de Convivência da Pessoa
CEMPI	Centro Médico Psicopedagógico Infantil
CPTRA	Centro de Prevenção, Tratamento e Recuperação do Alcoolismo
Cremepe	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
DS	Distrito Sanitário
Fafire	Faculdade Frassinetti do Recife
GEMA	Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidade
HGOF	Hospital Geral Otávio de Freitas
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
JC	Jornal do Commercio
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIAPSA	Núcleo Integrado de Atenção Psicossocial ao Adolescente
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PSF	Programa de Saúde da Família
PSMAD	Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
PT	Partido dos Trabalhadores
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPA	Região Político-Administrativa
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SMAD	Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	VISIBILIZAR É PRECISO: SOBRE AS IMPLICAÇÕES E PERCURSOS DA PESQUISADORA.....	17
1.2	INICIANDO A FERVURA: SOBRE OS PILARES E ACONTECIMENTOS DA PESQUISA.....	28
2	SINTONIZANDO RIMAS E PASSOS: O TEORICO- METODOLÓGICO.....	35
2.1	SÍNTESE EPISTEMOMETODOLÓGICA DA PESQUISA.....	39
2.2	ENCONTRANDO/PRODUZINDO ACONTECIMENTOS.....	41
2.2.1	Documentos de domínio público.....	41
2.2.2	Conversas informais.....	43
2.2.3	Contextualizando as entrevistas/conversas com as gestoras.....	44
2.3	RECIFE E SUA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	50
2.4	TECENDO NOSSOS CONTEÚDOS CONSTRUÍDOS.....	50
2.5	CONHECENDO/RECONHECENDO NOSSAS ENTREVISTADAS.....	55
3	MARCOS, RASTROS E PISTAS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD EM RECIFE.....	62
3.1	MATRIZ I – DO HOSPÍCIO DA VISITAÇÃO DE SANTA ISABEL AO HUP: A TAMARINEIRA E SEUS FRUTOS PARA A RAPS/RECIFE.....	64
3.1.1	Ulysses Pernambucano e o Movimento Higienista em Pernambuco.....	67
3.1.2	De um apêndice da Tamarineira a uma rede hospitalar privada conveniada ao SUS.....	69
3.1.3	O diálogo da psiquiatria com o campo da neurologia.....	73
3.1.4	Os ambulatórios de psiquiatria e psicologia.....	76
3.1.5	A Escola de Psiquiatria do Recife.....	79
3.1.6	Gestando ações e serviços de caráter psicossocial.....	84
3.1.7	Hospital-dia e a negação do hospital psiquiátrico.....	88
3.2	MATRIZ II – A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS HOSPITAIS GERAIS.....	88
3.2.1	Hospital das Clínicas e Hospital Barão de Lucena: da internação psiquiátrica tradicional à interconsulta de psiquiatria, psicossomática e ao grupo Balint.....	90
3.2.2	Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOFF): da psiquiatria no hospital geral à saúde mental territorial e em rede.....	92

3.2.2.1 Hospital-Dia Espaço Livrementemente.....	93
3.2.2.2 Cempi.....	94
3.2.2.3 Do Niapsa como ambulatório ao nascimento do CAPSi Clea Lacet.....	95
3.2.2.4 Serviços não municipalizados.....	96
3.3 MATRIZ III – IMPLANTANDO AÇÕES E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RECIFE.....	97
3.3.1 Ensaios para a criação da rede municipal (década de 1990).....	98
3.3.2 O primeiro CAPS originalmente municipal.....	99
3.3.3 O convênio com o CAPS privado.....	100
3.3.4 Influências entre experiências da Região Metropolitana.....	102
3.3.4.1 Olinda: disparando dispositivos de cultura e organização social.....	104
3.3.4.2 Camaragibe: dos dispositivos de cuidados territoriais ao macroprocesso de desinstitucionalização.....	106
3.3.4.3 Cabo de Santo Agostinho: uma estação e um marco para uma geração.....	111
3.3.5 Instituinto formalmente uma PSMAD em Recife.....	115
3.3.5.1 Fortalecendo a relação entre Atenção Básica e saúde mental em passos e descompassos.....	117
3.3.5.2 Expansão da RAPS: desinstitucionalização em foco.....	125
3.3.5.3 A expansão da RAPS: Redução de Danos em foco.....	126
3.3.5.4 Ambulatórios e descompasso com a RAPS.....	129
3.3.5.5 Rede psicossocial e investimentos para os hospitais psiquiátricos.....	133
4 PASSOS E RITMOS DA GESTÃO: PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD DE RECIFE.....	135
4.1 ATORES, CONTEXTOS, CONTEÚDOS E PROCESSOS DA GESTÃO DA PSMAD.....	137
4.1.1 Primeira onda – a efervescência do momento: gestão popular, autor da lei estadual, secretário municipal de saúde e saúde mental como prioridade da gestão municipal.....	138
4.1.1.1 A efervescência do momento I – interlocuções locais e nacionais.....	139
4.1.1.2 A efervescência do momento II – construção de rede de atenção, desinstitucionalização, recorte territorial, movimento coletivo e projeção nacional.....	142

4.1.1.3 A efervescência do momento III – os enfrentamentos não realizados e a saída da gestão.....	144
4.1.1.4 A efervescência do momento IV – um ícone e um coletivo antimanicomial.....	147
4.1.2 Segunda onda – da efervescência aos enfrentamentos não realizados: sustentando os princípios antimanicomiais, a rede de atenção versus a convivência com os hospitais psiquiátricos.....	151
4.1.2.1 Sustentando os princípios antimanicomiais e a rede de atenção I – interlocutores locais e nacionais.....	152
4.1.2.2 Sustentando os princípios antimanicomiais e a rede de atenção II – conformação da rede local.....	153
4.1.2.3 A convivência com dois modelos de atenção em paralelo e a saída da gestão.....	156
4.1.3 Terceira onda – o sumiço dos enfrentamentos não realizados: contornando a separação entre os eixos da PSMAD por meio dos espaços comuns e da clínica versus a convivência com o hospital psiquiátrico.....	158
4.1.3.1 Interlocutores locais e nacionais.....	158
4.1.3.2 A tentativa de aproximar os dois eixos da política: Saúde Mental e Redução de Danos.....	159
4.1.3.3 A reversão de investimentos nacionais e a manutenção da rede hospitalar em Recife.....	161
4.1.4 Quarta onda – “as equipes fragilizadas” e o ressurgimento dos enfrentamentos não realizados: tentativas de superar os conflitos pela via exclusiva da gestão dos processos de trabalho.....	170
4.1.4.1 Interlocutores locais e nacionais.....	173
4.1.4.2 As contradições entre proposições e espaço na pauta da gestão: a saída da gestão.....	174
4.1.5 Quinta onda – “fortalecer a clínica” e o novo sumiço dos enfrentamentos não realizados: tentativas de superar os conflitos pela via da escuta dos trabalhadores e da implantação da Política de Humanização.....	175
4.1.5.1 A Política de Humanização na pauta da Saúde Mental: discutindo a clínica, o modelo de gestão na RAPS e implantando residências terapêuticas em paralelo ao incentivo financeiro aos hospitais psiquiátricos.....	178
4.1.5.2 Interlocutores locais e nacionais.....	182
4.1.5.3 Um lapso e um laço com os hospitais psiquiátricos.....	184
4.1.5.4 Um passo em falso e um desenlace.....	187

4.1.6	Sexta onda – as vísceras dos enfrentamentos não realizados: os macro e microconflitos eclodem, e a tentativa de sustentar o construído.....	191
4.1.6.1	Interlocuções locais e nacionais.....	192
4.1.6.2	Estando a sangria: tentando sustentar as conquistas alcançadas até a chuva passar.....	192
5	MEMÓRIAS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD EM RECIFE: ENTRE FREVOS E VALSAS A DANÇA CONTINUA.....	196
5.1	DOS RITMOS COMPARTILHADOS OU SOBRE AVALIAÇÕES DA PSMAD.....	197
5.2	SOBRE OUTROS CARNAVAIS OU SOBRE O DEVIR DA PSMAD.....	199
	REFERÊNCIAS.....	202
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	218
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	219
	ANEXO A – REGISTRO FOTOGRÁFICO DO II ENCONTRO NORDESTINO DA LUTA ANTIMANICOMIAL (1º a 4/8/1996).....	221
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE.....	222
	ANEXO C – PROPAGANDA DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA REVISTA NEUROBIOLOGIA.....	223
	ANEXO D – PROPAGANDA DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA REVISTA NEUROBIOLOGIA.....	224
	ANEXO E – FÔLDER INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DIA LIVREMENTE.....	225
	ANEXO F – FOLDER INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DIA LIVREMENTE 2.....	226
	ANEXO G – MATÉRIA SOBRE O CEMPI.....	227
	ANEXO H – PROJETO ORIGINAL DO NAPS GALDINO LORETO.....	228
	ANEXO I – MATÉRIA SOBRE O NAPPE PRIVADO.....	229
	ANEXO J – PÁGINA DO ATELIER TERAPÊUTICO NO FACEBOOK POSTADO EM 2015.....	230
	ANEXO K – CARTA ENVIADA POR NISE DA SILVEIRA QUANDO DA INAUGURAÇÃO DO CAPS DE OLINDA.....	231
	ANEXO L – MATÉRIA SOBRE REDE DE CAMARAGIBE E RECIFE.....	232

ANEXO M – FLUXOGRAMA DA REDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.....	233
ANEXO N – FÔLDER INSTITUCIONAL DO PROJETO DE BEM COM A VIDA CABO DE SANTO AGOSTINHO (2000-2001).....	234
ANEXO O – FÔLDER INSTITUCIONAL DO PROJETO DE BEM COM A VIDA CABO DE SANTO AGOSTINHO (2000-2001).....	235
ANEXO P – PLACA EXPOSTA NO CAPSAD PASTOR ARMANDO JOSÉ DA SILVA.....	236
ANEXO Q – MATÉRIA SOBRE A INAUGURAÇÃO DO CAPSAD DO CABO DE SANTO AGOSTINHO.....	237
ANEXO R – MANUAL CONSTRUÍDO PELAS EQUIPES DA ÉPOCA, 2001-2004.....	238
ANEXO S – FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE RECIFE, 2001-2004.....	239
ANEXO T – LOGOMARCA, PANFLETO E MODELO DE ATENÇÃO DO PROGRAMA MAIS VIDA APRESENTADO EM 2004.....	240
ANEXO U – AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL POR UNIDADE FEDERATIVA.....	241
ANEXO V – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD.....	242
ANEXO W – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD.....	243
ANEXO X – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD.....	244
ANEXO Y – CARTAZ DO I ENCONTRO DE CAPS E DO SEMINÁRIO ESTADUAL OCORRIDO NO TERCEIRO CICLO DA GESTÃO DA SMAD.....	245
ANEXO Z – CARTAZ SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (5 E 6/5/2006).....	246
ANEXO AA – PUBLICAÇÃO E MODELO DE ATENÇÃO DO QUINTO CICLO DE GESTÃO DA SMAD.....	247
ANEXO AB – PANFLETO INSTITUCIONAL DO CPTRA – DÉCADA DE 90 (frente).....	248

ANEXO AC – PANFLETO INSTITUCIONAL DO CPTRA – DÉCADA DE 90 (verso).....	249
ANEXO AD – CARTA ABERTA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL JUNHO DE 2010.....	250
ANEXO AE – MOÇÃO ALVO DE CONFLITO APRESENTADA NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL.....	251
ANEXO AF – MOÇÃO ALVO DE CONFLITO NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL.....	253

1 INTRODUÇÃO

Optamos por realizar a introdução em dois tópicos por considerarmos essencial iniciar pela visibilidade das implicações da pesquisadora com o campo-tema e assim facilitar ao leitor o entendimento dos caminhos e opções realizadas ao longo da pesquisa. No segundo tópico, abordamos os aspectos tradicionalmente presentes em uma introdução e que aqui denominamos o início da fervura, fazendo alusão ao esquentar do frevo, ritmo e dança tradicionais de Pernambuco ao qual faremos alusão ao longo dos capítulos. Nesse segundo tópico foram registrados o objeto, objetivos, marcos teóricos e metodológicos, bem como, alguns acontecimentos decorrentes da pesquisa.

1.1 VISIBILIZAR É PRECISO: SOBRE AS IMPLICAÇÕES E PERCURSOS DA PESQUISADORA

O acesso que tive ao texto de Mariana Moreira (2014) foi bastante inspirador para a formatação final desta tese, pois ela realizou uma cartografia da atuação das organizações da sociedade civil, e para tal trabalhou com uma organização da qual seus pais foram fundadores e militantes e que, portanto, atravessou toda a vida da pesquisadora. As alternativas encontradas pela autora para superar as dificuldades inerentes à sua implicação com o tema me encheram de inspirações. Parafraseando Fernando Pessoa, a autora reflete que “fazer esta tese é preciso, escrever não é preciso. Lidar com a imprecisão, arriscar-me... Ah, quanto gostaria, neste momento, de conversar com outros tantos que se arriscaram a fazer uma tese. Como escrevemos pouco sobre este processo” (MOREIRA, 2014, p. 18).

Concordo com ela que escrever é comprometer-se. Escrever esta tese foi me comprometer, ou melhor, reafirmar meu compromisso de toda uma vida. E estava até então sem encontrar uma forma de como falar sobre minha implicação com o campo em estudo e, portanto, sobre o risco que me perseguiu durante todo o percurso de transformar o estudo em uma autobiografia, em um relatório de gestões, em um estudo das minhas memórias, quem sabe até em um desabafo ou mesmo uma batalha verbal belicosa e propositalmente parcial. Deixo claro o quanto exercitei não cair nessa esparrela, especialmente sob o olhar crítico, sistemático e necessário de meu orientador, que não descuidou em nenhum momento em me trazer de volta para o foco e mediar as emoções envolvidas, sem suprimi-las ou abafá-las.

No decorrer de trabalho, procuramos, portanto, produzir memórias sobre a institucionalização da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PSMAD), sem enfatizar meus atravessamentos, os quais perpassam toda a tese. Resolvemos, porém, deixá-los claros desde

o início, considerando que, assim, poderemos tomá-los na “justa medida”, pois os leitores, de antemão, estarão informados do lugar a partir do qual eu falo como autora desta tese.

Passei a considerar este espaço como um memorial, apresentando as práticas clínicas, de gestão, de formação e ensino, além da participação social, como elementos constitutivos de meu perfil profissional, elementos esses que não pautaram apenas a construção do objeto de pesquisa realizado no doutorado, mas toda a minha vida profissional.

Situo-me como uma mulher parda, nascida em uma família de classe média baixa, bastante extensa, na qual tive sete irmãs/irmãos dos mesmos pais, os quais posteriormente adotaram mais uma irmã quando eu já era adolescente.

Essa composição familiar constituiu-se em um marco para todas as posturas adotadas na vida, pois não há como conviver em uma família com esse perfil sem o exercício cotidiano de luta por espaços e posições, com brigas simbólicas, verbais e materiais e as mediações exercidas por nossa mãe e nosso pai, com a regra clara de que, ao final, continuaríamos sendo irmãos.

Poderia não ter dado certo, mas avalio que deu. Isso nunca significou chegarmos sempre a consensos. Pelo contrário; ao longo do tempo, temos posicionamentos de vida e políticos bem divergentes e, por vezes, intransponíveis. Mas fomos todos para a vida e lutamos pelo que acreditamos. E o mais inusitado para meu pai foi ter tido de lidar com todas as singularidades e continuar sendo pai. Se enfatizo aqui o esforço de nosso pai é porque nossa mãe sempre lidou melhor com as opções de cada um de nós.

Ainda retomando as primeiras relações familiares, meu pai, minha mãe e três tias/mães se revezaram em incentivar nossos sonhos e garantir sua materialização. Isso era muito concreto e contínuo entre ele; não sei como conseguiram tal proeza com sete/oito pessoas, mas assim o foi.

Deixo aqui o exemplo de meu pai, que, mesmo só tendo cursado o Ensino Fundamental I (em nosso tempo, o Primário), porque precisou trabalhar ainda criança, sonhador que era, almejou e lutou por uma vida melhor. Avaliando que ter sua própria autonomia, para as mulheres, era mais difícil que para os homens, não hesitou em matricular as filhas nas melhores escolas privadas possíveis. Reservou aos homens as escolas públicas, complementando em casa um reforço a seus estudos. Ali já aprendi, na prática, o conceito de equidade e, de quebra, o de autonomia e até de “ação afirmativa”, pois o objetivo dele, e apoiado por nossa mãe e tias/mães, era o de que não dependêssemos de homem para nossa sobrevivência; o lema era “o melhor casamento é o emprego”, e assim foi.

Mas nem tudo foram flores. Logo cedo me interessei por leituras consideradas proibidas na época da ditadura, e meu pai tentou obstaculizar ao máximo o acesso a tais obras.

Mas, como se diz, “quem tem irmão tem tudo”. Minhas irmãs mais velhas (Selma, Glauce e Nelma) me ajudaram não apenas a adquiri-las, como escondê-las. Foi um período em que li as obras de Fernando Gabeira, Karl Marx, até conhecer Antonio Gramsci, que passou a fazer muito mais sentido para mim. Ainda passei tempos lendo os tomos de Mao Tsé-Tung e, para descontrair/viajar, as obras de Clarice Lispector e os filmes de Charlie Chaplin.

Aos 17 anos, participei da primeira eleição no período de redemocratização, em 1982, fazendo “boca de urna” no bairro do Ibura, já que ainda não podia votar. Recebi, na época, toda a orientação dos grupos políticos de esquerda de como proceder caso fosse abordada pela polícia. Essa atividade se dava de forma muito sutil, abordando pessoas e trocando ideias. Estava, desde então, dando concretude à minha opção de militar no campo da esquerda popular, tal como ocorreu na militância estudantil quando reabrimos o Diretório Acadêmico da Faculdade de Filosofia do Recife (Fafire), que na época era uma agregada da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e posteriormente conquistamos sua emancipação do Diretório Central dos Estudantes da UFPE, criando nosso próprio Diretório Central dos Estudantes.

Tal processo esteve ligado à discussão para a transformação do curso de psicologia, antes tido como elitista, para que assumisse um perfil de compromisso social, alinhado com o grupo Caminhada da UFPE, no qual militava uma forte liderança. Lembro aqui Paulette Cavalcanti, atualmente médica sanitaria, professora doutora e militante orgânica do Partido dos Trabalhadores (PT).

Um adendo de extrema importância deve ser realizado. Antes de optar pelo curso de psicologia na Fafire, havia ingressado no curso de zootecnia na Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), no qual apenas exercitei o aprofundamento das teorias de Estado e das possibilidades de vida alternativas e libertárias, propiciadas pela convivência com os (as) alunos (as) da casa de estudante e do movimento estudantil. Não conseguindo ver sentido na continuidade do referido curso, migrei para o de psicologia à revelia de meu pai.

Como não tive o apoio dele para tal decisão, fiz uma seleção pública para estágio remunerado na Empresa de Limpeza Urbana de Recife, o que me possibilitou bancar meu próprio curso de psicologia com a ajuda da irmã mais velha, Selma, e de minha tia Ene. Esse estágio foi um marco importante para minha aproximação com a educação popular, pois nossas ações eram nas comunidades “de periferia”. Nelas, articulávamos a discussão desde a produção e o descarte do lixo à qualidade de vida. Bons tempos, em que aprendi, pela primeira vez, a trabalhar em equipe, com as companheiras Eraclides Lacerda, Emília Lacerda, Gilka Nunes e minha irmã, amiga e companheira, Nelma Melo.

Voltando à graduação, sem dúvida cursar psicologia na Fafire, a partir de 1983, possibilitou-me o acesso a disciplinas ligadas à clínica e ao social e, entre elas, as duas pré-especializações realizadas nessas áreas citadas e ainda o estágio inovador em clínica na comunidade. Essas experiências foram paradigmáticas, pois foram vivenciadas no bairro de Casa Amarela, quando era o símbolo da efervescência dos diversos processos, objetivando a redemocratização do país, bem como a constituição do que, posteriormente, veio a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980.

Tudo no Centro de Extensão Comunitário da Fafire estava por ser construído, e a convivência com o corpo docente, com diversidade de formação e prática, possibilitou-nos um processo de autogestão do Centro e a oferta de uma clínica voltada para as classes populares, já incorporando a promoção, a prevenção e a reabilitação, conceitos pouco consolidados naquela época. Tal experiência pôde me conduzir a uma identidade profissional mais amadurecida e a clara opção pelo engajamento na construção de uma sociedade mais igualitária e solidária.

Não bastasse toda essa efervescência cultural e política, esbarrei, nesse mesmo período, com o amor por um homem intelectual, ateu, negro, envolvido na reorganização dos partidos políticos de esquerda no estado e 24 anos mais velho que eu, com quem me relacionei vários anos em uma relação nada convencional e sobre o protesto de quase toda a família. Esse relacionamento, além de uma filha, deixou muitos anos de trocas, histórias, indicações de livros e filmes imperdíveis. Sem nunca ter inviabilizado minhas posições e escolhas, estivemos em partidos políticos diferentes e exercitamos nossas próprias alteridades. E assim foi.

Após me formar em psicologia, fui à busca de atuações no campo comunitário, motivo pelo qual trabalhei no Centro Educativo de Comunicação Social do Nordeste, na comunidade de Santa Luzia, situada no bairro da Torre, bem como no Projeto Recriança, na Cidade Tabajara, bairro situado em Olinda. Ainda participei da pesquisa de campo denominada “Crenças, valores e atitudes relacionados à gravidez para as adolescentes em Recife”, desenvolvida pelo Centro de Ciências da Saúde (UFPE).

Após essas experiências, sem dúvida a inserção no serviço público em 1993 foi outro marco paradigmático de meu perfil pessoal/profissional, pois, ao ser lotada em uma ala de internação psiquiátrica para adolescentes do Hospital Geral Otávio de Freitas e testemunhar as condições daquelas pessoas lá internadas, senti-me concomitantemente indignada e comprometida com a transformação de tal realidade. Esses sentimentos e determinação foram acompanhados pela clareza de que precisaria me qualificar teoricamente se quisesse ter a chance de obter algum sucesso em meus intentos.

Entrar em contato com o modelo psiquiátrico tradicional mexeu visceralmente comigo, e então retomei as origens. Sonhava com a mudança desse estado de coisas, mas precisamente viabilizar um tratamento mais humano para aquelas pessoas. Naquela época, faltavam-me elementos teóricos para tais mudanças intentadas. Então, tive de vislumbrar alcançar, concretizar, mas como? Eu ainda era muito jovem, tinha muita garra, mas pouca grana.

Tudo isso foi resolvido da seguinte forma: Rosalva Wanderley, que tinha acesso a Paulo Amarante e conhecimento de seu curso de especialização — que, na época, chamava-se “Especialização em Psiquiatria Social” —, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro, incentivou-me a tentar fazer a seleção, a qual foi feita aqui mesmo, em Recife, pelo próprio Paulo Amarante, que sempre abriu espaço para a circulação de conhecimento. Ele o fez me desonerando de qualquer burocracia. Até hoje guardo seu telegrama de comunicação de aprovação. Só alguém com tamanha generosidade e militância seria capaz de tal ato. Mas e quanto à falta de grana? Mais uma vez, minha irmã mais velha, Selma Melo, pôde me subsidiar financeiramente para ir atrás de meus sonhos. E assim foi.

Ingressei no referido curso de Especialização em Psiquiatria Social em 1994, tendo entrado em contato com vários atores do campo da saúde mental. Conheci experiências exitosas na então, em construção, abordagem psicossocial; muitas leituras, muitas trocas, tudo muito intenso. Tudo isso me proporcionou uma sólida formação técnico-científica e, mais que isso, uma formação comprometida com as transformações necessárias no campo da saúde mental que me norteiam em todas as demais inserções profissionais.

Devo ressaltar aqui o legado teórico deixado nos campos da saúde mental e da saúde pública mais ampla pelos autores Michel Foucault, Erving Goffman, Jurandir Freire, Paulo Amarante, Benilton Bezerra, Antonio Lancetti, Marcos Vinícius de Oliveira, Gastão Wagner e Emerson Merhy, os quais denunciaram as raízes e as consequências dos tratamentos tradicionais e defenderam a concepção radical do cuidado, ampliando-o para além do tratar sintomas, dizendo respeito à autonomia e à qualidade de vida dos sujeitos como processo histórico.

A partir de então, ficou claro que minha militância se daria marcadamente nesse campo pelo fato de essa área ser mais do que uma mera reivindicação de reformas assistenciais. Percebi, assim, o quanto eu estava implicada em uma causa viável apenas em um contexto social democrático e solidário mais amplo e que, portanto, o Movimento da Luta Antimanicomial, ao questionar a sociedade capitalista e seu modo de fazer ciência, bem como seus conhecimentos e práticas, cabia-me, e eu passaria a assumi-lo vida afora. E assim tem sido.

Nesses dias, achei uma foto minha, ainda jovem, no II Encontro Nordestino da Luta Antimanicomial, realizado em 1996. Considerei interessante compartilhar (Anexo 1). Estive na militância direta e indiretamente em vários momentos, como militante orgânica, inclusive representando o Movimento na composição da Comissão Estadual da Reforma da Política de Saúde Mental, ou no estímulo e na articulação para participação dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) David Capistrano para o encontro em Fortaleza, em 2004. Esse encontro foi um marco para a organização do Núcleo Estadual Libertando Subjetividades, o qual, entre altos e baixos, funciona e cumpre um papel importantíssimo até os dias atuais. No momento em que escrevo esta tese, o Núcleo está sendo conduzido pela força da juventude, advinda em sua maioria, das residências multiprofissionais e de cursos de graduação.

Feito esse adendo, retomo outras consequências decorrentes da realização do curso de especialização. Ao concluí-lo, retomei minhas atividades profissionais no Hospital Otávio de Freitas, agora já em outro lugar, deixando o pavilhão tradicional e passando a compor a equipe do recém-inaugurado hospital-dia, denominado Espaço Livremente, serviço atualmente municipalizado e transformado em CAPS.

Ali, gestamos uma nova forma de cuidado dentro do que hoje chamamos modelo de clínica ampliada, ancorado no acolhimento, no projeto terapêutico singular e no trabalho interdisciplinar. São conceitos que, naquela época, ainda causavam bastante estranheza no campo da saúde. É interessante que, aos poucos, tais experiências iam sendo absorvidas pelos demais setores do hospital, mesmo que para evitar “problemas” com aquela equipe crítica e ativista.

Construímos uma identidade, amizade e, principalmente, fomos/somos todos essencialmente agudos no cuidado, na formação de novos atores e na militância: Suely Sousa, Lúcia Leite, Flávia Barbosa, Marcos Santos, Tereza Noronha, Edinar Silva, Andrea Távora, Cláudio e Lúcia Duque, Eliane Siqueira, Maria Auta do Nascimento. Vários desses atores ainda assumem lugares estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Recife. Do mesmo modo, vários estagiários que por lá passaram hoje assumem papéis importantes na consolidação da política de saúde mental antimanicomial em Pernambuco e pelo Brasil afora.

Entre 1995 e 1997, dei mais um passo na consolidação de minha trajetória profissional na saúde pública e, em especial, no campo da gestão, ampliando minha perspectiva de atuação profissional ao me inserir na Residência Multiprofissional em Saúde Pública da Fiocruz/Recife.

Durante esse curso, destaco um encontro paradigmático para a PSMAD, pois foi ali que eu, Nelma Melo e Marcela Lucena nos encontramos e nunca mais deixamos de pensar, atuar e militar na Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (SMAD). Eu, que já havia concluído

o curso de Especialização em Psiquiatria Social da Fiocruz do Rio de Janeiro, estimei as duas a também vivenciar essa mesma formação, o que ocorreu em 1996, como atividade da Residência em Saúde Pública.

Nem sempre foi fácil, pois somos todas bastantes críticas e coerentes em nossas convicções. Por isso, houve momentos de discutir a relação, outros de pactuações com cessão em nome de causas maiores e até de distanciamentos, mas nunca de rompimento. Quando existe esse nível de comprometimento, não somamos apenas amigos(as), mas também inimigos(as), ou, de forma mais política, adversários. Até hoje, uma herdou das outras tanto as amizades quanto às animosidades construídas em nosso campo. E assim tem sido...

Nesse período, final da década de 1990, houve ainda a possibilidade de vivenciar a partir da prática do Curso de Residência em Saúde Coletiva a implantação da política de saúde mental em Camaragibe, município da Região Metropolitana, onde a Atenção Básica já era uma referência nacional e que foi estrategicamente priorizada para ser capacitada e subsidiada para os cuidados em saúde mental de forma longitudinal no território. Ah, como essa experiência com Vânia Casé e os demais atores daquele momento tem a nos ensinar! Aqui registramos essencialmente a possibilidade de ter vivenciado o modo como aquelas equipes da Estratégia de Saúde da Família já naquela época, priorizavam o cuidado longitudinal aos(às) usuários(as). E ainda mais, o fato de podermos ter observado o papel ativo exercido pela coordenação de saúde mental junto às referidas equipes para garantir o desenvolvimento de ações conjuntas no território.

Veio o mestrado e, quando isso ocorreu, eu já havia acumulado, com a prática profissional, vários questionamentos e inquietações, e já havia em mim o desejo de adentrar a área acadêmica como campo estratégico para transformações de caráter macrossocial. O mestrado significou, então, mais do que uma etapa na qualificação pessoal. Significou avançar nas produções que discutissem a consolidação do cuidado para estabelecer articulações entre o campo clínico e o das políticas públicas na Atenção Básica, considerando a perspectiva dos usuários.

Em tempos de poucos espaços para experiências democráticas, ensaiei a vivência breve e marcante no grupo gestor formado durante a intervenção política do Estado, na Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes, por causa de denúncias de irregularidades na gestão em curso. Na Secretaria de Saúde, foi vivenciado um processo intenso para pautar a promoção da saúde por processos democráticos, infelizmente interrompidos judicialmente após dois meses, quando a gestão anterior conseguiu retomar judicialmente o mandato, apesar de seus

graves desmandos. Durante essa experiência, houve um processo orgânico de estratégias de formação de massas críticas e decisões coletivas.

De Jaboatão, parti para o Cabo de Santo Agostinho, onde estava sendo implantada a política de saúde mental, e coube-me coordenar a equipe que instituiu o Projeto de Bem com a Vida, cujo objetivo foi desenhar ações voltadas para o eixo álcool e outras drogas, integradas às ações em curso no eixo atenção aos usuários com transtornos mentais e demais ações da cidade. Essa foi uma verdadeira escola de atenção integral e antimanicomial. Tínhamos uma equipe militante e tecnicamente consistente, e como tal conseguimos fazer ações sistemáticas com a Atenção Básica e a atenção à crise de casos gravíssimos sem recorrer à internação psiquiátrica, bem como ações territoriais e intersetoriais assistenciais e culturais memoráveis.

O grupo que fez parte dessa experiência ainda hoje se reconhece como produtor de parcela da história da política de saúde mental do estado, sendo composto por: Marcela Lucena, Suely Câmara, Bernadete Pires, Maria Oliveira, Leda Gouveia, Nelma Melo e Marta Gouveia. Às vezes, nós nos questionamos por que experiências vivenciadas há cerca de 20 anos aparecem tanto nos discursos atuais das equipes como algo impossível de ser materializado com um grupo bem maior de profissionais e recursos.

Paralelamente a todas as experiências expostas até o momento, estive envolvida em diversos espaços, épocas e funções, investindo em processos de formação pessoal e de novos profissionais. Posso afirmar, sem dúvida, que a área acadêmica foi constitutiva em minha vida profissional, cabendo registrar, entre outros, o trabalho como professora substituta por dois anos na graduação de psicologia da UFPE de 2002 a 2004 e a docência na pós-graduação de saúde mental em Recife e na Paraíba.

Além das atividades acadêmicas citadas, orientei ainda trabalhos de monografia de alunos de graduação e pós-graduação. No entanto, elejo a tutoria na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da UFPE e a implantação, o suporte à coordenação e a tutoria da Residência Multiprofissional de Saúde Mental como os mais marcantes por mim vivenciados, considerando seu caráter problematizador das práticas tradicionais na Atenção Básica e de saúde mental, além de impulsionar práticas que visam a efetivar a integralidade.

Nessa experiência, tive a oportunidade de ser aprendiz/companheira de Paulette Cavalcanti, Jucineide Borges, Rafaela Pacheco e de muitos(as) outros(as) residentes que toparam vários desafios de uma aprendizagem comprometida com mudanças concretas na realidade. Visibilizo aqui a participação no processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico

Alberto Maia, a reestruturação do Núcleo Libertando Subjetividades e a ocupação profissional crítica e criativa em várias redes de saúde.

Após aberto um parêntese para tratar de minha inserção no eixo da formação, retomo minha prática profissional na função de gestora, agora em meu ciclo em Recife a partir de 2001, com a chegada do PT na gestão da cidade. Nesse período, João Paulo exerceu o cargo de prefeito, e Humberto Costa, o de secretário de saúde, tendo como assessor Gustavo Couto. Por sua vez, Gustavo Couto, que havia sido coordenador de saúde mental do estado, em que Nelma Melo e Marcela Lucena realizaram suas práticas da Residência, havia indicado a última para compor a equipe do Cabo de Santo Agostinho e mais uma vez nos acionou para fazer parte da nova gestão em Recife.

Como disse anteriormente quando falei das experiências de intervenção em Jaboatão e da prática no Cabo, não acredito em outra forma de gerir senão a que investe nas pessoas e nos dispositivos para gestão democrática, com processos discutidos coletivamente, dando maior coerência na operacionalização das ações no cotidiano.

Dessa forma, tais marcas norteiam as demais práticas como gestora, iniciada em Recife desde 2001 na Diretoria de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário (DS) VI de Recife, com o companheiro de muitos sonhos voltados para a construção de uma sociedade mais solidária, Mozart Sales. Ainda nessa gestão, foi viabilizado o primeiro CAPS 24 horas de Pernambuco, o CAPS David Capistrano, do qual fui a primeira gestora, tendo saído do serviço para assumir a função de assessoria da gerência do DS VI e, posteriormente, do V, em ambos os casos tendo como no foco de minha atuação a articulação entre ensino e serviço.

Desse período, destaco grandes novas adesões de pessoas consideradas companheiras de luta para a vida afora: Lea Lins, Gilvanice Noblat, Tereza Costa, Francisco de Assis, Renata Leitão, Carminha Bonafina, Eliane Doerte, Edjane Mendes, entre outras. Igualmente se fizeram demarcações de grupos do campo com diferenças em relação ao modo de lidar com o coletivo, bem como ao modo de conceber um lugar aos hospitais psiquiátricos como rede, e nossa linha se posicionou sempre radicalmente contra a coexistência dos hospitais psiquiátricos com a rede psicossocial em construção.

Outro ponto produtor de cisão entre os principais grupos existentes no campo foi o modo como foi instituída a rede do eixo de álcool e outras drogas, bem como, as bases em que se constituiu sua linha de cuidado, bastante centrada na “psicanálise”, só dando conta daqueles usuários com o “desejo de tratar”. Como tal, os projetos terapêuticos se constituíam em bases normativas quase intransponíveis para o usuário real. A divergência entre princípios

organizativos e de cuidado produziu uma barreira entre esses eixos, que são sentidos até os dias atuais, ainda que tenha caminhado no sentido de problematizações e revisões de posturas.

Não bastasse a vivência nessa rede explicitada até o momento na gestão petista, assumi por quatro anos, a partir de 2013, ano em que também iniciei o doutorado, a gestão da PSMAD. Nesse período, em minha gestão na referida política, o município já estava sob nova gestão, a do Partido Socialista Brasileiro (PSB). Em um momento turbulento, fui acionada para tentar manter os avanços, que vinham sendo ameaçados no que se refere ao processo de substituição definitiva do modelo hospitalocêntrico, enfrentando o fechamento dos hospitais psiquiátricos em funcionamento paralelo à RAPS. Temia-se que a nova gestão não disponibilizasse as condições necessárias para a retomada do protagonismo que a rede assumiu a partir de 2001 e que a partir, em especial, de 2011 passou a sofrer com falta de investimentos.

Missão árdua, mas levada a cabo, a ferro e fogo graças ao apoio de grandes militantes da rede, em especial os(as) gestores(as) dos serviços. Assim, conseguimos indicar e formar um grupo colegiado do começo ao fim dessa gestão com alguns trabalhadores e algumas equipes que se dispuseram a avançar, apesar de várias contradições. Não temos como não enfatizar nossa equipe técnica da coordenação, para lá de militante. Realmente, não conseguiria nomear todos(as) sem deixar atores relevantes de fora.

Inegavelmente, contei com um espaço privilegiado junto ao secretário de saúde e de seu grupo: Jailson Correa, Claudia Miranda, Eliane Germano, Mônica Vasconcelos e Fernanda Casado e equipe, os quais tomaram para si o desafio de fechar leitos, expandindo a RAPS em certo descompasso, por vezes desconcertante. Não atribuo tal descompasso à falta de vontade com a política específica, mas à própria forma de gestão macropolítica da Prefeitura. Ainda assim, seguimos avançando, mesmo com graves contradições, em especial no campo mais amplo da saúde.

Ficou o desafio, para essa nova gestão, de cumprir o projeto de redimensionamento da desinstitucionalização, que, ao fechar os leitos psiquiátricos, deverá redirecionar seus recursos para expandir e qualificar a RAPS/Recife, processo que estarei acompanhando agora de outro lugar. Considero que estão apresentadas algumas linhas de meu percurso e implicações no campo da PSMAD, em especial de Recife, onde não fui apenas observadora ou estudiosa da área, mas copartícipe, para o bem ou para o mal, se é que eles existem.

Ter vivenciado esse processo em paralelo ao doutorado talvez tenha sido o maior desafio de minha vida, pois, como se não bastasse a dimensão grandiosa de cada uma das atividades/missões, elas ocorreram em um contexto político em que tudo que construímos

socialmente (passando pela democratização do país, pelas conquistas de direitos sociais, pela construção do SUS e das políticas específicas) vem sendo fortemente atacado e ameaçado, culminando no golpe parlamentar e midiático e na posse do governo ilegítimo de Michel Temer. Tal estado de coisas tem imprimido na vida da população (e eu o tenho sentido na pele) uma vivência de sucessivas violências simbólicas e materiais, públicas e privadas, sociais e individuais.

Nesse momento, o exercício de focar a conclusão da tese tem chegado ao limite de minhas possibilidades. Mas, quando me sinto derrotada nessa missão, achando que deveria está em outro *front*, vem mais uma vez meu orientador para lembrar que precisamos de doutores que possam ocupar lugares estratégicos para segurar nossas bandeiras sociais, tão caras a nós, que as carregamos toda a vida.

Sobressai, nesse contexto, o exemplo de nossos mestres, entre eles: Luiz Inácio Lula da Silva, Marilena Chauí, Antonio Lancetti, Paulo Amarante e Paulette Cavalcanti, que não titubearam em reassumir suas atuações políticas de base de norte a sul do país para reafirmar causas coletivas e denunciar a usurpação de nossos direitos e dos bens de nosso país de forma ilegítima e, portanto, desonesta e violenta, em especial para os mais vulneráveis.

Todo esse contexto nos atribui uma responsabilidade social e histórica, em todas as nossas produções públicas e privadas, tal como a que representa esta tese, que, ao produzir memórias sobre o processo de institucionalização da PSMAD, contribui para a visibilização de uma versão não hegemônica desse processo, ao mesmo tempo em que oferece subsídios para discussões e construções futuras, quiçá efetivamente democráticas, antimanicomiais e antiproibicionistas. Que assim seja...

1.2 INICIANDO A FERVURA: SOBRE OS PILARES E ACONTECIMENTOS DA PESQUISA

O presente estudo teve por objetivo geral produzir memórias sobre o processo de institucionalização da política municipal de saúde mental, álcool e outras drogas na cidade de Recife entre 2001 e 2012. Portanto, tem como objeto de pesquisa a memória, compreendida na interface entre postulações da psicologia social, da saúde pública e da história como campos interdisciplinares.

Em termos teórico-metodológicos, a pesquisa partiu das produções do campo de estudo da saúde mental e das teorias feministas que questionam os modos tradicionais de fazer ciência, os quais produzem teorias e práticas excludentes ao reivindicarem para si a exclusividade e a legitimidade de produzir práticas e verdades. Procedendo dessa forma, invisibiliza-se uma série de fenômenos e atores desvalorizados socialmente. As justificativas científicas não apenas desconsideram as características eminentemente sociais da existência de tais fenômenos e atores como lhes atribuem abordagens naturais/biológicas e lhes ofertam intervenções correccionais e individuais (LOBOSQUE, 1997, 2001; RAGO, 1998; SPINK; MEDRADO, 1999; KARAM, 2006; AMARANTE, 1995a, 2009; PASSOS; SOUZA, 2011).

No campo da oferta de cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, essas produções críticas ao modelo clássico de ciência se alinham às perspectivas antimanicomiais e antiproibicionistas, as quais se traduzem no campo da saúde nas propostas de: 1) desinstitucionalização como desconstrução; e 2) redução de danos como princípio de cuidado radical às pessoas que consomem drogas, e não mera distribuição de insumos. E menos ainda uma etapa para as abordagens que apresentam como foco a abstinência.

As duas perspectivas são tomadas nesta pesquisa como fundamentais para a organização da oferta do cuidado às pessoas que apresentam aquilo que convencionamos chamar “sofrimento psíquico”,² inclusive os decorrentes do uso de drogas. Consideramos que ambas

² Adotamos neste trabalho a expressão “sofrimento psíquico”, que é de uso recorrente no campo da saúde mental de caráter psicossocial, a exemplo de Paulo Amarante (2006) e Sílvia Yasui (2006). Existe ainda uma recorrência de expressões, como “transtornos mentais”, referida por Eduardo Vasconcelos (2006), e ainda “transtornos psíquicos”, que aparece na Linha guia da saúde mental de Minas Gerais (2006), a qual tem sido uma referência para a organização de redes de saúde mental potentes em todo o Brasil.

Compreendemos que a utilização desses termos por parte dos(as) autores(as) citados(as) se deve a uma tentativa de criar novas formas linguísticas de expressar o entendimento da loucura como fenômeno complexo, e não meramente como um quadro psicopatológico, como tradicionalmente vem sendo abordado dentro de determinado paradigma.

Nossa opção se baseou em nossa intenção de assumir o uso de termos mais genéricos e/ou do senso comum para demonstrar a tentativa de analisar a loucura e o uso de drogas como objetos complexos, os quais foram simplificados exatamente no processo que os tornou objetos de caráter científico e em toda consequente regulação e apropriação pelo saber médico com a mediação do Estado (AMARANTE, 1994; KARAM, 2006; ANDRADE, 2009; PASSOS; SOUZA, 2011). Com essa opção, não estamos questionando ou problematizando

partem de princípios comuns vinculados aos direitos humanos e ao ideal de sociedade justa, solidária, democrática e não violenta, em que seja possível a convivência com as diferenças para prescindir de relações tutelares, ainda que sejam garantidos os direitos de cidadania daqueles (as) que apresentam sofrimento psíquico, inclusive os decorrentes do uso de drogas.

O campo epistemológico relaciona a perspectiva manicomial como geradora de muros simbólicos e literais, os quais geram exclusão dos sujeitos ditos loucos, que passam a ser tutelados. Esse processo excludente é respaldado por seu caráter científico. Sua materialização se dá por determinada prática clínica vinculada a essa perspectiva antimanicomial (AMARANTE, 1995a, 1997; LOBOSQUE, 1997, 2001; TORRE; AMARANTE, 2001; YASUI, 2006). Visando à superação dessa perspectiva manicomial/tradicional, apresenta-se a antimanicomial, que, segundo Ana Marta Lobosque (1997, p. 21-22) visa a:

[...] destruir muros literais e simbólicos com os quais a técnica assumiu o mandato social de segregação da loucura, isso não quer dizer que as questões da clínica lhes seja alheia, pois[,] quando a diferença se manifesta pelo sofrimento insuportável ou pelo risco grave, a clínica[,] sem dúvida alguma, é chamada para interferir desde um lugar lhe é próprio.

Essa clínica antimanicomial, segundo a autora, baseia-se em três princípios. O primeiro é o da singularidade, entendida como da ordem do coletivo, com grande expressividade, que realiza uma crítica aos modelos de cuidado que intentam o enquadramento do sujeito na sociedade sem problematizá-la, ou mesmo tentam diluir no geral (social) o particular (sujeito). Nesse princípio da singularidade, cabe ainda seu caráter de convite aos sujeitos para que sustentem suas diferenças sem se apartar do social.

Como segundo princípio, Lobosque (1997) defende o limite, o qual se relaciona com a cultura e que, nessa perspectiva antimanicomial, coloca-se como um raciocínio lógico que busca o “fazer caber”. E não como um imperativo moral gerador de exclusão por não considerar a multiplicidade de vivências e de organizações sociais possíveis.

Já o terceiro princípio que sustenta a clínica antimanicomial é o da articulação, que exige reflexão e prática crítica e permanente com os diversos (as) atores e possibilidades para o exercício do “fazer caber”.

os diversos termos utilizados pelos vários autores(as) citados(as), o que demandaria outro trabalho, de grande relevância, por sinal, mas que não foi tomado como objeto de análise de nossa pesquisa. Visibilizamos ainda que estendemos esse mesmo raciocínio para a utilização da expressão “pessoas que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas”, tal como utilizada na política nacional (BRASIL, 2003b), e não o termo “dependente” ou “adicto”, associados ao paradigma da abstinência.

Nesse sentido, consideramos que as perspectivas antimanicomiais não se restringem à clínica e ao cuidado, mas carregam um ideal de sociedade. Por esse motivo, Paulo Amarante (2009) retoma o caráter de movimento social, materializado no Movimento da Luta Antimanicomial, da Reforma Psiquiátrica brasileira, e atribui a esta quatro dimensões. Uma primeira dimensão, no campo conceitual, refere-se à reversão das maneiras tradicionais de compreender e lidar com a loucura, superando suas formas de produzir saber-fazer científicos.

No campo assistencial, a mudança se reflete na problematização da centralidade nos serviços e sinaliza a necessidade de extinguir os manicômios, representantes máximos das práticas de “tutela”, “vigilância pan-óptica”, “tratamento moral”, “disciplina”, “imposição da ordem”, “punição corretiva”, “trabalho terapêutico”, “custódia” e “interdição”. Assim, focar a dimensão técnico-assistencial do cuidado no território e na diversidade de dispositivos, tornando-se “criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades”. Os novos dispositivos de cuidado devem apresentar um caráter interdisciplinar, intersetorial e longitudinal, mas essencialmente devem conseguir operar na lógica da contratualidade e da negação da tutela. Na dimensão jurídico-política, faz-se necessário “rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais” (AMARANTE, 2009, p. 1-2).

Na quarta e última dimensão, o autor trabalha a questão da cultura, no sentido de que os projetos, nesse campo, devem trabalhar as representações da sociedade em relação ao(à) louco(a) para superar os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade a que está vinculado(a) no imaginário social, construindo outras que enxerguem positividade e possibilidade nas diferenças. “Transformando o lugar social da loucura, da diferença e da divergência” (AMARANTE, 2009, p. 2-3).

Assim, no campo da atenção em saúde mental, essas questões puderam ser sistematizadas como um processo de desinstitucionalização, em especial a ocorrida na Itália e que teve como expoente dessa experiência Franco Basaglia. A desinstitucionalização como desconstrução teve forte influência no Brasil e se caracterizou por atuar em todos os eixos trabalhados por Paulo Amarante (2009).

Apesar da influência da experiência italiana, a experiência brasileira a vivenciou de forma singular. Em comum, ambas apresentam a consideração desse processo como complexo, uma vez que este torna de difícil compreensão o conceito de loucura, que foi simplificado ao ser apresentado como “doença mental” e ao legitimar apenas os médicos,

representantes do campo científico, a falar sobre ela. Ao tornar novamente complexo o objeto, reconstituíram-se igualmente saberes e práticas e, com eles, novas relações.

Um marco e um reflexo do fortalecimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica foi a aprovação da Lei Federal nº 10.216. Esta passou cerca de 10 anos para ser aprovada e gerou debates fervorosos em todo o Brasil. Após sua promulgação, uma série de ações indutoras do Estado, pelo Ministério da Saúde, foi sendo implementada na perspectiva psicossocial (BRASIL, 2001a).

De início, essas ações estiveram voltadas essencialmente para as pessoas com sofrimento psíquico, e apenas posteriormente foi incluída na pauta de forma mais explícita e prioritária a preocupação com as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas. A partir dessa inclusão, a Reforma Psiquiátrica brasileira passou a ser não hegemônica, com a perspectiva antiproibicionista e com a redução de danos.

Tomamos aqui como perspectiva antiproibicionista, tal como a antimanicomial, aquela que vai partir da crítica à formulação do problema do uso de drogas como algo social, ou melhor, como algo relacionado com o modo como a sociedade se organiza, e não do ponto de vista do desvio e do individual. Entre uma série de formas de organização que geram violência, questiona-se, no campo da saúde, o caráter manicomial simbolizado como a forma violenta legitimada por certo modo de fazer ciência.

A perspectiva antiproibicionista problematiza a sociedade de consumo como a produtora da “guerra às drogas” por corporificar o risco de violência ao uso de drogas e aos territórios e corpos populares. Contudo, a história tem mostrado que são esses territórios e corpos que mais sofrem a violência vinculada ao tráfego de drogas, o qual apenas sobrevive em meio ao proibicionismo e à consequente ilegalidade do consumo de drogas (CARNEIRO, 2002; KARAM, 2006; PASSOS; SOUZA, 2011).

No campo da atenção à SMAD, essa perspectiva proibicionista, em associação às concepções clássicas da psiquiatria e da psicanálise, gerou modelos de cuidado voltados para a abstinência, os quais restringiram/restringem o acesso e a efetividade do cuidado à grande maioria das pessoas que não desejam e/ou não conseguem eliminar o uso de drogas.

Para questionar tal perspectiva de cuidado vinculada ao proibicionismo e à abstinência, constituiu-se uma linha de cuidado não proibicionista da redução de danos que desloca os objetivos do cuidado da abstinência e os recoloca no conhecimento da pessoa e de suas vulnerabilidades que antecederam o uso de drogas, priorizando a garantia de direitos

básicos de proteção, moradia, alimentação, saúde, entre outros, e, no decorrer dessa retomada de direitos, a ampliação do poder contratual e da qualidade de vida dessas pessoas.

Em relação ao cuidado às pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas, também foi diversa a forma de conceber e cuidar, com particularidades igualmente vinculadas a determinado contexto socioeconômico e cultural. Isso se caracterizou a partir de uma disputa mais complexa com a Justiça como uma tentativa de apropriação, por parte da medicina, de um fenômeno social que passou a ser problemático em dado contexto de globalização e da vivência da cultura de consumo (PASSOS; SOUZA, 2011).

Nesse campo do consumo de drogas ilícitas, a Justiça e as medidas punitivas a ela ligadas foram as inicialmente aplicadas por parte do Estado brasileiro às pessoas que usavam drogas, ao menos de forma hegemônica. Apenas em um segundo momento, e de forma conflitiva, a psiquiatria tentou atribuir a tais pessoas o estatuto de dependentes e ofertar espaços de confinamento, tal qual foram ofertados aos ditos loucos.

Os grupos religiosos, em especial de matrizes evangélicas, entraram nessa seara com o objetivo de salvar as pessoas que usam drogas “do prazer” e “do caminho do pecado”, utilizando o confinamento como forma de expurgo e doutrinação religioso. Já o Estado só chega para prestar assistência a essas pessoas, na perspectiva da saúde pública, bem mais tarde e de forma contraditória.

A contradição esteve associada ao fato de a política nacional ter assumido a redução de danos, que pressupõe o uso de drogas ilícitas e a condução do cuidado não proibicionista. Paralelamente ao desenvolvimento de uma política de saúde não proibicionista, continuou em curso o desenvolvimento de ações repressivas por parte da Justiça e da força policial (PASSOS; SOUZA, 2011).

Talvez advenha desse percurso, do eixo de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, o fato das recorrentes análises sobre o campo, que denunciam uma ausência e/ou negligência do Estado para com esse grupo de pessoas. O Estado brasileiro apenas veio a ofertar uma política estruturada no campo de atenção às pessoas que usam drogas a partir dos anos 2000. Isso ocorreu quando o advento da epidemia de Aids passou a ser não apenas associado ao uso de drogas injetáveis e alvo de intervenção integrada para deter o avanço da epidemia (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008; PASSOS; SOUZA, 2011).

Ao contrário do que ocorre com a desinstitucionalização, que enfrenta, atualmente, apenas críticas veladas, o eixo álcool e outras drogas vem sofrendo fortes embates para se

afirmar, inclusive a partir de grupos parlamentares evangélicos, mas que encontram eco em alguns profissionais, usuários e familiares da rede de cuidados.

Em nossa história, temos, portanto, esse percurso de oferta de atenção à saúde no paradigma clássico, com características manicomiais e proibicionistas, mas, por outro lado, igualmente vivenciamos processos de resistência ao modo hegemônico de cuidado e pesquisas científicas no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Tal resistência se deu de forma endereçada, uma vez que eclodiu especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial e, aqui no Brasil, com os processos de redemocratização do país, com o surgimento, portanto, dos movimentos sociais baseados nos direitos humanos, supostamente de caráter libertário e incluyente (AMARANTE, 1995a, 2009).

Na organização desta tese, iniciamos com um capítulo teórico-metodológico, no qual abordamos esses temas, recorrendo especialmente a autores(as) que nos nortearam sobre origens, formulações, normatização como sinônimos de política pública e sobre as implicações dessas propostas para mudar o foco da doença para a pessoa, do individual para o social, do ideal de cura para a ampliação de autonomia e qualidade de vida.

A partir dessas reflexões, realizamos articulações com uma concepção de memórias vinculadas às práticas discursivas, portanto como uma produção situada que se processa na medida em que vão se estabelecendo as relações (PÊCHEUX, 1995, 1999, 2002).

Nesse processo, todos(as) os(as) envolvidos(as), ao se posicionarem, vão dando vida aos acontecimentos, os quais, em nosso estudo, materializaram-se como memória sobre o processo de institucionalização da PSMAD em Recife na perspectiva das gestoras da área técnica. Como estratégias/tecnologias de produção de memórias, utilizamos entrevistas, conversas informais e análise de documentos. Tomamos como período de análise 2001 e 2012, por terem ocorrido nesse período dois marcos relevantes: em 2001, a publicação da Lei Federal nº 10.216 e, em 2011, o surgimento da Portaria Ministerial nº 3.088, que instituiu a RAPS (BRASIL, 2001a, 2011a).

Ao longo de nossa análise, sistematizamos três matrizes de serviços que hoje constituem a RAPS/Recife e seis ondas de gestão nas quais foi sendo implementada a PSMAD. Essa implementação se deu por passos, descompassos e controvérsias, que vão sendo explicitadas ao longo do texto e em que vai se revelando seu caráter alternativo e não substitutivo aos modelos manicomial e proibicionista.

Ao longo de nossa discussão, ficou explicitada que na RAPS atual de Recife existe uma forte influência das ideias de Ulysses Pernambucano e de sua posterior Escola de

Psiquiatria do Recife, pois essa última cumpriu o papel de reproduzir suas ideias, concomitantemente, na formação, na assistência e na gestão dos serviços de saúde. As ideias dessa Escola estão baseadas na perspectiva da psiquiatria clássica de caráter biológico e, consequentemente, no tratamento vinculado ao isolamento.

Por outro lado, o estudo vislumbrou a existência de um coletivo antimanicomial e antiproibicionista constituído e que atua fazendo pressão para materializar a reforma da PSMAD para assumir efetivamente seu caráter antimanicomial e antiproibicionista. Esse coletivo ainda se coloca contra-hegemônico a outro grupo constituído e/ou gerado a partir da Escola de Psiquiatria do Recife.

Nessa análise, são identificados dois graves obstáculos para a reversão do modelo antimanicomial e para a implantação da rede psicossocial. O primeiro foi o não enfrentamento do fechamento dos leitos psiquiátricos em paralelo à constituição da rede psicossocial local, em parte associada a uma cultura manicomial dos atores que compunham a gestão advinda da Escola de Psiquiatria do Recife. Já o segundo grande obstáculo se referiu à não reversão dos recursos oriundos do fechamento dos leitos psiquiátricos para a RAPS, tendo como consequência a precarização de seus dispositivos.

2 SINTONIZANDO RIMAS E PASSOS: O TEÓRICO- METODOLÓGICO

A história não é um ritual de apaziguamento, mas de devoração, de despedaçamento. Ela não é bálsamo, é fogueira que reduz a cinzas nossas verdades estabelecidas, que solta fagulhas de dúvidas, que não torna as coisas claras, que não dissipa a fumaça do passado, mas busca entender como esta fumaça se produziu. (ALBUQUERQUE JR., 2007, p. 354).

A construção deste estudo sobre memórias nos levou a terras desconhecidas, ainda que altamente reconhecidas como relevantes para nós, que estamos em um campo de disputa de posições. Essas posições são referentes ao modo de cuidar da saúde mental da população e, especificamente, das pessoas que apresentam transtornos mentais, envolvendo, inclusive, os decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Formas de cuidado que se constituem em paradigmas intimamente ligados a determinados modos de ver o mundo e a organização social.

Ou seja, o já citado modelo manicomial, que foca a doença e sua eliminação e que tem como representante máximo o hospital psiquiátrico, e outro paradigma, que se baseia no cuidado em liberdade, considerando a pessoa que sofre como sujeito de direitos e que, portanto, trabalha com foco na ampliação da contratualidade e da qualidade de vida em redes territoriais de cuidado nas quais as pessoas cuidadas possam circular.

Assim, temos a responsabilidade de, além de produzir novas práticas, torná-las compartilháveis entre pessoas do campo, mas, principalmente, de torná-las acessíveis como produção sociocultural. Dessa forma, a seguir, passaremos a compartilhar nosso percurso de construção do modo como entendemos as memórias, bem como as formas de estudá-las/produzi-las que adotamos nesta pesquisa.

Ao nos aproximarmos dos estudos sobre memória, de imediato se abriu um universo de abordagens a partir de campos e autores com vieses próprios e contraditórios entre si, impelindo-nos, em um primeiro momento, a explorar as diversas vertentes, de tal forma a possibilitar a construção do nosso percurso teórico-metodológico, bem como, a construção de nosso objeto de estudo (BOSI, 1994; BERGER; LUCKMANN, 2004; SÁ, 2007, 2012).

No caminho construído inicialmente, identificamos, na abordagem de Diego Freire (2016), dados sobre a mitologia grega, segundo os quais a união entre Zeus e Mnemosine teria sido muito fértil e gerado várias musas, entre elas Clio, a musa da história. Dessa forma, por ser filha da memória, a história teria ficado ligada, por muitos anos, a lembranças das realizações humanas. A memória do povo era, então, preservada e capaz de evitar o esquecimento de suas vivências.

No entanto, na busca de garantir o reconhecimento da cientificidade da história e, como tal, sua institucionalização como campo de conhecimento e ensino nas universidades, os então “eruditos”, que se ocupavam de observar e guardar o passado, foram cada vez mais reivindicando o corte do parentesco entre memória e história. A história passaria, assim, a ser negada pelos metodistas franceses, tornando-se, portanto, “a filha ingrata da memória” (ALBUQUERQUE JR., 1994, 2004; CATROGA, 2015; FREIRE, 2016).

Entre alguns pilares para a distinção entre memória e história, foram construídas supostas categorizações, em que a primeira se caracterizaria pela espontaneidade, pré-reflexividade, continuidade, sendo da ordem do natural e própria aos indivíduos. Por outro lado, a história carregaria as marcas do

[...] trabalho metódico, conceitual, investigativo, reflexivas e pautadas em métodos ditos científicos. Se a memória carregaria indelevelmente a afetividade dos sujeitos, a história traria consigo a imparcialidade, a objetividade dos fatos; uma se aproximaria do passado para revivê-lo, ao passo que a outra se distanciaria para analisá-lo. Em nome da Ciência, ergueu-se um muro para separar história e memória. (FREIRE, 2016, p. 133).

Essa dicotomia entre memória e história perdurou por muito tempo como algo dado e inquestionável, tendo a história assumido um caráter de versão oficial ao valorizar a investigação de documentos escritos e oficiais. Essa forma de se configurar foi endereçada à manutenção da ordem social burguesa em ascensão. As contradições inerentes a essa maneira de conceber e produzir a história trouxe consequências sociais não previstas na busca do reconhecimento de cientificidade e de obter o *status* de ciência. Decorreram da Primeira Guerra Mundial, portanto, as primeiras críticas a esse modo de produzir informações antigas sem relação com o cotidiano e com a construção do futuro (ALBUQUERQUE JR., 2004; SÁ, 2007, 2012; CATROGA, 2015; FREIRE, 2016).

Não adentraremos, neste trabalho, a diversidade de aspectos envolvidos nessa diferenciação entre memória e história; partiremos para uma construção baseada em autores que contribuíram com o traçado sobre memória aqui adotado, iniciando com a afirmação de Fernando Catroga (2015, p. 16-17) de que ela não é:

Um armazém inerte, onde, por ocasional e arbitrária acumulação, se recolhem os acontecimentos vividos por cada indivíduo, tal como acontece com as coisas amontoadas no sótão da casa dos avós. Bem pelo contrário. Ela é retenção afetiva e quente dos traços inscritos na tensão tridimensional do tempo — passado–presente–futuro — que permanentemente a tece.

Essa afirmação do autor nos insere em um universo do estudo que considera seu caráter afetivo em relação com um tempo multifacetado em suas dimensões nada lineares e que emergem nos sujeitos em comunicação singular em cada contexto em que ocorrem. Ao afetivo e ao tempo, tomamos emprestado de Michel Foucault (2003, p. 14) o interesse pela visibilização de grupos, aspectos e/ou fragmentos invisibilizados, tal como expresso a seguir:

Foi para reencontrar alguma coisa como essas existências-relâmpagos, como esses poemas-vidas que eu me impus um certo número de regras simples: — que se tratasse de personagens tendo existido realmente; — que essas existências tivessem sido, ao mesmo tempo, obscuras e desventuradas; — que fossem contadas em algumas páginas, ou melhor, algumas frases, tão breves quanto possível; — que esses relatos não constituíssem simplesmente historietas estranhas ou patéticas, mas que de uma maneira ou de outra (porque eram queixas, denúncias, ordens ou relações) tivessem feito parte realmente da história minúscula dessas existências, de sua desgraça, de sua raiva ou de sua incerta loucura; — e que do choque dessas palavras e dessas vidas nascesse para nós, ainda, um certo efeito misto de beleza e de terror.

Incorporamos ainda as contribuições de Durval Albuquerque Jr. (2004) para nossa compreensão sobre o caráter arbitrário da tentativa de separação entre ciência e ficção literária por parte dos que consideram a possibilidade de representação do passado tal como ocorreu. Tal perspectiva tem se negado a recorrer à história oral e foca seus estudos em documentos oficiais. Em nossa pesquisa, pelo contrário, assumimos a memória como construção social da realidade, e não como retenção e reprodução de experiências passadas, pois nossa produção representa uma versão da memória tecida, fio a fio, a partir do vivenciado e compartilhado nesse percurso.

Nesse sentido, nossa pesquisa transitou pelo campo das práticas discursivas, as quais, segundo Mary Jane Spink e Vera Menegon (1999), inserem-se no âmbito da pesquisa entendida como prática social por atribuir sentido ao mundo em diversos domínios de nossas atividades.

No processo analítico das práticas discursivas, os discursos são tomados a partir de documentos entendidos como monumentos, trazendo a noção de algo construído por processos de descontinuidade e dispersos no nível dos enunciados, cabendo, na análise arqueológica, a busca de entendimento de como certos campos complexos do conhecimento, como o contexto de implantação do cuidado na RAPS, puderam tomar forma e existir como tais, bem como suas controvérsias e repercussões para a oferta do cuidado psicossocial.

Após modificações profundas do desenho inicial da presente pesquisa, já mencionadas inicialmente, a construção da memória sobre o cuidado psicossocial a partir da análise das práticas discursivas dos gestores de saúde mental de Recife, entre os anos 2001 e 2012, período que demarca a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e a implantação da RAPS pela Portaria nº

3.088/2011, não mais buscará o normativo presente em portarias e políticas, mas o ainda não dito, o nebuloso, as tensões, as pontes em sua construção cotidiana (BRASIL, 2001a, 2011a).

Tal perspectiva se justifica porque buscamos nossa aproximação com o objeto deste estudo por meio das práticas discursivas entendidas aqui de forma posicionada em relação a alguns elementos centrais e controversos. Assumimos neste texto a compreensão de que a construção da realidade/do conhecimento está marcada por uma relação de reciprocidade, exercida pelas ideias e/ou pela base material sobre o pensamento e a ação social, impossível de delimitar claramente. Consideramos, assim, não apenas a validade, mas o interesse pelo conhecimento produzido pelo senso comum/invisível e ainda sobre o caráter indissociável entre o cognitivo, o afetivo e/ou prático e sua expressão a partir do cotidiano e pela fala e linguagem, sobre o que nos determos neste momento (MEDRADO, 1998; SPINK; MEDRADO, 1999; MÉLLO, 2007).

A linguagem, como campo privilegiado dos estudos sobre práticas discursivas, pôde ser identificada em várias obras consultadas, variando o enfoque teórico-metodológico que lhe é atribuído, mas sempre a colocando como elemento ao mesmo tempo constitutivo e central para a análise dos fenômenos sociais complexos (MEDRADO, 1998; SPINK; MEDRADO, 1999; MÉLLO, 2007).

Rompendo com a compreensão da linguagem como expressão do pensamento e ainda passando da busca de uma linguagem ideal a seu entendimento como instrumento de acontecimentos, com foco na perspectiva construcionista, que enfatiza as relações cotidianas, rompe-se também com a dicotomia entre sujeito e objeto e trazem-se repercussões no campo teórico e metodológico para os estudos, envolvendo a linguagem na procura de significados e na compreensão de fenômenos sociais complexos.

Portanto, para Benedito Medrado (1998), a consciência compartilhada é, antes de tudo, uma abstração analítica que nos é acessível pela compreensão do modo como as representações competem entre si nos discursos implícitos às opiniões e atitudes sobre dado fenômeno, em que se configuram os repertórios próprios aos sujeitos que compartilham a vivência de certo contexto. Esse contexto é sempre mutante e ressignificado pelos sujeitos com base em sua vivência cotidiana com os outros. Isso porque o espaço intersubjetivo age como mediador entre diversos elementos e pela compreensão da ação humana como repleta de intencionalidade e imbricada em uma construção contínua e não linear, produzindo conformações provisórias perpassadas pelos macro e micropoderes.

Estivemos, portanto, atentos durante toda a pesquisa ao universo da pluralidade dos repertórios de nossos(as) interlocutores(as) e entrevistados(as) diante das vivências cotidianas e que os(as) remete a múltiplos posicionamentos nas práticas cotidianas da institucionalização da PSMAD, considerando as práticas discursivas como uma linguagem em ação ou, mais precisamente, os modos a partir dos quais os sujeitos a um só tempo produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas (MEDRADO, 1998; SPINK; MEDRADO, 1999).

2.1 SÍNTESE EPISTEMOMETODOLÓGICA DA PESQUISA

Após as discussões realizadas até o momento referentes à nossa compreensão sobre a produção de conhecimento, gostaríamos de concluir este espaço visibilizando mais dois elementos essenciais para o entendimento de nossas opções metodológicas. A primeira questão é que identificamos em Michel Pêcheux (1995, 1999, 2002) uma perspectiva que estabelece pontes interessantes entre os estudos das práticas discursivas e da memória ao abordar a última como um objeto de estudo que coloca em diálogo campos como a história, a sociologia e a linguística.

Em tais campos, são debatidas questões relativas a imagens, textos e discursos isoladamente e, ao discutir sobre a memória, tais campos se veem obrigados a colocar tais questões em diálogo. Esse diálogo nos interpela sobre as condições nas quais um “acontecimento histórico (um elemento histórico descontínuo e exterior) é susceptível a vir a se inscrever na continuidade interna, no espaço potencial de coerência próprio a uma memória”. Após várias reflexões em que se desdobram tais questões, Michel Pêcheux (1999, p. 56) conclui:

A certeza que aparece, em todo caso, no fim desse debate é que uma memória não poderia ser concebida como uma esfera plena, cujas bordas seriam transcendentais históricos e cujo conteúdo seria um sentido homogêneo, acumulado ao modo de um reservatório: é necessariamente um espaço móvel de divisões, de disjunções, de deslocamentos e de retomadas, de conflitos de regularização... Um espaço de desdobramentos, réplicas, polêmicas e contradiscursos. E o fato de que exista assim o outro interno em toda memória é, a meu ver, uma marca do real histórico como remissão necessária ao outro exterior, quer dizer, ao real histórico como causa do fato de que nenhuma memória pode ser um frasco sem exterior.

Compartilhamos dessa perspectiva de Michel Pêcheux (1999) e, portanto, compreendemos a memória como prática social complexa, construída coletivamente e devendo ser abordada de forma igualmente complexa e interdisciplinar, arcando com todas as suas contradições e controvérsias.

A segunda e última questão nos é trazida por Margareth Rago (1998, p. 17) sobre nossa articulação entre memórias, epistemologia feminista e práticas discursivas referentes ao papel que as teorias feministas deram aos estudos históricos e que adotamos em nossa pesquisa:

[...] da desconstrução dos temas e interpretações masculinos às novas propostas de se falar femininamente das experiências do cotidiano, da micro-história, dos detalhes, do mundo privado, rompendo com as antigas oposições binárias e de dentro, buscando respaldo na Antropologia e na Psicanálise, incorporando a dimensão subjetiva do narrador.

Na historiografia feminista, vale notar, a teoria segue a experiência: esta não é buscada para comprovar aquela, aprioristicamente proposta. Opera-se uma deshierarquização [*sic*] dos acontecimentos: todos se tornam passíveis de serem historicizados, e não apenas as ações de determinados sujeitos sociais, sexuais e étnicos das elites econômicas e políticas, ou de outros setores sociais, como o proletariado-masculino branco, tido como sujeito privilegiado por longo tempo, na produção acadêmica. Aliás, as práticas passam a ser privilegiadas em relação aos sujeitos sociais, num movimento que me parece bastante democratizador.

A contemplação de possibilidades de caminhos e a caminhada da construção de nosso campo epistemológico de pesquisa nos deram a segurança necessária para seguir a trajetória da pesquisa, agora definindo os instrumentos que nos subsidiaram na produção de material, bem como no processo analítico em si.

Assim, passaremos a compartilhar nosso percurso, passo a passo, bem como os dilemas, os impasses e as alternativas encontradas para chegar a uma versão com resultados, descobertas/construção e aceitação dos limites do ainda por desbravar/produzir quanto à produção e à análise das memórias produzidas no processo de institucionalização da PSMAD em Recife. Nesse caminhar, teremos, necessariamente, de ir parando em pontos estratégicos a ser compartilhados com quem nos acompanha. Então, vamos lá...

Vale ressaltar que o projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética na Pesquisa da UFPE e seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012). O referido projeto foi aprovado sem recomendações e registrado pelo consubstanciado do Comitê de Ética na Pesquisa sob o número 1.214.965 em 4 de setembro de 2015. No referido projeto, foram apresentados o roteiro de entrevista (Apêndice A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Obtivemos ainda do município a carta de anuência para realização da pesquisa (Anexo 2).

No projeto, foi prevista a existência mínima de riscos para as participantes deste estudo do ponto de vista da integridade física, social e emocional, considerando que teriam participação voluntária, poderiam expor livremente suas posições, bem como estariam cientes

de poder interromper a qualquer momento a entrevista. Mesmo considerando mínimos os riscos, foram previstas algumas alternativas caso, porventura, eles viessem a ocorrer; no entanto, as entrevistas ocorreram sem intercorrências dessa natureza.

2.2 ENCONTRANDO/PRODUZINDO ACONTECIMENTOS

Tomamos emprestado o entendimento de Foucault (2009, p. 6) de documentos não como monumentos, ou seja, obras, geralmente grandiosas, construídas com a finalidade de perpetuar a memória de pessoas ou acontecimentos relevantes na história de uma comunidade e digna de passar à posteridade. Mas os usamos com seu caráter genealógico, isto é, no interesse de descrever intrinsecamente o monumento e não apenas o contemplar como natural.

Em Foucault (2009), o conceito de acontecimento é abordado como o conjunto das condições discursivas e não discursivas que tornam um determinado discurso possível em um determinado contexto. Assim, entendemos a partir do autor, que o acontecimento representa o surgimento de uma nova regularidade discursiva ou como as circunstâncias em que se produz um discurso sobre algo em um dado momento. E assim, o tratamos ao longo do nosso trabalho de campo.

Desta forma, nesta pesquisa, consideramos o dito em várias fontes, ou seja, nos documentos de domínio público, em interlocutores estratégicos e nas entrevistas, os quais serão visibilizados a partir de agora, isto é, lidando com os documentos como tudo aquilo que as pessoas disseram e dizem como acontecimento. Antes de seguirmos, no entanto, sentimos necessidade de retomar que o estudo foi realizado a partir do segundo semestre de 2015 e perdurou por um ano, período de várias transformações/controvérsias no contexto político nacional, bem como para o direcionamento da PSMAD. Estejamos atentos em especial aos atravessamentos desse contexto na produção de memórias aqui trabalhada.

2.2.1 Documentos de domínio público

Consideramos como fontes de documentos todo o material localizado que guardasse relação com nosso objeto de estudo e que tivesse se tornado público por meio impresso e/ou digital para, assim, garantir a perspectiva ética de sua utilização e publicização por parte dos resultados da pesquisa. Adotamos a seguinte concepção de documentos de domínio público:

[...] produtos sociais tornados públicos. Eticamente estão abertos para análise por pertencerem ao espaço público, por terem sido tornados públicos de uma forma que permite a responsabilização. Podem refletir as transformações lentas em posições, posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia a

dia ou no âmbito das redes sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e vir das versões circulantes assumidas ou advogadas. (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 136).

No desenho inicial da pesquisa, não tínhamos *a priori* a definição dos documentos a serem analisados, pois apostamos que seria relevante partirmos da sinalização das entrevistadas quanto aos mais relevantes para a compreensão da memória das gestoras de saúde mental de Recife.

Assim, após a realização das entrevistas, adotamos três blocos de documentos a serem analisados. No primeiro bloco, analisamos documentos e publicações que pudessem subsidiar a sistematização de marcos históricos da construção dos diversos dispositivos da RAPS/Recife, pois consideramos essencial para o leitor o entendimento de como se deu a constituição da rede existente no município, ou seja, ofertar alguns pilares para os diversos nexos possíveis para a memória produzida pelas gestoras participantes da pesquisa.

Tal estratégia foi necessária porque, como abordado anteriormente, a memória apresenta elementos intrínsecos ao singular e ao coletivo dos que vivenciaram uma época ou acontecimento, sendo sempre retroalimentados. Nesse contexto, identificamos e sistematizamos um acervo riquíssimo, que contempla imagens, documentos oficiais e materiais disponíveis virtualmente.

Necessitamos realizar um esforço sobre-humano para não nos desviarmos do foco da pesquisa, pois muitos desses materiais nos ajudam a entender vários dos processos em curso na RAPS/Recife e que, por estarem dispersos ou serem considerados “arquivos mortos”, induziam-nos à dispersão quanto ao objetivo de nosso trabalho. Ao final, esses materiais são apresentados a partir de dada sistematização na primeira parte de nossa análise e discussão, bem como nos diálogos estabelecidos com nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as) e entrevistadas.

No segundo bloco, encontram-se a Lei Federal nº 10.216/2001 e a Portaria nº 3.088/2011, pois foram apresentadas às entrevistadas para que pudessem discorrer sobre a influência da institucionalização da política da SMAD. A análise desses documentos foi apresentada em nossa discussão teórica, enfocando o que eles sinalizam como norteadores para o campo da gestão e estando em diálogo com nossas entrevistadas.

No terceiro e último bloco, foram analisados os documentos citados pelas entrevistadas como tendo dialogado com sua prática de gestão e/ou para a conformação da oferta de cuidados psicossociais no contexto local. Alguns interlocutores referidos por elas foram incorporados nesse bloco com suas principais produções; outros foram reconhecidos como companheiros nos processos cotidianos. Essas questões se encontram na segunda parte de nossa análise e discussão.

Inicialmente, havíamos imaginado realizar entrevistas com os(as) referidos(as) interlocutores(as); no entanto, no decorrer do trabalho de campo, percebemos que foi citada uma multiplicidade de interlocutores(as) de diversas partes do país, bem como variadas motivações para o estabelecimento de tais interlocuções. Enfatizamos ainda que os eventos referidos pelas entrevistadas como marcos igualmente foram considerados como documentos e, portanto, como acontecimentos nessa construção da memória sobre o processo de institucionalização da política da SMAD de Recife. Vejamos a seguir mais outras estratégias de produzir acontecimentos.

2.2.2 Conversas informais

Ao longo da pesquisa, demo-nos conta de que alguns acontecimentos não estavam disponíveis em documentos oficiais e científicos. Essa invisibilidade em relação a determinados grupos sociais por parte da história oficial já havia sido abordada por alguns(mas) autores(as). E nós fizemos um paralelo de que talvez tenha ocorrido o mesmo processo em relação à PSMAD, que vem priorizando exatamente grupos em geral invisibilizados de “loucos” e “dependentes” (RAGO, 1998; BATISTA et al., 2014).

Por outro lado, tínhamos conhecimento e acesso a atores que viveram/produziram todo o processo de institucionalização da PSMAD, representando a história viva do campo. A partir dessa constatação/inquietação, criamos a estratégia de conversar com tais atores e, assim, colocar em cena para análise uma série de elementos que preencheram lacunas em nossos entendimentos/nexos entre acontecimentos/afetos levantados por outras estratégias de produção de informação/acontecimento.

Pudemos ainda visibilizar as perspectivas de pessoas relevantes para a constituição da RAPS/Recife que foram, por vezes, interlocutores das gestoras entrevistadas e que seriam apenas parcialmente visibilizados caso a estratégia da conversa não tivesse sido utilizada com os(as) interlocutores(as) estratégicos(as).

Consonante com nossa posição metodológica, consideramos válida a utilização da conversa como fonte de informação/acontecimento, apesar de ser sistematicamente negada pela ciência racionalista e inclusive pelo senso comum, que, segundo Cristina Batista et al. (2014, p. 98), conferem-lhe variados sentidos, vinculados à negatividade, a exemplo do exercício “da discórdia, da mentira, das enganações”, “de preguiça, do não trabalho”, “do silêncio (ou da não conversa)”, “da autoridade”, “da dissimulação” e ainda como “exercício de interpretação”.

Batista et al. (2014, p. 104) nos ajudaram a sistematizar o modo como estabelecemos as conversas ao defenderem alguns norteadores para garantir “o bom prosear”, envolvendo a dialogia, o campo-tema, a hipertextualidade, o cotidiano e a longitudinalidade.

Para viabilizar a vivência de uma dialogia, antes de qualquer coisa se faz necessário o desejo/consentimento mútuo a fim de que a conversa ocorra, além da garantia do anonimato e da não utilização de abuso de poder e da construção de relações horizontais. Tais questões já haviam sido consideradas no projeto inicial de pesquisa, como mostramos anteriormente.

Incorporamos ainda o princípio da hipertextualidade, defendido por Batista et al. (2014), pois tínhamos bastante clareza de que os(as) pesquisadores(as) dessa pesquisa, com seus(uas) interlocutores(as) e entrevistadas, haviam assumido diversos papéis pessoais e profissionalmente, e essas marcas estariam impressas nos encontros que a pesquisa possibilitou entre eles(as). Assim, estivemos bastante abertos(as) para a multiplicidade de vozes e de suas diversas conexões. Inclusive, no que se refere às atualizações de relações prévias da equipe de pesquisadores(as) e os(as) interlocutores(as) estratégicos(as) e entrevistadas.

Para tal, por diversas vezes abrimos espaços de discussão entre os membros da equipe de pesquisa para buscar as melhores estratégias e encarar os atravessamentos inevitáveis, pois, como tratamos ao iniciarmos esta produção, ao longo do tempo de atuação nesse campo, foram construídos muitos afetos e desafetos.

Seguiremos caminhando, agora no sentido de chamar o leitor que nos acompanha a adentrar nossa construção dialógica, dessa vez com as gestoras da política de saúde mental de Recife, pois elas representam mais um elo dessa construção iniciada a partir de documentos e conversas com interlocutores(as) estratégicos(as).

2.2.3 Contextualizando as entrevistas/conversas com as gestoras

Neste estudo, consideramos as entrevistas como campos de construção dialógica, em que o discurso de atores distintos vão se posicionando e construindo realidades fluidas que se materializam e/ou desmaterializam à medida que o jogo dialógico vai sendo jogado. Nesse contexto, há o roteiro prévio como dispositivo disparador do diálogo (Apêndice A) (MEDRADO, 1998; MÉLLO, 2007; SPINK; MEDRADO, 1999; MEDRADO; LYRA, 2015).

Assim, deixamos claro que aqui não entendemos de forma dicotomizada conversas e entrevistas; pelo contrário, entendemo-las apenas como perspectivas diferenciadas de aproximação dos(as) interlocutores(as), tendo sido os atores aqui denominados entrevistadas identificados no projeto original, em que foi pensado um campo-tema a ser construído nessa

interlocução. Os(as) denominados(as) nessa pesquisa interlocutores(as) estratégicos(as), pelo contrário, ao não terem sido visibilizados no projeto original, não apenas se fizeram presentes como nos convocaram para o diálogo. Eis então a justa medida da natureza da nomeação aqui dada ao grupo de interlocutores(as) deste estudo.

Outro elemento essencial a ser reinterado neste momento refere-se ao fato de termos entrevistado apenas as gestoras da política de saúde mental, quando, a partir de dado momento, ela foi cindida em eixos dicotomizados, ou seja, além da gerência de saúde mental, foi criada outra gerência, denominada redução de danos. Aprofundaremos essa questão e suas repercussões e controvérsias no capítulo dedicado à retomada histórica sobre a constituição da RAPS/Recife.

No momento, gostaríamos de compartilhar que mantivemos as entrevistas, tal como previsto inicialmente, por três motivos. O primeiro, mas não definitivo, vinculou-se ao limite de tempo para seu redimensionamento, enquanto o segundo e definidor dessa opção esteve ligado ao fato de termos identificado algumas produções no campo da e com a gestão no eixo da redução de danos, bem como por não estarem disponíveis produções que visibilizassem a perspectiva da/sobre a gestão da “saúde mental” (colocamos a expressão entre aspas para de fato visibilizar nosso estranhamento quanto a esse processo).

O terceiro motivo contribuiu para nossa posição: o alinhamento com a política nacional de SMAD, a qual vem assumindo e impulsionando os municípios a trabalharem de forma integral as questões de saúde mental, incluindo as vinculadas ao uso de drogas, repercutindo na reorganização da gestão da área técnica, que passou a ser conduzida em uma única gerência, ou seja, a de SMAD. Assim, as vozes advindas de campos específicos da saúde mental, em especial a atenção à crise, a desinstitucionalização, a redução de danos e o eixo infantojuvenil, serão consideradas de forma dialogada entre os discursos coletados de documentos e conversas-entrevistas.

Para a realização das entrevistas, formamos um conjunto de pesquisadores do Gema, do qual fazemos parte. Tal medida foi avaliada como necessária, visando a possibilitar que as entrevistadas entrassem em contato com pessoas de certa forma iniciantes no campo e, assim, pudessem se sentir estimuladas a retomar informações que talvez ficassem perdidas caso a própria doutoranda isoladamente conduzisse as entrevistas. Consideramos a estratégia bastante acertada, pois observamos que, de fato, as entrevistadas fizeram esse exercício de detalhamento de suas memórias acerca do tema pesquisado, solicitando por vezes confirmação ou até mesmo informações adicionais à doutoranda.

Os dias, horários e locais das entrevistas foram previamente acordados com as entrevistadas, que indicaram suas preferências. Uma única entrevista precisou ser realizada por Skype, uma vez que a entrevistada está morando em outro estado, e por isso não foi possível o encontro presencial. Algumas informações pessoais das entrevistadas que não foram obtidas nas entrevistas foram complementadas por pesquisa em seus currículos Lattes e em publicações em Diários Oficiais, o que consideramos meios bastante frutíferos, embora muitas vezes não sejam usados para tais fins.

Nossas entrevistadas foram identificadas a partir de suas inserções na rede local por terem exercido a função de gestora da PSMAD imediatamente anterior à aprovação da Lei nº 10.216/2001 até o ano 2012, que corresponde ao período imediatamente posterior à instituição da RAPS pela Portaria Ministerial nº 3.088/2011 (BRASIL, 2001a, 2011a). Realçamos ainda em relação aos(as) interlocutores(as) estratégicos(as) que sua participação se deu de forma voluntária e consentida. Adotamos como critério de inclusão para a presente pesquisa o(a) participante ter sido gestor(a) da política de saúde mental do município de Recife entre os anos 2000 e 2012. Dessa forma, contamos com um universo de sete possíveis participantes, todos(as) maiores de 18 anos de idade.

Como critério de exclusão, foi pensado o fato de o(a) gestor(a) ter deixado de atuar profissionalmente no campo da saúde mental há mais de três anos, período em que ocorreram transformações consideráveis na oferta do cuidado em saúde mental. No entanto, no decorrer do aprofundamento teórico e da prática de pesquisa, percebemos que não caberia adotar tal critério, uma vez que, em se tratando de um estudo de memória, deixaríamos de registrar a perspectiva de quem esteve influenciando na construção da referida política, mesmo que por tempo limitado.

Na prática, das sete possíveis participantes previstas como interlocutoras inicialmente, conseguimos localizar seis, todas do sexo feminino. Dessas, cinco psicólogas e uma terapeuta ocupacional. Todas elas não apenas aceitaram de pronto participar da pesquisa, mas demonstraram considerá-la de grande relevância, por sistematizar uma produção pouco visibilizada. Das seis, Márcia (2007-2008) e Adriana (2009) saíram da atuação profissional direta na saúde mental, mas de alguma forma mantêm certa ligação com o campo.

A única participante não localizada foi rastreada por documentos físicos e virtuais e de interlocutores(as) estratégicos(as) da rede, ou seja, pessoas que estavam na RAPS no período em que ela havia exercido a função de gestora. Chamou nossa atenção nesse rastreamento o fato de quase total esquecimento dos que vivenciaram esse momento em relação a essa

pessoa.³ Aos poucos, conseguimos entender que de fato a coordenação de saúde mental, até 2001, não gozava do *status* que passou a ter após esse período. As razões para isso serão discutidas no decorrer do processo de análise da pesquisa. Em posse dos dados sobre as entrevistadas, consolidamos seu perfil a partir dos quadros a seguir.

³ Chegamos a identificar, com nossa interlocutora estratégica Ester Correa, o primeiro nome dessa pessoa, o qual foi confirmado por outras interlocutoras; no entanto, ninguém soube identificar seu percurso profissional após sair da gestão. Ainda tentamos localizá-la pelas redes sociais, mas ainda assim não obtivemos sucesso.

Quadro 1 – Informações básicas sobre as entrevistadas

Entrevistada (nome fictício)	Gestão	Instituição de ensino/estágios/práticas de formação	Formação	Atividades profissionais anteriores à gestão em Recife	Atividades profissionais posteriores à gestão em Recife
Francisca	2001-2004 Gestora de Recife aos 29 anos	Fafire Cecop/Graduação Coordenação Estadual de SMAD/Residência	Psicóloga (1994); Especialização em Psiquiatria Social (1996); Especialização em Residência em Saúde Pública (1997); Mestrado em Saúde Coletiva (2009-2011); Doutoranda em Psicologia (a partir de 2016).	Técnica do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); Gerente do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); Coordenação de SMAD (Cabo de Santo Agostinho).	Consultora do Ministério da Saúde na coordenação de SMAD; Docente em vários cursos de especialização de SMAD; Técnica concursada da Prefeitura de Recife no CAPS III David Capistrano; Coordenadora estadual de SMAD de Pernambuco; Técnica concursada da Prefeitura de Recife na Coordenação de Saúde Mental de Recife; Apoiadora do Projeto Redes da Senad/Fundação Oswaldo Cruz.
Antônia	2005- mar./2006 Gestora de Recife aos 30 anos	UFPE	Psicóloga (1997); Especialização em Saúde Pública (1998); Mestrado em Psicologia (2004); Doutorado em Psicologia (2011).	Técnica do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); Gerente do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); Coordenação de SMAD (Cabo de Santo Agostinho); Gerente do CAPS Galdino Loreto (Recife/DS V).	Professora da Universidade Federal de Pernambuco.
Márcia	abr./2006- 2008 Gestora de Recife aos 54 anos	Fafire	Psicóloga (2001); Especialização em Programas de Saúde da Família (2002); Especialização em Metodologia da Avaliação em Saúde (2008); Mestrado em Avaliação em Saúde (2011).	Banco do Brasil (anterior ao curso de psicologia); Coordenação da Associação dos Portadores de Deficiência (Banco do Brasil); Técnica da equipe da GSMAD (Recife); Gerente do CAPS Esperança (Recife/DS III).	Técnica concursada do CAPS Esperança (Recife/DS III); Coordenadora da Auditoria da Saúde (Recife).

Quadro 1 – Informações básicas sobre as entrevistadas (continuação)

Entrevistada (nome fictício)	Gestão	Instituição de ensino/estágios/práticas de formação	Formação	Atividades profissionais anteriores à gestão em Recife	Atividades profissionais posteriores à gestão em Recife
Adriana	jan.-jun./2009 Gestora de Recife aos 39 anos	Fafire-UFPE Estágio no HUP Estágio na Coordenação de Saúde Mental de Olinda	Psicóloga (1995); Especialização em Saúde Mental (1998); Especialização em Dinâmica de Grupo Gestão de Equipes (2001); Mestrado Profissional em Política e Gestão em Ciência e Tecnologia; Centro de Desenvolvimento Sustentável (2013).	Técnica da Coordenação de Saúde Mental de Olinda; Técnica do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho); Gerente do CAPS Estação Cidadania (Cabo de Santo Agostinho).	Técnica concursada do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
Sandra	jul./2009- abr./2012 Gestora de Recife aos 36 anos	UFPE Cecop/Graduação	Terapeuta ocupacional (1995); Especialização em Saúde Mental (2006); Mestrado em Saúde Pública (2010).	Acompanhante terapêutica/Cecop; Técnica em vários CAPS da Região Metropolitana; Técnica da primeira Residência Terapêutica de Camaragibe; Técnica do Hospital Colônia de Barreiros; Gerente do CAPS Espaço Vida (Recife/DS IV).	Consultora do Ministério da Saúde pelo Humaniza SUS; Técnica concursada do CAPSadi Luís Cerqueira (Recife/DS I); Coordenadora de Saúde Mental de Jaboatão.
Patrícia	maio- dez./2012 Gestora de Recife aos 35 anos	Unicap Estágio na Ação Avançada (Saúde Mental na Atenção Básica) em Recife/DS VI Estágio na GSMAD de Recife	Psicóloga (2002); Especialização em Saúde Mental (2004); Mestranda em Saúde Mental.	Técnica da GSMAD/Recife; Técnica do CAPS Galdino Loreto; Gerente do CAPS II Boa Vista (Recife/DS I).	GSMAD da Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco; Técnica da GSMAD da Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco.

2.3 RECIFE E SUA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Neste item, nosso intento inicial foi de focar o histórico da constituição da RAPS. No entanto, ao realizar a análise documental, percebemos que teríamos de redirecionar a abordagem desse aspecto histórico como uma contribuição da própria pesquisa, considerando que as informações existentes até então estavam dispersas em abordagens por paradigmas e eixos específicos nas produções acadêmicas, publicações e documentos oficiais.

Assim, deslocamos a discussão que aprofunda e propõe uma classificação para as matrizes que sustentam a RAPS/Recife atual para o capítulo seguinte. Neste espaço, detemo-nos em apresentar algumas informações gerais e de saúde do município para situar o leitor na dimensão e nas características do campo em que a pesquisa se debruçou.

O Plano Plurianual de Recife de 2014-2017 apresenta o município como marcado por grande heterogenia no âmbito socioeconômico, por conviver lado a lado com áreas altamente estruturadas e valorizadas do ponto de vista imobiliário e outras caracterizadas por problemas estruturais e por baixo poder aquisitivo da população, a exemplo das 66 Zonas Especiais de Interesse Social (Zeis), disseminadas pelo espaço urbano, desigualdades essas que podem ser evidenciadas por indicadores de renda familiar e de escolaridade (RECIFE, 2013a).

No documento, a política municipal de saúde mental é abordada a partir dos princípios orientadores do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que se baseia nos princípios dos direitos humanos, da desinstitucionalização, da reabilitação psicossocial e da redução de danos.

Expomos uma cidade do ponto de vista oficial e formal. No entanto, não podemos deixar de reservar algumas breves palavras da perspectiva de alguém que a vive intensa e suficientemente para dizer que suas pontes materiais pelas quais é conhecida revelam apenas parcialmente sua face, pois grande parte da população vive em morros, mangues e alagados e não consegue atravessar as pontes que levam a emprego, renda, educação, habitação, cultura e lazer. Ainda assim, Recife mantém uma resistência que, de forma diversa e contraditória, busca um lugar para a alteridade e a singularidade, por meio da cultura/arte e luta/ética; enfim, uma cidade de grandes contradições a serem enfrentadas... Sigamos.

2.4 TECENDO NOSSOS CONTEÚDOS CONSTRUÍDOS

Transitaremos, a partir de agora, pelas opções de análise e apresentação de nossos achados/construídos, processo nada fácil diante de tantos conteúdos, nuances e possibilidades. Se todo processo de se inserir no campo-tema pode assemelhar-se a uma gestação, aqui nos

sentimos como no momento de um primeiro parto, em que um turbilhão de sentimentos toma conta de nós e a única certeza é de que não temos como voltar atrás, e a criança/tese nascerá, estejamos ou não prontos(as) para recebê-la. Resta-nos tomar providências e assumir as responsabilidades, correr os riscos inerentes ao viver.

Diante desse turbilhão de sentimentos e produções a serem realizadas, recorremos a nosso campo-tema familiar para garantir que continuemos coerentes. Assim, no processo de análise, procuramos, com o máximo de responsabilidade possível, acolher todas as informações/os conhecimentos construídos e torná-los compartilháveis.

Assim, mergulhamos no universo dos conteúdos/conhecimentos construídos, lendo, ouvindo e dialogando exaustivamente, até que eles pudessem fazer sentido no campo-tema das memórias. E, para sistematizar a versão construída nesta pesquisa, recorremos à construção de quadros dialógicos, tal como proposto por Benedito Medrado e Jorge Lyra (2015), em que os conteúdos das entrevistas foram sistematizados a partir de quatro eixos, como propostos por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), que compõem o modelo operacional para análise de políticas, ou seja, atores, conteúdos, contextos e processos.

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), esses quatro eixos já haviam sido apresentados por Gill Walt e Lucy Gilson em 1994; no entanto, as autoras não haviam desenvolvido os aspectos a serem considerados na análise de políticas públicas, dificultando sua utilização. Coube, assim, a Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), bem como a Tereza Lyra e Araújo Jr. (2014), avançar na discussão sobre os elementos a serem observados, os quais gostaríamos de compartilhar neste momento.

Partindo da concepção de que as políticas públicas resultam de “intensa e complexa inter-relação, social, política e econômica, e é baseado em tal constatação que o modelo foi desenvolvido”, sua análise deve ser capaz de considerar tais dimensões em suas inter-relações (LYRA; ARAÚJO JR., 2014, p. 3820).

Assim, didaticamente, apresentaremos os quatro eixos do que Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) chamam modelo operacional para a análise de políticas públicas, sem perder de vista sua vinculação intrínseca. O primeiro eixo posto em análise foi o do contexto em que determinada política foi formulada, implantada ou mesmo implementada para visualizar os “valores, princípios e posições políticas dos governantes”, bem como, sua governabilidade a partir da observação do lugar que ela ocupa.

Esse processo analítico do contexto situa historicamente a política. Para tal, devem ser considerados seus aspectos macro e micro em suas múltiplas dimensões, entendendo-se a

influência recíproca entre essas duas dimensões. Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) alertam, no entanto, que, apesar da abrangência, a análise do contexto não é suficiente para a avaliação de uma política, sendo necessário avançar nessa análise, incorporando os demais eixos apresentados anteriormente, ou seja, os processos, os atores envolvidos e o conteúdo propositivo da política em análise.

Ao analisarmos o segundo eixo do modelo, ou seja, os processos que perpassam uma política, é possível compreender de que modo ela foi priorizada ou não, desde sua formulação a seus processos avaliativos, ou mesmo em momentos específicos. Analisar processos significa, segundo os autores, atentar para os conflitos e as correlações de poder que sempre estão em jogo entre racionalidades e seus conceitos. O que pode e deve ser considerado nos atos de decisão e mesmo de não tomada de decisão, pois muitas vezes é exatamente nesse eixo de análise que podem ser explicitadas contradições entre priorização e investimento em dada política.

As questões analíticas abordadas até o momento estão intimamente interligadas aos atores e às relações de poder estabelecidas entre si. Essas relações perpassam vários fatores, desde as características pessoais, o acesso a informações, até o pertencimento a determinados grupos de interesse, entre tantos outros. Isso coloca a questão do poder como uma conjugação de elementos pessoais e estruturais. Ou seja, a análise dos atores envolvidos na implantação de uma determinada política representa o terceiro eixo do modelo proposto por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) e Tereza Lyra; Araújo Jr. (2014).

Ao analisarmos os atores envolvidos na política em pauta, estamos visibilizando as posições individuais e/ou coletivas nas correlações de forças sempre presentes na condução de uma determinada política. E, nesse modelo de análise os atores são considerados um dos elementos centrais por seu papel estratégico para a materialização de uma política.

A análise do eixo dos atores revela suas posições em relação ao objeto da política em estudo, o que, durante o processo analítico, pode mudar por diversos fatores e/ou pressões sofridas. Assim, no modelo proposto, a análise deve explicitar os recursos de que dispuseram, suas posições e os interesses em jogo em relação à política, inclusive as alianças estabelecidas.

O quarto e último eixo do modelo é o conteúdo, o qual reflete os demais eixos da análise e pode ser considerado “o corpo propositivo da política, expresso pelos princípios, objetivos, metas, projetos, atividades, e sua análise pode ajudar a compreender as possibilidades concretas de mudanças propostas” (LYRA; ARAÚJO JR., 2014, p. 3821).

Apresentados os elementos do modelo operacional para a análise de políticas de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), consideramos que nossa pesquisa pôde ter um excelente norteador, o qual se coaduna com nossa base epistemometodológica. A seguir, apresentaremos nossos quadros analíticos, elaborados a partir das contribuições de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), Lyra e Araújo Jr. (2014) e Medrado e Lyra (2015). Nossos quadros consideraram os eixos que compõem o modelo operacional com adaptações por subitens considerados relevantes para o campo-tema de nosso estudo, conforme podemos observar a seguir.

Quadro 2 – Quadro dialógico individual

ATORES		CONTEXTOS		CONTEÚDOS		PROCESSOS			
Interfaces com as trajetórias pessoais/profissionais	Interlocutores(as)	Documentos	Leituras sobre a RAPS	Diálogos com a gestão municipal mais ampla	Acontecimentos políticos relevantes para a política	Transição (entrada e saída)	Leituras sobre a política	Leituras sobre a legislação	Desafios

* Elaborado pela autora com base em Tereza Lyra e Araújo Jr. (2014) e Medrado e Lyra (2015).

Quadro 3 – Quadro dialógico de síntese por categoria

Entrevistada	Interfaces com as trajetórias pessoais/ profissionais

Síntese:

--

* Elaborado pela autora com base em Araújo Jr. E Maciel Filho (2001), Lyra e Araújo Jr. (2014) e Medrado e Lyra (2015).

2.5 CONHECENDO/RECONHECENDO NOSSAS ENTREVISTADAS

A princípio, tivemos o intento de apenas apresentar o quadro demonstrativo do perfil de cada gestora. No entanto, no decorrer da análise, consideramos que alguns pontos convergentes e divergentes deveriam ser destacados. O primeiro, já mencionado em alguns momentos deste trabalho, deve-se ao fato de todas as gestoras do período em estudo pertencerem ao sexo feminino. Considerando ainda que, em todo o período estudado, a gerência de saúde mental, álcool e outras drogas sempre esteve posicionada no terceiro escalão da gestão municipal, fica-nos o questionamento sobre a marca entre poder e gênero que pode ter perpassado tal política. Outro elemento que pode está associado é o de que, além de serem mulheres, apresentaram formação em psicologia, exceto uma, que tinha formação em terapia ocupacional.

Por outro lado, durante o período estudado de quatro secretários de saúde, apenas uma foi mulher e enfermeira; os demais foram homens e médicos, o que lança luzes para enfocar algumas das nuances de poder que perpassaram a institucionalização da política de SMAD em Recife a partir dos elementos gênero e ocupação profissional, especialmente porque, como

vimos anteriormente em relação ao processo histórico da institucionalização de tal política, tivemos a supremacia de determinada escola de psiquiatria, que se enraizou transversalmente na forma de prestar assistência, bem como na formação profissional dos médicos e demais profissionais do campo.

Tais informações nos trouxeram uma série de questionamentos sobre em que medida as questões de gênero estariam influenciando a conformação do perfil das gestoras de SMAD, bem como a correspondência da valorização atribuída ao cargo de gestão dessa política. Fomos em busca, então, da literatura sobre o tema e identificamos que existem vários estudos que demonstram um padrão de ocupação dos cargos de chefia em gestões públicas, e que, apesar de as mulheres terem ampliado sua inserção no mercado de trabalho, em relação a essa ocupação, ela ocorre em níveis inferiores aos ocupados por homens, com certa regularidade e não apenas contextualmente, o que denota um fenômeno social que perpassa a questão de gênero (SOUSA et al., 2011; ABREU; MEIRELLES, 2012). Essas informações ficam bastante evidenciadas nas seguintes afirmações:

As desigualdades entre homens e mulheres na ocupação de postos de trabalho e também em posições de poder político são um fato bastante demonstrado e debatido em todo o mundo (Cepal e Brasil/SPM, 2010; Idea, 2009; MTE e Ipea, 2010; WEF, 2011). No caso da administração pública, ao falar de postos de decisão, estamos em um terreno híbrido, que diz respeito tanto à progressão na carreira quanto à ocupação de lugares decisórios, cujo preenchimento é decidido por delegação de um poder político. (ABREU; MEIRELLES, 2012, p. 7).

No serviço público a mulher também vem ocupando um espaço cada vez maior. De acordo com a pesquisa realizada pela Secretaria de Estado da Administração e do Patrimônio – SEAP, sobre a situação feminina na Administração Pública Federal, as mulheres representam quarenta e quatro por cento do quadro efetivo da administração. Porém, quanto maior é o poder de decisão dos cargos, menor é a participação feminina. (SOUSA et al., 2011, p. 2).

Essas afirmações nos sinalizam a necessidade de manter os espaços de discussão e de organização em torno do tema não apenas para lhe conceder visibilidade, mas para exercer pressão para alterar esse estado de coisas. Para nossa análise, fica de antemão colocado um dado referente aos possíveis rebatimentos desses elementos de gênero e ocupação nos modos como se deu a institucionalização da política de SMAD no município.

Dando sequência à análise do perfil das gestoras pesquisadas, identificamos, em sua totalidade, que elas atuaram previamente em contextos problematizadores ao assumir o cargo de gerentes da política de SMAD, e, segundo elas próprias, sofreram o efeito de professores(as) e profissionais com práticas contra-hegemônicas em curso nos respectivos

momentos que influenciaram suas entradas no campo específico da saúde mental e, posteriormente, na condução da política, tal como podemos observar nas seguintes falas:

Olha, ainda na graduação eu tive interesse por esse campo em função de um professor chamado Nilson... e Nilson entrou como professor justamente no período em que eu ia fazer “Introdução à Psicologia Clínica”, e isso deu uma reviravolta na organização da disciplina, ele tava voltando de um período na Itália, Europa, muito animado, então nessa disciplina basicamente a gente discutiu Basaglia, reforma psiquiátrica, e aquilo me chamou muita atenção, e ainda na graduação eu já tinha uma tendência assim... já atuar no campo das políticas públicas... (Antônia, 2005-mar./2006).

[...] e no segundo ano de residência aí fiz a opção de, dentro do programa, fazer um mergulho na saúde mental com a especialização em Psiquiatria Social na ENSP, com Paulo Amarante, e isso foi definidor pra minha trajetória no campo da saúde mental, com a forte influência das amigas, da amiga, companheira, Telma, que na época dava a maior força, trazia uma série de elementos sobre o campo, então a minha inserção no campo termina sendo via minha formação como sanitaria e fazendo esse recorte na saúde mental, né? (Francisca, 2001-2004).

[...] sou graduada em terapia ocupacional, e mesmo antes da graduação eu já trabalhava num serviço que tinha aqui como estagiária e também como acompanhante terapêutica, que era o centro de convivência da pessoa do Cecop, que era um serviço que já trabalhava num diálogo muito próximo com a equipe de Nise da Silveira, do Rio, do Museu de Imagens do Inconsciente; então, lá, o Cecop, ele tinha essa proposta de ser um centro de convivência, a gente atendia só psicótico, e também era um espaço de formação, então a gente fazia umas oficinas que a gente chamava “construção de saber”, que trazia sempre alguém lá do Rio pra fazer esses diálogos com a gente, uma experiência muito importante, né?... na minha vida, e a partir daí eu fui ficando assim na saúde mental... (Sandra, jul./2009-abr./2012).

Eu não sei quando eu estive de fora [risos]... porque eu iniciei faculdade de psicologia na Católica e logo acho que nos primeiros períodos eu iniciei o estágio extracurricular que a Prefeitura fornecia, inclusive fornecia bolsas de estudo, e aí nisso eu fui estagiar na coordenação de saúde mental como extracurricular, de lá eu fiz meu estágio curricular com Gilvanice [Noblat] no Distrito VI, ainda era com Mozart [Sales], e aí a gente tinha iniciado essa intervenção nos territórios, a gente ia em todas aquelas comunidades de palafita... (Patrícia, maio-dez./2012).

Dessas falas, chamou-nos atenção a influência exógena nas entrevistadas do campo de suas formações e perfis profissionais da saúde mental, em que as experiências e atores do Rio de Janeiro e de outros pontos do país se deram de forma marcante. Mesmo nas entrevistas de Márcia (2007-2008) e Patrícia (2012), que fizeram referência apenas a atores locais, a pessoas com forte inserção no cenário estadual e até nacional, a exemplo de Marcela Lucena, Gilvanice Noblat e Luiz Gonzaga Leal. Ou seja, temos um dado de identidade profissional das gestoras entrevistadas que diverge da formação hegemônica local, o que nos sinaliza que, do ponto de vista técnico-político, elas estavam munidas da consistência exigida para o desempenho da função de gestoras da política de SMAD.

Por outro lado, compartilhando a afirmação de Olga Von Simson (2003), que “assim podemos perceber que o trabalho com a memória (no qual os velhos têm papel fundamental)

não nos aprisiona no passado, mas nos conduz com muito maior segurança para o enfrentamento dos problemas atuais”, questionamos o que levou à quase inexistência de falas por parte das entrevistadas sobre o papel dos serviços tradicionais em suas formações, em especial o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), que secularmente vem fazendo parte da formação dos profissionais de saúde local, ou seja, fez parte igualmente da formação de todas as entrevistadas. Esses serviços foram no máximo citados como pontos de cristalização de estigmas da loucura como algo perigoso ou a ser superado, conforme explicitado na seguinte fala:

[...] essa história é bem interessante, porque assim, a certeza que eu tinha até o penúltimo ano do curso é que eu não ia trabalhar com pessoas com transtornos mentais, eu tinha muito medo [risos]... na faculdade, que foi aqui na Fafire, eu tive a possibilidade de me aproximar do... até o penúltimo ano eu comecei a pagar as disciplinas de psicopatologia e precisei ir pro Ulysses Pernambucano, que isso intensificou mais ainda, “não quero trabalhar com isso”, não me identificava, tinha medo... (Francisca, 2001-2004).

Outro elemento enunciado nas falas das entrevistadas e que fortaleceu o exposto na retomada do processo histórico realizado no capítulo anterior foi a influência sofrida por elas de suas experiências em outros municípios da Região Metropolitana e em serviços que em dado momento eram considerados alternativos. Igualmente, foram identificadas durante as entrevistas gestoras que concluíram suas formações mais recentemente e que puderam experimentar em Recife suas formações com base em profissionais que haviam gestado novas formas de conceber e cuidar da loucura em outros municípios da Região Metropolitana. Tratou-se, portanto, de experiências inovadoras e já alinhadas com as propostas da política de saúde mental de caráter antimanicomial antes mesmo de existirem as portarias ministeriais que, posteriormente, nortearam e incentivaram a implantação e a implementação dos serviços.

[...] eu termino a residência em 97 e no final de... 98, no final de 98, na verdade, eu entro no município do Cabo de Santo Agostinho, fazendo parte da primeira equipe de saúde mental, que eu acho que foi um outro marco também na minha trajetória dentro do campo da saúde mental, porque foi uma equipe... na época foi uma experiência bem singular, né, porque todos os serviços se concentravam aqui em Recife e tinha em Olinda, e sob a gestão, na época, de Claudio Duarte, que era o secretário de saúde, se fazia uma discussão da implantação de uma rede a partir de um CAPS, mas já naquela época, quando ainda eram muito incipiente as experiências de saúde mental na Atenção Básica, ele já trazia isso como uma diretriz importante, então foi um projeto muito interessante porque o CAPS já nasceu com a função de além de toda atenção territorial, poder também desenvolver... a gente não falava em matriciamento naquela época, não trabalhava com esse conceito, mas desenvolver um trabalho com o Programa de Saúde da Família, que na época lá se chamava Programa de Saúde em Casa, e com a forte influência do que estava acontecendo em São Paulo a partir do projeto Qualis, então... com Antonio Lancetti,

então essa experiência do Cabo ela terminou sendo um marco importante, primeiro porque era uma equipe que vinha, uma equipe muito jovem, que tinha terminado sua formação bem recentemente, que tinha muita clareza da reforma, da proposta de saúde mental, a gente tinha como consultor na época Gustavo Couto, na área de saúde mental, que também foi bem importante, e também foi uma experiência que agregou muitos nomes, Nelma Melo, Bárbara Cabral, Marta Gouveia, Leda (Gouveia), Telma (Melo)... então foi uma galera que, na verdade, na época tinha muita, muito tesão, né? E muita clareza da proposta, e nesse sentido conseguiu produzir algumas coisas muito interessantes, que não existiam ainda no formato de Portarias, existiam como proposição no campo, na época a gente conseguiu desenvolver esse trabalho com a Atenção Básica, a saída do CAPS para o trabalho com Atenção Básica, a gente conseguia fazer atenção à crise no serviço diário, conseguimos reduzir internação de pessoas que moravam no Cabo, conseguimos desenvolver por um tempo projetos de geração de renda, fazer articulação com a comunidade, quer dizer, rádio comunitária, quer dizer, foi um projeto bem rico pra ser no final dos anos 90, que a gente não tinha muitas coisas, né? (Francisca, 2001-2004).

[...] já tinha assumido algumas coordenações de serviços, de CAPS, “Espaço Vida”, e residência terapêutica também. Em Camaragibe, a gente implantou a primeira lá, no processo do Alberto Maia, então sempre foi um percurso, assim, pela saúde mental e pela clínica, assim, uma escolha muito cedo de trabalhar, assim, com esse universo da psicose. (Sandra, jul./2009-abr./2012).

[...] em 94 pra 95, eu me... eu queria fazer um estágio extracurricular já, e eu fui atrás... o que é que tava acontecendo no cenário na época, a gente tinha todos os hospitais, mas não tinha nenhum NAPS, ainda eu chamo NAPS porque não tinha a portaria do CAPS, ainda era aquela portaria do NAPS, do Núcleo de Atenção Psicossocial; e aí, o que é que eu soube? Que em Olinda, na cidade onde eu morava, estava... somente, Jarbas Barbosa como secretário de saúde, a Ana Glória Melcop tava na equipe do planejamento, a Ana Paula Soter tava na equipe, enfim, se eu for nomear aqui... era um grupo de sanitaristas que tava pensando... e se você vir na história, você já deve ter lido sobre como foi essa questão da construção da saúde pública em Pernambuco, enfim, Olinda teve naquele momento uma série de iniciativas, foi um município que inovou em muita coisa, teve coragem de avançar, porque tinha uma gestão muito comprometida com isso, com esse propósito de fazer um SUS realmente SUS, e aí é... (Adriana, jan.-jun./2009).

Apresentadas essas reflexões, passamos a dar visibilidade aos atores e aos(as) autores(as) que foram sinalizados pelas entrevistadas de forma sistematizada para que fique o registro de que, independentemente do perfil de gestão municipal exercida no período analisado, todas as entrevistadas fizeram um percurso de formação e inserção profissional dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, ainda que tenham assumido graus diferenciados de contribuição, enfrentamentos e militância nesse campo.

Inquietou-nos o fato de as pessoas que foram gestoras, que apresentam nitidamente formação e posicionamento tão críticos diante do paradigma clássico de saúde mental, não apresentarem. a não ser de forma tangenciada, o papel do HUP e das demais matrizes que constituíram a RAPS/Recife. Teria sido uma negação, uma estratégia de rompimento ou mesmo o percurso singular de suas formações? Em uma das entrevistas, pudemos identificar as contradições de posições entre os atores locais:

Mas eu acho que Pernambuco tem uma história importante na saúde mental, a gente tem pessoas que nos antecederam que foram muito importantes, o próprio Ulysses Pernambucano, o próprio Luís Cerqueira, que não era pernambucano, mas viveu muito aqui e embasou muito a nossa clínica, são pessoas, assim, muito sérias, que mesmo naquele contexto diverso buscavam estudar muito, e isso de uma certa forma deixa uma marca, deixa uma história, né? Acho que Pernambuco tem essa ambivalência, tem um Luís Cerqueira, mas tem um Luiz Inácio [risos]... Então tem esses dois lados, que acho que sempre vai haver, e a gente tenta ir buscando o que tem de positivo pra ir fundamentando... (Sandra, jul./2009-abr./2012).

Apesar dessa fala bastante relevante, pelas entrevistas não conseguimos identificar ao certo o que representou esse processo no jogo complexo entre lembranças e esquecimentos que envolvem a construção de memórias dessas gestoras em relação às várias gerações que as antecederam.

No entanto, como ocorreu em nosso estado, e em Recife mais especificamente, a materialização do paradigma clássico de atenção na área de SMAD nos revela que suas influências e atualizações definitivamente não foram superadas, nem mesmo realizados os devidos enfrentamentos e rupturas, o que obviamente ocorreria se as cartas estivessem todas postas à mesa durante o jogo de poder e posicionamentos que a condução da política e mesmo da formação de novos profissionais exige.

Visibilizamos tal questão pelo fato de que na RAPS/Recife temos um núcleo de profissionais não apenas formados no modelo clássico, mas que o exerceram e/ou exercem, ainda que de forma velada ou mesmo atualizada, travestida, não apresentando, portanto, qualquer alinhamento com o perfil e posicionamentos das gestoras que implantaram/implementaram a política municipal da SMAD. Portanto, estiveram ali presentes de alguma forma interferindo nos processos de mudanças demandados para a quebra do paradigma tradicional e a construção/consolidação do paradigma psicossocial do qual elas foram representantes.

Por outro lado, identificamos que, ao longo do processo, puderam ser formados grupos e subgrupos comprometidos e aliados em diversos graus com as próprias entrevistadas. São frequentes a citação e/ou o reconhecimento do papel umas das outras, ou de pessoas em comum, em especial, por parte de todas as entrevistadas, de Francisca (2001-2004), como podemos identificar nos seguintes trechos de fala:

Eu acho, assim, meu companheiro de trabalho, alguns dos quais viraram amigos, são grandes referências, assim, Francisca (2001-2004) é uma grande referência, pela assim, eu sempre disse a ela, pela tenacidade, uma tenacidade, a bicha tem uma

persistência e foi conseguindo muita coisa assim. Aí depois, é... por exemplo, a gente foi tendo contato, você entrou lá no de Bem com a Vida, não foi?

Telma: Hum, hum...

[...] então, meus companheiros todos ali do Cabo de Santo Agostinho, Suely [Câmara], terapeuta ocupacional, Marta [Gouveia], psiquiatra, Leda [Gouveia], assistente social, Telma [Melo]... Sabe, as pessoas com quem eu trabalhei foram mestres, porque a gente aprendia juntos, aí fica difícil ficar nomes porque eu vou cometer alguma injustiça no meio do caminho, tá? com a minha memória que vai falhar em algum momento... Nelma [Melo], nessa coisa da... aí Nelma depois pega esse fio, entra na militância, no movimento antimanicomial Libertando Subjetividades, eu acho assim, nós fomos aprendendo muito umas com as outras e fazendo coisas acontecerem, e cada uma indo pra um município, pra outro... são pessoas que estão por aí fazendo história mesmo, isso é bem, bem legal... é... de referência... (Antônia, mar./2005-2006).

[...] acho que o próprio secretário, na época, dr. Gustavo Couto, ele também foi uma pessoa de muita lucidez, até mesmo de ser secretário, foi uma pessoa que contribuiu muito, acho que a gestão da gente ela teve um efeito, assim, que eu avalio positivo, porque também antes houve algumas pessoas, como a própria Francisca (2001-2004), que também foi construindo essa base anterior, mas, assim, ter convivido com Gustavo também foi um aprendizado muito grande... (Sandra, jul./2009-abr./2012).

Após situarmos a cidade e suas principais características, norteando os(as) estrangeiros(as) para que se situem minimamente em relação à sua conformação, e agora identificados os perfis das gestoras entrevistadas e visibilizados seus principais pilares de formação, bem como o local ocupado pela Gerência de SMAD no contexto da Prefeitura da Cidade de Recife, de certa forma já adentramos o processo analítico.

Enfim, após termos traçado os pilares de sustentação de nossa pesquisa, inclusive visibilizando todo o percurso, consideramos que estamos em condições de continuar a caminhada, agora na perspectiva de quem retornou de uma trilha na qual acumulou muitos acontecimentos e que está ansiosa por compartilhar com quem não esteve nesse processo. Assim, partiremos para discorrer sobre nossas produções/versões de conhecimento/acontecimento gestadas nesse caminhar da pesquisa. Sigamos...

3 MARCOS, RASTROS E PISTAS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD EM RECIFE

A intenção inicial desta narrativa histórica sobre a institucionalização da PSMAD em Recife foi sistematizar as informações a partir da literatura existente. Entretanto, no decorrer do processo, percebemos a escassez de produções com esse tema no que se refere ao eixo da PSMAD voltado à atenção às pessoas que apresentam sofrimento psíquico. No que se refere ao eixo álcool e outras drogas, apesar de ter um percurso mais recente, vem sendo registrado em produções acadêmicas e publicações em periódicos por várias autoras (MORAES, 2005; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; SILVA, 2010; CAMPOS et al., 2013; GRANJA, 2015).

O HUP tem vasto acervo publicado sobre sua história e o processo municipal de institucionalização da PSMAD (COELHO FILHO, 1983; CERQUEIRA, 1984; LORETO, 1986; BARRETTO, 1992; BASTOS, 1992; LEMOS, 1999; MEDEIROS, 1999; PICCININI, 2001; MELLO, 2002; DUQUE, 2003; PEREIRA, 2005; NASCIMENTO, 2007; MIRANDA JR., 2008; ANDRADE, 2009; LEMOS, 2009; FAGUNDES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2011).⁴

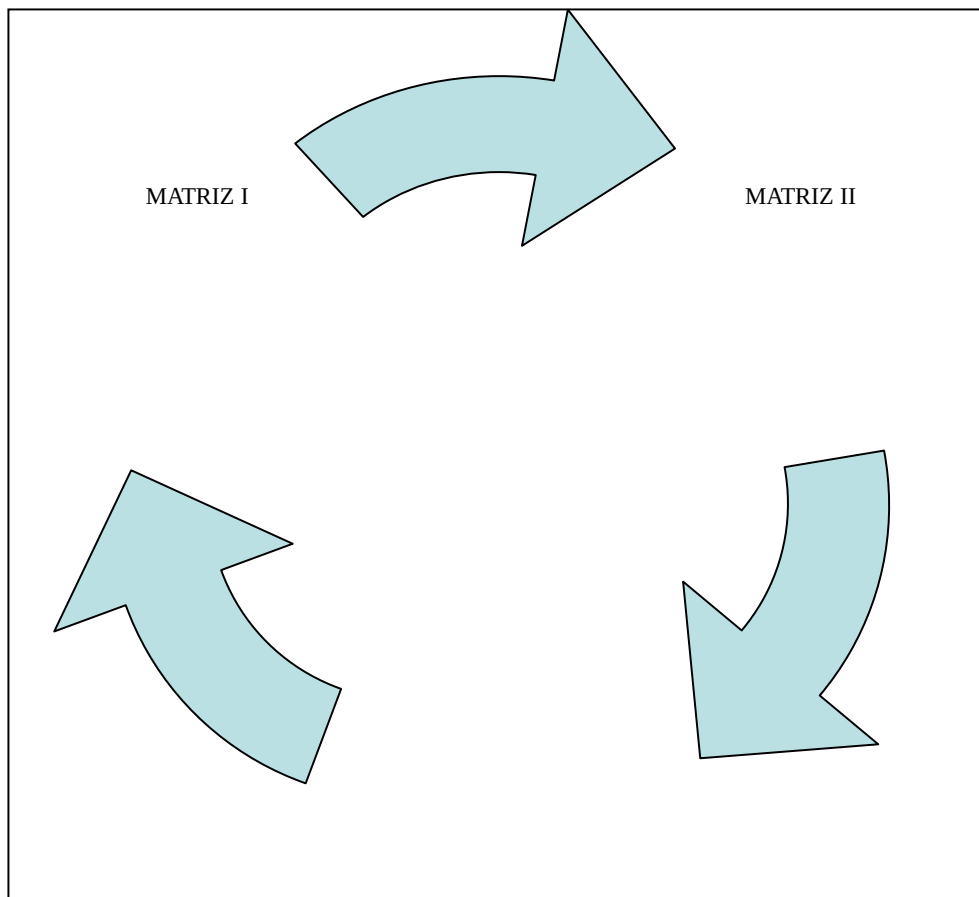
Diante da lacuna identificada no registro sobre a implantação da RAPS hoje existente, realizamos uma investigação mais ampla para garimpar processos e marcos sobre sua formação contemporânea. Para tal, recorreremos, além de às produções acadêmicas, a documentos como relatórios, matérias de jornais, redes sociais, bem como a conversas com atores que viveram o momento em análise, identificados neste estudo como interlocutores estratégicos.

Como é do conhecimento de todos e anteriormente abordado neste trabalho, a RAPS instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) não teve como objetivo prioritário a criação de novos serviços, mas, essencialmente, induzir o funcionamento em uma rede diversificada, objetivando o cuidado integral e longitudinal aos(às) usuários(as) da rede. Por esse motivo, consideramos fundamental enfatizar as matrizes identificadas e a natureza díspar dos atuais serviços e ações que compõem a RAPS/Recife.

⁴ Demarcamos, desde o início desta produção, as bases que sustentaram nossa análise, o que nos impõe deixar claro, neste momento, nosso posicionamento contrário ao conjunto da obra de vários desses(as) autores(as), especialmente Luiz Salvador Miranda Jr. e Walmor Piccinini, os quais, respectivamente, defendem o ato médico e a redução da Reforma Sanitária brasileira a meros “elementos de uma facção política” (PICCININI, 2017). Se os utilizamos nesta produção da memória sobre a política local de SMAD, é exatamente para apontar, ao longo das discussões, as contradições que suas ideias representaram e ainda representam para a consolidação da PSMAD na perspectiva antimanicomial e antiproibicionista; e, ao evidenciar os limites de tais perspectivas, cultivar terrenos férteis para sua superação.

Organizamos a literatura dos documentos e conteúdos advindos de nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as) sobre a rede psicossocial hoje existente em três matrizes: 1) originada do HUP e dos demais serviços psiquiátricos estaduais posteriormente municipalizados; 2) gestada a partir do Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF), um serviço estadual; e 3) composta pelos serviços e ações originalmente municipais. Isso está na Figura 1.

Figura 1 – Matrizes dos componentes da RAPS/Recife 2015



Fonte: Elaboração pessoal.

Essa narrativa sobre a conformação da RAPS local, organizada em matrizes, não se pretende linear, e não tentamos realizar aqui qualquer enquadramento nesse sentido, apenas empreender uma versão de sistematização que pudesse vir a ser compartilhada pelos(as) pesquisadores(as) do campo. Consideramos essas matrizes fundamentais para a compreensão do funcionamento da rede atual por visibilizarem serviços gestados em paradigmas distintos e, como tais, com missões díspares e conflitivas.

Ao nos aproximarmos das matrizes dos atuais dispositivos da RAPS/Recife, pudemos entender o tamanho e a complexidade que se apresentam quando se intenta materializar as

diretrizes da Portaria nº 3.088/2011. O desafio foi, é e será proceder a um alinhamento de todos os dispositivos para caracterizar uma rede assistencial de caráter psicossocial, tendo esses sido gestados em princípios e modelos distintos, ainda que contem com todo o aporte da Lei Federal nº 10.216/2001, da Lei Estadual nº 11.064/1994 e da Lei Municipal 16.232/1996, bem como de todas as portarias ministeriais que vêm induzindo a organização da rede de atenção psicossocial, em especial a Portaria nº 3.088/2011 (PERNAMBUCO, 1994; RECIFE, 1996; BRASIL, 2001a, 2011a).

Observamos que os microprocessos de organização do trabalho e a oferta de cuidado em muitos desses dispositivos têm décadas de construção, enquanto outros serviços são bem jovens, não tendo completado nem cinco anos de existência, como veremos ao longo de nossa discussão. Todas essas singularidades entre os serviços, bem como os espaços e a forma de construção dessa rede de atenção, demandam um exercício analítico para além da mera contemplação por parte de quem se propõe descrever seriamente a RAPS/Recife.

Assim, detemo-nos, neste capítulo, na realização de uma narrativa orientada pelas três matrizes de constituição dos atuais serviços e ações, no sentido de visibilizar o mandato original de cada um dos dispositivos e as circunstâncias em que foram sendo readequados e passaram a ter a conformação atual de funcionamento.

3.1 MATRIZ I – DO HOSPÍCIO DA VISITAÇÃO DE SANTA ISABEL AO HUP: A TAMARINEIRA E SEUS FRUTOS PARA A RAPS/RECIFE

Quem é de Recife hoje tem a Tamarineira como um patrimônio cultural da cidade. A área que deu origem ao nome do bairro nobre da cidade é, em geral, admirada por sua arquitetura e sua área verde, mas suas paredes guardam uma história de muitos conflitos, acertos e desacertos, com repercussões nas vidas das pessoas que passaram por lá, como também para toda a sociedade pernambucana (AMIGOS DA TAMARINEIRA, 2010).

Como marco da assistência em saúde mental em Recife no paradigma clássico, temos o hoje denominado Hospital (psiquiátrico) Ulysses Pernambucano (HUP), mais amplamente conhecido pela população local como Tamarineira.⁵ Trata-se da história de um serviço que demorou a encontrar um local para começar a funcionar, visto que a sociedade não aceitava ter, em suas proximidades, “pessoas insanas” (termo da época). Por tal motivo, o hospital foi inicialmente implantado em Olinda, com o nome de Hospício da Visitação de Santa Isabel,

⁵ Tamarineira é uma árvore que produz o fruto tamarindo. A existência dessas árvores no terreno do atual HUP levou a nomeá-lo Hospício da Tamarineira (PICCININI, 2001). Atualmente, Tamarineira é um bairro nobre da cidade de Recife e que ainda tem o HUP como seu principal ponto de referência.

em 1864, em caráter provisório, e só em 1883, após vários conflitos em torno da compra e do pagamento do local, ele passou a funcionar em Recife, recebendo a denominação de Hospício de Alienados (COELHO FILHO, 1983; BASTOS, 1992; MEDEIROS, 1999; MELLO, 2002; ROSA, 2005; OLIVEIRA et al., 2011).

Estamos tratando de um período em que o SUS ainda não havia se configurado e, portanto, a forma como foi se constituindo a “assistência aos psicopatas”, como era chamada a organização da oferta de cuidado às pessoas com transtornos mentais naquela época, teve origem em sua situação geopolítica, e não necessariamente no atendimento às necessidades específicas de saúde do município de Recife.

Vale ressaltar que a assistência tradicional à saúde mental em Recife, tal como ocorreu nacionalmente, foi de início ofertada sob a “responsabilidade” da Igreja, pois no Brasil Colônia a saúde do povo não era entendida como responsabilidade dos donatários ou da Coroa portuguesa. Os(as) insanos(as) (termo da época), juntamente com os(as) mendigos(as), viúvas, órfãs e também outros(as) doentes dependiam da assistência filantrópica das Santas Casas, que atendiam às pessoas por caridade (CASTEL, 1978; AMARANTE, 1995a, 2003; ROSA, 2005).

Segundo Virgínia Mello (2002), até o século XVIII, em Pernambuco, não existiam hospitais, e os enfermos eram encaminhados para as Santas Casas quando havia agravamento de seu quadro de saúde, sendo a instituição utilizada apenas para esperar a morte e oferecer os últimos sacramentos.

O primeiro hospital exclusivo para o tratamento de doentes mentais em Pernambuco, atualmente chamado de HUP, foi implantado em 1883 em Recife, o já mencionado Asilo de Alienados, pertencente à Santa Casa de Misericórdia. Essa instituição já iniciou suas atividades tendo sua administração assumida por profissionais médicos, ao contrário de outras em outras partes do Brasil, que inicialmente foram administradas por religiosos. O modelo assistencial adotado foi o pineliano, o qual, além de ser o mais avançado na época, era também o mais conveniente para a manutenção da ordem pública, por garantir a retirada dos enfermos das ruas, pois a presença dos mesmos nas ruas era alvo de queixas por parte da população (COELHO FILHO, 1983; MELLO, 2002; ROSA, 2005; FAGUNDES, 2007).

Aqui fica evidenciado o processo local da medicalização social, analisada por autores como Michel Foucault (1999a, 1999b) e Jurandir Costa (1983), que relacionam a necessidade de organização social dos espaços urbanos induzida pela chegada da família real com a necessidade de evitar a utilização da força bruta, tendo sido viabilizada pela utilização do

saber médico como estratégia de, a um só tempo, organizar os espaços urbanos a serviço do *status quo* e contar com o apoio da população.

Em Recife, a Santa Casa não era mais identificada pela população como local ideal para acolhimento dos enfermos pela ausência de tratamento médico e pela consequente elevação do número de óbitos entre os internados. Foi conveniente, portanto, o nascimento do primeiro hospício, como o Asilo de Alienados, pois os chamados alienados foram retirados para locais reservados, onde os incomodados, isto é, o povo, não pudessem vê-los, procedendo-se a uma organização do espaço urbano tal qual ocorreu nacionalmente (MELLO, 2002).

Em 1884, a Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife elaborou o primeiro regulamento de seu hospício e estabeleceu seu objetivo: “dar asilo aos alienados de ambos os sexos, tratá-los e curá-los, sem distinção de condição, naturalidade e religião” (MELLO, 2002, p. 18). Esse objetivo estava em conformidade com a assistência prestada aos seus primeiros 87 pacientes, pois focava demandas de auxílio humanitário e cuidados clínicos, o que se justificava pelo nível de agravo em saúde mental dos(as) usuários(as) que procuravam o serviço. Apenas no segundo momento adotou-se “disciplina, controle, vigilância, isolamento” como método terapêutico (MEDEIROS, 1999, 2002).

A arquitetura do HUP teve influência dos princípios pinelianos.⁶ O sistema de pavilhão demonstrava que as estruturas físicas estavam respaldadas no paradigma tradicional, pois refletiam o isolamento e a supervisão disciplinar. A estrutura física tinha por finalidade garantir a supervisão dos pacientes pelos médicos por uma visão panorâmica do espaço a ser monitorado (FOUCAULT, 1999a, 1999b; MELLO, 2002).

Em Pernambuco, à semelhança do que ocorreu nacional e internacionalmente, houve distorções das propostas iniciais de Pinel, as quais, segundo a literatura consultada, pregava uma clínica que priorizasse a escuta atenta para garantir a correta classificação e o diagnóstico. Em relação à forma de tratamento, propunha o isolamento na tradição hipocrática para que, em condições favoráveis, os organismos restabelecessem seu equilíbrio e o tratamento moral, baseado na disciplina e no trabalho como aliados à restauração da razão e do poder contratual do enfermo. Na experiência local, no entanto, houve a utilização do isolamento e da disciplina como castigo, sendo comuns, nos primeiros anos do Asilo de Alienados, o uso da reclusão solitária, da cadeia, do colete de força e de banhos de emborcação (COELHO FILHO, 1983; MEDEIROS, 2002; MELLO, 2002).

⁶ Philippe Pinel é considerado o pai da psiquiatria moderna e propunha como forma de cuidado das pessoas que apresentavam o que denominamos hoje sofrimento psíquico o isolamento, em que era desenvolvido o tratamento moral como forma de restabelecer o funcionamento “normal” do uso da razão (TORRE; AMARANTE, 2011).

Em um segundo momento, por causa de uma crise financeira enfrentada pela Santa Casa, em 1924, o Estado assumiu alguns serviços de saúde, como: o Hospício de Alienados, o Hospital de Santa Águeda, o Pavilhão Muniz Machado e o Instituto Pasteur. Esse ano coincide com a entrada do psiquiatra Ulysses Pernambucano no Hospício de Alienados, o qual passou a ser chamado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais da Tamarineira, tendo como forte influência Juliano Moreira, que vinha atuando no Rio de Janeiro no sentido de tratar os pacientes em colônias a partir de uma visão higienista (COELHO FILHO, 1983; OLIVEIRA et al., 2011).

Em 1931, o Estado, sob a gestão de Ulysses Pernambucano na Tamarineira, institui uma nova ordem organizativa para a assistência prestada aos(as) usuários(as) que apresentavam sofrimento psíquico por meio do Decreto nº 26, o qual ampliou os espaços de cuidados até então desenvolvidos exclusivamente no Hospital de Doenças Nervosas, conforme podemos observar em seu artigo 2º:

A assistência a Psicopatas compreenderá: I – Serviços para doentes mentais não alienados: a) Ambulatório, b) Hospital aberto. II – Serviços para doentes mentais alienados: a) Hospital para doenças agudas, b) Colônia para doentes crônicos. III – Manicômio Judiciário. IV – Serviço de Higiene Mental: a) Serviço de prevenção de doenças mentais, b) Instituto de Psicologia. (COELHO FILHO, 1983, p. 133-135).

Ainda segundo o autor, o psiquiatra Ulysses Pernambucano desenvolveu esforços para qualificar a assistência no HUP a partir de medidas de redução de leitos, uma vez que o número de leitos havia chegado a 1.128 no ano 1930. E, ainda como parte da proposta de reforma, foi instituído o primeiro ambulatório público dentro do próprio hospital. Explicitamos a seguir alguns desses eixos iniciados dentro do HUP, ainda no modelo de atenção à saúde mental tradicional, e que ganharam rumos e/ou dimensões que extrapolaram a própria saúde mental.

3.1.1 Ulysses Pernambucano e o Movimento Higienista em Pernambuco

Com o avanço da urbanização, do comércio e o processo de industrialização no Brasil, assim como no mundo, observou-se um crescente aumento nas doenças contagiosas e nos agravos em saúde mental. Houve também sérias críticas mundiais quanto às formas de tratamento voltadas exclusivamente para o isolamento e tratamentos de base moral, o que levou a um clamor por formas de tratamento que valorizassem os aspectos preventivos. Portanto, a medicina foi chamada a atuar para além dos transtornos mentais mais graves que geravam internamento e investir esforços de produção de conhecimento e práticas mais

coletivas de prevenção, as quais gerariam benefícios igualmente coletivos (COSTA, 1983; RESENDE, 1987; MANSANERA; SILVA, 2000; RIBEIRO, 2006; FAGUNDES, 2007).

Ao analisar autores da época, bem como os do campo da abordagem psicossocial, observamos uma estreita relação entre a ideologia antiliberal e o incentivo às práticas higiênicas de base eugênica, o que contribuiu para a patologização de certos grupos e práticas sociais (COSTA, 1983, RESENDE, 1987; AMARANTE, 1994; MANSANERA; SILVA, 2000; RIBEIRO, 2006).

Nesse processo, o alcoolismo, por exemplo, foi atribuído à pobreza e à decadência moral; a sífilis, por sua vez, passou a ser considerada um atributo genético da raça negra; e a miscigenação passou a ser apontada como causa das desordens sociais. O diagnóstico dentro dos preceitos científicos foi colocado a serviço de certa ordem social que interessava à manutenção do *status quo* que beneficiava a elite governante (MANSANERA; SILVA, 2000). Essas práticas foram tão profundamente incorporadas em nossa sociedade que a Constituição de 1934, em seu artigo 138, a atribui como responsabilidade do Estado:

a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurará coordenar; b) estimular a educação eugênica; c) amparar a maternidade e a infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a natalidade e a morbilidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. (BRASIL, 1934, p. 174-175).

Em Pernambuco, o Serviço de Higiene Mental, instituído a partir do Decreto nº 26, citado anteriormente, contou com o apoio de Ulysses Pernambucano e seus colegas. Eles pesquisaram as causas das patologias psíquicas nas diversas regiões do estado, influenciando o pensamento da época de toda uma geração, a qual passou a ser chamada de Escola de Psiquiatria do Recife (BASTOS, 1992; FAGUNDES, 2007).

Luiz Salvador Miranda Jr. (2008, p. 189), por outro lado, vai afirmar que, “na verdade, Ulysses foi o precursor de grande parte das propostas de modernização e humanização da assistência psiquiátrica hoje desejada. Muito antes dos neurolépticos e dos antidepressivos, note-se”.

Realçamos, com base nessas afirmações, o enraizamento do Movimento Higienista em Pernambuco e em especial em Recife, pretendendo evitar o surgimento de doenças mentais e passando a ditar uma série de padrões de comportamento a serem seguidos pela população. Esse processo foi amplamente estudado e descrito por Jurandir Costa (1983) como

medicalização social, o que merece ser aprofundado pelos(as) interessados(as) no tema. Para os objetivos deste trabalho, tal perspectiva será tomada como o processo pelo qual o saber científico inicialmente identificado pelos médicos passou a ser adotado pelas demais categoriais profissionais da saúde a nortear comportamentos e estilos de vida dos coletivos com a promessa de garantir saúde e bem-estar para a sociedade.

Galdino Loreto (1986) registra o aprofundamento desse Movimento Higienista no Brasil até o ano de 1963. Esse aprofundamento se deu pela Liga de Higiene Mental, a qual organizou “Semanas do Doente Mental”. Durante esses eventos, eram ministradas palestras sobre temas ligados às psicopatologias e com o objetivo de fazer a população compreender mais sobre o assunto.

3.1.2 De um apêndice da Tamarineira a uma rede hospitalar privada conveniada ao SUS

O fenômeno conhecido como “indústria da loucura”⁷ foi largamente observado no regime militar, pois, no Brasil, ainda não existiam políticas específicas de assistência em saúde mental à população. Dessa forma, com a compra crescente de serviços privados, houve aumento significativo no número de leitos psiquiátricos, os quais foram favorecidos durante muito tempo pelo Estado, e, como consequência, desse processo as políticas oficiais dessa época assumiram caráter eminentemente manicomial (AMARANTE, 1995a, 1995b, 2003).

Localmente, o fenômeno da indústria da loucura influenciou a criação e o funcionamento de vários desses serviços privados e/ou filantrópicos. Temos como exemplo o primeiro hospital psiquiátrico privado de Pernambuco, o Sanatório Recife, situado na área central da cidade e criado pelo próprio Ulysses Pernambucano. Ulysses havia desistido de atuar no campo público por causa dos entraves e das inimizades vivenciadas durante sua gestão no HUP, em especial com os políticos, que tentavam interferir na condução dos casos (LORETO, 1986; BASTOS, 1992; ANDRADE, 2009).

Segundo Galdino Loreto (1986), na década de 1960, o panorama da Tamarineira se modificou significativamente, e, como marco, ele identifica a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, que levou ao crescimento do número de serviços psiquiátricos privados, os quais passaram a ser sustentados pelos convênios com o poder público. Como

⁷ Segundo Paulo Amarante et al. (2012), quem primeiro utilizou a expressão “indústria da loucura” foi Carlos Gentile de Melo. Compreendemos, neste trabalho, o referido fenômeno como um sistema e mentalidade em voga ao longo da década de 1970 e início da década de 1980; “[...] organizadas em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios financeiros significativos com as internações (sua única fonte de lucro) e havia total falta de controle por parte do Estado” (TENÓRIO, 2002, p. 47).

consequência, a Tamarineira viu os serviços de assistência e internação, até então sob sua responsabilidade, migrar para outros espaços de caráter privado.

É relevante visibilizar que em Recife chegaram a coexistir sete hospitais psiquiátricos privados, além do HUP, vinculado à gestão pública estadual. Tal conformação levou Pernambuco a ter sido considerado um dos maiores polos hospitalocêntricos do Brasil, ficando atrás somente do Rio de Janeiro e de São Paulo. É essencial, para quem pretende compreender essa conformação, atentar para a dimensão que tomou essa modalidade de atenção e os desafios enfrentados para sua posterior desmontagem em todo o país, com características locais próprias (RECIFE, 2002b; BRASIL, 2005; ROSA, 2005).

Sobre o processo local, retomamos o contexto de criação do Hospital Sanatório Recife, o primeiro hospital psiquiátrico privado de Pernambuco, o que ocorreu, segundo Walmor Piccinini (2001), pela saída tumultuada de Ulysses Pernambucano da Tamarineira em virtude de sua recusa em atender aos pedidos de políticos da época para definir o diagnóstico de um de seus adversários. E ainda por sua defesa das minorias, a exemplo dos loucos, crianças com deficiência e negros. Essa sua defesa das minorias foi interpretada como uma ação comunista e, portanto, ele passou a ser perseguido, preso e impedido de exercer suas atividades de ensino no serviço público.

Há registros de que o Sanatório Recife teria servido inicialmente de espaço de resistência para alguns profissionais que comungavam com as ideias do psiquiatra Ulysses Pernambucano. Ao longo do tempo, no entanto, esse serviço passou a adotar uma postura similar às adotadas pelos demais hospitais psiquiátricos, posturas essas intransigentemente combatidas por seu criador, inclusive por seu caráter de empresa, visando ao lucro, apesar de lidar com a saúde psíquica das pessoas (LORETO, 1986; BASTOS, 1992; PICCININI, 2001; ANDRADE, 2009).

Fechado em 2013, ele já vinha se ultimando há quase uma década e já não representava mais que um apêndice na obra de seu idealizador. Tanto é assim que os registros históricos disponíveis basicamente se referem apenas à sua criação e aos objetivos iniciais. Apenas um registro do prenúncio de seu fim regado de contradições é encontrado em uma coluna de opinião na internet, trazendo um título autoexplicativo “O Sanatório Recife não é mais o mesmo”, por Carolina Mercês (2008).

Em conversas com interlocutores(as) estratégicos(as) reconhecidamente significativos(as) do contexto local, a exemplo da psiquiatra Jane Lemos, referentes à criação desses hospitais psiquiátricos, pudemos levantar que havia uma clara diferenciação,

inicialmente, entre os objetivos e o *modus operandi* do Sanatório Recife e os dos demais hospitais psiquiátricos privados de Recife.

Enquanto o primeiro pretendeu ser um espaço de resistência para a assistência e a formação, os demais foram sendo criados como empresas e seus processos de trabalho eram respaldados, prioritariamente, para garantir o máximo de retorno financeiro para as referidas instituições, às custas do bem público e à revelia das necessidades de saúde da população assistida (Anexo 3).

Recife contou com uma malha de hospitais psiquiátricos privados e conveniados com o SUS composta por sete serviços. Além do Sanatório Recife, cujo contexto de criação foi explicitado anteriormente, existiu a Casa de Saúde São José, criada pelo psiquiatra João Marques de Sá e Benjamin Vasconcelos, e cinco hospitais de um mesmo grupo familiar. Segundo nos informaram as psiquiatras Gilvanice Noblat e Jane Lemos, os donos da Casa de Saúde São José, além de Ulysses Pernambucano, foram os únicos que não fizeram parte originalmente do grupo Luís Inácio.

O grupo Luís Inácio chegou a ter uma rede de hospitais psiquiátricos privados e de grande porte em Pernambuco (SOUTO, 2008). Dessa rede, cinco hospitais funcionaram em Recife: o Hospital Psiquiátrico Pernambuco (HPP), o Instituto Psiquiátrico de Recife (IPR), a Clínica de Repouso Dom Vital, a qual posteriormente passou para a família Da Fonte, e ainda as Clínicas Psiquiátricas Santo Antônio de Pádua Ltda. (feminina) e a Santo Antônio Ltda. (masculina), a última em sociedade com o psiquiatra Avelar Loureiro, o qual, posteriormente, desfez a sociedade e assumiu individualmente o estabelecimento. No ano 2000, foi computado o total de 17.370 internações pagas pelo município, segundo o Relatório Anual de Gestão (RAG) (RECIFE, 2002b).

Não podemos nos omitir de abordar a relação escusa entre o público e o privado na oferta de serviços. Esse fenômeno foi amplamente denunciado no curso do Movimento Sanitário das décadas de 1980 e 1990, sem que fosse possível reverter tal relação perversa estabelecida entre eles. Por décadas, os usuários de saúde mental, álcool e outras drogas foram submetidos a toda sorte de manobras sobre a titulação de tratamentos com a única e exclusiva finalidade de garantir o lucro máximo aos empresários da loucura (AMARANTE, 2003, 2006; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, 2004; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; LUCENA, 2011).

Entre essas manobras são conhecidas a ampliação máxima do tempo de internação, condições sub-humanas de alimentação e infraestrutura dos serviços, chegando a haver, em

alguns casos, equipes volantes que recolhiam pessoas em situação de rua com alguma intoxicação alcoólica e/ou traços de “agressividade”. Completava esse quadro a utilização indiscriminada de medicações sedativas para garantia da ordem institucional, em especial no período noturno.

Tais temas de conhecimento público e abordados por vários autores e pela própria imprensa estiveram igualmente presentes em nosso cenário local, segundo alguns(mas) interlocutores(as) estratégicos(as) e minha própria observação no exercício da prática profissional como servidora da Prefeitura, que, como tal, tinha acesso às informações advindas das supervisões realizadas a esses serviços.

Alguns autores explicitam a concomitância entre o sistema de ampliação de leitos psiquiátricos privados e o acelerado crescimento das faculdades particulares de medicina. E, o mais grave, ambos os processos foram rodeados por desvio de dinheiro público e corrupção. Por outro lado, houve ainda a expansão do modelo curativo eminentemente cronificador, oneroso material e simbolicamente para toda a sociedade (AMARANTE, 1997, 2006; LUCENA, 2011, LUCENA; BEZERRA, 2012).

Com esses processos, gerações de profissionais locais se formaram nessa linha tradicional de tratamento aos usuários de transtornos mentais, quando mundialmente já se observavam críticas a tais modelos, bem como a implantação de experiências visando a superá-los, a exemplo da França, da Inglaterra e dos Estados Unidos. Além disso, o expressivo movimento sanitário brasileiro vinha denunciando o processo de privatização da saúde e seu caráter curativo, ou seja, que foca a eliminação dos sintomas e utiliza como estratégias de tratamento o isolamento e a medicalização, desconsiderando fatores psicossociais inerentes ao adoecimento, bem como a reabilitação psicossocial (AMARANTE, 1995a, 1997; LUCENA, 2011, LUCENA; BEZERRA, 2012). Esse estado de coisas só começou a ser alterado a partir da implementação de alguns dispositivos do SUS que começaram a ser instituídos, conforme expresso na afirmação seguinte:

Na operação do SUS, instrumentos legais passaram a regular e nortear as relações intergovernamentais no sentido de efetivar a descentralização e moldar a relação entre público e privado, dos quais podemos citar: o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (Brasil, 1988b), as Leis orgânicas 8080/90 (Brasil, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b) e as normas operacionais básicas (NOBs) de 1993 (BRASIL, 1993) e 1996 (BRASIL, 1996), definindo a engenharia do novo sistema de saúde, o SUS. (LUCENA, 2011, p. 33).

Esses acontecimentos sobre a ampliação de leitos psiquiátricos privados, sem sistemas regulatórios do Estado, e sua associação com a geração de faculdades com perfil pedagógico

voltado ao curativo serão retomados posteriormente, quando formos analisar suas repercussões para a conformação e o funcionamento da RAPS/Recife atual. Seguiremos anunciando outras pontes de intervenção e formação realizadas em outros campos da medicina a partir de preceitos já expostos até o momento desta abordagem.

3.1.3 O diálogo da psiquiatria com o campo da neurologia

Segundo Rinaldo Souto (2008), foi surpreendente a contribuição de alguns pernambucanos para o ensino médico e a criação das especialidades da neurologia e da neurocirurgia. Cita, inicialmente, José Correia Picanço, médico pernambucano da cidade de Goiana, como o fundador do ensino médico no Brasil, uma vez que influenciou d. João VI na criação das primeiras escolas de medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, por sua proximidade com o imperador como médico da família real.

O autor identifica que, em Pernambuco, já em 1817, desenvolveram-se as primeiras ações direcionadas ao ensino médico no Hospital Militar do Recife, onde funcionou a Escola de Cirurgia Plástica. Chamou-nos atenção também a relação feita pelo autor entre a implantação do ensino médico com a Revolução Pernambucana, ainda que ela não tenha sido aprofundada. Esse fato nos serve de pista para visibilizar o fenômeno de medicalização social (COSTA, 1983), citado anteriormente neste trabalho, relacionado com a assistência médica. Agora nos são fornecidos elementos para compreender como houve um forte investimento no ensino médico como forma de moldar a própria identidade médica em um espaço vinculado ao Exército, entendido como instituição de regulação estatal.

Prosseguindo na discussão sobre a implantação da neurologia e sua relação com a psiquiatria no estado de Pernambuco com base nos textos de Rinaldo Souto (2008), verificamos que o professor Antônio Austragéslio Rodrigues Lima, recifense, é identificado como o “pai da neurologia brasileira”. Em 1912, assumiu a primeira cátedra de neurologia no Brasil, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e contribuiu para a criação da neurologia como especialidade no país.

Em Pernambuco, o psiquiatra e educador Ulysses Pernambucano é reconhecido como o expoente maior da neuropsiquiatria na primeira metade do século XX. Ele sucedeu Manuel Gouveia de Barros na cadeira de neurologia, e Alcides d’Ávila Codeceira, na cadeira de psiquiatria, que passou a ser chamada de semiologia neuropsiquiátrica, na antiga Faculdade de Medicina do Recife. Igualmente, é atribuída a Ulysses Pernambucano a criação, em 1938, da *Revista Neurobiologia*, considerada a mais antiga em circulação na América Latina.

Jarbas Pernambucano de Melo, filho de Ulysses Pernambucano, sucedeu o pai, por concurso público, na referida disciplina, com a tese denominada *Estudo anátomo-clínico das atrofia cerebelares*. Tal fato parece sinalizar que seu filho trilhou uma linha de estudo e prática claramente vinculada à perspectiva organicista, tendo criado a Clínica Neurológica da Enfermaria São Miguel do Hospital D. Pedro II. Com a morte de Jarbas Pernambucano em 1958, assume seu lugar Manoel Caetano Escobar de Barros.

Ainda segundo Rinaldo Souto (2008), Manoel Caetano de Barros, em 1947, foi o primeiro médico a dedicar-se exclusivamente à neurocirurgia no Nordeste brasileiro. A partir desse ano, o autor registra produções e investimentos na neurocirurgia e, na década de 1980, nos aspectos clínicos das enxaquecas. O direcionamento dos estudos da neurologia para os aspectos eminentemente orgânicos parece sinalizar certo distanciamento de questões, estudos e investimentos voltados aos transtornos mentais.

No entanto, sabemos, pelo descrito na literatura pesquisada, que, nas décadas de 1930 e 1940, em Recife, as propostas do psiquiatra Ulysses Pernambucano de diversificação do cuidado para além do hospital psiquiátrico ocorreram paralelamente às técnicas de tratamentos físicos conhecidos especialmente pelas eletroconvulsoterapias e psicocirurgias, a exemplo da lobotomia (LORETO, 1986; BASTOS, 1992; PICCININI, 2001; ANDRADE, 2009).

Tais práticas ocorreram em vários pontos do Brasil, em especial em São Paulo, no Hospital Juqueri, polo de referência para tais técnicas. Em Pernambuco, o fato não aparece devidamente evidenciado na literatura existente quanto à experiência local, mas foi visibilizado pelo estudo de Kleydson Oliveira et al. (2011, p. 969), que afirmam:

Mas esse polo não é único, muito menos o mais importante. O Hospital de Alienados do Recife, hoje o Hospital Ulysses Pernambucano, registrou casos de uso dessa técnica em muitos pacientes, a frente dessas cirurgias o médico Joaquim Cavalcanti, que foi professor de disciplina de técnica operatória da Faculdade de Medicina do Recife... Dentre tantas técnicas, a busca pela cura dos loucos, levou os psiquiatras a criarem técnicas novas, essas muito mais agressivas, pois eram aplicadas diretamente no cérebro. De início, observa-se a perfuração da caixa craniana, e nessa perfuração jogava-se álcool puro, acreditando que assim as células “ruins”, causadoras daquela moléstia, iriam ser removidas. Posteriormente, partiu-se para uma incisão mais violenta...

Registramos ainda o papel do ensino de neurologia e neurocirurgia da Faculdade de Ciências Médicas, fundada em 1950 e hoje denominada Universidade de Pernambuco. Entre os participantes dessa disciplina, o autor cita José Alberto Maia, Alcides Codeceira Jr. e Luiz Ataíde. Aqui, fica evidenciada, portanto, uma formação exercida por grupos que detinham estreita relação com a prestação da assistência privada conveniada, o que nos faz refletir sobre

um possível direcionamento de tal formação. Para além dos conteúdos teóricos, os estudantes de medicina foram introduzidos no universo profissional direcionado aos hospitais psiquiátricos, bem como à preservação de suas práticas.

Outro elo que enfatizamos é uma tríade entre a medicina, o ensino médico e a produção científica por meio das associações/sociedades/ligas e da visão higienista de caráter eugênico. Tal elo fica bastante evidenciado na afirmação de que:

Embora a Sociedade Eugênica tenha tido vida curta, seus ideais permaneceram mobilizando muitos médicos, principalmente os psiquiatras, que viam na Eugenia a possibilidade de colaborarem com medidas de combate ao considerado grave problema da composição racial brasileira. Os psiquiatras, vendo os degenerados proliferarem pelo país, criam, em 1919, um Centro Eugenético na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, a associação mais antiga e importante da Medicina Mental no Brasil. (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 121).

Chamamos atenção para esse aspecto porque ele marcou profundamente a forma de ofertar o cuidado no município. Ainda hoje temos um forte apelo aos ideais e princípios plantados por Ulysses Pernambucano, e pouco se tem discutido com as novas gerações de profissionais sobre as raízes de seu pensamento e muito menos enfrentado as contradições que eles representam para a superação de um cuidado patologizante e normativo.

Essas contradições podem ser observadas na afirmação de que, “mesmo em suas abordagens socioculturais e filosóficas mais elaboradas dos fenômenos mórbidos psíquicos, Ulysses Pernambucano manterá sempre uma concepção fundamentalmente médica da psiquiatria” (PEREIRA, 2005, p. 124). Assim, perdurou por mais de um século uma violenta realidade por vezes disfarçada em poesia: “na rua do Padre Inglês um louco joga xadrez. Joga o xadrez da desgraça: uma sombra na vidraça é o seu parceiro demente” (NORÕES, 2006, p. 51).

Passaremos agora a explorar o mandato dos ambulatórios de psiquiatria e da psicologia da época, calcada nos princípios da psiquiatria abordados até o momento neste trabalho e que, posteriormente, veio a se alinhar a uma corrente da psicanálise que levou ao que muitos autores(as) denominaram ambulatorização. Foi criada uma demanda ao ofertar tal serviço dito de caráter preventivo e, com tal pretexto, passou a ser um elo no processo alimentador da internação psiquiátrica para os casos mais complexos (LANCETTI, 2001; SANTOS, 2007; SOARES, 2010; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Realçaremos, portanto, o papel da psicologia no contexto das práticas ambulatoriais. Identificamos que a abertura desses espaços de cuidado representou igualmente um espaço de interesses corporativos de abertura de mercado de trabalho, associado a um mandato social

normatizador de conduta das massas, e, de longe, serviu para o acolhimento dos usuários com quadros mais complexos.

3.1.4 Os ambulatórios de psiquiatria e psicologia

Conforme citado anteriormente, no Decreto nº 26, de 1931, por Heronides Coelho Filho (1983), a Assistência aos Psicopatas passou a prever vários serviços, além de hospitais psiquiátricos, entre eles o Ambulatório de Psiquiatria e Psicologia, localizado no Pavilhão Gildo Neto, construído em 1930, onde hoje funciona o Hospital Estadual Correia Picanço, referência para o tratamento de doenças infectocontagiosas. No Portal da Saúde de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2016a) consta que o nome foi uma homenagem ao primeiro residente de psiquiatria de Pernambuco e que o referido pavilhão foi destinado ao tratamento de psicóticos. Nesse primeiro momento, Gildo Neto tinha como assistente José Lucena (COELHO FILHO, 1983).

Segundo nossa interlocutora estratégica Jane Lemos, os demais ambulatórios de psiquiatria e psicologia foram sendo implantados à medida que eram criados outros para as demais especialidades médicas.

Como podemos observar, os ambulatórios de psicologia em Recife derivaram de uma linha de atuação da psiquiatria tradicional, baseada nos pilares trabalhados até o momento, ou seja, a abordagem organicista e os princípios higienistas. O psiquiatra Ulysses Pernambucano é citado por Soares (2010) como um dos responsáveis pelas denominadas “História da psicologia escrita por médicos” e “História da psicologia escrita por educadores e suas escolas normais (1920-1960)”.

A história da psicologia escrita por médicos, segundo o autor supracitado, ocorreu entre 1900 e 1920 e esteve pautada pela psicologia experimental da época. O grande expoente desse tipo de psicologia, Henrique Roxo, orientou, pela primeira vez no Brasil, no Hospício Nacional, estudos teórico-práticos com testes. Posteriormente, organizou o laboratório experimental de psicologia, vinculado à cátedra de psiquiatria e com o objetivo “de associar a psicologia experimental à neurologia e à psiquiatria”.

Após a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, esta passou a promover as Jornadas Brasileiras de Psicologia, que serviram para o incentivo ao avanço das chamadas pesquisas puras e aplicadas no país, culminando 10 anos mais tarde na criação obrigatória do chamado Gabinete de Psicologia para as clínicas psiquiátricas.

Todos esses movimentos tiveram forte influência, portanto, no fortalecimento da psicologia como ciência e profissão em todo o país. Como nosso foco de discussão é Recife,

identificamos a criação, em 1924, do Instituto de Seleção e Orientação Profissional, posteriormente denominado Instituto de Psicologia. Foi nesse lugar, a partir de 1936, onde Ulysses Pernambucano e seu grupo, composto por Sílvio Rabelo, Anita Barreto e Nelson Pires, trabalharam com instrumentos psicológicos, entre eles os testes de aptidão mental. Suas pesquisas se transformaram em “parte do nosso acervo histórico” (SOARES, 2010).

No entanto, Bruno Marcelo Nascimento (2007) enfatiza que o psicólogo e pesquisador Paulo Rosas localizou o nascimento da psicologia em Recife em 1918. Como marco, considera o decreto no qual Ulysses Pernambucano se inscreveu para o concurso da disciplina recém-instituída “Psicologia e Pedagogia na Escola Normal do Estado de Pernambuco”, que visava a formar professores(as) para a escola primária. Ulysses apresentou a tese *Classificação das crianças anormais: a parada do desenvolvimento intelectual e suas formas, a instabilidade e a astenia mental*, a qual foi aprovada em primeiro lugar e posteriormente considerada por estudiosos da área como a primeira publicação no país a tratar das questões da criança excepcional e da psiquiatria social.

A experiência abordada anteriormente da implantação de ambulatórios dentro dos hospitais psiquiátricos se deu de forma não hegemônica no que se refere à sua implementação como uma política pública reconhecida e oficializada como tal. Foi na década de 1970 que houve um direcionamento do governo brasileiro para a ampliação dos ambulatórios em todo o país a partir do modelo da psiquiatria comunitária e preventiva americana por meio do Programa de Expansão do Número de Ambulatórios (Pisam), que tinha como objetivo principal humanizar o hospital psiquiátrico e transformar o ambulatório em um espaço de tratamento alternativo ao asilo (TENÓRIO, 2002; SANTOS, 2007).

No entanto, é na década de 1980 que ocorre o indicativo de direcionamento dos investimentos para os “dispositivos públicos alternativos ao manicômio, priorizando os ambulatórios de saúde mental” após o lançamento do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária) a partir de uma articulação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (SANTOS, 2007, p. 63).

Alguns autores asseguram que decorreu dessa experiência uma distorção da proposta inicial de o ambulatório funcionar como um espaço de cuidado diferenciado do manicômio, ampliando as estratégias de tratamento, bem como desenvolvendo seus objetivos para além da supressão de sintomas. Seria o processo que ficou conhecido como “ambulatorização da assistência psiquiátrica” (TENÓRIO, 2002; SANTOS, 2007).

Esse processo de “ambulatorização”, mais que um redirecionamento da assistência, esteve a serviço da diminuição dos custos hospitalares e da entrada de novas categorias profissionais na rede pública, a exemplo do psicólogo e do assistente social. No entanto, sem nenhum redirecionamento dos princípios inerentes ao modelo manicomial, o foco continuou a ser a abordagem individual do usuário, a visão curativa do tratamento e a hierarquia entre as profissões, em que o saber médico continuou a pautar a ação das demais categorias. Além do agravante aqui explicitado, o ambulatório se tornou uma porta de entrada para o encaminhamento aos hospitais psiquiátricos privados.

Em pesquisa nacional do Conselho Federal de Psicologia (2013), fica evidenciado de forma consonante com o abordado até o momento o desenvolvimento da prática psicológica inicialmente como ciência afim à medicina. Ao mesmo tempo, a pesquisa revela informação de posteriores e contra-hegemônicas linhas de atuação da psicologia que apresentavam perspectivas “na direção de resgatar as singularidades, os sentidos e as trajetórias expressas nas experiências tomadas e reduzidas pelo saber médico-psicológico como doença”, sendo a principal linha de influência dessa perspectiva a psicanálise.

Na discussão da pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (2013), evidenciaram-se como fatores para o crescimento da profissão a fragilidade de sua inserção no mercado de trabalho formal e, também, sua tradição de formação até a década de 1970 como responsáveis pelas marcas ainda presentes na profissão. Observamos, mais precisamente, a atuação de psicólogos em “clínica privada, desenvolvendo uma prática elitista e descolada do movimento histórico do país”. Isso só vem ser alterado, ainda que de forma contraditória, a partir

[...] da década de 1980 que, por meio de movimentos encabeçados inicialmente pelas entidades organizativas da categoria, a profissão começa a pautar pontos relativos às possibilidades de respostas da Psicologia às urgências das lutas sociais travadas na direção da democratização da sociedade e da promoção da justiça social. É assim que as(os) psicólogas(os), talvez mais claramente algumas de suas entidades organizativas, passam a se implicar em processos como a luta por melhores condições de trabalho, as necessidades de políticas de proteção integral às crianças e adolescentes, a luta por uma política pública de saúde universal e integral, dentre outros. A Psicologia passa a ter em sua pauta as graves desigualdades da sociedade brasileira e a promoção de políticas de proteção e garantia de direitos sociais. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 75).

Assim, como afirma Antônio Soares (2010), não podemos deixar de atentar para o mandato original dos ambulatórios como alternativa não bem-sucedida para a humanização da assistência manicomial e, ainda, que tal herança ultrapassou a atuação do psiquiatra, impregnando as ações da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional e,

posteriormente, das demais profissões da saúde que vieram a atuar na saúde mental. Portanto, estejamos atentos, no decorrer das discussões posteriores sobre a criação dos ambulatoriais municipais em Recife, para o real mandato original desses serviços, como podemos constatar na seguinte afirmação:

[...] a humanização dos hospitais, com a criação de programas ambulatoriais (constituição de equipes de saúde mental em unidades básicas), não havia sido suficiente para dar conta de produzir uma relação diferente da sociedade com o fenômeno da loucura. Os loucos continuavam a ser internados e segregados do convívio social. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 56).

Posto isso, sigamos nossa discussão tratando sobre a Escola de Psiquiatria do Recife, que atravessou todas as ações e o legado de Ulysses Pernambucano. Essa escola até hoje é apresentada e discutida apenas pelos que a percebem à luz do paradigma psiquiátrico. Aqui, intentamos adentrar suas entranhas, definindo-a como uma das matrizes da RAPS/Recife, com a lente dos princípios que sustentam a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e a Redução de Danos.

Não negamos nem desconhecemos o que afirma Pedro Delgado (2011) sobre a importância das orientações dadas pelo humanista Ulysses Pernambucano ao incentivar seus alunos a não deixarem de lado a cultura geral e lerem Proust e Molière.

Talvez, o tópico a seguir represente nosso mais fiel e arriscado intento de considerar exatamente seu chamamento, porém à luz dos princípios sustentados pela perspectiva psicossocial. Ao leitor ficará evidente o porquê de considerarmos arriscado o intento de problematizar o legado de Ulysses Pernambucano, quando todos os registros que temos sobre ele vêm dos representantes mais aguerridos defensores das práticas psiquiátricas tradicionais ou de alguns militantes históricos da Reforma Psiquiátrica (COUTO et al., 1996; DUQUE, 2003; NASCIMENTO, 2007; MIRANDA JR., 2008; DELGADO, 2011).

3.1.5 A Escola de Psiquiatria do Recife

Como último tópico sobre as diversas influências teórico-práticas vinculadas ao HUP, realçamos uma vez mais a profunda marca cravada, direta ou indiretamente, pelo psiquiatra Ulysses Pernambucano e seus seguidores na conformação da atual rede de atenção psicossocial de Recife. Talvez a criação de uma Escola⁸ tenha sido sua mais forte evidência,

⁸ Apresentamos aqui a dimensão atribuída na língua portuguesa à palavra “escola”, encontrada no dicionário em seus vários significados e que podem ser emprestados neste trabalho: “2 – Conjunto formado pelo professor e pelos discípulos. 5 – Doutrina, sistema. 8 – Método e estilo de um autor, de um artista. 9 – Processos seguidos pelos grandes mestres. 10 – Fazer escola: definir princípios que outros depois seguem” (*Dicionário Aurélio online*. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/escola>>. Publicado em: 24/9/2016. Revisado em: 27/2/2017).

uma vez que tal Escola se caracterizou pela sólida organização e dispositivos potentes para sua perpetuação. Estes são centros de formação articulados, como espaços assistenciais, organização de sociedade profissional e ainda um veículo de publicação científica, como representavam/representam a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina e o Sanatório Recife, a Sociedade Pernambucana de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental do Nordeste e, posteriormente, do Brasil e a *Revista de Neurobiologia* (DUQUE, 2003; MIRANDA JR., 2008; NASCIMENTO, 2007).

A partir desse cenário, parece haver um consenso entre os autores de que a Escola de Psiquiatria do Recife tenha sido o berço do nascimento de várias profissões da saúde, como podemos ver a seguir:

Algumas profissões da saúde nasceram na escola pernambucana ou ali tiveram seu berçário. Tal como sucedeu com a psicologia, a enfermagem psiquiátrica, a psicopedagogia, o serviço social psiquiátrico e a terapêutica ocupacional psiquiátrica. E ali sempre (ou quase sempre) conviveram sem avanços ou invasões de território, ocupacional alheio. Com respeito, cordialidade e companheirismo. Como deve ser. E como foram ensinados a fazer. (MIRANDA JR., 2008, p. 196).

Quando se fala Escola Pernambucana, refere-se à comumente denominada Escola de Psiquiatria do Recife, cuja data de criação não aparece bem delimitada. Tem-se a proposição de Bruno Marcelo Nascimento (2007) de instituir o ano 1931 como um marco simbólico de sua criação, por ter sido o ano em que Ulysses Pernambucano realizou a Reforma da Assistência aos Psicopatas em Pernambuco.

Identificamos a seguinte afirmação como uma síntese fidedigna com a abordagem realizada entre diversos autores no que se refere aos pilares que definem a nacionalmente conhecida Escola de Psiquiatria do Recife:

Para que se constitua como escola, um determinado modo de pensar (e atuar) deve ser coincidente entre os membros componentes, deve haver “uma estrutura homogênea e harmônica de pensamento, compartilhada por todos os seus membros...” (69) possuindo ainda a capacidade de deixar alguma espécie de legado para gerações futuras. (NASCIMENTO, 2007, p. 137).

O HUP, em estreita relação com a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, construiu em torno de si o que Miranda Jr. (2008) reconhece como “identidade cultural e influência no mundo da psiquiatria”. Assinala como principais áreas relevantes da Escola de Psiquiatria do Recife a atuação docente, da qual, segundo o autor, derivam todas as demais

atividades da Escola, como a assistência aos “psicopatas de Pernambuco”⁹ e a organização como associação profissional. A seguir, podemos identificar o teor, quase unânime, dos depoimentos de psiquiatras que se propõem estudar a Escola de Psiquiatria do Recife:

A Escola do Recife, que o Prof. Salvador de Miranda Sá Jr. dissecou com agudo instrumento na apresentação, espalhou, pelo pioneirismo, sua influência além dos limites regionais e nacionais. Basta dizer que aqui se desenhou um modelo de assistência não hospitalocêntrico, e foram criados o primeiro serviço preventivo de saúde mental do país, o primeiro serviço aberto autônomo de saúde mental e o primeiro Instituto de Psicologia, entre outras realizações que resistem ao tempo. Falava-se em “reforma da assistência aos doentes mentais” e privilegiava-se a terapia ocupacional. O Hospital da Tamarineira, sob o comando de Ulysses Pernambucano, era modelo na América Latina pela humanização e respeito às características pessoais dos ali internados. Isso tudo entre 1920 e 1935, décadas antes do primeiro antipsicótico e outras tantas dos antipsiquiatras carregarem essas bandeiras por curto período. Não seria demasiado dizer que a atual “Reforma Psiquiátrica”, no Brasil, bem que poderia se chamar “Retorno ao tempo de Ulysses”. (DUQUE, 2003, p. 168).

A partir dos textos consultados, passamos a apresentar em quadros uma síntese dos profissionais que fizeram/fazem parte da Escola de Psiquiatria do Recife. No primeiro, identificamos sua geração e, no segundo, a linha sucessória de Ulysses Pernambucano. Tal síntese nos pareceu necessária para que visibilizemos a capilaridade que a Escola conquistou em termos de áreas de atuação e de adesão de profissionais (DUQUE, 2003; NASCIMENTO, 2007; MIRANDA JR., 2008).

Quadro 4 – Gerações e referências da Escola de Psiquiatria do Recife

GERAÇÕES	LINHA SUCESSÓRIA	PRINCIPAIS INTERLOCUTORES
Primeira geração	Ulysses Pernambucano	Gildo Neto, Arnaldo Di Lascio, José Lucena José Otávio de Feritas Jr.
Segunda geração	José Lucena	Gil Braz, Galdino Loreto, Zaldo Rocha, Othon Bastos, José Paraense Rodrigues, Paulo Setembro, Cheops Teixeira Cavalcanti, Heitor Andrade Lima, Antônio Sousa Costa, Samuel Hulak
Terceira geração	José Lucena	Evaldo Melo, Alírio Dantas, Antônio Peregrino, Arnaldo Assunção, Everton Sougey, Kátia Petribu
	Galdino Loreto	José Francisco, João Alberto de Carvalho, Mabel Albuquerque, Virgínia Machado, Arlinda Correia, Virgínia Loreto
	Othon Bastos	Ele faleceu em 2016

Fonte: Sistematização baseada em Miranda Jr. (2008).

⁹ Portanto, fica evidenciada sua tradição de produção de conhecimento e prática locais. Segundo pudemos observar, como forma de descentramento das teorias e práticas eminentemente advindas das regiões Sudeste e Sul do país.

Quadro 5 – Linha sucessória de Ulysses Pernambucano por área de conhecimento

ÁREA DE CONHECIMENTO/ ATUAÇÃO	PRIMEIRA GERAÇÃO	SEGUNDA GERAÇÃO	TERCEIRA GERAÇÃO
Clínica neurológica	Alcides Benício	Alcides Codeceira, José Alberto Maia, Luiz Ataíde, Salutiano Gomes	Wilson Farias
Clínica psiquiátrica	José Lucena	Galdino Loreto	Othon Bastos
Clínica neuropsiquiátrica e no Sanatório Recife	Di Lascio		
Diretores de clínicas particulares	João Marques de Sá, Luís Inácio de Andrade Lima	Avelar Loureiro, Milton Marques Sá, Carlos Alberto de Freitas, Roberto Amazonas	
Psiquiatria social	Luís Cerqueira	Paulo Mariz	Celeste Aída, Jane Lemos, Margarido Múcio
Estudos semiológicos e neuropsicológicos	José Otávio de Freitas Jr.		
Investigação e prática psicológica	Alda Campos, Sylvio Rabelo	Anita Paes Barretos (psicotécnica, pedagogia e psicopedagogia)	Maria do Carmo Edilnete Sampaio (psicologia clínica)
Serviço social psiquiátrico	Cezarina Moraes	Solange Cavalcanti	
Psicoanalista	José Mariz de Moraes, Wamberto Moraes (Londres), José Carlos Souto, Manoel Gomes de Andrade, José Bezerra, Tácito Medeiros	Marlene Silveira (Porto Alegre), Fernando Rocha e Jurandir Freire Costa (Rio de Janeiro)	Alírio Dantas
Psiquiatria da criança e do adolescente	Zaldo Rocha	Eldione Moraes, Helena Moura	
Antropologia	René Ribeiro		

Fonte: Sistematização baseada em Miranda Jr. (2008).

Explicitamos aqui o fato de vários desses profissionais citados terem assumido a função de gestão dos serviços estaduais, tendo posteriormente migrado para o município. Exerçeram, em quase sua totalidade, a função de professores em algum momento da vida, tendo realizado sua formação nos hospitais públicos e privados, como já demonstrado anteriormente. Pelo exposto até o momento, ficou um alerta quanto ao estabelecimento de uma fronteira muito tênue entre o público e o privado, deixando a perversa sensação de que ao privado caberia ordenar a assistência a seu bel-prazer, e não ao Estado, como prescrito posteriormente na Constituição de 1988 e na criação do SUS, com a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1988, 1990).

Observaremos igualmente, no decorrer da discussão, que vários serviços implantados, em um momento em que o SUS já estava mais consolidado, receberam os nomes de personagens dessa Escola. Alertamos desde já que Evaldo Melo é apontado por Luiz Salvador

Miranda Jr. (2008) como componente da terceira geração dessa Escola, ainda que tenha assumido a formação de psicanalista e exercido o cargo de secretário de saúde de Recife, em paralelo à sua prática privada no Instituto Recife de Apoio Integral às Dependências, do qual é sócio-proprietário. Chama a atenção o fato de que, no período que envolve este estudo, tivemos à frente da Secretaria de Saúde de Recife três psiquiatras, além do já citado Evaldo Melo, Recife teve como secretários nesse período Humberto Costa, autor da lei estadual da reforma psiquiatria, sanitarista e ainda o igualmente psiquiatra e sanitarista Gustavo Couto.

Estamos diante de mais um tema pouco discutido entre os atuais operadores da gestão e do cuidado em saúde mental em Recife, exceto entre o conjunto de psiquiatras, seja na academia, seja nas associações profissionais e em suas interfaces com outros campos de atuação que tenham aderido à Escola. Tal aspecto nos parece intrigante e mesmo preocupante, pois nos leva a várias questões, entre elas se estaríamos negando as origens de nossas influências ou mesmo supondo que tais influências teriam ficado adormecidas no passado remoto das paredes dos manicômios.

Confessamos aos leitores que refletir sobre a Escola de Psiquiatria do Recife nos exigiu um grande esforço para não nos desviarmos do foco de nosso trabalho; no entanto, não temos como caminhar para os outros eixos de constituição da RAPS/Recife atual sem deixar ao menos plantadas algumas inquietações sobre os desdobramentos dessa Escola na feição que tomou nossa rede.

Tratamos aqui de uma Escola que não ficou presa a um passado longínquo. Com sua tamanha plasticidade e inserção nos processos de “medicalização social”, como abordado anteriormente, ela vem demonstrando a possibilidade de repaginar a atuação manicomial para além do hospital psiquiátrico, como acabamos de demonstrar em relação aos ambulatorios, mas não se restringindo a estes. E isso ficará ainda mais evidente ao elencarmos algumas de suas implicações no decorrer de nossa análise, inclusive com nossas entrevistadas.

Registraremos a seguir, portanto, algumas de suas características ainda vivas em palavras de ordem, que, vez por outra, ecoam de psiquiatras que a compõem, clamando por “mais Ulysses Pernambucano e menos Basaglia” na PSMAD. É preciso que tenhamos a dimensão das contradições e dos conflitos vivenciados entre grupos e práticas de cuidados coexistentes na RAPS/Recife atual.

Retomamos alguns temas que não serão explorados no presente estudo, mas que precisam ser visibilizados, ainda que de forma incipiente, e que poderão ser aprofundados pelos interessados na vasta literatura existente dentro dos paradigmas clássico e psicossocial.

Inicialmente, chamamos atenção para o fato de que, no contexto em que foram configuradas, as ideias e práticas de Ulysses Pernambucano que vieram a se transformar em Escola podem ser consideradas avançadas e até mesmo revolucionárias para a época. Contudo, se pensarmos no âmbito das propostas advindas do paradigma psicossocial, tal Escola representa uma contradição a ser enfrentada para uma efetiva mudança paradigmática em nossas práticas cotidianas. Entre elas, elencamos a necessidade de superação da intervenção social a partir da perspectiva psiquiátrica de caráter higienista, em que o saber psiquiátrico se sobrepõe aos demais saberes.

Igualmente conflituosa foi a relação entre o público e o privado, o que ficou evidenciado no conjunto das obras consultadas e que são de domínio público. Apesar de o Hospital Psiquiátrico Sanatório Recife ter sido criado como espaço de resistência para práticas de cuidado de caráter humanizado, na realidade, ao longo do tempo, abriu caminho para a formação de uma rede de hospitais psiquiátricos privados e conveniados ao SUS que funcionaram a partir de uma lógica empresarial, lucrativa e cronificante contradizente aos princípios dos direitos humanos e da reabilitação psicossocial, o que, para tal, se exige mais que uma mera oferta de serviços, pois, como afirma Cláudia Corbisier (1992, p. 10):

O grande desafio para todos nós é como lidar com a loucura. Podemos internar alguém durante algum tempo sem, no entanto, “internar” o seu sofrimento psíquico. Por outro lado, podemos tratar pessoas em ambulatórios ou consultórios e “interná-las” em relações autoritárias onde os terapeutas/analistas, valendo-se de sua suposta superioridade, autorizam-se a fazer coisas não muito diferentes das atitudes encontradas nos piores manicômios. Tudo depende da posição tomada diante do fenômeno da loucura.

É preciso, portanto, analisar em profundidade os mandatos dos diversos serviços advindos dessa matriz, mesmo quando começam a ser apresentados como psicossociais, problematizando até que ponto eles rompem, reafirmam e/ou repaginam o mandato original do manicômio. Sigamos com esse exercício, identificando agora ações e serviços mais contemporâneos da Reforma Psiquiátrica e das políticas sobre drogas, tendo em mente inclusive que vários atores dessa nova construção fizeram/fazem parte da Escola de Psiquiatria do Recife.

3.1.6 Gestando ações e serviços de caráter psicossocial

A Tamarineira, a partir da convivência com a explosão dos hospitais psiquiátricos, continuou exercendo forte influência nos rumos tomados na institucionalização da política de saúde mental, inclusive por sua forte relação com os centros formadores e de pesquisa. A

criação dos primeiros serviços de caráter psicossocial tiveram início a partir da conformação de vários fatores de caráter nacional nas décadas de 1970 e 1980 e que merecem ser explicitados.

Em 1971, foi criada em Pernambuco a Fundação de Saúde Amaury de Medeiros, que passou a responder pela rede de saúde do estado, a qual extinguiu: o Serviço Aberto, o de Higiene Mental e a Divisão de Saúde Mental (LORETO, 1986). Nesse período, na década de 1970, em âmbito nacional, o modelo psicossocial começou a ser pensado no contexto de crise financeira do sistema de previdência.

Como vimos, à luz da saúde de modo geral, os cuidados com a saúde mental estavam sendo pagos pela previdência. No entanto, ela começou a sofrer abalos, pois nem todos tinham direito para usufruir dessa assistência. Portanto, boa parte da população ficava desassistida. E aqueles que eram contribuintes contavam com um serviço de péssima qualidade. Isso gerou duras críticas a esse modelo.

Paulo Amarante (2003) relata que, em 1978, em Santa Catarina, diversos movimentos sociais ligados a trabalhadores e residentes organizaram o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Nesse evento, segundo o autor, o objetivo era pautar a questão da saúde mental, uma vez que o modelo hospitalocêntrico, eminentemente privado, havia provocado uma grave problemática social.

O I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado em 1978 no Rio de Janeiro, contou com a presença de vários autores de renome no campo, entre eles Franco Basaglia, expoente da reforma italiana. Sua vinda se tornou um espaço fértil para a discussão sobre a saúde mental, que continuou no em São Paulo no ano de 1979, o I Congresso do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental. Nesses debates, estiveram em pauta estratégias e mecanismos para se reestruturar a assistência voltada às pessoas com transtorno mental no Brasil. Na década de 1980, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, com o intuito de analisar e reconfigurar a assistência no país. No âmbito da saúde mental, o referido Conselho elaborou um projeto para expandir os serviços de caráter extra-hospitalar (AMARANTE, 2003).

Ainda na década de 1980, o já denominado Hospital Ulysses Pernambucano contava com 1.368 pacientes, predominantemente oriundos da Região Metropolitana e com os diagnósticos mais diversos, como psicoses, oligofrenias, epilepsias, toxicomanias e neuroses. Por esse motivo, um grupo de profissionais iniciou a discussão sobre as diferenças desses dois grupos: os dependentes de álcool e os demais transtornos mentais. A partir dessas discussões, foi elaborado um projeto específico, direcionado apenas para tratamento dos alcoolistas, o

qual foi inaugurado em 1987. Esse serviço passou a ser chamado Centro de Prevenção e Tratamento ao Alcoolismo (CPTRA) (COUTO et al., 1996; MELLO, 2002).

Paulo Amarante (2003) relata que, no ano 1986 em Brasília, em pleno processo de redemocratização no país, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação popular, que reivindicou a concepção de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Com isso, a saúde passou a ser gerida e fiscalizada pelos estados e municípios, o que determinou o rumo da assistência no país nas décadas seguintes.

No campo específico da saúde mental, um marco significativo foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no Rio de Janeiro em 1987. Esse evento discutiu os direitos e deveres dos usuários com transtornos mentais e disparou de forma mais sistemática a luta pela Reforma Psiquiátrica e pela viabilização de legislação própria para a área.

Podemos afirmar, portanto, a congruência de princípios e contemporaneidade entre o SUS e a Reforma Psiquiátrica em nosso país. A implantação do primeiro deu a sustentabilidade necessária para a construção de um novo paradigma na política nacional de saúde mental (CABRAL, 2007).

A política de financiamento adotada pelo Ministério da Saúde representa um dos marcos das décadas de 1980/90, pois foi nessas décadas que se iniciou o processo de regulação e normatização das ações e dos serviços de saúde, intensificando-se nos anos 2000, quando as novas modalidades de financiamento passaram a induzir ações e serviços de caráter psicossocial e cada vez mais territorial e em rede em todo o território nacional (BRASIL, 2005; MAIA, 2007).

Nesse mesmo período, em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde reativou a Coordenação de Saúde Mental e realizou alguns debates sobre os rumos da Reforma no estado, o que resultou na I Conferência Estadual de Saúde Mental realizada em 1992 em Recife, levantou propostas com a participação dos profissionais, as quais foram levadas para a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília em dezembro de 1992 (COUTO et al., 1996; LEMOS, 1999; MAIA, 2007; FAGUNDES et al., 2010).

A mobilização de um grupo, iniciada a partir desses espaços, deu origem ao Projeto de Humberto Costa, transformado na Lei nº 11.064/1994 — a Lei da Reforma Psiquiátrica de Pernambuco. Entre os atores importantes nesse processo de formulação e aprovação da lei estadual, podemos citar os psiquiatras Gustavo Couto, Ana Simões e Ricardo Viana, a assistente social Roberta Uchoa e o psicólogo Marcus Pinheiro (COUTO et al., 1996).

Dois anos depois, a cidade de Recife também aprovou a Lei nº 16.232/1996 — a Lei de Assistência à Saúde Mental (RECIFE, 1996). Podemos registrar, a partir de nossas conversas com interlocutores estratégicos, que, nessa época, houve importante participação das psiquiatras Jane Lemos e Celeste Aída, que iniciaram no município de Recife o processo de desativação dos leitos psiquiátricos.

Os autores pesquisados enfatizam a expansão observada na década de 1990 em todo o estado. A assistência no HUP, nesse período, foi demarcada por uma série de transformações. Podemos mencionar, entre elas, em 1990, a inauguração do prédio próprio do CPTRA, que já funcionava como uma enfermaria no interior do hospital (COUTO et al., 1996; MELLO, 2002; MAIA, 2007). Em 1993, foi implantado o Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), um espaço de convivência e estimulação, em que foram registrados 11 projetos terapêuticos, entre eles o de Rock na Tamarineira, ateliê terapêutico, atividade com bola e sala de jogos, música, cinema no CAT, jardinagem, artesanato, biodança, oficina de alimentação, jornal mural e salão de beleza (PERNAMBUCO, 1996).

O HUP protagonizou ainda, em 1999, a criação de um dos primeiros “Lares Abridados”, ainda que de forma isolada dos demais pontos da rede psicossocial. Em 2005, esse serviço foi municipalizado e transformado em uma Residência Terapêutica, situada no DS III (RECIFE, 2006a; LEITE, 2009). É interessante ressaltar que, em geral, atribui-se esse “Lar Abridado” como sendo o primeiro do Estado”; no entanto, segundo Brena Leite (2009, p. 17):

Ao resgatar a história, durante a realização do presente estudo, se pode identificar que o Lar Abridado do Hospital Ulysses Pernambucano não foi o primeiro do Estado, uma vez que há registro de duas experiências semelhantes no Hospital Alcides Codeceira, no distrito de Cruz de Rebouças, Igarassu, nas quais oito pacientes foram incluídos.

Ana Isi Maia (2007) e Gustavo Couto et al. (1996) sinalizam ainda como serviços estaduais criados nessa década e que não fizeram parte diretamente do HUP, mas que foram criados a partir de ambulatórios tradicionais, as oficinas terapêuticas do DS III Alberto Sabin, em 1994, e as do então Ambulatório Lessa de Andrade, em 1995, hoje uma Policlínica Municipal. Apesar da proposta bastante inovadora, tais oficinas tiveram vida curta, pois não houve investimentos para sua consolidação como elemento estratégico da política municipal, sendo remanejados para os CAPS os profissionais que compunham as equipes do mesmo território. Segundo Ana Isi Maia (2007), em 2004, elas já não estavam mais em funcionamento, o que considerou uma contradição da gestão responsável pela instituição da rede de saúde mental.

3.1.7 Hospital-dia e a negação do hospital psiquiátrico

De todas as novas modalidades de atenção que buscaram, de alguma forma, humanizar a assistência no âmbito do HUP, uma nos parece paradigmática no sentido de romper com as práticas manicomialis: a criação do Hospital-Dia Espaço Azul. Um grupo interdisciplinar, com vários profissionais recém-concursados, inicia um estudo aprofundado de como proceder a tais intentos e, após dois anos, chega à conclusão coletiva de que não há possibilidade de mudança substancial na dinâmica do manicômio e, com total apoio da então gestora do HUP, a psiquiatra Gilvanise Noblat, parte para a criação do Hospital-Dia Espaço Azul.

Esse nome foi escolhido pela equipe, como nos contou nossa interlocutora estratégica Iesa Vilas Boas, primeiramente com base nas cores predominantes dos azulejos e pisos do novo serviço, mas remontando, posteriormente, à infinitude do céu, à profundidade do mar e ao desejo da equipe de produzir novas formas de cuidado, gerando novas possibilidades de vida para usuários e familiares.

O atual CAPS II Espaço Azul municipal foi inicialmente criado em 1993 e passou a funcionar com sede própria em 1996, mas apenas em 2005 foi municipalizado. Esse serviço tinha em seu projeto terapêutico institucional um forte compromisso com os princípios norteadores de Reforma Psiquiátrica de caráter psicossocial e desempenhou papel significativo na estruturação dos movimentos sociais no estado (PERNAMBUCO, 2002; MAIA, 2007).

Sem dúvida, os serviços psicossociais instituídos no HUP e posteriormente incorporados à rede municipal detêm um relevante papel na conformação atual da RAPS/Recife, não apenas pelas redes assistenciais, sobretudo por causa de seu papel de formadores de gerações de profissionais e gestores da rede local.

Apresentadas as nuances que vislumbramos a partir da matriz do HUP, temos uma segunda matriz de formação da RAPS/Recife atual, que se relaciona com a do HUP, mas que acrescenta peculiaridades a serem consideradas. Estamos falando dos Hospitais Gerais Barão de Lucena e o Otávio de Freitas (HGOF), nos quais surgiram experiências e serviços que caracterizariam um segundo eixo de atividades da atual RAPS/Recife, motivo pelo qual nos debruçaremos a seguir sobre sua conformação.

3.2 MATRIZ II – A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS HOSPITAIS GERAIS

Esse campo, como alertou Luna (2016), foi pouco estudado e registrado, e seu trabalho pareceu relevante no sentido de trazer uma visão dos princípios motivadores da inserção da

psiquiatria na prática hospitalar em diálogo com as demais especialidades médicas. O autor situa o surgimento das primeiras unidades psiquiátricas em hospitais no Brasil a partir da década de 1950, tendo elas sido inauguradas em 1954, uma no Hospital das Clínicas da Bahia, coordenada pelo professor Nelson Pires, e a segunda em São Paulo, no Hospital dos Comerciários.

Em Pernambuco, a primeira unidade psiquiátrica em hospital geral foi implantada no Hospital da Universidade Federal de Pernambuco, o Pedro II, tendo sido posteriormente transferida para o atual Hospital das Clínicas. Nessa transição, no entanto, houve uma drástica redução no número dos leitos de psiquiatria.

Dessas experiências, destacam-se a tentativa de superação do isolamento da psiquiatria das demais especialidades médicas, a ampliação de estratégias terapêuticas para casos com comorbidades e/ou abordáveis por médicos de outras especialidades com o suporte da interconsulta com o psiquiatra e, principalmente, a perspectiva de ampliar o entendimento do sofrimento psíquico a partir da psicanálise e da psicossomática, havendo ainda a tentativa de construção de um trabalho em equipe interdisciplinar.

Há, por outro lado, a experiência ocorrida no HGOF, que, inicialmente, implantou enfermarias psiquiátricas separadas por sexo e idade. Anos depois, foram estabelecidas no serviço a emergência psiquiátrica e a sequência de desativação de tais enfermarias, com a implantação de serviços com características psicossociais, os quais, ao longo dos anos 2000, foram sendo municipalizados.

Exploraremos a seguir essas duas linhas de intervenção ocorridas nos hospitais gerais estaduais, localizados na capital, e, portanto, de interesse para nosso estudo. No entanto, queremos visibilizar as diferenças marcantes entre os dois eixos de experiências de inclusão da atenção aos portadores de transtornos mentais nesses serviços, pois se, por um lado, as experiências do Pedro II/Hospital das Clínicas da UFPE e do Barão de Lucena mantiveram a centralidade na consolidação da psiquiatria na relação com as demais especialidades, ainda que de forma não hegemônica, dialogando com a psicanálise e a psicossomática, por outro não incorporaram os demais princípios que sustentaram o SUS.

Decerto, tais experiências cumprem um papel relevante para os que têm acesso a elas, mas se apresentam de forma pontual, sem articulação com a rede e, portanto, mantêm-se como uma versão “humanizada” da atuação psiquiátrica. Não podemos deixar de explicitar ainda seu papel na formação da geração de psiquiatras até os dias atuais.

Por outro lado, as experiências vivenciadas no HGOF, de início puramente manicomiais, depois assumiram o papel de denunciar a falência do modelo manicomial, e, a partir da formação de equipes interdisciplinares concursadas em 1991 e 1993, bem como com a articulação com o Movimento de Luta Antimanicomial Nacional e Local, puderam progressivamente desativar os serviços tradicionais e implantar outros a princípio “alternativos”, tal como previsto na Portaria Ministerial nº 224/1992, os quais, nos dias atuais, funcionam na RAPS/Recife como serviços municipalizados (BRASIL, 1994).

3.2.1 Hospital das Clínicas e Hospital Barão de Lucena: da internação psiquiátrica tradicional à interconsulta de psiquiatria, psicossomática e ao grupo Balint

Se não tivéssemos realizado uma investigação mais abrangente, que superasse os temas comuns que compõem o Movimento da Luta Antimanicomial e Antiproibicionista, talvez deixássemos de fora uma experiência ainda hoje em vigor e com certo potencial de resistência ao modelo tradicional de intervenção em psiquiatria. Referimo-nos à experiência iniciada em 1957 com a implantação da primeira unidade psiquiátrica em hospital geral em Recife, a qual, como já citado anteriormente, ocorreu no Hospital Pedro II e foi introduzida e coordenada pelo professor José Lucena. Juliano Victor Luna (2016) descreve o relato do psiquiatra João Alberto Carvalho quanto ao fato de a implantação da ala de psiquiatria do hospital ter sido instalada no quintal do prédio, denotando a própria relação estabelecida entre essa e as demais especialidades.

Essa alternativa de tratamento, que integrava a psiquiatria às demais especialidades médicas, seguiu com certa resistência, em especial quando da migração para o HC em 1982, e precisou da mediação do professor Galdino Loreto para sua efetivação. Em Luna (2016, p. 38) há a seguinte citação tratando das dificuldades envolvidas nessa mudança por uma das mentoras desse grupo em Recife:

A professora Gilda Kelner, do departamento de Medicina Clínica da UFPE, também viveu a transição do Hospital Pedro II para o HC. Segundo ela: “A clínica psiquiátrica do Hospital Pedro II era em um pavilhão atrás do hospital, separado... A conturbação da transferência foi muito grande em muitos setores, não foi apenas na psiquiatria, então você passava a atuar em um andar, dependia de elevador, dependia de os pacientes ficarem com menos mobilidade porque dispunham um espaço menor. Não foi fácil a transferência, não foi fácil”.

Localmente, faziam-se movimentos na busca do diálogo da psiquiatria com as demais especialidades, e aqui não devemos deixar de mencionar certo tom pejorativo adotado por Luiz Salvador Miranda Jr. (2008) ao se referir aos profissionais da Escola de Psiquiatria do Recife, que adotaram a psicanálise como campo de estudo associado à prática psiquiátrica.

As décadas de 1970 e 1980, nacionalmente, foram marcadas por movimentos pela consolidação da interconsulta por parte de uma linha de psiquiatras, cujas experiências Luna (2016) destaca as da Universidade Federal de São Paulo, da Universidade Estadual de Campinas e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. No entanto, ao nos aproximarmos das produções das referidas instituições, fica bastante explícita a percepção de que a introdução de usuários com transtornos mentais e de álcool e outras drogas não parece ser entendida e/ou incorporada pelo conjunto de profissionais, além de que parece haver uma reivindicação da atuação do psiquiatra como a melhor forma de assistir os(as) usuários(as). Vejamos a seguinte avaliação de uma dissertação realizada na instituição:

A análise permitiu mostrar que diferentemente do que preconiza a reforma psiquiátrica que prevê acolhimento dos pacientes, isto não acontecia na essência do significado do termo. Os pacientes com problemas de dependência química ocuparam por mais tempo os leitos da enfermaria de observação psiquiátrica, enquanto que os psicóticos, mesmo em maior número de consultas, ocuparam-na menos tempo, o que permite a interferência de que os pacientes eram encaminhados para internação especializada, de forma direta, após a consulta médica, o que nega a proposta da reforma. O médico psiquiatra foi o profissional que demonstrou melhor acolhimento do paciente no pronto-socorro, reforçando a inferência de que o conhecimento específico possibilita maior envolvimento e vínculo com o paciente e, portanto, melhor resultado nas ações de assistência oferecida aos que sofrem mentalmente. (CAMPOY, 1998, resumo).

As diversas contradições para uma mudança paradigmática da assistência psiquiátrica estiveram presentes igualmente em Pernambuco. Luna (2016) destaca como pioneiras duas experiências nesse estado, além da Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral do Hospital Pedro II/HC/UFPE: o atendimento clínico em psicanálise no serviço público e a implantação do grupo Balint no Hospital Geral Barão de Lucena, que tinha como principal característica a construção de um espaço sistemático para a discussão coletiva da relação médico-paciente, criado pelo médico psicanalista húngaro Michael Balint. Os fundamentos para a existência de tal espaço ficam configurados na seguinte afirmação:

Gilda Kelner – O médico é treinado para questões muito objetivas, contrariando até os princípios hipocráticos, que o principal era acolher, curar a dor[,] e quando Hipócrates falava em dor, falava também da dor psíquica, mas o médico de hoje cada vez mais ele é treinado para estabelecer uma hipótese diagnóstica, planejar um tratamento, executar o tratamento e estar sabendo o que foi publicado amanhã sobre todas as drogas, sobre todos os efeitos colaterais e está esquecendo, cada vez mais, de escutar o paciente e sua singularidade. Eu acho que a própria formação do médico, a própria luta pela sobrevivência e pela competição, nos tempos de hoje, fazem com que o médico seja cada vez menos uma pessoa que escuta a alma. Ele circunscreve basicamente o corpo. Por isso que Olgária Mattos dizia: “se medicina é ciência e arte, o cientista engoliu o artista”. (LUNA, 2016, p. 64-65).

Enfim, o próprio autor avalia que, apesar do longo percurso da inserção da psiquiatria nos hospitais gerais, esta não passou de 1,1% dos hospitais gerais no Brasil, e considera que mesmo as experiências pioneiras não foram devidamente registradas, a exemplo das experiências pernambucanas, que conseguiram introduzir práticas psicanalíticas nos hospitais públicos, sendo reconhecido como um dos principais legados o de terem se constituído espaços de formação, o que provavelmente lhes garantiu longevidade e reconhecimento pelos que desenvolvem parte de sua formação nesses espaços. No entanto, isso permanece como um apêndice das ações da RAPS/Recife.

3.2.2 Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF): da psiquiatria no hospital geral à saúde mental territorial e em rede

Como foi destacado anteriormente, de modo diferente das experiências nos dois hospitais anteriores, as ações e os serviços desenvolvidos no HGOF vieram a ter papel fundamental na conformação da RAPS/Recife atual, e são sobre suas nuances que nos debruçaremos a partir de agora.

Segundo o *site* do governo de Pernambuco (2016b), o atualmente denominado Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF), situado no bairro de Tejipló, em Recife, foi inicialmente denominado Sanatório do Sancho, voltado para o tratamento de pacientes com tuberculose e outras doenças respiratórias, inclusive por seu clima e localização estratégica (afastado do centro da cidade).

Ainda segundo o *site*, o hospital começou a ser construído na década de 1940, durante o governo do interventor Agamenon Magalhães, mas só foi fundado em 1956. Apenas duas décadas após ser inaugurado é que passou a ser introduzido o serviço de emergência psiquiátrica no elenco de serviços prestados pelo estabelecimento, conforme podemos observar na citação a seguir:

Foi em 1974 que ele passou a ser chamado de Hospital Geral Otávio de Freitas, em homenagem ao médico sanitarista, administrador de saúde pública, jornalista e pesquisador José Otávio de Freitas, um dos pioneiros no combate à tuberculose em Pernambuco. Cinco anos depois, sob a direção da psiquiatra Jane Lemos, foi acrescentado o serviço de pronto-atendimento da unidade aos já existentes: psiquiatria e pneumologia, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e pediatria. (PERNAMBUCO, 2016b).

Infelizmente, não conseguimos obter em fontes oficiais o número total de leitos que o hospital chegou a contemplar. No entanto, a partir das informações recebidas de nossa interlocutora estratégica Jane Lemos, além da emergência psiquiátrica, ao longo da década

de 1980 foi implantando no HGOF um complexo hospitalar que chegou a contemplar cinco enfermarias com entre 15 e 30 leitos, ofertadas aos públicos infantojuvenil e adulto de ambos os sexos.

A princípio, a proposta de implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais coadunava com as diretrizes da I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em 1987; no entanto, não tardou para que os serviços lá implantados passassem a assumir características asilares, com pavilhões localizados em espaços apartados das demais clínicas, gerando denúncias quanto à precariedade da assistência, até que, aos poucos, suas enfermarias foram sendo substituídas por serviços considerados alternativos que, com o processo de municipalização, a partir dos anos 2000, foram sendo incorporados à rede de atenção de Recife, os quais são citados a seguir (BRASIL, 1988).

3.2.2.1 Hospital-Dia Espaço Livrementemente

O Hospital-Dia Espaço Livrementemente foi inaugurado em 1994 por causa da extinção de uma enfermaria de adultos, a partir de uma articulação com as experiências vivenciadas no Rio de Janeiro, onde uma equipe do Engenho de Dentro veio contribuir para a construção do projeto terapêutico do novo serviço com uma oficina. Na época, quem estava à frente da Saúde Mental do HGOF era a psicóloga Rosalva Wanderley, que havia morado no Rio de Janeiro e realizara nessa cidade o curso de Especialização em Psiquiatria Social ofertado pela Fiocruz, sob a coordenação do psiquiatra, professor doutor, sanitarista e militante renomado nacionalmente da luta antimanicomial Paulo Amarante.

Essa nova modalidade de serviço estava em processo de expansão, e havia uma adesão ferrenha das equipes em pensar desde o princípio os elementos terapêuticos de seus projetos institucionais elaborados coletivamente, com todos os participantes da equipe, o que, por vezes, causava bastante estranheza aos demais profissionais do hospital. Seu nome é a marca de um momento em que se tomou a postura mais de visibilizar a natureza do serviço do que de assumir uma visão personalista, atribuindo-lhe o nome de algum profissional do campo. Não é à toa que predominaram nos dois serviços mais militantes da época os nomes Espaço Livrementemente e Espaço Azul (Anexo 4).

Nessa mesma época, estava sendo criado o Hospital-Dia Espaço Azul, serviço anteriormente referido, de início um anexo do HUP, como já citado, e foram estabelecidos vários espaços de formação conjunta, bem como de estímulo à organização do núcleo de luta antimanicomial, com forte adesão dos trabalhadores e usuários dos serviços. Outra

característica comum aos dois serviços foi a abertura para se tornarem centros formadores, passando a ser campo de prática de estágio para vários cursos do campo da saúde, como psicologia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem e medicina. Tais serviços passaram, portanto, a ser considerados um campo alternativo de estágio, antes exercido exclusivamente na Tamarineira.

Em 2005, esse serviço foi municipalizado após estudo que identificou que 30% da população atendida eram oriundos de Jaboatão dos Guararapes Velho, e os demais, da região do Distrito Sanitário VI, mais precisamente do bairro do Ibura. No momento em que estava sendo incentivado nacionalmente o processo de municipalização, a gestão estadual já não realizava investimentos mínimos para garantir a existência dos serviços sob sua responsabilidade, gerando uma onda de denúncias na imprensa. Essas declarações foram testemunhadas em minha prática como membro da equipe do serviço desde sua implantação, bem como na qualidade de coordenadora quando de sua municipalização.

Após sua municipalização, o serviço continuou se destacando por apresentar uma equipe sempre mobilizada e questionadora, com forte relação com os usuários sob sua responsabilidade de forma longitudinal, ou seja, para além dos momentos de crise. Outra marca significativa era sua relação sistemática com o território, em especial o matriciamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Em 18 de maio de 2015, passou para a modalidade 24 horas e, em 2016, foi realizada uma série de avaliações sobre seu funcionamento e sobre como torná-lo mais potente.

3.2.2.2 *Cempi*

O Centro Médico Psicopedagógico Infantil (Cempi), inaugurado em 2002 como CAPS, atendia à população de todo o estado de Pernambuco e estava em funcionamento desde 1991 junto a outros serviços “alternativos” do HGOF (Anexo 5). Em 2004, foi municipalizado, permanecendo no DS V (área oeste da cidade), onde estava situado o hospital, e, em 2008, foi inaugurado oficialmente.

Sua equipe apresenta um perfil psicanalítico marcante e uma sistemática bem consolidada de discussão de casos, além de ser um serviço bastante aberto ao processo de ensino, prática sempre bem avaliada pelos que realizam sua formação no serviço.

Durante o processo de municipalização, apresentou sérias dificuldades em relação ao funcionamento como dispositivo do SUS. Sua excelência na clínica psicanalítica e na humanização têm sido, na perspectiva de alguns interlocutores estratégicos, ao mesmo tempo um diferencial de qualidade da assistência aos que têm acesso ao serviço e um entrave para

sua inserção como dispositivo integrado aos demais pontos da RAPS. Reconhecemos ainda que o serviço tem avançado no sentido da delimitação da clientela residente em Recife, na assistência às crianças de seu território de referência independente do diagnóstico específico de autismo e na realização de trabalho sistemático de prevenção junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Possivelmente, as dificuldades de articulação do serviço como componente da RAPS guarde certa relação com o fato de o próprio município, apenas recentemente, ter se estruturado no sentido de consolidar de fato uma política voltada ao público infantojuvenil, pois apenas a partir de 2014 é que foi definida uma pessoa de referência na coordenação com tal finalidade.

Somente a partir dessa definição foram constituídos espaços coletivos, em especial o fórum municipal infantojuvenil e os encontros anuais da rede infantojuvenil. São nesses espaços que têm sido discutidas e encaminhadas várias pactuações no sentido de fortalecer o funcionamento em rede e diminuir os padrões rígidos de definição dos serviços por faixa etária e por diagnóstico, avançando na construção de alternativas singulares e pactuadas para cada caso de maior complexidade. Essas questões atravessam, portanto, os demais serviços da rede infantojuvenil, inclusive o antigo Núcleo Integrado de Atenção Psicossocial ao Adolescente (Niapsa), que, ao ser municipalizado, passou a ser chamado de CAPSi Clea Lacet.

3.2.2.3 Do Niapsa como ambulatório ao nascimento do CAPSi Clea Lacet

O Niapsa foi inaugurado em 1996, quando da transformação do pavilhão de adolescente masculino para os novos padrões de cuidados, pois até sua implantação a realidade da atenção ao adolescente era de internação integral em duas enfermarias: uma feminina, com 12 leitos, e outra masculina, com 18 leitos. A clientela atendida nesses serviços tinham como diagnóstico predominante os quadros de déficit cognitivo, distúrbio de conduta (RECIFE, 2016).

No ano 2004, no intervalo de um mês, houve a morte violenta de uma adolescente, asfixiada, e de um adolescente, por traumatismo craniano, o que disparou um alerta para a já gritante desassistência em nível estadual ao público infantojuvenil. O Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, com base nas notícias da imprensa, abriu sindicância para apurar as ocorrências e exigiu providências do governo do estado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004). Nesse contexto, ficou evidenciada para a sociedade a necessidade de

investimentos na área assistencial para as crianças e os adolescentes no estado e, conseqüentemente, no próprio município de Recife.

Em 2006, o serviço deixou de ser um ambulatório e passou a ser um CAPSi, permanecendo sua equipe municipalizada no DS V no novo serviço, o atual Clea Lacet. Documentalmente, há a inauguração oficial do referido serviço municipal em 2008 (RECIFE, 2016). A partir de então, o serviço vem atendendo a todos os casos do território, não colocando barreira a qualquer diagnóstico, garantido retaguarda à Estratégia de Saúde da Família e estabelecendo estreita relação com a rede intersetorial, inclusive com a Justiça, visando a superar seu antigo perfil de serviço judicializado.

É interessante o registro de que nome atual da unidade de saúde foi uma homenagem da equipe da época a uma de suas enfermeiras que morreu prematuramente em decorrência de um infarto fulminante. A profissional era artista plástica e foi responsável por introduzir elementos da arte como dispositivo terapêutico no serviço, o que até hoje é utilizado pela equipe do serviço.

As questões trabalhadas anteriormente em relação ao Cempi quanto aos aspectos da política infantojuvenil se assemelham às vivenciadas no Clea Lacet; no entanto, como boa parte da equipe foi complementada com profissionais advindos de um concurso em vigor, parecem ter sido menos traumáticas as discussões para sua adequação aos demais dispositivos da rede municipal. Ainda hoje está em pauta, no entanto, o fato de o serviço estar localizado no DS V, tal como o Cempi, e não em outro distrito, para garantir maior capilaridade de assistência ao território.

Para não sobrepor ações, o Clea Lacet tornou-se referência para a população na faixa etária entre 12 e 18 anos incompletos, enquanto o Cempi, para a população de 0 a 11 anos incompletos. Com certeza, o fato de o município ter recebido os serviços estaduais municipalizados bastante precarizados, praticamente só existindo o corpo técnico bastante qualificado e atuante, fez com que houvesse um processo de negociação para a nova modalidade municipal, o que atualmente representa um embargo a ser enfrentado na rede infantojuvenil local.

3.2.2.4 Serviços não municipalizados

Após o progressivo fechamento dos leitos e a transformação e municipalização dos serviços de caráter psicossocial, permaneceu em funcionamento no hospital uma enfermaria para usuários com paralisia cerebral com os remanescentes, uma vez que, após o ano 2001,

não foi admitido mais nenhum usuário, e a emergência psiquiátrica passou por sério sucateamento, até ser desativada, contradizendo as recomendações da I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), conforme podemos identificar no registro de um veículo de comunicação:

Um ano depois de desativar a maior emergência psiquiátrica de Pernambuco por causa de um incêndio de pequenas proporções, o governo do Estado confirmou, ontem, que não mais retomará o serviço no Hospital Otávio de Freitas, Sancho, Zona Oeste do Recife. O atendimento, informou a Secretaria Estadual de Saúde, continuará sendo feito no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambuco, na Tamarineira, Zona Norte, para onde foi transferido temporariamente depois do acidente, iniciado quando um paciente ateou fogo a um lençol. À época, o governo garantiu que, em um mês, concluiria os reparos e normalizaria a emergência na unidade de saúde.

A decisão de repassar de vez o serviço para o Ulysses, no entanto, contraria a Reforma Psiquiátrica, que preconiza o atendimento de emergência nessa área em hospitais gerais. “Quem perde é o paciente. No Ulysses Pernambucano não há sequer exames laboratoriais de urgência, só eletivos. Também não dispomos de raio-X. Ou seja, aqui não tem infraestrutura de emergência-geral”, resume a psiquiatra Ana Paula Luna. (JORNAL DO COMMERIO, 2009).

Essa retirada esdrúxula da emergência psiquiátrica do HGOF, que feriu frontalmente os preceitos e a legislação em vigor no campo da Reforma Psiquiátrica, fez com que a única emergência psiquiátrica ficasse em um hospital psiquiátrico. Esse era o prenúncio de que, sem qualquer negociação com a sociedade, a gestão estadual havia decidido desativar os serviços de saúde mental lá existentes, considerando que três deles já haviam sido municipalizados: Livramento, Cempi e Niapsa.

Em Pernambuco (2016b), fica nítida a reorientação do hospital para a referência às especialidades de pneumologia, traumatologia, clínica médica, urologia, cirurgia geral e pediatria. Nada é referido sobre a existência de um pavilhão com usuários com paralisia cerebral, o qual está em vias de ser retirado do hospital, sem destino ainda definido, mas possivelmente para alguma modalidade de funcionamento próxima à de uma residência terapêutica.

Sigamos agora nossa discussão apresentando a terceira matriz de formação da RAPS/Recife, ou seja, a rede que foi originalmente criada a partir do investimento municipal, o que ocorreu a partir da década de 1990 e teve seu marco de formação de rede nos anos 2000.

3.3 MATRIZ III – IMPLANTANDO AÇÕES E SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RECIFE

Como abordado anteriormente, essa é a terceira matriz de constituição da RAPS/Recife atual. Para favorecer o entendimento do leitor, dividimos em subtópicos, pois

esse percurso municipal não ocorreu de forma linear nem contou com os mesmos atores. As ações e os serviços foram sendo implantados à medida que cada gestão foi priorizando o campo da saúde mental, álcool e outras drogas, muitas vezes com disputas e correlações de forças entre os posicionamentos técnicos e políticos.

De forma geral, podemos identificar a criação de serviços considerados alternativos ao hospital psiquiátrico, experimentos de ações terapêuticas ligadas a outros campos de conhecimento que não o exclusivamente psiquiátrico, a inclusão da rede privada no campo dos serviços psicossociais, o compartilhamento e influências da Região Metropolitana, a proposta de implantar de fato uma rede psicossocial, a disputa pela priorização da construção da rede de álcool e outras drogas e o grande desafio de tornar essas ações e serviços efetivamente uma RAPS.

Chamamos atenção mais uma vez que esta é apenas uma versão, que poderá vir a ser questionada, acrescida ou mesmo retrucada. No entanto, o objetivo é não deixar cair no esquecimento um conjunto de investimentos técnicos, políticos e afetivos de atores locais e nacionais, altamente comprometidos com a Reforma Psiquiátrica antimanicomial e antiproibicionista. Então, sigamos contando nossa versão...

3.3.1 Ensaios para a criação da rede municipal (década de 1990)

Segundo Ana Isi Maia (2007, p. 76), o contexto que demarca a implantação de uma rede própria em Recife está relacionado com o processo de municipalização da Atenção Básica e a gestão semiplena pautada na NOB/1993 no segundo governo municipal de Jarbas Vasconcelos,¹⁰ que decorreu entre 1993 e 1996. Outro aspecto relevante foi o início do processo de desativação dos leitos em Pernambuco e na cidade de Recife, que, segundo Maia(2007) em 1995 sofreram uma redução de 34,9% em relação a 1992, passando de 6 mil leitos para 3.949 no estado. Ainda de acordo com a autora, “essas foram as primeiras ações de maior visibilidade no que concerne à desinstitucionalização da saúde mental em Recife”.

Sobre esse período, nossa interlocutora estratégica, Ester Correa, psicóloga do quadro efetivo da Prefeitura da Cidade de Recife (PCR), segunda coordenadora de saúde mental do

¹⁰ É importante registrar que Jarbas Vasconcelos foi duas vezes prefeito eleito de Recife e duas vezes governador eleito do estado de Pernambuco, sempre pelo PMDB, ainda que tenha feito uso da sigla do PSB, de Miguel Arraes, para a primeira campanha ao cargo municipal. Na sequência temporal, podemos identificar a primeira gestão municipal (1986-1988), a segunda gestão municipal (1993-1996), a primeira gestão estadual (1999-2002) e a segunda gestão estadual (2003-2005). De todos esses mandatos, ele só teve sua primeira gestão municipal considerada popular, as demais com alianças políticas e correlações de força, e foi cada vez mais se configurando como agente de direita (BARRETO, 2003).

município de Recife,¹¹ relata que, entre os anos 1985 e 1988, estivera no setor de recursos humanos e já começara a ser chamada a pensar sobre e a responder a algumas ações de saúde mental a partir da articulação de alguns profissionais da rede. Nesse período, além dos hospitais psiquiátricos, que não eram gerenciados pela coordenação de saúde mental. Os mesmos eram contratados e monitorados pelos órgãos que atualmente denominamos regulação em saúde, sem nenhuma relação com a então área técnica de saúde mental, possivelmente devido a sua fase inicial de estruturação.

Ester Correa nos contou que havia na rede nesse período alguns psiquiatras que atendiam nos antigos Barracões. Segundo Juliene Albuquerque (2002), os Núcleos de Planejamento Comunitários, conhecidos como “Barracões”, foram criados em 1981 no governo *nomeado* de Gustavo Krause e fizeram parte do Plano Diretor da Cidade como suporte para ações de assentamentos de baixa renda dentro do Plano de Desenvolvimento. Nesses espaços, ocorria o contato direto da PCR com os bairros. Entre as principais atividades ofertadas neles, destacavam-se as de apoio social e de oferta de emprego, ou seja, ali encarregava-se de “captar e receber as pressões da população”, inibindo possíveis protestos ou manifestações dos movimentos comunitários organizados.

Então, podemos entender que as ações de prestação de atenção de tais profissionais ocorriam para ordenar a cidade e, com isso, evitar conflitos, estando esses profissionais ali lotados nesse contexto. Como Ester Correa entrou no governo eleito de Jarbas Vasconcelos no âmbito da gestão popular, demandou dos profissionais outro mandato junto aos ambulatorios, o que será abordado posteriormente para evidenciar seu funcionamento inicial como serviço de Atenção Básica e sua posterior crise de identidade na relação com os demais pontos da rede.

Iniciaremos pela criação do primeiro serviço de caráter psicossocial por sua simbologia para o início de uma rede psicossocial, ainda que tal intento só tenha vindo a ocorrer posteriormente.

3.3.2 O primeiro CAPS originalmente municipal

O atual CAPS III Galdino Loreto funciona no bairro do Barro (DS V, zona oeste da cidade), após ter funcionado como CAPS II no bairro de Afogados por aproximadamente 15 anos com o perfil de atendimento de pessoas com transtornos mentais, não contemplando os que faziam uso e/ou abuso de álcool e outras drogas. Lembrando que, nesse período, já

¹¹ Apesar de ter sido a segunda coordenadora de saúde mental, o conjunto de atores do campo a reconhece como a primeira, possivelmente porque, pelo que nos contou Ester Correa, antes de sua entrada na coordenação, o papel da gestora anterior foi apenas burocrático, sem força política para influenciar os rumos da política.

estavam em funcionamento os serviços estaduais voltados para essa população: o CPTRA e o Eulâmpio Cordeiro, ambos, atualmente, municipalizados.

O Galdino Loreto foi o segundo CAPS tipo III da cidade a partir de 2011 e atende à população oeste. Durante os anos 2000, desempenhou papel importante nos projetos de geração de renda, inclusive tendo cedido espaços a alguns(mas) usuários(as) para a produção de serigrafia e de outros tipos de artesanato, que passaram a ser vendidos nas feiras organizadas pelo município em vários pontos da cidade.

Tivemos acesso ao projeto original do então Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) municipal, fundado em 1995, e como seu subtítulo constava “demolindo asilos e construindo cidadania”, em uma época em que a capital convivia com a existência dos já citados oito hospitais psiquiátricos (Anexo 6). Pareceu-nos instigante o fato de o projeto original do serviço ter sido escrito a princípio pela coordenação de saúde mental, o que nos faz questionar em que medida ele pôde ter sido apropriado pelos demais membros da equipe (RECIFE, 2005a).

O projeto original previa atividades terapêuticas diversificadas, forte articulação com a Atenção Básica, visando a desenvolver ações de reabilitação psicossociais, bem como com os demais pontos da rede, trabalho em equipe interdisciplinar e investimento na participação do Movimento da Luta Antimanicomial. No entanto, o NAPS funcionou por anos como o único serviço municipal dessa natureza, tendo compartilhado suas atividades com outro serviço privado que sofreu forte pressão da rede e os movimentos sociais, o que será abordado a seguir. Segundo Ester Correa, quando se planejou a abertura do NAPS privado, esta não foi vista como problemática pelos interlocutores da área técnica de saúde mental, que, naquela época, era coordenada por Domingos Sávio Alves. Mas, no campo local e do Movimento da Luta Antimanicomial, o embate foi aberto e sistemático.

3.3.3 O convênio com o CAPS privado

Ana Isi Maia (2007) refere em seu trabalho que, desde o início de 1990, o município havia conveniado um CAPS privado, o NAPS de Pernambuco, que funcionou no bairro das Graças DS III, era de propriedade do psiquiatra Marcos Noronha e tinha capacidade de atendimento de 45 usuários/dia.

Entre as atividades realizadas por esse serviço estavam as oficinas terapêuticas com materiais recicláveis e outras (Anexo 7). O JC Online (1999) chegou a divulgar uma exposição realizada pela instituição, denominada “Tudo o que reluz”, e quanto aos resultados da proposta terapêutica, Noronha afirma: “temos conseguido resultados excelentes tratando

essas pessoas como seres capazes de conviver normalmente em sociedade... A nossa grande vitória pode ser verificada no fato de que, em seis anos de instituição, o número de reinternação é mínimo” (JC OLIVEIRA, 1999).

Segundo nossa interlocutora estratégica Ester Correa, o contexto em que foi conveniado o Núcleo de Atenção Psicossocial de Pernambuco (NAPPE) foi o de tentar introduzir serviços com características psicossociais, e refere que, na época, estabeleceu uma estreita relação com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, que chegou a ir ao município com o intuito de incentivar tal expansão. Em seu entendimento, não havia contradição com a natureza privada da instituição.

Apesar de suas propostas de cuidado apresentarem certa simetria com o projeto de cuidado de natureza estatal que vinha sendo construído nacionalmente, o serviço não foi bem absorvido pelo conjunto de atores comprometidos com a luta antimanicomial. Participei e testemunhei muitos embates em espaços públicos, inclusive em outros estados brasileiros, a exemplo do Encontro da Luta Antimanicomial, em Alagoas, no qual o psiquiatra Marcos Noronha tentava defender a coexistência de serviços públicos e privados e a implantação dos novos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, sempre sem sucesso e vivenciando um processo de deslegitimação de experiências semelhantes.

Inclusive, como militante na época, pude testemunhar denúncias de sua tentativa de escamotear sua real natureza por meio da denominação congênere à utilizada para nomear os Núcleos de Apoio Psicossocial de Pernambuco, termo semelhante ao mais utilizado na época e que passou a ser adotado oficialmente por meio da Portaria Ministerial nº 336/2002 (BRASIL, 2002).¹² Tais denúncias ocorreram nos encontros e eventos realizados pelo Movimento da Luta Antimanicomial.

Talvez por esse processo de resistência, o serviço ficou cada vez mais isolado, culminando em seu pedido de descredenciamento do SUS em 2006 de forma unilateral e sem possibilidade de negociação quanto ao processo de transição.

A referida instituição, apesar de se descredenciar do SUS, mantém suas atividades até hoje, com atendimento privado e por planos de saúde, tendo inclusive vindo a constituir outro serviço, denominado Centro de Atenção Psicossocial Casa Forte (CAPS Casa Forte), o qual continua provocando certa confusão entre a população quanto à sua natureza, inclusive se colocando como campo de prática de profissionais de várias categorias profissionais. Nas

¹² Pelo que obtivemos nas pesquisas sobre a instituição, ela ainda se mantém em funcionamento, conforme pode ser observado no anexo da *homepage* do atual Atelier Terapêutico, no Facebook (Anexo 8).

entrelinhas, envia uma mensagem de que os serviços de natureza pública não dariam conta de atender às demandas que as próprias portarias ministeriais regulamentam (Anexo 8).

Isso, além de representar uma falácia, atribui ao sucesso do tratamento às questões de hotelaria, minimizando as perspectivas clínicas e políticas do cuidado. Ao longo de nossa discussão, já fundamentamos que a defesa dos serviços públicos e do SUS advém da possibilidade de ofertar serviços integrais e em uma rede de saúde para além, inclusive, do campo da saúde, o que não representa o interesse das instituições privadas, as quais, por sua própria natureza, necessitam garantir prioritariamente sua sustentabilidade financeira. Consideramos, no entanto, que essa discussão tem sido pouco pautada nos espaços coletivos se considerada sua relevância para a efetivação do cuidado de caráter psicossocial.

3.3.4 Influências entre experiências da Região Metropolitana

Consideramos relevante visibilizar um fenômeno interessante, que talvez um pesquisador que não tivesse vivenciado vários desses processos de institucionalização da política de SMAD não observasse. Nós nos referimos ao fato de que a rede de saúde mental de Recife foi se constituindo em uma forte relação com a consolidação de outras redes psicossociais, e não apenas com a estadual, como a parca história oficial parece demonstrar, e por a cultura dos países colonizados considerar os centros urbanos (representação máxima da corte dominante) como os mais desenvolvidos e pioneiros, passando por cima das riquíssimas e peculiares experiências ocorridas mundo afora.

Segundo Couto et al. (1996), no começo da década de 1990, Pernambuco iniciou reformas no sentido de afirmar os “direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e o dever do Estado para com o mesmo”, o que parece condizente com todo o movimento ocorrido após a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ainda assim, o texto inicia relacionando a referida reforma com o resgate do pioneirismo de Ulysses Pernambucano, não problematizando os conflitos entre tais propostas. Assim, é elencado um conjunto de ações e serviços que foram priorizados pela atual Coordenação Estadual de Saúde Mental.

O documento apresenta um “conjunto de propostas e dispositivos sanitários para a implantação de uma política de desospitalização progressiva, paralelamente ao desenvolvimento de recursos assistenciais extra-hospitalares e de integração da saúde mental ao Sistema Único de Saúde (SUS)” (COUTO et al., 1996, p. 114). Entre os principais elementos desses investimentos está a aprovação da Lei Estadual nº 11.064/1994, de autoria

do psiquiatra e então deputado estadual Humberto Costa, a qual teve apoio dos atores que compunham a coordenação estadual de SMAD, ou seja, Gustavo Couto, Ana Simões, Ricardo Viana, Roberta Uchoa e Marcus Pinheiro.

Além de prever a substituição progressiva dos leitos hospitalares por serviços “alternativos”, a lei estadual regulamentou a internação involuntária e definiu a criação da “Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica”, o que favoreceu o fortalecimento de participação social e organização social, como o “Movimento da Luta Antimanicomial” e a “Associação dos Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental”.

Nesse período, o processo de municipalização do SUS passou a se efetivar, e a defesa de seus princípios era considerada um legado a ser efetivado pelos que estavam à frente das políticas públicas de saúde em todas as instâncias de gestão.

Posto isso, registramos aqui algumas experiências que se autoinfluenciaram na constituição das redes psicossociais municipais em Pernambuco, especificamente a partir do final da década de 1990, quando, com o processo de municipalização do SUS, os municípios assumiram a responsabilidade pela gestão da atenção à saúde e, por consequência, à saúde mental. Destacamos as experiências de três municípios da Região Metropolitana, Olinda, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho, pelo reconhecimento dos atores do campo cotidiano quanto ao papel de produzir um conjunto de ideias e práticas compartilhadas.

Cabe ressaltar que foram nessas experiências que surgiram outros atores com formação e experiências distintas e que tiveram a ousadia de experimentar a construção de redes de cuidado descomprometidas com a manutenção de práticas vinculadas a hospitais psiquiátricos e à Escola de Psiquiatria do Recife. Por outro lado, esses atores assumiram um radical compromisso com a construção do SUS e com a produção de novas formas de cuidado que garantissem o rompimento com a cultura de exclusão e o enclausuramento dos usuários com transtornos mentais, além de investirem na qualidade de vida deles e de seus familiares.

Como parceiros nessa ação, houve o investimento sistemático de atores de referência nacional, como Paulo Amarante, Antonio Lancetti, Marcus Vinícius Oliveira, Ana Pitta, entre outros, por meio da formação de novos quadros, assessoria na educação permanente e construção de projetos inovadores e organização dos movimentos sociais.

Para sistematizar o papel dessas experiências da Região Metropolitana de Recife, para além das publicações relevantes daquela época, baseamo-nos em nossas próprias memórias compartilhadas com quem viveu tais experiências. Aqui, como interlocutora

privilegiada, acessamos Fernanda Rodrigues, que esteve na experiência inicial de implantação da política em Olinda.

Para nos aproximarmos um pouco da experiência de Camaragibe, acessamos Vânia Casé, Norma Cassimiro e Solange Mendonça no papel de gestoras em momentos diversos em Camaragibe, e ainda Marcela Lucena, cuja presença foi decisiva na experiência de Camaragibe como gestora estadual da PSMAD entre os anos 2009 e 2012 (COUTO et al., 2001; CABRAL et al., 2002; CASÉ, 2002; LUCENA, 2011).

3.3.4.1 Olinda: disparando dispositivos de cultura e organização social

A gestão de saúde mental de Olinda atribuiu o nome da psiquiatra Nise da Silveira ao primeiro CAPS da cidade, possivelmente para demonstrar adesão ao novo modelo de cuidado em curso. Isso porque Nise da Silveira foi uma das pioneiras da reforma psiquiátrica no Brasil, pois introduziu a arte e a terapia ocupacional como dispositivo de cuidado, em uma época em que o confinamento e a medicalização eram os únicos recursos terapêuticos reconhecidos pelo campo científico da época.

No entanto, passados os anos, fica clara a equidistância de Nise da Silveira com a mudança mais paradigmática do campo da reforma psiquiátrica brasileira, quando afirma, em sua entrevista a Luiz Gonzaga Leal (1994, p. 23-24): “[...] o movimento Basaglia, que eu aprecio, e estou de acordo de que estes velhos manicômios que se parecem prisões sejam implodidos, é um movimento que ao meu ver não se ocupa do mundo interno do paciente”.

Ao fazer tal afirmação, Nise da Silveira deixa claro que seu foco continuava sendo o mundo interno do usuário, desfocando da concepção cara ao movimento antimanicomial de que tanto a produção do sofrimento quanto suas formas de lidar com ele são essencialmente uma produção social, e ao cuidar desse social, não está havendo uma negação dessa escuta do singular aos indivíduos. O movimento antimanicomial não nega essa escuta, mas propõe ampliar o olhar, revisar constantemente teorias e práticas, ou seja, essencialmente propõe que seja abdicado o objetivo de cura e as abordagens terapêuticas monolíticas.

O terapeuta ocupacional e professor da UFPE Luiz Gonzaga Leal, atualmente exerce atividades artísticas ligadas à música, mas na década de 1990 estabelecia uma relação estreita com Nise da Silveira e suas produções teóricas. Segundo nossa interlocutora estratégica Fernanda Rodrigues, Gonzaga Leal influenciou de maneira relevante a estruturação do CAPS Nise da Silveira por ter sido consultor da gestão da política de saúde mental local e supervisor do

CAPS. Ele ainda foi o mentor e realizador de uma instituição privada chamada Centro de Convivência da Pessoa (Cecop), que surgiu de:

[...] um encontro entre a psicanálise, o movimento de antipsiquiatria, a Terapia Ocupacional e o desejo daquele que foi seu fundador [Luiz Gonzaga Leal]. A postura atual corresponde à tomada de consideração de uma história (história singular e própria de cada paciente que passa ali algum tempo). (LEAL, 2012, p. 1).

Em Olinda, por sua vez, a inauguração do NAPS Nise da Silveira, em 1996, cumpriu o papel fundamental de fazer de suas ações culturais e artísticas, propícias em uma cidade Patrimônio Cultural da Humanidade, espaços de sensibilização da sociedade quanto ao preconceito e à exclusão do usuário com transtornos mentais (Anexo 9).

Esse serviço também se caracterizou como um espaço relevante para a prática na formação, focando a abordagem psicossocial em uma época em que tal prática era exclusivamente realizada no HUP e de forma embrionária nos então hospitais-dia Espaço Azul, que ainda funcionava no HUP, e Espaço Livrement, no Otávio de Freitas (COUTO et al., 1996; OLINDA, 2013).

Couto et al. (1996) apud Ana Glória Melcop (1995), considera que o município de Olinda teve um papel relevante na organização do Movimento da Luta Antimanicomial em Pernambuco por ter organizado o “Comitê de Apoio ao Movimento de Reforma Psiquiátrica de Olinda”, evidenciando que este aglutinava “notórias personalidades do universo cultural, intelectual e representação da sociedade civil no município em vistas de ações conjuntas e complexas que contribuam para o avanço local de tal movimento”.

O documento sinaliza ainda que se tratava de um comitê não institucionalizado que teria o papel de mobilizar espaços vinculados às artes, à educação e aos direitos humanos, criando novas possibilidades de formação profissionalizante e, com isso, espaços de discussão e ações “para [a] redemocratização das práticas terapêuticas e o resgate da cidadania do indivíduo portador de transtorno mental”.

Essa experiência teve grande potência no sentido de consolidar ideias e práticas compartilhadas com outras experiências em curso em outros pontos da Região Metropolitana. No entanto, ficou circunstanciada a um curto período, considerando que o município não deu continuidade aos investimentos necessários para a construção de uma rede psicossocial, e se restringiu à existência desse serviço, funcionando de forma precária. Restringiu-se, portanto, aos processos iniciais de funcionamento do CAPS Nise da Silveira seu protagonismo para a composição de forças na consolidação de uma contracorrente nesse período em relação ao

modelo hegemônico de caráter manicomial e para o fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial em formação no estado.

Não cabe, no objetivo de nosso estudo, realizar aprofundamentos dos momentos posteriores, ficando um espaço para ser desbravado por outros pesquisadores ou mesmo por nosso grupo de estudos como decorrência da presente pesquisa. Fica registrado, no entanto, nosso entendimento sobre as influências desse município para a rede local de Recife, inclusive porque vários de seus profissionais e dos alunos que vivenciaram tais experiências vieram posteriormente a compor os quadros de Recife como gestores e trabalhadores.

3.3.4.2 Camaragibe: dos dispositivos de cuidados territoriais ao macroprocesso de desinstitucionalização

Em Camaragibe, a partir de 1995, foi dado o *start* para a virada do modelo hospitalocêntrico, apesar de ser uma cidade pequena da Região Metropolitana de Recife, com aproximadamente 128.702 habitantes (Anexo 10). Nos anos 2000, o município tinha em seu território dois grandes manicômios, o hospital Nossa Senhora de Lourdes e o José Alberto Maia, totalizando 1.240 leitos, os quais, com o processo de municipalização, passaram a ser de responsabilidade do próprio município, conforme a realidade de tais serviços. Grande parte dos internados era de outras procedências, e apenas cerca de 10% eram munícipes de Camaragibe (CASÉ, 2002; CAMARAGIBE, 2009).

Segundo relata Vânia Casé (2002), ao chegarem ao município as primeiras respostas para a implantação de uma política de caráter antimanicomial, essas foram o investimento no que o município tinha de mais forte, que era a Atenção Básica, com o registro de forte queda na mortalidade infantil. Então, foi a partir dessa perspectiva de qualificação da Atenção Básica que tudo começou, investindo-se na ampliação da equipe de saúde mental e na progressiva implantação dos serviços substitutivos, iniciando-se pelo ambulatório de saúde mental, o qual dispunha de uma equipe interdisciplinar e de atuação em rede.

Em 1997, foi criado o CAPS II Casa Primavera, preservando sempre a estreita relação com a Atenção Básica e o ambulatório de psiquiatria e psicologia no Centro de Especialidades Médicas, e passando a ser um espaço de articulação com os demais serviços da Região Metropolitana. O CAPSad III Campo Verde e o CAPSi Camará Mirim foram inaugurados em 2010, segundo as interlocutoras estratégicas Solange Mendonça e Norma Cassimiro. Vejam que houve um hiato grande entre a implantação do primeiro CAPS e os demais, o que transcorre ao longo do processo de fechamento dos dois hospitais psiquiátricos existentes no município.

No entanto, estava implantada a grande contradição da cidade: a construção de práticas psicossociais convivendo com dois manicômios. Esse desafio só foi enfrentado bem mais tarde, em 2010, quando, fruto de denúncias por atentar contra os direitos humanos por causa de maus-tratos e do elevado número de óbitos, houve o indicativo de descredenciamento do Hospital Alberto Maia por meio de um processo complexo e articulado entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretária Municipal de Saúde de Camaragibe, tendo contado ainda com o apoio dos movimentos sociais e dos centros formadores (LUCENA, 2011).

Marcela Lucena (2011), a partir de documentos oficiais do estado, afirma que, entre as propostas de desinstitucionalização previstas, estava a intervenção no Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia, hospital fundado em 1964 cuja natureza era privada, conveniada ao SUS desde 1988 e sob gestão estadual, só passando a ser responsabilidade do município após o processo de municipalização, em 1999. A autora destaca ainda que tal hospital chegou a fazer parte dos 11 maiores manicômios do país, com mil leitos.

Em 2002, teve sua porta de entrada fechada a partir do Decreto nº 500/2002, e, no momento em que isso ocorreu, o perfil de seus usuários era de longa permanência, ou seja, com mais de um ano ininterrupto de permanência.

Segundo os documentos consultados, inclusive na imprensa, o hospital prestava uma assistência de péssima qualidade, o que foi se agravando ano a ano. Com base em Camaragibe (2009), Lucena (2011) afirma que tal precariedade na prestação da assistência gerou a indicação, por parte do Ministério da Saúde, no ano 2004, para seu descredenciamento do SUS, subsidiada pelos resultados obtidos na aplicação do Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar (PNASH).

Lucena (2011) ainda expõe que, a partir da referida indicação de descredenciamento, iniciaram-se algumas medidas governamentais, entre elas a tentativa de intervenção em 2005, que foi negada na primeira instância judicial, e as negociações para diminuição progressiva dos leitos, entre 2007 e 2008, o que parece não ter provocado os resultados almejados.

Colocamos em destaque como uma das medidas mais polêmicas atribuídas pela autora, e que jamais será esquecida por quem fez parte da história, a materialização do Convênio nº 066/2008, em 2008, entre os governos estadual e municipal de Camaragibe para o repasse de R\$ 980.000,00 com a finalidade “de executar compra de recursos materiais necessários para os pacientes internados no hospital, dispensação de alimentação — almoço e

contratação de uma equipe interdisciplinar para realização de processo de desinstitucionalização de 60 pacientes” (LUCENA, 2011, p. 59).

Ora, não poderia ter ocorrido outra reação por parte dos movimentos sociais e das instâncias de controle social senão as diversas denúncias, inclusive com o acionamento do Ministério Público. Isso porque, no momento em que todos os demais municípios estavam levando à frente a missão de expandir suas redes psicossociais sem qualquer incentivo financeiro por parte do estado, este destinava um valor exorbitante para um serviço cuja responsabilidade do cuidado sabidamente vinha descumprindo, bem como ferindo os direitos humanos. Temos de visibilizar essa contradição para além do que obtivemos em registros formais e acadêmicos por sua gravidade, especialmente na relação escusa entre o público e o privado, pois o referido hospital pertencia à família Andrade Lima, nada mais, nada menos que a família da mulher do então governador estadual Eduardo Campos (NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS, 2005, 2008a, 2008b; ATEU, 2016).

Retomando a argumentação de Lucena (2011), o que se vivenciou em seguida foi a articulação das três esferas de governo do campo da saúde para interromper o ciclo de descuido e morte dos usuários com o apoio dos movimentos sociais e do Ministério Público. Foi realizada a assinatura de um termo de compromisso tripartite de número 149/2009, o qual explicitava a “decisão política de descredenciamento da referida unidade e cooperação técnico-financeira e política entre as três instâncias governamentais do SUS, para desenvolver o processo de desinstitucionalização dos pacientes lá internados”.

Nesse momento, tiveram papel relevante na articulação política e na viabilização dos processos, em nível nacional, Pedro Gabriel Delgado (Coordenação Nacional de Saúde Mental) e sua assessora de equipe Karime Dutra; na esfera estadual, João Lyra (vice-governador, que acumulou a Secretaria Estadual por um período), seu substituto, Frederico Amâncio, e ainda Ana Albuquerque (secretária executiva de Atenção à Saúde); na esfera municipal, o prefeito João Lemos e a secretária de saúde Ricarda Samara. Complementam esse conjunto de personagens estratégicos dentro da macroestrutura os promotores de Justiça Nancy Tojal (Camaragibe), Westei Conde e Ivana Botelho (Direitos Humanos e Saúde, respectivamente).

Com tal pactuação, houve mais dois repasses, oriundos das esferas federal e estadual, no valor de R\$ 1.200.000,00 cada, valores a serem destinados à efetivação do processo de descredenciamento com o prazo preestabelecido de seis meses, a contar de janeiro de 2010, bem como a definição de que a utilização dos recursos ficaria sob a responsabilidade do

município de Camaragibe. Nesse cenário, as parcerias institucionais foram sendo ampliadas para a efetivação do fechamento do hospital. Entre elas, Marcela (2011) destaca a adesão da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE) pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Saúde Mental e o apoio da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) por meio do Departamento de Serviço Social.

Na realidade, esse processo passou a ser tomado como uma prioridade não apenas para o município de Camaragibe. A nosso ver, ele induziu a discussão sobre a necessidade de todos os municípios repensarem suas redes, mas sobretudo lançou lentes para o papel até então, no mínimo omisso, do estado como indutor/apoiador das políticas municipais. Quanto a esse processo de intervenção, identificamos em Pacheco (2012, p. 15-16) a seguinte afirmação:

Estudar um processo de desinstitucionalização através do fechamento de um hospital psiquiátrico é relevante nesse momento histórico, porque talvez a partir do registro do fim de um desenho de modelo de saúde mental pode-se tentar imaginar como traçar um novo início. Porque o desaparecimento de um manicômio não põe fim à loucura, tampouco ao sofrimento psíquico, que precisará de um novo lugar social e de novas dimensões a serem encaradas.

Esse foi, portanto, um marco para todo o estado de Pernambuco, considerando-se que todos os municípios tiveram de revisitar as ações de seus territórios e realizar uma pactuação que atendesse às necessidades da expansão de suas redes, em que a demanda imediata eram as residências terapêuticas, mas indubitavelmente foi preciso pensar de forma global o funcionamento como rede de sustentação aos novos moradores do território com suas peculiaridades, bem como de que maneira acolher os novos usuários do sistema sem a existência do manicômio.

Dessa experiência, alguns nomes deixam de ser de relevância local e passam a ter um valor de capital cultural da saúde mental antimanicomial de nosso estado e merecem aqui ser citados, não apenas pela execução do processo junto aos usuários, mas porque, com seus esforços e articulações, tornaram o processo de desinstitucionalização no estado uma realidade: Marcela Lucena (coordenadora de saúde mental do estado de Pernambuco), Norma Cassimiro (coordenadora de saúde mental do município de Camaragibe), Solange Mendonça (da equipe da Coordenação Municipal), Nelma Melo (representante do Núcleo da Luta Manicomial Libertando Subjetividade), Gilvanice Noblat, Ana Coutinho, Rafaela Pacheco, Rita Rabelo, Rejane Torres, Maria Martins e Débora Lima.

Além das profissionais militantes citadas, há todo um reconhecimento das demais pessoas da equipe contratada para, no primeiro momento, entrar no hospital e levar a ferro e fogo seu fechamento, colocando o cuidado aos usuários como prioritário.

Posso ter falhado ao não citar nominalmente cada um de seus componentes, mas registramos a participação fundamental de Lea Lins, Adriana Santos, Renata Leitão, Ellen Costa, Ana Paula Luna (coordenadoras) e Cristiano Cordeiro (administrativo) dos Centros de Desinstitucionalização, dispositivos criados para garantir o controle da gestão e do cuidado no processo de desinstitucionalização. Com esses centros se tentou minimizar as interferências negativas sobre o processo de desinstitucionalização advindas dos atores que compunham o corpo técnico e administrativo do Hospital José Alberto Maia.

Segundo o relato de nossas interlocutoras estratégicas e de acordo com minha observação como servidora no município, Recife pouco se envolveu nesse processo que estava mobilizando todo o estado sob a justificativa de que estava dando conta de seu próprio processo de desinstitucionalização, considerando que, no mesmo período, alguns hospitais conveniados acirraram a barganha por aumento nas diárias, usando como álibi cessar a prestação dos serviços contratados para o município. Ou seja, romper unilateralmente o contrato e produzir desassistência aos(as) usuários(as) que vinham sendo acompanhados(as) pelos hospitais.

No documento de Camaragibe (2013), que apresenta a relação nominal dos(as) usuários(as), suas procedências e encaminhamentos, identificamos que, no momento do fechamento do HJAM, havia 171 usuários(as) de Recife, e que, desses, apenas 71 foram assumidos pelo município, representando 41% dos(as) munícipes lá internados(as). Os(as) demais foram transferidos(as) para hospitais estaduais e de outros municípios ou para residências terapêuticas implantadas no estado, em especial em Camaragibe mesmo. Dos(as) usuários(as) que retornaram para Recife, 31% se inseriram no PDVC, e 69% tiveram apenas a transferência para os hospitais psiquiátricos do município, entre eles o Hospital Psiquiátrico de Pernambuco, o Instituto de Psiquiatria do Recife (IPR) e o Sanatório Recife.

Discutiremos de forma mais delongada essa relação da gestão municipal de Recife com os hospitais em um espaço próprio. No momento, fica o registro do desalinhamento do município de Recife com todo esse processo de Camaragibe, coordenado pelo estado, no contexto do fechamento do Alberto Maia. Esse processo deixou certo constrangimento entre os municípios, o que em 2014 veio a gerar uma audiência no Ministério Público Estadual, envolvendo as promotoras de saúde de Camaragibe, Nancy Tojal e Helena Capela de Recife, para afinar os desdobramentos do processo de desinstitucionalização de Recife (RECIFE, 2014).

Segundo nossa interlocutora estratégica Solange Mendonça, com o fechamento do Alberto Maia, o próprio Hospital Nossa Senhora de Lourdes pediu seu descredenciamento, e, com a experiência acumulada pelo município e o apoio de mais dois atores, Riva Carla e Marilene Barbosa, ele foi fechado sem problemas maiores, o que garantiu ao município gritar em alto e bom-tom nas comemorações do Dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio de 2011, o lema: “Camaragibe: uma cidade sem manicômios”.

De fato, Camaragibe teve papel fundamental na conformação das RAPS do estado de Pernambuco, e com Recife não foi diferente. Vários atores desse processo vieram, posteriormente, a compor a equipe que efetivou o processo de desinstitucionalização de Recife no encerramento dos últimos 528 leitos psiquiátricos sob a gestão municipal entre 2013 e 2016. Sobre os desdobramentos desse processo, serão necessários estudos específicos que possam mapear os percursos dos(as) referidos(as) usuários(as) e os impactos em suas vidas, o que não poderá ser objeto de detalhamento no presente estudo.

Cumprir deixar o registro de que, no momento da finalização da escrita desta tese (primeiro semestre de 2017), o município de Camaragibe passa por um processo de retrocessos em relação às políticas em curso, o que tem gerado vários movimentos de grupos organizados no sentido de denunciar e de garantir minimamente o que já havia sido conquistado até então. Mais uma vez, observamos que o desenvolvimento das políticas públicas, de forma geral, e da de saúde mental, álcool e outras drogas, especificamente, vivencia avanços e recuos a depender dos macro e microprocessos políticos.

Seguiremos, a partir de agora, considerando o objetivo deste trabalho, que é evidenciar a experiência vivenciada no Cabo de Santo Agostinho, a qual ultrapassou a simples abertura de um serviço extra-hospitalar, pois agregou ações e atores que se tornaram referência para todo o estado de Pernambuco e, seguramente, para o cenário de Recife, levando à frente ações de gestão, assistência e formação para as novas gerações de profissionais.

3.3.4.3 Cabo de Santo Agostinho: uma estação e um marco para uma geração

Em 1998, o município do Cabo de Santo Agostinho inaugurou seu CAPS II Estação Cidadania, serviço que representou um ponto de referência para a estruturação assistencial voltada para a saúde mental, álcool e outras drogas, pois, segundo Cabral et al. (2002), a ideia da política local era “a construção de novas práticas que possibilitassem a transformação de toda uma cultura em torno do processo saúde-doença e da loucura”, com ênfase nas ações que facilitassem as “relações de convivência mais saudáveis com as diferenças”.

As autoras defendem que a III Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 1998, com a aprovação do Plano Municipal de Saúde, deliberou sobre a estruturação da política de saúde mental no município. O plano aprovado deliberou, ainda, que fosse adotado um modelo de gestão democrático. Na análise do texto e conhecendo os atores que estavam à frente da experiência, podemos indicar os conceitos das políticas públicas norteadores do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial como seus principais pilares teóricos, os quais sustentaram a condução da gestão e do cuidado em saúde mental no município naquele momento.

Chamamos atenção, a seguir, para a sólida consistência expressada no texto sobre o contexto de estruturação do que hoje conhecemos por RAPS em plena década de 1990 na Região Metropolitana de Recife:

Com o processo da municipalização, o campo da saúde vem passando por reformas que partem cada vez mais do território e não das instituições... o modelo territorial vai muito além dos limites geográficos, pois permite uma organização da rede de saúde partindo de um contexto histórico particular, refletindo tudo o que a população produz — seus tempos, histórias, experiências pessoais, a evolução do próprio espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos contextos. Os serviços passam, então, a ter a incumbência de buscar modificações sociais... e a incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais. Torna-se imprescindível funcionar tanto na perspectiva da integralidade quanto da transitoriedade. Esta envolve o entrelaçamento entre diversos programas, serviços e setores que funcionam de forma integrada e vinculada a uma grande rede, não emaranhada ou confusa, mas com fortes nós de sustentação, pelos quais se cruzam diversos saberes. (CABRAL et al., 2002, p. 138).

Tais posicionamentos estão claramente apresentados no fluxograma (Anexo 11) delineado pelas autoras, no qual o chamado NAPS é colocado como o viabilizador de projetos destinados a prestar cuidados especializados em situações de crise e atenção a usuários de drogas, bem como o garantidor da mobilização comunitária e de ações articuladas com a Atenção Básica.

Assim, instituíram-se quatro grandes projetos, a saber: (i) “Cuidado Intensivo”, que priorizou a atenção à crise; (ii) “De Bem com a Vida”, que foi financiado pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação de DST/Aids e desenvolveu o eixo de atenção ao usuário de drogas; (iii) “Projeto de Vida e Mobilização de Recursos”, que foi voltado para as ações comunitárias; e (iv) “Estação Comunidade”, também conhecido como PEC, que realizava ações integradas com a Atenção Básica. No município, o PSF foi denominado “Programa em Casa”, ou PSC, e nessa época já tinha 80% de cobertura (CABRAL et al., 2002, p. 138).

Chamamos atenção para alguns pontos evidenciados no fluxograma assistencial adotado. O primeiro deles é abordado pelas próprias autoras: o “caráter dinâmico da proposta para a atenção à saúde mental”, sendo a corresponsabilidade entre as equipes exercitada como forma de evitar a descontinuidade e a fragmentação do cuidado, termos muito caros atualmente em nosso campo e que já foram contemplados na proposta ora apresentada, ou seja, “acolhimento e acompanhamento do usuário na rede de saúde”, território, cotidiano e o papel do PSC como “principal porta de entrada do modelo de atenção”, com a realização de capacitação e atendimento conjunto dos casos mais complexos.

Outros pontos que merecem destaque apresentados pelas autoras referem-se à relação estabelecida entre a saúde mental e a rede de emergência e ambulatorial. Fica evidenciado um forte investimento na ampliação da corresponsabilização dos profissionais das emergências e dos ambulatórios com os demais pontos da rede, o que parece ter sofrido maior obstáculo no que tange às emergências. Gostaríamos ainda de chamar atenção para alguns aspectos apresentados, que, apesar de terem sido evidenciados, não foram, a nosso ver, devidamente explorados no artigo em análise, sendo, no entanto, de grande relevância para nosso estudo.

O primeiro ponto refere-se ao caráter efetivamente substitutivo do modelo de atenção da saúde mental, apesar de o município não dispor de hospitais psiquiátricos, o que pode ter, inclusive, contribuído para essa tomada de decisão. Para tal, houve uma preocupação em monitorar os internamentos realizados fora do município e a eficácia dos projetos em curso, em especial o do “Cuidado Intensivo”, e o que pode ser observado é que apenas 3,6% dos(as) usuários(as) atendidos(as) reincidiram em internação psiquiátrica. Outro indicador tratado no artigo foi o fato de os ambulatórios terem cessado de realizar encaminhamentos para internamento, passando a contar com os dispositivos da rede.

O segundo ponto refere-se ao caráter da busca da integralidade do cuidado, não havendo serviços distintos entre o cuidado de usuários de álcool e outras drogas e o dos demais transtornos mentais. No pôster institucional, fica bastante explícita a adoção da redução de danos como princípio norteador da política, quando a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas ainda não havia adotado oficialmente tal perspectiva. Ficam explícitas ainda a ação intersetorial e a prevenção e promoção como prioridades, não havendo menção à internação psiquiátrica.

O “Projeto de Bem com a Vida” foi incorporado como uma das ações estratégicas do NAPS, uma vez que, até aquele momento, a política nacional de saúde mental não recomendava ou financiava NAPS específicos para álcool e outras drogas, o que nos deixa

com a reflexão se a posterior recomendação/financiamento se prestou a, efetivamente, contribuir com a integralidade da atenção (Anexo 12).

Coloco em evidência essa questão porque, ainda hoje, por um lado, em municípios de menor porte, os CAPS tipo I têm se organizado para atender às demandas de saúde mental de toda a população, independentemente da faixa etária ou dos diagnósticos. Em municípios de grande porte, por outro, veem-se às voltas para superar as dicotomias e as barreiras colocadas entre os usuários em nome de determinado “perfil”, ou seja, cada modalidade de CAPS traça dado perfil-padrão do usuário a ser atendido, e os demais, que não se enquadram nele, vivenciam na prática uma desassistência, pois a definição de perfil de usuário por parte do serviço significa, na realidade, a negação das singularidades dos sujeitos e de seus conflitos e/ou transtornos.

O próprio município do Cabo de Santo Agostinho instituiu o CAPSad, batizado em 2007 pelo gestor municipal do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) com o nome Pastor Armando José da Silva (Anexo 13). Na matéria realizada pela Agência Trabalhista de Notícias (2007), ficam explícitas as contradições a serem enfrentadas pelo serviço ao ter seu nome vinculado a um pastor que instituiu uma comunidade terapêutica no município com toda a linha de abordagem religiosa. Por outro lado, segue a fala do então secretário de saúde em relação à perspectiva de cuidado a ser adotada pelo CAPS, ao afirmar que suas ações:

Não mais subsidiadas apenas por uma política de repressão e proibicionista da droga, mas, sobretudo, de formulação de uma rede de medidas públicas e de atenção centrada no respeito ao usuário de droga e de atenção comunitária, associada à rede de serviço de saúde, em seus vários níveis e às redes sociais. (AGÊNCIA TRABALHISTA DE NOTÍCIAS, 2007).

Observamos que, naquele momento, o município já havia perdido sua potência no sentido de ser uma referência para o estado e até nacionalmente, pois a implantação da rede passou a ser fruto de esforços desenvolvidos pelas áreas técnicas e pelas diretrizes da política nacional, e não mais pela opção política do município (Anexo 14).

Atualmente, conta ainda com o CAPSi, chamado Ciranda de Vida, e equipes de NASF, e há, por parte da atual coordenadora, Daniele Moura, um esforço em garantir o funcionamento da rede, bem como a integração de seus diversos pontos; contudo, como falado anteriormente, sem a priorização necessária por parte da gestão municipal.

Em Recife, não foi diferente, pois passamos por momentos de investimentos pontuais, por outros de priorização da PSMAD, que investiu maciçamente na construção da rede de forma militante e singular, e por alguns de estagnação e de retomadas de investimento na

política, dentro de um contexto turbulento e contraditório em níveis local, estadual e nacional. E será o contexto mais contemporâneo que passaremos a abordar a partir de agora.

3.3.5 Instituinto formalmente uma PSMAD em Recife

Como é difícil falar desse momento que ainda ferve na carne. Todo o novo cenário vivenciado na cidade a partir do início de uma gestão popular foi um período em que militantes de várias causas se aglutinaram para tentar reverter a ordem de uma cidade marcada pela desigualdade de oportunidades e falta de qualidade de vida. Naquela época, tivemos aguerridos(as) militantes assumindo cargos de gestão, tal como posteriormente veio a ocorrer no Brasil afora com a gestão de Luiz Inácio Lula da Silva no Governo Federal.

Seguindo os sábios conselhos do orientador desta tese, não tombemos em nossas próprias memórias, ainda que elas estejam bem vivas e pulsantes. Portanto, estejamos sempre em diálogo com o que temos de produção e, quando esta for insuficiente, caminhemos com nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as).

Ana Isi Maia (2007), ao estudar o processo de desinstitucionalização em Recife, assume uma concepção, por nós compartilhada e trabalhada ao longo deste trabalho, de que a reforma da política de saúde mental ultrapassa o mero fechamento dos hospitais psiquiátricos, pressupondo uma mudança na relação da sociedade com as pessoas que apresentam sofrimento no sentido de ter uma postura de maior tolerância com suas vivências singulares. Ou seja, pressupõe que as relações com as diferenças possam ser percebidas a partir de suas positivities, e não meramente por suas negatividades imutáveis.

Paulo Amarante, em vários de seus trabalhos (1995a, 2006, 2009), aborda as dimensões teórico-conceituais ou epistemológicas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais inerentes ao processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em síntese, sobre nossa experiência de reforma, o autor nos fala:

O grande mérito do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está no fato de, em vez de tratar de doenças, trata de sujeitos concretos, pessoas reais. Lida, portanto, com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais. (AMARANTE, 2006, p. 6).

A experiência iniciada em Recife em 2001 tem muito em comum com essa afirmação de Amarante, isso porque, localmente, nesse período, houve um aglutinar de atores de diversos setores profissionais, institucionais, bem como da sociedade civil. Foi a época da

construção em espaços colegiados, essencialmente no que se referia ao cuidado de caráter psicossocial, como podemos observar na seguinte afirmação de Brena Leite:

A partir de 2001, dentro do contínuo de municipalização de serviços de saúde, colocou-se como eixo principal a necessidade de deslocar o foco de atenção da doença para o sujeito, no que se referia à Saúde Mental. Os pressupostos eram: redimir não apenas o sintoma, mas ir além destes, [sic] compreendendo a complexidade da existência do sujeito, seus desejos e necessidades; possibilitar a este sujeito a construção de estratégias capazes de diminuir tal sofrimento e aumentar o seu poder de contratualidade com a família e a vizinhança[,] garantindo o seu espaço social independente de sua forma de ser e compreender o mundo. (LEITE, 2009, p. 15).

Portanto, o que houve no primeiro mandato do PT na cidade de Recife com o prefeito João Paulo e Humberto Costa como secretário da Saúde foi a formação de um grupo orgânico para pensar uma política de saúde mental para o município. Nessa época, conforme registro de Ana Ise Maia (2007), com base no Plano Municipal 2001-2004, era gritante a situação da cidade como “parque psiquiátrico hospitalar”, com 1.463 leitos de alto custo e baixa qualidade assistencial, e com apenas dois serviços extra-hospitalares: o NAPS Galdino Loreto e o NAPPE conveniado, ou seja, havia ausência de uma rede psicossocial. Vejamos as opções tomadas para tal enfrentamento.

Infelizmente, apesar da grande inserção e do contato com os atores envolvidos nesse campo, identificamos um descuido na preservação dos documentos oficiais produzidos nos diversos processos disparados ao longo do período estudado. Como foi mencionado anteriormente no capítulo metodológico, conseguimos resgatar apenas os relatórios de gestão de três gestoras das seis entrevistadas.

Portanto, alertamos mais uma vez que os acontecimentos aqui trabalhados foram sistematizados a partir dos relatórios de gestão da saúde, documentos conseguidos com interlocutores estratégicos, capítulos de trabalhos científicos que tangenciaram a escrita do processo histórico da política de SMAD na contextualização de seus campos de estudo, informações disponíveis na internet e arquivo pessoal.

Neste espaço, temos por objetivo visibilizar algumas ações estratégicas que foram sendo instituídas na política em análise, dando noção, sempre que possível, da temporalidade de sua criação e dos processos posteriores. Deixamos claro ainda que não se trata de um relatório das ações de cada uma das gestoras, mas apenas do registro das diversas estratégias desenvolvidas, bem como de algumas de suas dificuldades e contradições ao longo do processo de institucionalização da política descrita.

3.3.5.1 Fortalecendo a relação entre Atenção Básica e saúde mental em passos e descompassos

As ações e estratégias de saúde mental na Atenção Básica foram adotadas a partir de 2001 pelo PSF e pelo PACS, os quais foram colocados como prioridade para sua expansão e qualificação na rede local. A perspectiva problematizava a necessidade da construção de respostas a partir da própria comunidade, considerando a complexidade das questões que permeavam o trabalho cotidiano das equipes, que demandavam abordagens sistemáticas aos usuários com transtornos mentais e aos que faziam uso e abuso de álcool e outras drogas, inclusive benzodiazepínicos, e ainda à violência doméstica e sexual, que se apresentava como um problema para o município (RECIFE, 2002, 2004b).

Essas propostas de abordagem às questões no território sinalizavam uma nova postura para as equipes, no sentido de garantir o acesso, superando a tendência de esperar que tais demandas chegassem ao serviço, passando a haver um processo de trabalho que garantisse levar o cuidado o “mais próximo e eficaz”, por meio da “construção de uma rede de apoio”. Para que as equipes também se sentissem apoiadas, foram previstos processos de educação permanente:

[...] equipes de generalistas pudessem receber capacitação *in loco*, através do apoio das equipes de saúde mental (Ação Avançada)[...] construindo uma mudança de concepção, de postura e uma competência para intervenção sobre questões mais duras com o apoio do especialista no cotidiano, numa relação de troca, essencialmente pedagógica, de promoção à saúde. (RECIFE, 2004b, p. 2).

Como podemos observar, já era o embrião do que mais tarde seria assumido nacionalmente como equipes de referência e apoio matricial, ou matriciamento (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Segundo Gastão Wagner Campos e Ana Carla Domitti (2007), o apoio matricial intenta garantir que as equipes que têm a responsabilidade de garantir o cuidado integral à população — e, nesse caso, muito especialmente na Atenção Básica — contem com a retaguarda das equipes especializadas, ofertando “retaguarda assistencial” e suporte “técnico pedagógico” às equipes sob sua referência.

Tal retaguarda pressupõe a construção coletiva e compartilhada de “diretrizes clínicas e sanitárias” entre as equipes envolvidas. Por meio dessa construção, são definidos critérios de acionamento e responsabilidades específicas e compartilhadas entre as “equipes de referência e os apoiadores matriciais”, sendo as primeiras entendidas como as responsáveis diretas pelo cuidado “individual, familiar ou comunitário”.

Segundo os autores, portanto, o apoio matricial e as equipes de referência objetivam a ampliação de dispositivos de construção de vínculo entre profissionais e usuários. “O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na Atenção Básica” (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Eles alertam ainda para o fato de que os dispositivos de apoio matricial e de equipes de referência representam, a um só tempo, “arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde”, o que, em última análise, visa a potencializar a prática clínica, que passa a ser contemplada como “clínica ampliada”, uma vez que passa também a viabilizar uma “integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”.

Na gestão entre 2001 e 2004, houve a criação do que se chamou, inicialmente, de equipes de retaguarda e, posteriormente, de equipes de Ação Avançada, isso porque se considerava que tais equipes tinham a função de fazer os CAPS avançarem para a ação territorial (Anexo 15). No início, foi implantada uma equipe por DS, cada qual vinculada a um CAPS, que lhe dava retaguarda. Tais equipes tinham a finalidade de “dar suporte às Equipes de Saúde da Família, para que a Atenção Básica pudesse identificar usuários em início de crise e tratar os pacientes de menor complexidade clínica, diminuindo as demandas por serviços especializados” (MAIA, 2007; ALBUQUERQUE, 2011; SILVA, 2015).

Existia um fórum mensal para discussão de temas relevantes e socialização das experiências vivenciadas em campo com o objetivo de fortalecer a ação na Atenção Básica. Ao final desse período, tais equipes contavam com a participação de 22 profissionais. Por diversas vezes, esses espaços contaram com a contribuição de Antonio Lancetti, que auxiliava na problematização das práticas tradicionais e estimulava a criação de novas formas de cuidado territorial. Como fruto dessas discussões, foi viabilizada a construção de várias pactuações e fluxos assistenciais (Anexo 16).

Observem que o município, naquele período, contava com sete hospitais privados conveniados e o HUP, de caráter público e de gestão estadual, mas localizado no município de Recife, porém com apenas dois CAPS, o Galdino Loreto, público, e o NAPPE, privado, conveniado, e ainda assim a pactuação que gerou um fluxograma assistencial não previa fluxo da rede municipal para os hospitais psiquiátricos, já que o grande investimento era a construção de cuidados no território (RECIFE, 2004b).

Encontramos alguns registros da grande potência dessa experiência durante determinado tempo, ainda que ela tenha funcionado de forma diferente em cada DS a partir do

perfil das equipes existentes. Tais estudos enfatizam a experiência no DS VI, no qual a equipe era vinculada ao único CAPS III do município, o que tornava a atividade dessa equipe de Ação Avançada um pouco diferenciada das demais equipes. A equipe do DS VI definiu técnicas de referência para um grupo de Equipes de Saúde da Família, cobrindo todo o território (COSTA; OLIVEIRA, 2005; MAIA, 2007; LUCENA, 2009; ALBUQUERQUE, 2011; SILVA, 2015).

Segundo as autoras, a relação das técnicas de referência com as equipes da Atenção Básica era bem diferenciada, ou seja, existiam aquelas que demonstravam receptividade e abertura para as ações conjuntas, outras se negavam a atender às demandas de saúde mental, enquanto outras ainda eram ambíguas e no fundo apresentavam a expectativa de repassar suas demandas e não compartilhá-las, resistindo a dar continuidade ao projeto quando o entendiam como uma corresponsabilização.

A equipe de Ação Avançada do DS VI, após o estabelecimento do vínculo com as equipes da Saúde da Família, passou para a fase de realização do diagnóstico de área, em um processo bastante pactuado com as equipes da Atenção Básica. A ideia era de que todas as equipes depreendessem o perfil dos usuários sob sua responsabilidade para estabelecer um plano de ação condizente com a realidade local, conforme podemos observar na afirmação seguinte:

O diagnóstico visa a identificação de todos os usuários de saúde mental do território[,] entendendo saúde mental de uma forma mais abrangente[,] incluindo além de pessoas com transtorno mental, idosos em processo demencial, usuários de álcool e outras drogas, pessoas vitimizadas e população de rua com perfil de doença mental. (COSTA; OLIVEIRA, 2005, p. 4).

Ainda sobre as características metodológicas dessa equipe, as autoras destacam o processo de educação permanente como forma de empoderamento dos profissionais generalistas, garantindo o que passou a ser chamado o “fazer com”, definido desse modo:

Assim as modalidades de intervenção realizadas são: os atendimentos nas unidades, as visitas domiciliares e as reuniões com as equipes. Os atendimentos nas unidades e as visitas domiciliares caracterizam-se por atendimentos com a presença do médico(a)/enfermeiro(a) e um profissional da equipe de saúde mental — em que o caso é avaliado, diagnosticado e discutidas as possibilidades de cuidado. Nas reuniões se discute desde o planejamento na unidade como um todo pensando na inclusão dos usuários de saúde mental nas atividades gerais, como também atividades específicas, de acordo com cada realidade local. Ainda nas reuniões há um espaço para discussão de casos e diagnósticos e dúvidas sobre os projetos terapêuticos. (COSTA; OLIVEIRA, 2005, p. 4).

Conseguimos resgatar o trabalho dessa equipe específica, composta por Gilvanice Noblat, Tereza Costa, Leila Oliveira, Edjane Sampaio e Sílvia Helena. No entanto, cada distrito teria várias experiências e casos exitosos; assim, fica o registro como exemplo, e não como o todo dessa experiência. Um olhar mais detalhado sobre o tema em todo o município poderá ser objeto de estudos futuros. Em Tereza Costa e Leila Oliveira (2005, p. 3), podemos identificar a grande potência de uma equipe aberta ao novo e à mudança paradigmática de cuidado em saúde mental:

Num primeiro momento, o encontro com essa população, nesse território, trouxe uma série de inquietações e na maioria das vezes muito mais perguntas do que respostas: por onde começar? Claro que diante do caráter interdisciplinar da equipe e da opção teórico-política adotada em defesa da saúde pública e de outra forma de cuidado na Saúde Mental existia a possibilidade de se deparar com as mais variadas sequelas da questão social que estão na base dos fatores determinantes e condicionantes da saúde (Lei 8080, Título I, art. 3). Contudo, o turbilhão de demandas, nos colocou frente à confusão de como operar o novo — mas como lembra Lancetti (2004) “onde há confusão há esperança...”. Naquele momento, estava-se frente ao desafio de construir algo novo, sabia-se que era chegada a hora de ir além da “Instituição Inventada” (Basaglia). No modelo hospitalar, ou até mesmo nos modelos substitutivos, o limite é dado pela instituição, os papéis são definidos pela instituição, logo se percebe que na experiência comunitária, não. Em vez de trabalhar com limites, trabalha-se no limite, em situações-limite, com as mais diversas dificuldades.

Retomando os desdobramentos desse projeto municipal, conforme avalia Marcela Lucena (2009), após algum tempo, ele passou a não mais ter o devido investimento empreendido inicialmente a partir de 2001, e, como consequência, a proposta foi ficando frouxa e cada vez mais desarticulada, apresentando perfis estritamente locais.

Ademais, com essa falta de investimento nas ações de SMAD na Atenção Básica por parte da gestão, sérios questionamentos surgiram na rede e pelos profissionais quanto ao fato de haver equipes específicas para o território e os demais membros da equipe permanecerem entre as paredes dos CAPS, o que, de certa forma, fragmentava a equipe entre a que atendia no CAPS e a que compunha a Ação Avançada. E, ainda subliminarmente, passava a mensagem de que os demais membros da equipe não precisavam desenvolver ações sistemáticas em campo, distorcendo frontalmente a proposta inicial do serviço voltado para o território.

Após várias discussões, por volta de 2009, a gestão chegou à conclusão de que não deveria mais haver essa forma de organização, até porque, nacionalmente, já estava em curso a formação das equipes dos NASF, instituída pela Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008), a qual exigiu uma ampla reflexão sobre papéis e fluxos dos atores que já atuavam em campo. Pois, ao contrário das equipes específicas para a abordagem à saúde mental, álcool e outras

drogas, as equipes dos NASF tinham como foco a abordagem de cinco eixos prioritários, entre eles as atividades físicas e práticas corporais, as práticas integrativas e complementares, as ações de reabilitação, de alimentação e nutrição e as de saúde mental.

Diante da complexidade dessa nova forma organizativa de base territorial, Lucena (2009), a partir dessa realidade vivenciada no DS VI entre 2005 e 2006 e da construção teórica de Gastão Wagner, propõe uma discussão sobre um desenho de intervenção sistematizado direcionado às equipes dos NASF em formação naquele momento, discussão essa realizada nacionalmente a partir do “Seminário Nacional sobre a Participação da Psicologia nos NASF”, promovido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2008.

O desenho metodológico proposto pela autora se baseia em uma “intervenção sanitária, clínica e técnico-pedagógica”, ou seja, baseada na demanda do território e na organização da rede por meio de uma intervenção clínica compartilhada voltada aos sujeitos e ainda com ações disparadoras de empoderamento e geração de conhecimento com potência para a construção de respostas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Estar no lugar de apoiador, portanto, é estar disponível ao imprevisto e às incertezas, o que não é nada cômodo, pois é o lugar de quem será demandado e de nem sempre saber o que fazer, e, ainda assim, estar junto para pensar e repensar alternativas. Portanto, é o lugar de quem está disponível para a construção sistemática, pois a descontinuidade pode inviabilizar a confiança e o potencial da intervenção proposta. Marcela Lucena (2009), quanto aos riscos das descontinuidades, sinaliza para a grande rotatividade dentro da Estratégia de Saúde da Família.

Consideramos, no entanto, que há de ser levada em conta, igualmente, a descontinuidade por parte da equipe apoiadora, pois uma proposta contra-hegemônica facilmente se desconstrói diante de tais descontinuidades para as equipes de saúde mental tanto dos CAPS quanto dos ambulatorios, que veem sua atuação em campo como sair de sua zona de conforto, ou seja, de um *setting* protegido. Para tal afirmação, a autora recorre a Antonio Lancetti. E nós acrescentamos que isso também ocorre com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, por vivenciarem o sentimento de ter de responder às demandas criadas coletivamente e que acabaram por ficar sob a responsabilidade específica de suas equipes básicas, e não da rede de atenção como um todo.

Visibilizamos nesta discussão, o contexto do município de não ter conseguido avançar na consolidação da perspectiva territorial e antimanicomial, a perspectiva hospitalar ainda está presente nos cotidianos das equipes e dos gestores. Segundo Lucena (2009), esse contexto se deve em parte, às posições das próprias equipes, mas tem sido reforçada pelas referidas

descontinuidade nos processos de trabalho no território, especialmente devido a mudanças de gestão, o que ocorre a cada quatro anos, devido ao processo eleitoral. Podemos perceber ao longo dessa pesquisa, que em Recife, tem existido essa marca de descontinuidade na relação das equipes especializadas, seja nos CAPS, na Ação Avançada, e mesmo posteriormente, com a implantação dos NASF e das equipes da Estratégia de Saúde da Família, por motivos diversos em cada território, a exemplo das preocupações expressas no relatório de gestão de saúde mental de 2005-2006 (RECIFE, 2006a, p. 28).

Apresentadas as discussões e reflexões sobre a prática da saúde mental na Atenção Básica a partir da Ação Avançada, seguiremos agora com a análise de seu redimensionamento a partir da constituição das equipes dos NASF em Recife, o que ocorreu em 2009 no DS VI, com a equipe concursada, e em 2010 nos demais DS, com profissionais contratados a partir de seleção simplificada. Isso foi estreitamente vinculado ao modelo de gestão da saúde “Recife em Defesa da Vida”, adotado no período entre 2009 e 2012¹³ (BEZERRA, 2013; RECIFE, 2010c, 2010d, 2010e).

Não identificamos estudos que focassem os novos arranjos estabelecidos entre as equipes da saúde mental que já vinham desenvolvendo ações em campo e as novas equipes dos NASF. No entanto, o estudo de Benilton Bezerra buscou apreender a perspectiva das equipes da Atenção Básica, entendidas as equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família, da ENASF e seus gestores, sobre o modelo em funcionamento:

Sobre este modelo de atenção à saúde, a percepção dos pesquisados englobou reflexões sobre: a) a inserção do NASF como forma de concretizar os diversos dispositivos operacionais, éticos e políticos; b) o modelo como integrador e norteador de ações, que acarretava como consequência uma direção mais uniforme para o trabalho das equipes; e c) a existência de certa lógica de cuidado que implicava em [sic] escuta e inclusão dos usuários. Além destes aspectos, alguns pesquisados também questionavam a dimensão e o tamanho da proposta do modelo, além de pontuarem que muitas vezes se configurava mais como uma propaganda ou *slogan* governamental do que a implementação efetiva de modelo assistencial. (BEZERRA, 2013, p. 78).

Como podemos observar, as experiências da Ação Avançada e da implantação dos NASF ocorreram em contextos bem distintos, tanto local quanto nacionalmente, impactando a forma de organização do processo de trabalho e da oferta do cuidado. Pelo que pudemos abstrair em nossa prática na rede, bem como a partir do diálogo com interlocutores estratégicos, existe um hiato a ser preenchido no sentido de integrar as equipes da Atenção

¹³ Os idealizadores do modelo “Recife em Defesa da Vida” saíram em 2011 da gestão da saúde, e o novo secretário tentou adotar um governo de continuidade até que houvesse a eleição, em 2012.

Básica e as da SMAD. Além de alguns elementos sinalizados anteriormente, gostaríamos de enfatizar três outros fatores interligados que podem estar na base dessa lacuna em relação às políticas em questão: sua solidez, sistemática e efetividade.

O primeiro fator que gostaríamos de visibilizar já foi bastante sinalizado no decorrer dessa retomada histórica da institucionalização da RAPS, ou seja, ela tem um longo lastro do trabalho centrado em serviços de saúde, em especial no paradigma clássico, em que um conjunto de serviços e ações foram pautados por profissionais formados, iniciados e seguidores desse *modus operandi*, os quais, mesmo trabalhando em uma possível humanização da assistência, não romperam efetivamente com tal paradigma. Esse fator apresenta repercussões não apenas na clínica, mas nas formulações de políticas, considerando que alguns desses profissionais ocuparam cargos em diversos níveis e áreas de gestão. Ao introduzirmos essa discussão, estamos nos referindo ao conjunto de instâncias de gestão, e não apenas ao das políticas específicas de SMAD e Atenção Básica.

O segundo fator é o fato de que Recife, além de ter sido considerado um polo hospitalocêntrico na política de SMAD, só iniciou seu processo de expansão da Atenção Básica como uma rede a partir de 2001 e ainda hoje não atingiu uma cobertura considerada satisfatória para sua complexa realidade. Estejamos atentos de que aqui ainda nos referimos apenas à expansão da rede; não consideramos sequer a adequação de seus processos de trabalho para cuidado e monitoramento de suas ações.

Enfim, o terceiro elemento advém dos processos de monitoramento do NASF/Recife, os quais têm se norteado pelos parâmetros do Ministério da Saúde pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)/NASF, conforme expressos no Quadro 6.

Quadro 6 – Indicadores de monitoramento (PMAQ/NASF)

Proporção de usuários atendidos pelo NASF
Proporção de atendimentos realizados pelo NASF em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família
Proporção de visitas domiciliares realizadas pelo NASF em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família
Proporção de ações coletivas e atendimentos em grupo realizados pelo NASF
Proporção de reuniões para discussão de caso clínico/PTS

Fonte: Recife (2015b, p. 24).

Nesses indicadores, além de seu caráter estritamente quantitativo, não são contemplados ações e atendimentos conjuntos com a SMAD, apenas com as equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família. Na SMAD, a questão vinha se repetindo, uma vez que o

principal indicador nacional se relacionava, até bem pouco tempo, apenas com a expansão da rede. Só recentemente o indicador nacional da SMAD passou a ser o matriciamento na Atenção Básica, e tal indicador obviamente não dará conta por si só de garantir a sustentação dos princípios de uma clínica psicossocial em todo o território, mas de alguma forma induz as equipes da RAPS a terem de priorizar a Atenção Básica em suas pautas, bem como de realçar outras questões estruturais necessárias para a sustentabilidade do encontro sistemático entre essas equipes, a exemplo de transporte, que tem sido ofertado de forma assistemática na rede (BRASIL, 2008; RECIFE, 2015b).

Em diálogo com um de meus interlocutores estratégicos, Thiago Pithon,¹⁴ concordamos com uma análise que reflete ser um dos maiores desafios para a Reforma Psiquiátrica no campo assistencial: o fortalecimento das ações de SMAD na Atenção Básica, pois o processo de fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos parece ser uma realidade absorvida pela sociedade e que vem se materializando em todo o território nacional. No entanto, se os(as) usuários(as) não encontrarem um lugar acolhedor para seu sofrimento em seus próprios territórios, a política de SMAD terá morrido na praia em sua proposta de cuidado radical em liberdade.

A nosso ver, uma evidência dessa tendência pode ser observada com a ampliação dos serviços denominados Comunidades Terapêuticas, que reeditam os manicômios, agora voltados para a população usuária de álcool e outras drogas, um eixo da política pouco priorizada até o fenômeno da suposta “epidemia do *crack*” a partir dos anos 2010 e que, portanto, abriu espaço para uma linha conservadora de cuidado, baseada no combate às drogas. Esse tipo de serviço, segundo Jaqueline Assis et al. (2014), busca um “local” para inserir os(as) usuários(as) de drogas, e não um “lugar” sócia, com garantias de direitos.

No SUS e especificamente na SMAD, acumulou-se um conjunto de teorias e práticas que visam ao cuidado radical, chamado por Gastão Wagner Campos (2005) “em defesa da vida”, por almejar a possibilidade de circulação material e simbólica dos(as) usuários(as) “em andar a vida”, seja quem for ele(a), atingindo graus máximos de contratualidade e autonomia. E esse corpo teórico/prático só se constrói em espaços diversificados e coordenados de cuidado, inclusive para além do campo da saúde. Para a materialização dessa forma de cuidado, ainda há de serem construídos espaços sistemáticos de ação conjunta entre essas

¹⁴ Apoiador institucional da área técnica de SMAD do Ministério da Saúde para o estado de Pernambuco, em outro cenário nacional, no qual o governo ilegítimo de Temer ainda não estava instituído, com a consequente derrocada dos espaços democráticos e das conquistas de direitos sociais, entre os quais o SUS, que nos deixa em suspeição de que manteremos o curso da política de SMAD, de Atenção Básica, entre outras.

equipes, e, sem dúvida, os gestores e as equipes dos CAPS e demais pontos da RAPS necessitam fazer uma autocrítica de suas responsabilidades nesse processo.

Veremos a seguir que o município avançou na expansão dos dispositivos da RAPS e que a cobertura de serviços, especialmente a necessidade de expansão de CAPS, deixou de ser um problema para Recife desde 2008. Isso porque nesse ano Recife atingiu uma cobertura de 1,06 por 100 mil habitantes, considerada uma cobertura extraordinária, já que o padrão do Ministério da Saúde, em 2011, considera como cobertura muito boa a partir de 0,70 por 100 mil habitantes. Nesse mesmo ano, a cobertura do estado de Pernambuco era de 0,58 por 100 mil habitantes, identificada como uma boa cobertura (ALBUQUERQUE, 2011; BRASIL, 2011b).

Visibilizaremos, portanto, alguns processos e questões para além da cobertura de CAPS na constituição da RAPS tal qual realizamos até o momento, entendendo que a adoção do referido parâmetro de cobertura foi adotado em outra época, em que era necessário minimamente garantir a expansão da rede, e que hoje nosso principal desafio, além de sua sustentação, é sua qualificação material e técnica.

3.3.5.2 Expansão da RAPS: desinstitucionalização em foco

Na proposta de implantação da política de SMAD em Recife, em 2001, contemplou-se a expansão dos “serviços especializados para crise (CAPS)”, os quais, segundo a proposta, deveriam ser “serviços com porta aberta, acolhimento diário que assumam 04 missões: acolhimento e cuidado na crise (com capacidade de acolhimento de 80 a 100 pessoas mês), monitoramento das residências terapêuticas, trabalho com o PSF e articulação com recursos comunitários” (RECIFE, 2003, p. 3) (Anexo 15).

Dentro desses princípios, foram implantados, sucessivamente, os CAPS II Espaço Vida, no Distrito IV; José Carlos Souto, no DS II; e Esperança, no DS III; além dos referidos serviços abertos em 2002. Em 2004, foi implantado o primeiro CAPSi, o Zaldo Rocha, no DS II, bem como o primeiro CAPS III do município, o David Capistrano, no DS VI, que, segundo Maia (2007), “apesar de ser o mais populoso do Município[,] não dispunha sequer de ambulatório de psiquiatria, apenas havia ambulatório de psicologia”.

O que caracterizou a implantação desses serviços foi a atuação coletiva de um conjunto de atores que se colocavam no processo não apenas como protagonistas da construção do novo, mas como militantes que tentavam imprimir nos serviços os princípios do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica em curso, tal como aparece

no registro do PTI original do CAPS Esperança e na revisão do PTI do CAPS José Carlos Souto, respectivamente:

O CAPS é um serviço de saúde mental aberto, de caráter substitutivo à internação psiquiátrica, voltado para o atendimento a pessoas com transtornos psiquiátricos em crise aguda, com ruptura da realidade, considerando não só a sintomatologia, mas aspectos do convívio social. Este serviço tem como missão possibilitar, de forma humanizada, a reinserção do paciente psiquiátrico à sociedade através de cuidado intensivo realizada por uma equipe interdisciplinar, onde visa criar condições para desenvolver as potencialidades e aptidões desses indivíduos, permitindo a recondução da sua vida com maior autonomia. Assim sendo, sua proposta terapêutico-metodológica está respaldada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde SUS, Reforma Psiquiátrica e na Reabilitação Psicossocial. (RECIFE, 2002a, p. 3).

O presente projeto técnico é o produto de muitos fios e mãos da equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial José Carlos Souto. Ele é uma composição única, porém compartilhada[,] de profissionais de saúde que[,] com capricho, entremearam lãs e cores, dando sentido[,] jogando a lançadeira de um lado para o outro do tear[,] tecendo caminhos para chegar ao objetivo do Acolhimento, da Cogestão, do Matriciamento, da Reinserção social dos usuários com transtornos psíquicos. Sabemos que necessitamos de reavaliações sistemáticas, buscando discussões críticas sobre nossos saberes e práticas e[,] assim, realizar atualizações/mudanças no cuidado ao usuário e seus familiares. (RECIFE, 2010b, p. 5).

No relatório de gestão da SMAD 2001-2004, foi apresentada ainda uma tabela indicando que, durante esse período, foi possível “fechar o circuito com a cobertura de todos os Distritos Sanitários no que se refere a esse tipo de equipamento” (RECIFE, 2004b, p. 3).

O relatório da gestão de 2005-2006 enfatiza o processo de expansão ocorrido entre 2001 e 2004 no eixo de atenção endereçada às pessoas que apresentam sofrimento psíquico e reafirma o papel dos CAPS II, que, naquela época, estavam sob a gestão específica da Saúde Mental, enquanto o eixo AD passou a ser gerenciado pela Gerência de Redução de Danos¹⁵ (RECIFE, 2006a).

3.3.5.3 A expansão da RAPS: Redução de Danos em foco

É nesse contexto de efervescência nacional, que contou com o protagonismo dos atores locais, que, a partir de 2003, iniciou-se a discussão para a implantação da Política Municipal de Redução de Danos do Recife (Anexo 17). Quanto à relevância desse momento, identificamos os seguintes registros:

¹⁵ Aprofundaremos esse processo de separação em duas gerências dos eixos de transtorno e de AD em momento posterior, sinalizando, inclusive, suas repercussões.

Em Recife, no ano 2000, realiza-se o Seminário Itinerante sobre Drogas e Comportamento de Risco, com a presença de especialistas locais e mundiais em RD. Então, aproveita-se o espaço científico e é fundada a Rede Pernambucana de Redução de Danos, uma das cinco primeiras estaduais do país. Depois, em 2001, é elaborado o Documento Marco da RD em Pernambuco, com a participação de cerca de 30 entidades e organizações entre órgãos públicos e organizações não governamentais (MORAES, 2007). (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008, p. 40).

No ano 2000, também protagonizada pelo terceiro setor, foram criadas a Rede Pernambucana de Redução de Danos e a primeira associação de usuários de drogas da América Latina — SE LIGA. Em 2004 a Prefeitura do Recife deu início de forma mais consistente às ações de redução de danos e criou o Programa Municipal de Redução de Danos — O Programa Mais Vida, formado até o momento da pesquisa por 06 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), quatro Casas do Meio do Caminho (CMC), sendo uma referência para mulheres, Unidades de desintoxicação em hospital geral e Consultório de rua — que desenvolvem ações territoriais. As ações foram sendo ampliadas de acordo com as necessidades da população. (CAMPOS et al., 2013, p. 23).

Além dos serviços municipais implantados em 2004, houve a municipalização do CPTRA e do Eulâmpio Cordeiro, serviços estaduais criados na década de 1980 e especializados no atendimento às pessoas com sofrimento decorrente do uso de drogas. Eles desenvolveram suas propostas baseadas na abstinência,¹⁶ o que conflituava com a implantação dos novos dispositivos municipais, que nasceram dentro de um programa de redução de danos (GRANJA, 2015; MORAES, 2005).

Pudemos identificar que a implantação da rede AD naquele período tentou contemplar espaços diversificados para atenção, e em seu modelo não houve a identificação do hospital psiquiátrico como parte da rede, estando coerente com a proposta nacional em curso. Com a implantação da Casa do Meio do Caminho, equipamento que inspirou as atuais unidades de acolhimento, houve a preocupação de garantir a especificidade da mulher por meio da criação da então Casa Jandira Mansur (GRANJA, 2015; MORAES, 2005; ALBUQUERQUE, 2011).

A implantação do Programa +Vida de Redução de Danos no consumo de álcool e outras drogas objetivou “diminuir os riscos e melhorar a qualidade de vida dos(as) usuários(as) de drogas, assim como das pessoas com quem se relacionam, direta ou indiretamente”. O Programa assumia claramente a linha da redução de danos, entendida como “uma forma de cuidado comprometida com a defesa dos direitos humanos, o respeito às diferentes formas de ser, pensar e viver e que busca minimizar as dificuldades enfrentadas especialmente pelas pessoas que abusam ou são dependentes de álcool, de fumo e de outras drogas” (RECIFE, 2004a, p. 3). Isso se evidencia no desenho do modelo de atenção (Anexo 17).

¹⁶ No fôlder institucional do CPTRA, é explicitada a base do tratamento na abstinência (Anexo 23).

O documento citado elenca as ações/serviços prioritários ao Programa +Vida. A primeira ação tinha por objetivo a construção de uma rede de promoção que focava na divulgação da informação por meio da capacitação de profissionais de diversos setores que tivessem relação direta com a população.

Uma segunda ação gerou a criação do profissional redutor de danos. Os redutores de danos eram pessoas identificadas na própria comunidade passavam por capacitação e deveriam ser capazes de estabelecer uma relação respeitosa com a população consumidora de drogas nos espaços cotidianos, isto é, em ruas, bares, locais de lazer e esporte, entre outros, lugares onde se pudesse atuar para reduzir as vulnerabilidades vinculadas ao consumo de drogas. As ações individuais cotidianas visavam ao estímulo a comportamentos proteção aos riscos associados ao consumo de drogas, vinculados a “overdose, acidentes de trânsito, violências ou práticas sexuais inseguras”. Além das atividades de abordagem individual de rotina, os redutores de danos, também desenvolviam ações de redução de danos nos grandes eventos, conhecidas como +Vida no Forró, +Vida na Folia e +Vida no Trânsito. O +Vida no Trânsito chegou inclusive a ter reconhecimento internacional, ao receber, em 2004, o Prêmio Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e do Ministério das Cidades.

Como um terceiro eixo de ações, identificamos ainda no documento, a oferta de cuidado de Saúde em rede, com a implantação de CAPSad, Casas Do Meio do Caminho(atualmente Unidades de Acolhimento) e leitos de desintoxicação em enfermaria clínica. (RECIFE, 2004a).

Em 2010, o município deu um passo importante para a consolidação da política no eixo AD, conforme expresso por Alda Roberta Campos et al. (2013, p. 23):

Na cidade do Recife, capital de Pernambuco, as ações de enfrentamento à problemática do uso de drogas e à dependência química, até 2010, eram realizadas de forma isolada, por meio de projetos e programas das diferentes Secretarias (Secretarias de Saúde, Assistência Social, Cultura, Mulher, Direitos Humanos e Segurança Cidadã, Juventude, Educação, Esporte e Lazer) tanto na esfera estadual como municipal. Apesar dos esforços já existentes, as ações traziam em si uma grande dificuldade, como a falta da visão integral do indivíduo e a pouca comunicação entre as referidas secretarias, gerando duplicidade de ações para muitos cidadãos e insuficiência da cobertura da atenção para a grande maioria da população.

Essa iniciativa se mostrou relevante, na medida em que investiu na integração de várias secretarias para pensar de forma conjunta as ações voltadas para as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas, superando, portanto, a abordagem específica

da saúde. No entanto, como já sinalizado pelas autoras, esse espaço foi sendo desmobilizado e ainda hoje apresenta dificuldades em sua operacionalização.

3.3.5.4 Ambulatórios e descompasso com a RAPS

Vemos muitas experiências se desfigurarem, postergarem sua decisão de mudar as coisas, se acomodarem por excesso de profissionalismo. Redes de divãs e outros corporativismos operam como amarras para quem precisa de mãos livres para combater a psiquiatria asilar. (LANCETTI, 2001, p. 96).

Anteriormente, estabelecemos os pilares da implantação dos primeiros ambulatórios vinculados ao HUP e os que hoje denominamos saúde mental. No momento, intentamos visibilizar neste espaço o processo de implantação dos serviços municipais, processo esse iniciado a partir da década de 1990, o que significa que foi influenciado pelo que Magda Dimenstein (1998) chamou “boom da psicanálise”, pela grande influência que esta passou a exercer na formação e na prática dos psicólogos no Brasil.

A autora situa entre as décadas de 1970 e 1980 algumas condições socioeconômicas e culturais vivenciadas no Brasil como determinantes para a entrada do profissional de psicologia na saúde mental, entre elas a crítica ao modelo asilar e “às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos”, discussão da desospitalização e do “investimento em serviços alternativos extra-hospitalares”.

Como um segundo fator para o favorecimento da inserção do psicólogo no campo da saúde aparece “a grave crise econômica e social ocorrida no Brasil na década de 1980”. Esse acontecimento ocasionou uma diminuição na demanda para atendimento em consultórios particulares, que, na época, representava a atividade privilegiada do psicólogo clínico. Por sua vez, o segundo campo de maior atuação do psicólogo eram os hospitais psiquiátricos, os quais, nesse contexto, já começavam a ser alvo de críticas e questionamentos.

Dimenstein (1998, p. 74-75), com base em Benilton Bezerra, considera como um dos entraves para a inserção da psicologia no campo da saúde sua compreensão do sujeito como um “ser abstrato e a-histórico, desvinculado do seu contexto social, como se todos os membros da espécie humana fossem iguais em qualquer época, em qualquer lugar”, carregada, portanto, de teorias “essencialistas” e “universalistas”, referentes ao “modelo de mulher, família, sexualidade e certas representações como a de sofrimento psíquico e corpo”.

Acrescente-se a essas visões o fato de que a psicologia defende uma ideia universal “do que sejam saúde e doença, suas causas e possibilidades de tratamento e cura, que na verdade nem sempre é compartilhada pelos pacientes”. Como consequência dessas teorias e

práticas, houve um nítido rebatimento no “nível da eficácia do atendimento dispensado às populações que frequentam as instituições públicas de saúde”.

O ingresso do psicólogo no campo da saúde foi marcado, portanto, por muitas contradições e impasses, pois a formação e seus pilares teóricos de base psicanalítica, nessa época, eram fortemente marcados por um modelo de entendimento da subjetividade de forma privatizante, individual e descontextualizada, levando ao fenômeno descrito a seguir por Dimenstein (1998, p. 74):

É acerca dessa formação que muitas referências na literatura vêm apontar o fato de estar havendo uma transposição pura e simples do modelo hegemônico de atuação clínica do psicólogo para o setor público, sejam postos, centros ou ambulatorios, independentemente dos objetivos dos mesmos e das características da população neles atendida, gerando com isso uma prática inadequada e descontextualizada. Isso significa que há predominantemente a utilização de técnicas psicoterápicas, as quais são tomadas como o único instrumento de trabalho do psicólogo e como portadoras de um valor intrínseco, independente de onde e com quem são utilizados.

Como consequência dessa forma de atuação das psicólogas, uma vez que se caracterizava como uma profissão feminina na época, a autora reflete sobre a vivência de algumas dificuldades descritas por tais profissionais que atuavam na rede ambulatorial: a reduzida “demanda espontânea”, o aumento dos casos de abandono do tratamento, os atrasos e as faltas às sessões, a não adesão aos programas propostos, “resultados aquém dos pretendidos” e, ainda, a “dificuldade de inserção das psicólogas nas equipes multiprofissionais.

Igualmente, foram identificados fatores de insatisfação quanto a: “defasagem salarial, instalações físicas precárias, falta de material e apoio das instituições” — não no sentido da garantia de direitos, mas por representar um grupo de “psicólogos e conformadores de uma prática movida pela lei do ‘menor esforço possível’ e descomprometida com um projeto mais amplo de resgate da cidadania, ou seja, práticas mais solidárias e eticamente humanas” (DIMENSTEIN, 1998, p. 73). Assim, essa postura de parte das psicólogas impedia o fortalecimento da atuação profissional da categoria no SUS, possivelmente porque tais profissionais tinham como parâmetro para a atuação profissional a prática da clínica psicológica de consultório particular.

Elencadas tais questões, passamos a estabelecer uma relação entre a constituição dos primeiros ambulatorios de psiquiatria e, posteriormente, de psicologia a partir do HUP dentro do modelo anteriormente trabalhado, passando por uma rede de serviços ainda descomprometida com a mudança do paradigma psiquiátrico clássico e a atual conformação e sua relação com a RAPS.

Em conversa com Ester Correa, identificamos um primeiro embrião de atenção territorial da saúde mental no município, que se deu com a implantação, em 1994, de um ambulatório de saúde mental em cada RPA, os atuais DS, utilizando como estratégia para tal a realocação dos profissionais que atuavam isoladamente em vários pontos do município.

Nossa interlocutora lembra que os pontos de aglutinação dos profissionais foram discutidos com os responsáveis pelas regiões político-administrativas do município e os chefes de cada profissional a ser remanejado, culminando nas definições expressas no Quadro 7.

Quadro 7 – Assistência territorial e principais demandas

RPA (DS)	LOCAL DE FUNCIONAMENTO	PRINCIPAIS DEMANDAS ABORDADAS
RPA 1	Gouveia de Barros	“Uso de cola por crianças e adolescentes. Os chamados ‘cheira-colas’”
RPA 2	Próximo ao matadouro de Peixinhos	“Adolescentes, mulheres, alcoolismo e idosos”
RPA 3	Praça do Trabalho	“O alcoolismo era gritante”
RPA 4	Bairro da Torre	“Adolescentes, mulheres, alcoolismo e idosos”
RPA 5	Afogados (1ª sede do CAPS Galdino Loreto)	“Adolescentes, mulheres, alcoolismo e idosos”
RPA 6	No bairro do Pina	“Prostituição infantil”

Fonte: Produzido pela autora com base nos conteúdos apresentados por nossa interlocutora Ester Correa.

Foram colocadas nesses centros equipes de psiquiatras e psicólogos; no entanto, a abordagem era individual, havendo, muitas vezes, discussão de casos e estudos teóricos compartilhados. Ester explica que, no ano 1993, apoiou a municipalização dos ambulatórios estaduais, prosseguindo na mesma proposta de trabalho amplamente criticada e que levou, após amplo debate nacional, à não inclusão dos ambulatórios como dispositivo da RAPS quando da publicação da Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a).

É interessante observar que eles foram inseridos, inicialmente, no universo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e só posteriormente, nos anos 2000, é que passaram a ser reorientados no sentido de se constituírem como rede especializada, processo que coaduna com a análise que Dimenstein (1998) realiza do entendimento da atuação profissional do psicólogo nessas unidades de saúde em nível nacional.

Atualmente, o município conta com 12 ambulatórios de saúde mental, distribuídos pelos distritos sanitários. São eles: Policlínicas PAM Centro, Gouveia de Barros e Waldemar de Oliveira (Distrito I); Policlínicas Amaury Coutinho e Salomão Kelner (Distrito II); Policlínica Alberto Sabin (Distrito III); Policlínica Lessa de Andrade (Distrito IV); Policlínica Agamenon Magalhães (Distrito V); Romildo Gomes e Policlínica do bairro do Pina (Distrito VI); Clementino Fraga (Distrito VII); e Policlínica do Ibura (Distrito VIII).

Maia (2007) aponta em sua pesquisa a existência de “65 ambulatórios de psicologia” e “30 ambulatórios de psiquiatria” no ano 2007. Acreditamos que esse número represente o

quantitativo de profissionais que atendiam em ambulatório, e não o quantitativo de serviços que prestavam atendimento, até porque o município não dispunha, nesse período, de 65 ambulatórios, como ainda hoje não dispõe. Podemos identificar que, em todo o estado de Pernambuco, referente ao mesmo ano existiam apenas 62 serviços que prestavam esse tipo de atendimento (Anexo 18).

Outro elemento significativo a ser considerado é que, até 2001, os ambulatórios de psicologia funcionavam isoladamente e sem regulação formal da gestão quanto ao processo de trabalho e efetividade da assistência. Esse inclusive parecia ser o perfil do atendimento ambulatorial no Brasil na área de saúde mental, álcool e outras drogas (DIMENSTEIN, 1998).

Contemplando o período de gestão entre 2001 e 2004, observaram-se investimentos nos ambulatórios, com o aumento de 15 novos profissionais para atuação na especialidade de psiquiatria, inclusive no DS VI, que não dispunha de nenhum serviço dessa natureza. Além da ampliação, há registros de processos formativos para os psicólogos da rede ambulatorial, tendo como temas trabalhados a psicoterapia breve e abordagens grupais. Nesse mesmo período, houve a municipalização de dois ambulatórios estaduais, o Lessa de Andrade e o Alberto Sabin, onde foram implantadas as duas oficinas terapêuticas do município (MAIA, 2007; RECIFE, 2004b).

Conseguimos identificar que, na gestão entre 2005 e 2006, além de não ter sido possível implantar mais duas oficinas terapêuticas previstas no PMS 2002-2005 (RECIFE, 2002), foram fechadas as duas existentes nos serviços municipalizados. Ademais, nenhuma outra ação de expansão foi registrada (MAIA, 2007).

Após esse período, só voltamos a ter acesso a registros dos ambulatórios no relatório de gestão do período de 2011 a 2012, e nele aparece a seguinte afirmação em relação aos investimentos dos ambulatórios:

Com relação à assistência ambulatorial não foi realizado grandes investimentos uma vez que ainda não há uma proposta municipal, nem do Ministério da Saúde, que consiga garantir uma boa resolutividade nessa linha de cuidado, é claro e notório que o modo de funcionamento desse dispositivo não tem a integração necessária na rede de Saúde Mental, sendo isto uma realidade em todo o País. Contudo é necessário pensar estratégias de atendimento a demanda de saúde mental que não tem indicação para tratamento no CAPS, além de pensar qual a melhor assistência a ser ofertada para pessoas que se encontram residindo em áreas sem cobertura de Atenção Básica [sic]. (RECIFE, 2012b, p. 13).

Tal afirmação oficial parece deixar claro que, apesar de intervenções pontuais, não houve até o momento um investimento por parte da gestão municipal no sentido de rever a

oferta da atenção ambulatorial de caráter psicossocial, pois tal situação ainda permanece inalterada. A gestão do município ainda não tomou uma posição em relação aos ambulatorios que sobrevivem como apêndice da RAPS, sem que haja os investimentos necessários, no sentido de assumir sua extinção ou reestruturação na direção da ação psicossocial e de funcionamento em rede que caracteriza os demais serviços e ações da RAPS local. Ao mesmo tempo, as afirmações realizadas anteriormente parecem lançar luz sobre o entendimento do funcionamento paralelo de tais serviços ambulatoriais, apesar das gritantes demandas advindas da Atenção Básica e dos CAPS.

3.3.5.5 Rede psicossocial e investimentos para os hospitais psiquiátricos

Em 2000 (RECIFE, 2012a), os hospitais psiquiátricos chegaram a ter cerca de 1.900 leitos conveniados ao SUS/Recife, e esse número era ainda maior, uma vez que, desde a década de 1990, eles já vinham sendo desativados. Segundo nos contou nossa informante estratégica, a psicóloga Ester Correa, a segunda coordenadora de saúde mental de Recife de 1994 a 1997, mas de fato reconhecida pelo conjunto de atores do campo como a primeira, quando chamada para a coordenação de saúde mental do município, encontrou o monitoramento dos hospitais psiquiátricos sendo realizado pelo setor de regulação de contratos e serviços, e não havia nenhuma discussão sobre isso. Sua gerência “era um universo à parte da saúde mental”.

Ana Isi Maia (2007) aponta que, no ano 1998, as internações psiquiátricas ocupavam o segundo lugar no total de internações, chegando a 17.423 AIH, e, dessas, 40% se caracterizavam como de longa permanência. Outro dado significativo trabalhado pela autora foi que, em 1999, no SUS/Recife, os leitos psiquiátricos totalizavam 1.463, o que representava 60% do total de leitos ofertados no município entre todas as especialidades.

A partir de uma sucessão de acontecimentos que explicitava a desassistência para com as pessoas com transtornos mentais sob a responsabilidade de um dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS/Recife, entre eles a ocorrência de três óbitos em cinco meses dentro desse hospital, foi definida a intervenção nele, com o fechamento da porta de entrada para novos usuários até que as medidas necessárias fossem tomadas para garantir a qualidade da assistência contratada.

Para os demais hospitais conveniados, foi instituída uma supervisão sistemática para o monitoramento das condições sanitárias e terapêuticas, implantando-se uma portaria

municipal em 2004, que, segundo Maia (2007), tornou obrigatória a notificação da primeira internação, bem como transferências clínicas e óbitos.

Já para a segunda gestão da saúde mental, no período de 2005-2006, Maia (2007) considera que o marco esteve em sua estreita relação com a Gerência de Programação, Controle e Avaliação (GPCA), garantindo uma sistemática supervisão dos serviços de saúde mental públicos e privados, que sempre teve instrumentos bastante frágeis de contratação dos serviços a serem prestados à população. Nessas supervisões, o foco prioritário eram a investigação dos óbitos e a indução de projetos que contemplassem leitos breves com garantia de rotatividade, favorecendo o monitoramento do percurso dos usuários durante a internação e sua inserção na rede territorial após a alta.

No entanto, a autora também deixa bem claro que, a partir da implantação do PNASH/Psiquiatria, em 2003 e 2004, que avaliou 168 hospitais psiquiátricos no Brasil, aproximadamente 15% apenas foram considerados bons, enquanto mais de 30% foram classificados de insatisfatórios, apresentando abaixo de 60% de êxito na assistência. Com base nessa realidade, o Núcleo da Luta Antimanicomial/Pernambuco (2005) denunciou as condições dos hospitais locais e solicitou aos gestores que não houvesse mais investimento público nesses serviços, bem como que os recursos das AIH incorporados nos tetos municipais fossem destinados à ampliação e à qualificação da rede psicossocial.

4 PASSOS E RITMOS DA GESTÃO: PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD DE RECIFE

Não! Não!
 Eu tava junto
 Com os macacos na caverna
 Eu bebi vinho
 Com as mulheres na taberna
 E quando a pedra
 Despencou da ribanceira
 Eu também quebrei a perna

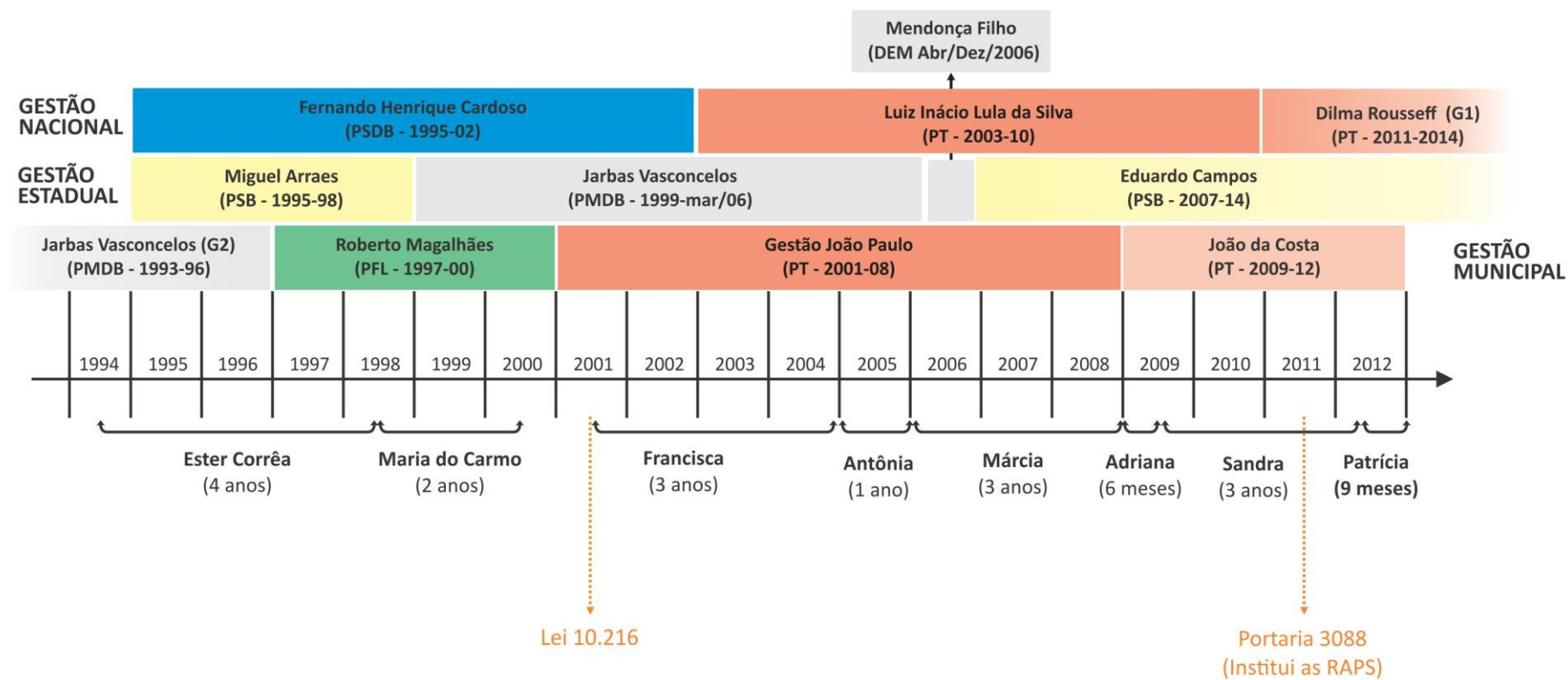
Eu também
 Eu fui testemunha
 Do amor de Rapunzel
 Eu vi David
 Brilhar no céu
 E para aquele que provar
 Que eu tô mentindo
 Eu tiro o meu chapéu...
 (RAUL SEIXAS. *Eu nasci há dez mil anos atrás*)

Mergulhar nas falas das entrevistadas sobre os processos de institucionalização da PSMAD em Recife nos fez reviver agudamente muitos dos processos dos quais fomos coautores(as). De forma recorrente e intensa, chegamos a nos questionar se realmente daríamos conta de evidenciar tantos papéis, marcos e relações abordadas. Sem dúvida, foi uma árdua tarefa, somente levada a cabo por sua produção coletiva, com espaços de trocas e escutas.

O encontro com as entrevistadas se deu de forma tranquila. Apesar de haver tensões entre nós, algo nos pareceu comum, ou seja, o respeito por uma história compartilhada. Os eixos propostos por José Luiz Araújo Jr. e Rômulo Maciel Filho (2001) nos serviram de norte para a análise. No entanto, no decorrer desta, optamos por sermos fiéis aos sentidos produzidos e materializados nas falas das entrevistadas, dialogando com a matriz de análise, mas sem nos limitarmos a ela.

Então, para contextualizar nossa pesquisa, consolidamos uma linha do tempo, contemplando os atores que configuravam os cenários local e nacional no período analisado. Nossa intenção é que a linha do tempo a seguir (Figura 2) possa contribuir para a contextualização das correlações de força de cada momento e identificar a relação das gestoras da área técnica estudada com seus interlocutores na gestão municipal mais ampla.

Figura 2 – Linha do tempo dos interlocutores das gestoras da PSMAD/Recife



Além da observação da linha do tempo apresentada, consideramos relevante ao(à) leitor(a) recorrer, em nossa discussão metodológica, às informações sobre nossas entrevistadas, pois poderão facilitar a compreensão sobre o percurso de cada uma delas, da formação a seu contexto de gestão e de interlocução com atores locais e nacionais.

Outra estratégia adotada na apresentação da análise visando a facilitar a compreensão dos(as) leitores(as) foi a periodização de seis ciclos da gestão da PSMAD de Recife, em que cada um deles foi denominado a partir de suas características principais. Isso porque o período analisado correspondeu aos três mandatos consecutivos do Partido dos Trabalhadores (PT), entre 2001 e 2012. Assim, cada entrevistada foi identificada por um nome fictício e o período em que atuou como gestora da PSMAD de Recife, conforme detalhado em nossa discussão metodológica (RECIFE, 2002b, 2003, 2004d, 2005b, 2006c, 2007, 2008e, 2009b, 2010d, 2011, 2012c, 2013).

Optamos ainda por incorporar algumas imagens de nosso contexto cultural para melhor apreensão, por parte do(a) leitor(a), da dinâmica do que desejamos expressar em seu contexto multidimensional, pois foi nesse âmbito que algumas questões foram se colocando para nós no decorrer da pesquisa. Realizamos um exercício de singularizar e/ou coletivizar alguns conteúdos, e o critério, para cada uma das opções, esteve vinculado à sua recorrência e/ou importância atribuída a cada uma delas por parte das entrevistadas, bem como nas discussões sobre o processo histórico.

Dessa forma, sendo um estudo no campo da produção de memórias, neste capítulo, mais do que definirmos a sequência temporal dos temas trabalhados pelas entrevistadas, colocaremos em diálogo conteúdos e sentidos produzidos no decorrer da pesquisa. O referido diálogo estará ancorado basicamente em nossa análise documental, discussão teórica, conversas com interlocutores(as) estratégicos(as), entrevistas com as gestoras e ainda em nossa própria inserção no campo em análise. Apresentadas essas considerações, sigamos...

4.1 ATORES, CONTEXTOS, CONTEÚDOS E PROCESSOS DA GESTÃO DA PSMAD

Ao longo de nossa pesquisa na produção de memórias sobre a PSMAD, pudemos observar que houve, de certa forma, uma constante no processo de institucionalização da PSMAD de Recife, ainda que com fortes tensões quanto à coerência entre princípios e investimentos prioritários. Nesse sentido, categorizamos os ciclos a partir dos princípios e investimentos realizados, os quais passaremos a discutir a partir de agora.

4.1.1 Primeira onda – a efervescência do momento: gestão popular, autor da lei estadual, secretário municipal de saúde e saúde mental como prioridade da gestão municipal

Como abordamos anteriormente em nossa discussão metodológica e sobre o processo de implantação da RAPS/Recife, Francisca (2001-2004) é reconhecida muitas vezes como a primeira coordenadora de saúde mental do município, e, em sua entrevista, ela nos ofertou uma vasta análise do contexto em que se deu sua gestão, iniciando pela ênfase na contemporaneidade, com dois acontecimentos relevantes para o campo, sendo o primeiro a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 após mais de 10 anos de mobilização social a seu favor, gerando um intenso movimento de “produção de proposições e de experimentação”. Segundo a entrevistada, naquele período, apesar de já se poder contar com o apoio das portarias ministeriais, não se constituía uma política “legitimada” formalmente (BRASIL, 2001a).

O segundo acontecimento destacado por Francisca (2001-2004) foi a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de adotar o tema da saúde mental para o Dia Mundial de Saúde no ano 2001, sob o lema “Cuidar sim, excluir não” (BRASIL, 2001b) Ela considera que essa posição da OMS contribuiu inclusive para a aprovação de nossa Lei Federal nº 10.216/2001, ao respaldar os movimentos organizados em curso para sua aprovação.

Francisca (2001-2004) destaca ainda que, a partir da aprovação da lei, vários outros projetos no campo da saúde mental foram aprovados, a exemplo do “De Volta pra Casa” (BRASIL, 2003a), que passou a viabilizar um auxílio pecuniário para favorecer a reabilitação psicossocial dos(as) usuários(as) com mais de dois anos de internação psiquiátrica. Esse auxílio, denominado “auxílio reabilitação”, segundo ela, “trouxo mais elementos pra radicalizar com os processos de desinstitucionalização”.¹⁷ Outros serviços, normatizados a partir da lei federal, segundo Francisca (2001-2004), foram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e os CAPS (BRASIL, 2000, 2002a).

Ou seja, segundo a entrevistada, esses serviços já existiam em algumas realidades locais, mas não havia financiamento nem diretrizes orientadoras para tais práticas. Sem diretrizes e fontes de financiamento, essas experiências ficavam à mercê da vontade política do gestor e do poder de mobilização dos movimentos sociais locais. Com a aprovação da lei federal, pôde

¹⁷ Na década de 1990, a psicóloga Gina Ferreira iniciou um projeto que iria inspirar o atual Programa do Governo Federal, chamado “De Volta pra Casa”, implantado desde 2003. O projeto se caracteriza pelo incentivo financeiro realocado do pagamento de internação psiquiátrica para o processo de reinserção social do(a) usuário(a) com história de longa permanência em hospital psiquiátrico (ÚLTIMO SEGUNDO, 2010). Identificamos, na fala de Francisca (2001-2004) e nos documentos consultados, que Recife foi pioneira na implantação dessa bolsa de incentivo à reinserção social no Brasil, com a “Lei Municipal nº 16.782/2001, de 3 de julho de 2002, e regulamentada pelo Decreto nº 19.848/2003, assinado pelo prefeito João Paulo e publicado no último dia 9 de maio”, inclusive gerando um prêmio nacional do Ministério da Saúde (RECIFE, 2003, p. 1).

haver uma política de indução para a implantação dos serviços de caráter territorial, o que pode ser observado pelas informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2010b).

Essas informações estão em sintonia com o abordado por Maria do Socorro Albuquerque (2011), Ana Isi Maia (2007) e Recife (2004b, 2004d), quando situamos anteriormente o contexto em que se deu, de forma mais sistemática, a formulação da PSMAD local em sua relação de dimensão nacional. O diferencial entre essas abordagens e as informações trazidas pela entrevistada se relaciona com a vivacidade e a dimensão emotiva com que ela aborda cada tema sobre o cenário de efervescência e o processo de construção coletiva, como podemos observar a seguir:

[...] e depois eu passei a assumir a própria coordenação de saúde mental do Cabo de Santo Agostinho, então eu fui experimentando diferentes papéis, eu digo que foi assim, um... um... foi definidora, foi marcante pra minha trajetória, porque foi a partir dessa experiência [que] foi quando eu recebi o convite pra, em 2001, na primeira gestão petista aqui do estado, que foi um momento de muita efervescência, né?, assim, a esquerda de fato assumindo... então eram muitos companheiros com muita, muita garra, com esperança, e era um grande desafio. Na época, foi Humberto Costa, que era autor da lei de reforma psiquiátrica estadual, que assumiu a secretaria, e a ideia era que a saúde mental... a ideia, não [ênfase], a saúde mental foi colocada como uma das prioridades na gestão João Paulo, e de 2000 a 2004, foi todo... a partir desse lugar de coordenadora de saúde mental, foi todo um movimento construído coletivo de estar nos seis distritos sanitários formando essa rede, que a gente tem já com modificações até hoje... (Francisca, 2001-2004).

Como havíamos abordado em nosso capítulo sobre os percursos históricos da constituição da RAPS/Recife, algumas experiências ocorridas na Região Metropolitana e, especialmente, no Cabo de Santo Agostinho tiveram papel importante na formação de novos referenciais para a organização das redes assistenciais de SMAD de caráter antimanicomial.

Veremos, ao longo da análise, que Francisca (2001-2004), Antônia (2005-2006/mar.) e Adriana (2009/jan.-jun.) foram contemporâneas na experiência pioneira vivenciada no Cabo de Santo Agostinho. Isso reforça a importância de tal prática no contexto de Recife. Sem dúvida, o experienciado no Cabo de Santo Agostinho foi palco de uma série de interlocuções duradouras e potentes, conforme veremos ao longo de nossa análise.

4.1.1.1 A efervescência do momento I – interlocuções locais e nacionais

Durante as entrevistas, foi possível identificar as interlocuções desenvolvidas naquele momento, tendo chamado nossa atenção uma efervescência nas referidas interlocuções, tal como o vivenciado nos contextos locais e nacional mais amplo. Com tal característica, foi vivenciada uma intensa circulação entre pessoas de renome nacional, o que caracteriza, a nosso

ver no de algumas entrevistadas, uma marca de determinado momento histórico, baseado em processos democráticos, participativos e de fortalecimento dos direitos humanos. Apresentamos a seguir um trecho da entrevista que evidencia bem o que estamos tentando transmitir:

Acho que autores, assim, do ponto de vista do Brasil, acho que alguns autores vivos da Reforma, eles são muito importantes, eu acho que o Antonio Lancetti, sem dúvida, acho que a própria Ana Pitta, Fernanda Nicácio, eu vou dizer os que, na minha trajetória, eu li e pude refletir, né, assim, Eduardo Mourão, Fernando Kinker, Pedro Gabriel Delgado, Roberto Tykanori... Eduardo Passos, que eu acho que, né, no campo AD... eu acho que foram figuras que, de alguma forma, assim, claro que tem outras leituras, mas eu acho que são figuras mais representativas, o Marcus Vinicius, eu acho que são figuras... o grupo de Minas Gerais, que eu acho que tem uma produção muito interessante, do fórum mineiro, a Miriam [Abou-yd], a Marta Elizabeth, a Ana Marta Lobosque, o Polípio, a Rose, né, eu acho que são figuras, que, de alguma for... a Sandra Fagundes, que, apesar de não ter muita produção escrita, mas tem um... ao longo da trajetória, quer dizer, são figuras que, de alguma forma... foram influenciando... que, na minha trajetória, e aí tem uma coisa muito... Paulo Amarante [risos], que foi inclusive a pessoa com quem eu me formei e tal, fiz a especialização, e assim, uma coisa que é muito legal, que eu sou muito grata à vida, a Deus, né, assim, que foi ter começado, de alguma forma, a minha trajetória de formação profissional com a leitura e ao mesmo tempo ter a possibilidade de cruzar o caminho com essas pessoas, em diferentes momentos... porque, assim, eu acho que tem pessoas que foram importantes pra política... E Recife, eu acho que trouxe comigo todas essas figuras, né, que eu fui abordando, da Residência, do Cabo, de alguma forma, porque continuaram no mesmo espaço, só que com interlocuções diferentes, mas agreguei nessa experiência o diálogo com outros atores que foram importantes, né, por exemplo, um ator importante na política, que não necessariamente teve uma influência muito forte na minha formação... mas foi uma interlocução bem importante, foi Jane Lemos, que eu acho que é uma pessoa que precisa ser reconhecida na história estadual, na história da saúde mental de Pernambuco, né? Assim, não teve uma influência direta na minha formação, na minha prática, mas o tempo todo também a interlocução, de alguma forma, retornou com o processo de aprendizagem e também com tantas outras conduções... Ela demarcou, porque em muitos momentos eu cruzei com ela, ou ela como gestora, coordenadora, ou ela dentro do Conselho de Medicina, entendeu?... por exemplo, do corpo de coordenadores estaduais, que nessa minha trajetória eu fui fazendo algum tipo de interlocução, foi Durval, Jane... mas Jane, assim, de fato eu dou destaque, porque eu acho que ela foi, assim, diferenciada. Na saúde, em Recife, por exemplo, eu acho que foram muitos atores, muitos interlocutores, por exemplo, no âmbito... teve um grupo de psiquiatra que foi muito importante pra pensar as primeiras formas de regulação, de entrada da gente com outro olhar dentro dos hospitais psiquiátricos, Celeste Aída, Carla Novaes, é... na época, Marta Gouveia... eu acho que Marcelo Borges também fazia, né, mas foi menor o tempo de Marcelo, Ana Cristina [Reis], que trabalhava com controle e avaliação; então, foram pessoas que, por exemplo, foi um marco muito importante pensar formas de entrar nos hospitais com outro olhar e que dialogasse com a rede, e esse grupo foi muito importante, é... na rede, por exemplo, eu acho que Gilvanice Noblat foi uma interlocutora muito importante, porque foi um período que a rede tava montando, então, assim, a gente fez uma interlocu... fazia interlocuções permanentes, especialmente na organização da rede de atenção do Distrito Sanitário VI... (Francisca, 2001-2004).

Nessa fala sobre os interlocutores de Francisca (2001-2004), consideramos relevante destacar que ela considerou seu diálogo com profissionais que se agregaram ao longo de sua

formação e atuação profissional, os(as) quais se caracterizavam pela diversidade de formação. No entanto, ao se debruçar sobre sua experiência na gestão em Recife, enfatiza a participação de vários(as) psiquiatras.

Como abordamos em nossa discussão teórica, para a efetivação da perspectiva psicossocial, faz-se necessária a circulação de saberes e práticas, bem como a quebra de hierarquia entre os saberes e as práticas disciplinares. Então, tentamos compreender o porquê da ênfase dada em sua fala a tantos(as) psiquiatras, e para tal recorreremos à nossa discussão histórica sobre a constituição da RAPS/Recife.

Lá, pudemos identificar, por meio de nossa interlocutora estratégica Ester Correa, que, no período em que Francisca (2001-2004) chegou à gestão, a rede só contava basicamente com psiquiatras e psicólogos(as), que estavam nos ambulatórios ou nos setores de recursos humanos.

O concurso para novos profissionais da RAPS foi viabilizado em sua gestão, e a chegada dos profissionais aos serviços só ocorreu a partir de 2004. Até então, os CAPS inaugurados em 2002 estavam funcionando com profissionais com vínculos provisórios (MAIA, 2007; RECIFE, 2005b). Então, atribuímos a ênfase dada à contribuição de psiquiatras nesse período, por um lado, à sua presença na rede e, por outro, à aglutinação de psiquiatras que bancaram contribuir para a construção de uma nova lógica de atenção em saúde mental.

Essa nova lógica exigiu uma série de mudanças na regulação, a exemplo da forma de supervisionar os hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS/Recife. Tal supervisão, anteriormente, conforme nos passou nossa interlocutora estratégica Ester Correa, não tinha qualquer monitoramento da área técnica de SMAD. A partir da gestão de Francisca (2001-2004), a referida supervisão passou a incorporar o monitoramento clínico, além do estrutural, sendo incorporados processos de monitoramento de primeira internação, bem como o acompanhamento dos casos de usuários egressos dos hospitais psiquiátricos pelos CAPS do território. Todos esses processos ocorreram por meio da construção coletiva em espaços instituídos para tal fim, a exemplo dos fóruns e do colegiado de gestores, os quais foram instituídos nesse ciclo e permanecem ainda hoje em funcionamento, com maior ou menor poder de mobilização e poder de deliberação, conforme vimos em nossa discussão histórica sobre a implantação da RAPS/Recife (RECIFE, 2004b, 2004d).

4.1.1.2 A efervescência do momento II – construção de rede de atenção, desinstitucionalização, recorte territorial, movimento coletivo e projeção nacional

Do ponto de vista da implantação da rede, já explicitamos anteriormente, com base em Albuquerque (2011), Maia (2007) e Recife (2004b, 2004d), como ela teve seu marco no período da gestão de Francisca (2001-2004). No entanto, consideramos relevante visibilizar os processos participativos de como foi sendo organizada a rede nesse ciclo e os rebatimentos que houve para a garantia da formação de uma base de atores que passaram a exercer uma troca nacional significativa.

Pretendemos, portanto, evidenciar nosso entendimento de que, nesse período, a concepção da construção de uma rede de cuidados extrapolou a questão da implantação de novos dispositivos, ainda que os implantados tenham sido importantíssimos; a rede foi pensada na perspectiva da formação de uma massa crítica entre os trabalhadores(as), usuários(as), familiares e demais gestores municipais. Foi pauta, nesse período, a abertura de serviços substitutivos estratégicos, mas também o investimento no fortalecimento dos movimentos sociais (Anexo 19). E foram essas as bases que sustentaram os referidos processos, conforme evidenciado no seguinte depoimento:

[...] lembrei [que] teve algumas coisas que eu acho que também são importantes demarcar nessa trajetória, que são participações em alguns momentos que eu acho que são únicos, são históricos, né? Então, por exemplo, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental, aí, a Conferência Estadual, que antecedeu a quarta, que foi a primeira que a gente conseguiu fazer no Estado em todas as regiões descentralizadas, do sertão ao agreste, ao litoral, à Região Metropolitana, é... o Encontro de CAPS, o Encontro Nacional de CAPS, o I Encontro Nacional de RAPS, que foi no ano passado, eu acho que foi no ano passado, é... acho que, assim, momentos... 15 anos de Caracas, hoje um colega mandou uma foto “15 anos pós-Caracas”, eu não participei da Conferência de Caracas, mas eu participei dos 15 anos depois [de] Caracas, então, assim, esses marcos são bem importantes, né?... Eu acho que de fora, é isso... e o próprio Movimento Social, assim, o Encontro de Luta Antimanicomial, que foi em Alagoas, eu não lembro que ano foi aquilo... Eu acho que foi antes da aprovação da lei, o encontro... foi ainda em 98 ou 99, alguma coisa assim, então, aquele encontro... e aí essa relação com o Movimento Social foi bem importante, foi fundamental. A própria constituição do “Libertando Subjetividades”, né, que foi a retomada, eu não participei da constituição inicial do movimento de luta, mas do “Libertando Subjetividades” eu estava na gestão, então, foi com nosso apoio que o pessoal foi e voltou, acho que de Belo Horizonte, né, então a gente apoiou por um tempo, esteve junto por um tempo. Ter acompanhado o nascimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, ter acompanhado o nascimento do Programa de Psiquiatria na RAPS, né? Então, assim, eu acho que tudo isso, alguns marcos daqui, a transfo... a implantação do primeiro CAPS 24 horas, o David Capistrano, né? Os primeiros CAPSi, então, ter acompanhado o nascimento de muitos projetos no campo da saúde mental, eu acho que permitiu, assim, alargar, foi essa diversidade, agora, de tudo isso, pra mim, o que tá mais, o que eu tenho clareza que é o caminho é essa aposta na coletividade, né, porque, de fato, tudo isso que eu pude acompanhar, viver no âmbito da gestão foram coisas construídas a muitas mãos, muitas mãos, de muitas... Isso, em 2001, que

começa a gestão, essa gestão, então, na verdade aqui no estado, a gente teve uma série de... tem uma lei municipal também de Recife, mas ela termina sendo muito apagada, porque quase ninguém fala da Lei Municipal, que eu acho que até a gente tem que resgatar também pra colocar ela de uma forma mais intensa, né, e aí, é importante lembrar que, 2001 a 2004, em Recife, foram anos também de produção importante, que foram depois esquecidas, né, por exemplo, a gente teve uma lei, que foi a lei “De Volta pra Casa” também, a lei de reabilitação, que foi prática... que é muito melhor, muito melhor que a lei nacional “De Volta pra Casa”, porque ela trabalha com parâmetro de salário mínimo, trabalha claramente a possibilidade de retorno pra casa e de retorno pra família de origem, e que ela foi... mas foi tão importante que quem influenciou a lei... que eu acho que é a... esqueci, é alguma coisa 706, que ela foi de 2003... 10.708, pronto, quem inspirou a 10.708 foi a experiência de Recife e a do Rio de Janeiro, porque eram os únicos municípios que já praticava, de alguma forma, o incentivo auxílio de reabilitação psicossocial, então ela foi bem importante nesse sentido... (Francisca, 2001-2004).

Em diálogo com essas questões apresentadas por Francisca (2001-2004), outros dispositivos da rede de Recife, criados nessa época, foram endossados/lembrados por outras entrevistadas como relevantes para as redes local e nacional. Esse protagonismo de Recife, resgatado pelas entrevistadas, está condizente com o percurso histórico analisado anteriormente neste trabalho, tendo como pontos centrais desse período o Projeto Rehabitar e a Ação Avançada, que se apresentaram, junto com outras experienciais locais, como vanguarda em relação ao cenário nacional, tal como observamos a seguir:

A Ação Avançada, porque muita gente que vem pra Recife vem da experiência do Cabo, e aí, no Cabo, tinha essa ideia de a equipe do CAPS vai fazer articulação com as equipes de Saúde da Família, Estação Comunidade, depois entra um outro projeto que era chamado “Programa de Saúde, Arte e Educação, Sarte”, aquilo é matriz pra NASF, eu não tenho dúvida. Quando vem pra Recife, vem essa ideia das equipes de Ação Avançada, também num embate enorme, porque aí consegue se montar algumas equipes que vão trabalhar só nisso; no Cabo, a gente era híbrido, tava lá e tava lô, tinha horário pra trabalhar no CAPS e horário pra sair, isso até certo ponto era interessante, porque a gente conseguia transitar e entender as dificuldades, enfim, como precisava ter continuidade, ou então no caso de alguém que nunca tinha vindo no serviço, como é que a gente fazia toda essa costura no território, pra ele passar um período aqui sendo caso, e depois seguir a vida na comunidade. (Antônia, 2005).

[...] se você ia encaminhar pro hospital, tentar não encaminhar mais pro hospital, dar conta ali no CAPS e só em último caso fazer a internação, e isso era muito difícil, porque você tinha muito que trabalhar com a cabeça dos técnicos, porque muitos não tinham essa formação de achar que podia lidar com a crise no CAPS, e o medo também era muito presente [risos], “como é que você ia receber uma pessoa que tá lá no hospital e trabalhar com ele aqui? Precisa fechar as portas e trabalhar com portas fechadas?” Então, tinha que ser trabalhado tudo isso... foi um período de muita efervescência, de muito aprendizado, de muita construção... a gente se reunia, discutia, tinha o colegiado mensal da saúde... dos gestores, dos gerentes de CAPS, e teve a programação de que cada distrito teria que ter um CAPS ... e o outro passo seria o 24 horas, né?... se o processo das residências terapêuticas... numa perspectiva de rede mesmo, porque era o PSF, era a escola, mais pro CAPS infantil, era a parte da inserção social, era a parte da inclusão social através da promoção de renda, então já tinha todos esses pontos de rede, da gente tentar construir isso, tentar... (Márcia, 2006-2008).

Os projetos de reinserção social não foram tratados na entrevista de Francisca (2001-2004), mas foram registrados no relatório de gestão 2001-2004 da PSMAD:

Este projeto consiste em abrir o diálogo com vários setores para a conquista de espaços concretos de reinserção dos nossos usuários: parceria com a Fundação Banco do Brasil – BB Educar para alfabetização de usuários e familiares; parceria com a Secretaria de Educação, com a garantia de vagas nos cursos profissionalizantes das Escolas Municipais; e parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico também para cursos de capacitação... Ainda com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, conseguimos abrir espaço na feira do Parque Capibaribe, que acontece mensalmente no *hall* da Prefeitura e que hoje também se estende à Feira de Boa Viagem... Em relação à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, conseguimos incluir no orçamento da mesma para 2005 nossas necessidades quanto à capacitação profissionalizante e estamos discutindo projeto sobre emprego protegido. (RECIFE, 2004b, p. 4).

Parece de grande protagonismo o desenvolvimento das estratégias no eixo de reinserção social em uma época em que se deu de forma mais efetiva a formação da rede de atenção psicossocial. Essa estratégia nos parece bastante importante para fazer frente à reversão do modelo manicomial, tão arraigado em nossa cultura local, tal como amplamente demonstrado em nossa discussão sobre o histórico da constituição da RAPS/Recife, ainda que convivendo com tensões com o principal representante desse modelo, que é o hospital psiquiátrico, conforme veremos no próximo tópico.

4.1.1.3 A efervescência do momento III – os enfrentamentos não realizados e a saída da gestão

Consideramos relevante atentarmos para as transições ocorridas na gestão da área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas de Recife, pois elas contribuíram para a função de bússola quanto à orientação que tomou. Ainda que não tenhamos colocado como questão esse ponto em nosso roteiro, ele emergiu como algo precioso a ser compartilhado para entendermos os processos e as controvérsias vivenciados. Em relação à saída formal de Francisca (2001-2004) da gestão municipal, esta se deu ao final da primeira gestão petista, em 2004, conforme podemos observar em seu depoimento:

[...] como eu coloquei, eu fui coordenadora entre 2001 e 2004 e, nesse momento, o foco era pensar a cidade e pensar a construção de uma rede de atenção à saúde mental por... a partir do recorte territorial; então, a gente tinha essa referência de formar, de trabalhar a rede a partir dos distritos sanitários; é importante, assim, nessa época, era o desafio não só de avançar, mas o desafio também de fechar, e aí a gente viveu a grande contradição de 2001 a 2004, foi assim, uma abertura de serviços, foram basicamente um serviço por distrito sanitário, mais a municipalização de... mais o Galdino Loreto, que já existia, o início do movimento de municipalizar o Espaço Azul, o Livremente, o

Cempi, né? Mas, ao mesmo tempo, nesse período, e fazer os vários enfrentamentos com os hospitais psiquiátricos, mas a gente, nesse período, a gente ainda não conseguiu fechar, fazer o enfrentamento de fato do fechamento dos leitos e trabalhar com serviços 24 horas, era ainda a coexistência de dois modelos, né?

Apesar de Francisca (2001-2004) não ter se aprofundado na entrevista sobre os motivos de sua saída da gestão, identificamos algumas controvérsias na análise documental, nas conversas com nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as) e em nossa própria vivência no contexto em análise que poderiam ter motivado sua saída da gestão. A principal controvérsia esteve vinculada a dois pontos significativos e imbricados. O primeiro está relacionado com o não enfrentamento da programação e do fechamento dos leitos psiquiátricos dos hospitais privados e conveniados ao município. Como vimos em nossa discussão anterior, Recife contava, nesse período, com sete hospitais psiquiátricos privados conveniados, com baixíssima qualidade (MAIA, 2007).

Nesse ciclo de gestão da PSMAD, dos sete hospitais psiquiátricos conveniados ao município, apenas a Clínica de Repouso Dom Vital foi fechada, porque solicitou descredenciamento do SUS. E o esperado era que a implantação dos dispositivos da rede substitutiva implicasse o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos, o que não ocorreu. Mais significativo que o fato de não ter tido a decisão política de realizar tal enfrentamento pareceu-nos a forma como se deu a mudança na priorização do eixo da política da desinstitucionalização para a redução de danos e ainda a condução da gestão até então participativa, e que passou a ter um direcionamento verticalizado. Isso ficará mais evidenciado no segundo ciclo da gestão (ALBUQUERQUE, 2011; MAIA, 2007; RECIFE, 2004b, 2004d).

No final desse ciclo, ocorreu o que discutimos em nossa análise do processo histórico de constituição da RAPS/Recife sobre a implantação do Programa Mais Vida, o qual foi instituído com uma gerência distinta da já existente. Dessa forma, veio a cindir a PSMAD. Por outro lado, os investimentos realizados na expansão da rede AD estiveram inversamente proporcionais aos realizados no eixo da desinstitucionalização no mesmo período, ou seja, desaceleraram o processo em curso da desinstitucionalização (RECIFE, 2005b, 2006c). Lembramos que, em termos da desinstitucionalização, havia o respaldo por parte do Ministério da Saúde de incorporar ao teto financeiro do município os valores correspondentes às AIH dos leitos psiquiátricos que fossem desativados e ainda garantir os recursos para a implantação de residências terapêuticas e do Programa de Volta pra Casa para sustentar o processo de ressocialização dos(as) usuários(as) de longa permanência (BRASIL, 2000, 2003a).

Não se tratava, portanto, de disputa do ponto de vista de recursos financeiros para implantação concomitante dos dois eixos. O que esteve em jogo foi a não aposta da gestão municipal da época de que a rede psicossocial, da qual o CAPS 24 horas era seu elemento estratégico, fosse capaz de acolher e cuidar das pessoas com sofrimento psíquico em crise. A forma como passou a ser conduzido o Programa Mais Vida também representou um ponto de tensão, pois até então a saúde mental vinha com um acúmulo de gestão participativa, com vários espaços colegiados constituídos, tal como vimos em nossa discussão sobre os processos históricos da constituição da rede psicossocial. Na análise dos próximos ciclos, veremos alguns dos desdobramentos dessa nova forma organizativa da gestão da SMAD em duas gerências.

No momento, consideramos essencial visibilizar nosso entendimento, construído a partir das discussões realizadas até aqui, de que várias controvérsias foram geradas a partir desse não enfrentamento do fechamento dos leitos psiquiátricos e da consequente convivência com os dois modelos em paralelo. Em meio a essas controvérsias, constituiu-se nitidamente um grupo dentro do cenário local, novo e contra-hegemônico, que passou a defender um modelo efetivamente antimanicomial. Um cenário até esse momento habitado, como vimos em nossa discussão sobre o perfil das entrevistadas e de seus interlocutores, por lideranças hegemonicamente do sexo masculino e com formação em psiquiatria. E, senão parte de uma geração da Escola de Psiquiatria do Recife, ao menos que não se contrapunha a ela de forma categórica.

No próximo tópico, reservamos um espaço para a discussão sobre a aglutinação do que poderíamos identificar como um coletivo de ruptura com a Escola de Psiquiatria do Recife e o nascimento de um movimento simultaneamente interdisciplinar, intersetorial e que tentava visibilizar teorias e emplacar práticas de cuidado em saúde mental de caráter psicossocial e pautadas nos princípios antimanicomiais. Esse coletivo, em um segundo momento, passou a incorporar os princípios antimanicomiais e antiproibicionistas, na medida em que incorporou em suas pautas o eixo AD. As controvérsias do campo sempre se deram, essencialmente, em dois níveis de conflitos, sendo um da ordem do explícito, que foi travado com grupos conservadores, que ainda hoje defendem o paradigma clássico de cuidado, entre os quais podemos visibilizar a ABP, a indústria farmacêutica e as alas conservadoras das universidades locais.

O segundo nível de conflito se configurou de forma velada ou subliminar, mais difusa e com representantes que exercem diferentes papéis/funções em pontos estratégicos da rede, como usuários, trabalhadores, docentes e/ou gestores. Como veremos no decorrer de nossa discussão, os conflitos, no âmbito da gestão municipal, não eram evidenciados nas discussões teóricas ou nas formulações de propostas, mas, essencialmente, no plano da operacionalização,

em especial pela via da não priorização das pautas, pela ausência de posicionamento, entre outras medidas da ordem do não dito e de novas apresentações para práticas tradicionais.

4.1.1.4 A efervescência do momento IV – um ícone e um coletivo antimanicomial

Como vimos, enquanto, no cenário nacional, os militantes comemoravam a conquista resultante de cerca de 10 anos de lutas para aprovação da já referida Lei nº 10.216/2001, em Recife a vitória do PT pela coligação Frente de Esquerda do Recife, e que tinha como vice-prefeito um representante do Partido Comunista do Brasil (PCdoB), abriu um cenário favorável no que refere à implantação da PSMAD (MAIA, 2007).

Talvez advenha dessa efervescência certa dificuldade que tivemos para identificar e apresentar com distinção a trajetória pessoal da entrevistada e sua leitura sobre a política. Fizemos o exercício que estava a nosso alcance e, como resultado, evidenciamos a necessidade de demarcar que ela, de alguma forma, nunca se afastou totalmente, ainda que estando em outras esferas das gestões estadual ou federal. E não apenas esteve presente como exerceu certa influência sobre as demais gestoras locais, em menor ou maior medida. Influência essa que, por vezes, esteve localizada na gestão da área técnica de SMAD, e não necessariamente compartilhada com a gestão municipal mais ampla, como visto anteriormente.

Francisca (2001-2004) passou a ser reconhecida por todas as demais gestoras da área técnica do município, mesmo com os conflitos e as controvérsias vivenciados nos bastidores desse processo. Conflitos e controvérsias que, por vezes, foram significativos e alvo de rupturas, ao menos temporárias, das relações. Cada entrevistada atribuiu determinado significado a essa referência, e que nos parece interessante registrar para que possamos refletir sobre tal posição ocupada por ela em relação às demais. Vejamos:

Eu acho, assim, meu companheiro de trabalho, alguns dos quais viraram amigos, são grandes referências, assim, *Francisca* é uma grande referência, pela assim, eu sempre disse a ela, pela tenacidade, uma tenacidade, a bicha tem uma persistência e foi conseguindo muita coisa assim... (Antônia, 2005).

Olha, eu acho que aqui tem *Francisca*, que eu acho que deve tá sendo entrevistada, não sei, mas foi uma pessoa muito importante aqui nessa luta, porque era aquela pessoa que batalhava, que ia atrás, que defendia, então, assim, ela sempre tava junto... (Márcia, 2006-2008).

É, uma coisa são as ações e desafios propostos, né? Outra coisa é... são as ações que puderam ser feitas no período que eu estava... na realidade, eu gosto... eu acho que, fazer gestão, você não faz sozinho e, por outro lado, eu acho que... que eu falei das outras pessoas que eu acho que são meus mestres de gestão, eles também, a personalidade e a individualidade de cada um faz a diferença, sim, então, por outro lado, eu acho que o contexto da gestão maior, né? O contexto macro da secretaria, ele precisa ajudar. É... eu tenho certeza que a gestão da *Francisca*, daquela equipe

não teria conseguido avançar se não fosse um contexto, e não fosse *Francisca*... não dá pra tirar [a] *Francisca*, e não dá pra tirar o contexto... (Adriana, jan.-jun./2009).

[...] acho que a gestão da gente, ela teve um efeito assim, que eu avalio positivo, porque também antes houve algumas pessoas, como a própria *Francisca*, que também foi construindo essa base anterior... (Sandra, jul./2009-abr./2012).

[...] acho que *Francisca* também foi uma grande referência, acho que a primeira pessoa, assim, que eu me deparei no campo mesmo... (Patrícia, maio-dez./2012).

Esse reconhecimento de *Francisca* (2001-2004) nos remete ao reconhecimento de um papel de aglutinador exercido por ela em relação aos princípios antimanicomiais, ainda que não necessariamente assumidos pelas demais gestoras. E, como nos referimos anteriormente, ao longo do tempo, com a entrada da pauta AD, esse grupo passou a incorporar os princípios antiproibicionistas. No entanto, ao nos aproximarmos dessa discussão à luz das pesquisas documentais, das entrevistas, de nossas conversas com nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as), tentamos primar pelo preciosismo do termo para representar sua posição diante de um coletivo que foi se constituindo localmente, com conexões nacionais.

E, assim, identificamos que *Francisca* (2001-2004) passou a ser referida como um ícone de um coletivo antimanicomial que construiu uma história de formação e exercício profissional, militância e amizade e que, apesar de estar em diversos pontos da rede local e mesmo fora dela, ainda assim se reconhece como compartilhando dos mesmos ideais e práticas, fazendo parte desse coletivo. Quatro das seis entrevistadas expressaram em suas falas a dimensão dessa formação coletiva de identidade:

[...] aí, eu acho que vou fazer pelo recorte da trajetória profissional mesmo, eu acho que, nesse processo de formação, num primeiro momento, local, sem dúvida, eu acho que foram os atores que mais me influenciaram, que eu acho que foi no período da residência multiprofissional em saúde coletiva, sem dúvidas, que foi Telma e Nelma, eu acho que foram as duas pessoas que nesse campo tiveram uma forte influência até pra minha entrada na saúde mental, e Telma principalmente, eu sempre brinco que ela é minha mentora [risos], e ela fica rindo. Eu acho que, na experiência do Cabo, eu acho que a própria equipe original, do Cabo, inicial, a primeira equipe, ela foi muito importante porque foi uma equipe de muita interlocução, eu já falei aqui, Antônia, Marta Gouveia, Leda Gouveia, Adriana, eu acho que foram pessoas muito importantes, é... acho que Cláudio Duarte, apesar do distanciamento, mas na época como secretário e pelas ideias que ele tinha, né? É... Gustavo Couto, eu acho que Gustavo Couto foi uma pessoa que teve na primeira etapa da minha trajetória profissional, até 2004, eu acho que de 98 até 2004 foi uma influência muito forte, e de 2004 em diante, eu acho que houve uma... novos caminhos na vida e também a descoberta de outros interlocutores também, de outras influências. (*Francisca*, 2001-2004).

[...] eu lembro que, na época, o assessor do Cabo era Gustavo Couto, aí tinha uma equipe muito turbinada, né? Tava *Francisca*... eu acho assim, eu aprendi a trabalhar em equipe ali com o pessoal da Estação Cidadania ali no Cabo, e era tudo muito interligado, assim, essa ideia dos serviços da rede também se sentindo gestores,

porque também tinham uma articulação muito próxima com quem assumia a coordenação da Política de Saúde Mental... Aí, depois, é... por exemplo, a gente foi tendo contato, você entrou lá no de Bem com a Vida, não foi?

Telma: Hum, hum...

[...] então, meus companheiros todos ali do Cabo de Santo Agostinho, Suely, terapeuta ocupacional, Marta, psiquiatra, Leda, assistente social, Telma... Sabe, as pessoas com quem eu trabalhei foram mestres, porque a gente aprendia juntos, aí fica difícil ficar nomes, porque eu vou cometer alguma injustiça no meio do caminho, tá? com a minha memória que vai falhar em algum momento... Nelma, nessa coisa da... aí, Nelma depois pega esse fio, entra na militância, no movimento antimanicomial Libertando Subjetividades, eu acho assim, nós fomos aprendendo muito umas com as outras e fazendo coisa acontecerem e cada uma indo pra um município, pra outro... então, eu acho que... E essas pessoas que fizeram mesmo, a história e está lá registrado... a gente precisa beber e ativar... é, deve estar... acho assim, Gustavo, ele acabou assumindo essa função de assessoria, depois a gente teve algumas críticas, né? Porque ele assumiu gestão aqui em Recife, a gente queria um posicionamento outro da gestão, não conseguia, sentia a coisa meio evasiva... entro na saúde mental, ele era assessor lá, enfim, mas aí os processos seguem, muitas coisas vão acontecendo... (Antônia, 2005).

[...] *Fran* foi uma pessoa na gestão de saúde mental que, pra mim, muito... muito... ensinou muito, a pensar gestão e a respeitar pessoas, respeitar processo de trabalho, respeitar é... teoria, e fazê-las norte, então, é por isso que ela era minha interlocutora fora da secretaria muito forte... (Adriana, jan.-jun./2009).

[...] quando a gente tá aberto pra fazer esse diálogo e essa construção coletiva, a gente tem muitas surpresas boas de profissionais que estão ali todo dia, e que a gente não imagina o tamanho que é o trabalho e a qualidade que tem o trabalho, e pessoas mesmo que a gente se espelha pra ser, então, tenho muitos nomes... [risos]... Telma, foi uma pessoa que desde o começo eu conheci nessa batalha, acho que a própria Gilvanice Noblat, pela garra dela de estar sempre disponível não importa quantos anos de formação, mas tá ali pra atender à primeira crise a qualquer momento, Acho que *Francisca* também foi uma grande referência, acho que a primeira pessoa assim que eu me deparei no campo mesmo, Antônia, que é bárbara... (Patrícia, maio-dez./2012).

Os elementos trazidos nas falas das entrevistadas nos subsidiaram para a realizar um perfil desse coletivo em formação, que tem forte referencial de encontro a partir da experiência de montagem da rede do Cabo de Santo Agostinho, já sinalizada em nossa discussão sobre o processo histórico da RAPS/Recife. Esse grupo tinha a característica de ser formado por mulheres jovens, de classe média, com formação de nível superior de caráter interdisciplinar. Posteriormente, passou a se tornar referência para a formação de outras gerações de profissionais, a exemplo de Patrícia (maio-dez./2012), que é mais jovem e já fez sua formação convivendo com esse grupo inicial. De todas as falas, a de Antônia (2005) foi a mais contundente, ao explicitar a existência desse grupo, ainda que não seja formal quando afirma que:

Francisca tinha já feito um trabalho belo na coordenação e tava precisando sair, enfim... mas sempre teve isso nesse grupo, “tudo bem, eu saio, mas vamo ver como é que a gente deixa a coisa arrumada, engatilhada, quem é que agora pode dar continuidade?”. Eu percebo isso aqui, em Recife, na Região Metropolitana, agora eu tô no interior, lá no sertão a coisa é um pouco diferente, mas eu acho que aqui sempre

teve uma turma muito afinada, assim, como é que a gente pode dar conta de sustentar esse processo de transformação... e a gente também tinha os colegiados, né?

Como princípios compartilhados pelo referido grupo, podemos identificar a forte influência da saúde pública e de ter assumido, desde sua formação, explicitamente a perspectiva antimanicomial. E ainda, posteriormente, de ter assumido “propostas mais progressistas” de abordagem na área AD, propostas essas que fogem da “pedagogia do terror”, como podemos observar na seguinte afirmação de Francisca (2001-2004), e que para nosso estudo se aproxima dos ideais antiproibicionistas:

[...] então, eu passei de 2013, não, de 2014 a viver um pouco... mais intensamente a política de álcool e outras drogas, que, para a minha trajetória, na formação, trouxe elementos novos, porque até então era muito ligada à questão da desinstitucionalização, que até eu avalio que não é uma experiência particular minha, porque, de alguma forma, nós, que somos da saúde mental, tivemos que colocar essa pauta de uma forma mais visível no colo, porque, com a onda das internações compulsórias, a questão do *crack*, a pressão muito forte pela ala mais conservadora, e o crescimento das comunidades terapêuticas, a pressão pra financiamento, tudo isso demandou que a gente trouxesse com mais espaço a questão de álcool e drogas para a saúde mental, então não foi uma experiência particular apenas, então, de alguma forma, com todos os gestores, isso acabou acontecendo... porque, de 2014 pra cá, a Senad, com a mudança de gestão, começou [a] assumir também uma posição de introduzir na sua pauta apoio e financiamento a propostas mais progressistas, então ela é um misto, ela tem desde o financiamento das comunidades terapêuticas e de projetos, é... digamos, mais tradicionais, mas ela começa, por exemplo, a desenvolver alguns projetos numa perspectiva diferente a partir de um outro novo pras questões de álcool e drogas, então hoje ela basicamente se divide em duas possibilidades...

É interessante notar que a conceituação sobre o antiproibicionismo e a redução de danos não foi enfatizada pelas entrevistadas, apesar de, no processo de busca de termos, tenhamos identificado que, ao abordar a questão do cuidado voltado às pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas, foi utilizada a expressão álcool e outras drogas, tal como vem sendo utilizada na política nacional.

Entendemos, portanto, que, entre as entrevistadas, o eixo da desinstitucionalização e o foco na perspectiva antimanicomial ficam claros, como o antiproibicionismo, ou se mostram ausentes ou tangenciados. Apesar de não ter sido o foco de nosso trabalho, consideramos relevante evidenciar essa relação assumida pelas gestoras entrevistadas, pois, como vimos em nossa discussão teórica, esse é um tema que sequer foi posto na pauta de formulação da política no eixo AD. O foco das discussões em relação a seus paradigmas se deu de forma bastante conflituosa na rede, como vimos em nossa discussão histórica em relação à

implantação da redução de danos, pois, dentro da própria rede, existem profissionais que defendem o cuidado baseado no paradigma da abstinência (MORAES, 2008).

Concluimos as discussões do primeiro ciclo de gestão da PSMAD reafirmando sua complexidade em termos de serviços implantados e de questões abertas para debate ao longo dos anos seguintes. Sigamos, então, para a discussão sobre os marcos e as controvérsias envolvidos no segundo ciclo da gestão.

4.1.2 Segunda onda – da efervescência aos enfrentamentos não realizados: sustentando os princípios antimanicomiais, a rede de atenção versus a convivência com os hospitais psiquiátricos

O segundo ciclo da gestão da PSMAD coincide com o princípio da segunda gestão de João Paulo do PT/PCdoB e contou com o cenário nacional da primeira gestão de Lula, iniciada em 2002. No contexto local, diferentemente do início da primeira gestão, que conseguiu aglutinar a participação de várias tendências internas do PT, a segunda gestão iniciou já com intensas tensões entre essas tendências, o que repercutiu na condução do setor da saúde e, consequentemente, da SMAD. A saída de Francisca (2001-2004), ainda que não tenha sido explicitada plenamente nas falas das entrevistadas, parece ter relação com esse cenário.

Em termos das informações documentadas, podemos observar algumas pistas nos RAG do período em análise. A primeira é referente à ordem da política como prioridade de gestão, o que perde força nesse segundo ciclo, podendo ser observado na forma como ela passa a ser apresentada como as demais políticas. A segunda está relacionada com a divisão das duas políticas, anunciada em 2003 e efetivada em 2005, quando foi implantada a Política Municipal de Atenção Integral ao Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Programa Mais Vida) a partir do comando do gabinete do secretário (ALBUQUERQUE, 2011; RECIFE, 2002b, 2003, 2004d, 2005b, 2006c).

Já a terceira e mais contundente pista se observa pelo descompasso na expansão da rede, que se voltou quase exclusivamente, em 2004, para o eixo AD. Em 2004, por exemplo, houve a implantação de três CAPSad, três Casas do Meio Caminho¹⁸ e a municipalização de dois serviços estaduais. No mesmo período, o eixo de atenção aos demais sofrimentos psíquicos teve apenas a implantação do primeiro CAPS III, planejado desde o ano 2001, e o cancelamento da transformação dos demais CAPS II para tipo III, não se conseguindo

¹⁸ Dispositivo municipal pioneiro de retaguarda aos CAPSad, com características de residências transitórias e que contribuíram para a concepção das atuais Unidades de Acolhimento. Estas foram instituídas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial nº 121/2012 (BRASIL, 2012a).

implantar o CAPSi, previsto para funcionar no Distrito II, e ainda houve somente a reprogramação de 80 leitos psiquiátricos (RECIFE, 2002b, 2003, 2004d, 2005b, 2006c).

É nesse cenário que Antônia (2005) assume a gestão de um dos eixos da PSMAD. Ela fez parte do grupo que veio do Cabo de Santo Agostinho, e em nosso encontro explorou bastante a experiência do Cabo, compreendendo-a como um movimento iniciado na década de 1990 não apenas em Pernambuco, mas em todo o Brasil, reforçando o que havíamos identificado em nossa discussão sobre o processo histórico da implantação da RAPS/Recife. Expressou sua passagem na coordenação com um “grande desafio”, em uma fala repleta de emoção.

Quanto ao mandato de sua gestão, identificou como seu principal objetivo tentar sustentar as conquistas do primeiro ciclo de gestão da PSMAD, conforme podemos observar em seu depoimento:

[...] acho que foi o desafio maior da minha vida, que, inclusive, me exauriu a ponto de eu achar que não quero nunca mais nada de gestão, que foi a Coordenação de Saúde Mental de Recife, que foi um período... assim... Então, Telma, basicamente foi tentar sustentar o que tinha, é... sido instituído, porque foi novidade, foi novidade, por exemplo, a ampliação da rede, né? Então, dar conta desses CAPS funcionarem bem, mantendo essa gerência e essas equipes sintonizadas, vamo tentar discutir, vamo pensar na organização do trabalho da gente, na organização do processo de trabalho, então, era um pouco assim... então, o que deu pra seguir implantando, fomos... mas o... vamos ver o CAPSi, eu lembro da... aquele CAPSi que fica ali na... Zaldo Rocha, na época. Então, assim, mais uma ou outra coisinha implantada, mas, sobretudo, sustentar essa rede, trabalhar os princípios dessa rede, as residências terapêuticas também, vamos sustentar essas residências, porque as residências eram o grande trunfo pra gente realmente conseguir fazer redução de leitos, do número de leitos...

Antônia (2005), nessa fala, reforça que, além da implantação e da qualificação da rede, havia a necessidade de reduzir os leitos psiquiátricos, deixando claro que a prioridade teria de ser a expansão e a qualificação da rede substitutiva, com a redução dos leitos psiquiátricos. Registraremos, nos próximos tópicos, as ações e as interlocuções que efetivamente puderam ser efetivadas nesse ciclo.

4.1.2.1 Sustentando os princípios antimanicomiais e a rede de atenção I – interlocutores locais e nacionais

Já visibilizamos anteriormente a relevância atribuída por Antônia (2005) a seus companheiros e amigos construídos a partir da experiência do Cabo de Santo Agostinho; inclusive ela ressalta ao final de nosso encontro como um legado do campo da saúde mental o que denominou “enfoque relacional” em sua trajetória e que teve dificuldade de vivenciar em

Recife como gestora em relação à rede em geral. Esses pontos são abordados no seguinte ponto de sua fala:

Os grandes parceiros mesmo eram aqui, a gente conversava muito aqui, a gente tava sempre produzindo conjuntamente mesmo, de bater papo, de trocar, assim, naquela época, não saberia destacar nenhum nome a nível nacional, exceto referências, né? Que a gente sabe, um Paulo Amarante, que a gente conseguia estar nos eventos, aí arrumava uma chance de bater papo... Lancetti foi uma pessoa que a gente... Mas, eu gostaria de marcar nessa conversa com vocês a importância do que vem sendo construído no campo da saúde mental no enfoque relacional, sabe? Eu acho que pensar numa atuação técnica que se alimenta da relação com o outro, embora isso esteja escr... acho que, sobre isso, Merhy escreve divinamente, e escreve com gabarito, né? É um cara super... Gastão Wagner, tanta gente que a gente vai... quando ele destaca lá que as tecnologias leves, elas são cruciais pro nosso trabalho em saúde, e, na saúde mental, isso é mais verdadeiro do que nunca... Porque eu vejo, aí já conto um pouquinho da realidade lá, e era a realidade que eu vivia aqui em Recife, que, se não tiver um psiquiatra no serviço, nada acontece, e como isso é contraditório, né? A equipe entra em polvorosa...

Após analisar recorrentemente os trechos de falas de Antônio (2005) sobre seus interlocutores, veio-nos o entendimento de que, em sua gestão, não houve uma interlocução com a gestão mais ampla, o que se coaduna com a análise dos RAG, que visibiliza que, nesse segundo ciclo da PSMAD, a prioridade da gestão se volta para o eixo AD, e não para o da atenção às demais pessoas com sofrimento psíquico. Sua fala evidencia ainda os desafios enfrentados para que os CAPS incorporem uma clínica efetivamente psicossocial, pois, como ela refere, nesses serviços, sua clínica ainda está fundada na centralidade da atuação do psiquiatra. As repercussões dessa clínica já foram amplamente discutidas neste trabalho e se mostram recorrentes e transversalizadas nas falas das entrevistadas (RECIFE, 2004d, 2005b, 2006c).

4.1.2.2 Sustentando os princípios antimanicomiais e a rede de atenção II – conformação da rede local

Entre as principais ações de SMAD identificadas no RAG de 2005, ano de referência da gestão de Antônio (2005), estão as ações de qualificação do funcionamento da rede, entre elas “estruturação de sistema de vigilância em saúde mental e de avaliação da política”, “implementação do trabalho de Ação Avançada em saúde mental nos Distritos Sanitários”, além do investimento no fortalecimento dos espaços colegiados e educação permanente. Em termos de implantação, nesse período houve o CAPSi Zaldo Rocha e a implantação de duas residências terapêuticas das quatro planejadas (RECIFE, 2006c, p. 47-51).

Identificamos ainda, no relatório de gestão da PSMAD de 2005, que houve a continuidade de investimento nos projetos de reinserção social, iniciado no primeiro ciclo de gestão. No referido relatório, são apresentadas várias atividades nesse eixo.

Este projeto está voltado à construção de diretrizes e [a]o acompanhamento da promoção de estratégias de inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Implica uma articulação intersetorial, buscando melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos psíquicos ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com ênfase na formação/qualificação profissional e na geração de emprego e renda. Dentre as ações já desenvolvidas, estão: cursos de alfabetização, cursos profissionalizantes, participação nas Feiras de Artesanato realizadas pela Prefeitura, inscrição de usuários na Bolsa de Empregos e exposição de obras artísticas em museus da cidade. Destacam-se algumas atividades em andamento nos CAPS's de saúde mental: • CAPS ESPERANÇA: Pintura de telas, Trabalhos Artísticos, Exposições Artísticas, Produção de Camisas (serigrafia). • CAPS JOSÉ CARLOS SOUTO: Produção e Venda de Sabonetes Decorados. • CAPS GALDINO LORETO: Produção de Camisas (serigrafia), Confecção de embalagens para presentes. Como estratégia de monitoramento, existem os Fóruns de Reinserção, envolvendo profissionais e usuários dos diversos serviços. Nestes ocorrem a construção de acordos coletivos, troca de experiências e aprofundamento teórico. (RECIFE, 2006a, p. 8-9).

É interessante notar o esforço iniciado no primeiro ciclo da gestão da PSMAD com a articulação intersetorial para garantir o fortalecimento dos projetos de reinserção social, algo que, até os dias atuais, mostra-se bastante desafiante, considerando nossa cultura disciplinar e setorial. Entendemos que tais esforços são bastante atuais dentro do que se propõe na Reforma Psiquiátrica brasileira e para os quais Amarante (1994, 2009) já chamava a atenção como sendo um dos eixos da Reforma, ou seja, a mudança no campo cultural, e não apenas no assistencial.

Contraditoriamente a esse movimento no investimento na mudança no campo cultural, sobre as ações realizadas, observamos que, apesar de ter sido realizado o mapeamento dos usuários de dois hospitais psiquiátricos, não houve a reprogramação dos 80 leitos previstos para o período. Ou seja, no campo assistencial, começava a ser percebida uma postergação do fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos (RECIFE, 2006c). Em paralelo, estava sendo implantada a rede AD, abrindo a discussão sobre a imprescindível necessidade de integração entre os diversos pontos da rede. Esses elementos puderam ser observados nos trechos seguintes da entrevista:

Então, eu acho assim, aquele um ano que eu fico na coordenação de saúde mental foi mais de tentar sustentar as conquistas de todo aquele período anterior que Francisca tinha estado à frente com a equipe anterior, não deixar recuar, mas assim, travava nisso, porque dali era de fato fazer um enfrentamento para que alguns hospitais já fossem fechando, fazer mesmo essa negociação, e os hospitais foram fechando, na época que eu estava isso aconteceu, porque já não era interessante manter, começou a ficar difícil manter, então, não era nem por uma ação efetivamente de decisão do município... e de repente começam esses donos de hospitais dizendo ó... já fazendo

que meio uma pressão no movimento oposto, então ficou superdelicado mesmo... e a gente, na verdade, precisava fazer avanços do tipo “vamos transformar todos os CAPS em 24 horas?”, essa era uma decisão a ser tomada, e a gente passou muito tempo discutindo essa possibilidade e tal, nossa, nem sei, acho que demorou um tempão até conseguir avançar nas transformações, e ainda é um problema, pelo que eu acompanho da rede Recife, ainda é um problema, que a gente, enfim, não tem leitos de atenção integral que consigam dar conta da gente prescindir do hospital, então, é um problema de grande porte realmente... mas, o que era necessário de avançar pra dizer “não, Recife fez o que pretendia”, porque o que pretendia era muito claro, é o que a política nacional de saúde põe muito claramente, e que agora está em questão, né? Tá assim, tá ameaçado, nunca as coisas são garantidas no campo do público... é... é... é uma agonia isso, mas é muito verdadeiro. A gente tem que ter uma atenção muito permanente... Esqueci de dizer uma coisa importantíssima, agora chegou... um grande desafio naquela época da coordenação também era a articulação com o Mais Vida, porque, desde o início, foi um problema aqui nessa cidade, de haver uma gerência de saúde mental, de atenção à saúde mental e uma gerência de atenção a pessoas com uso de álcool e drogas, isso não pode ser esquecido, porque o que começou a acontecer... a RAPS tem que contemplar todas essas questões, porque as pessoas não se fragmentam pra ter acesso ao cuidado em um ou outro serviço, onde quer que chegue tem que ter o acolhimento devido, enfim... e essa fragmentação aqui em Recife foi muito nociva... e a via de saída disso foi no dia a dia, quando as equipes foram se... eu lembro, eu trabalhei lá no Galdino (CAPS II na época), né? Tinha o René Ribeiro (CAPSad) ali na praça... E a gente começou a fazer articulação porque eles não conseguiam lidar com alguém que tivesse falando com as árvores [risos], e a gente, ah, um cigarrinho de maconha é René Ribeiro, era mais ou menos assim, caricaturando, quando isso é ridículo, não dá pra funcionar desse modo, né? Eu lembro que a gente começou, “Oh, a gente precisa fazer essa articulação”, porque lá no nível central era desarticulado, e aí eu acho que as gerentes também tentavam conversar, tecer, mas o Mais Vida foi tentando ganhar uma vida própria e eu acho que a gente perdeu muito com isso, porque a vida própria tinha que ser conjunta, porque assim que é a vida real... Eu acho que Polly tava dando apoio à Patrícia, e agente conversava muito, porque a gente fazia a crítica disso, né? Mas aí é que vem, já tinha um desenho na cabeça de Evaldo [Melo], sabe? E isso tornava o diálogo difícil, mas no dia a dia as equipes sentiam que não, que tinham que conversar... Uma rede substitutiva, uma lógica que seja antimanicomial, que é ainda o grande problema, né? A lógica, eu acho que esse é o grande problema, não é só criar um serviço, assim... (Antônia, 2005).

Antônia (2005) nos traz um elemento novo referente à discordância sobre a divisão dos eixos da PSMAD, pois, segundo ela, essa definição não contou com a concordância das respectivas gerências da área técnica nem de parte dos atores da rede. Esse investimento das gerências das áreas técnicas e das equipes dos CAPS para tentar superar esse distanciamento poderá ser observado nas falas das gerentes dos próximos ciclos a serem abordados e sempre no sentido de que os problemas advindos dessa separação foram sendo abordados, dentro do possível, de forma conjunta entre as duas gerências.

Rosana Rameh-de-Albuquerque (2008), em seu estudo realizado localmente, reforça essa percepção sobre as controvérsias geradas com a forma como foi implantado o Programa Mais Vida e que entrava em conflito com o modo como vinha sendo conduzida a PSMAD até então.

Tais reflexões também permearam as discussões internas na Secretaria de Saúde de Recife quando da criação das CMC, pois[,] para alguns que compunham a área da saúde mental, antes de se decidir sobre a criação dos serviços deveria haver maior debate sobre alguns pontos, entre eles:

[...] considerando que a gente acreditava e defendia que eram os leitos no hospital geral que poderiam dar essa retaguarda [...]. Financeiramente, como ia sustentar? Do ponto de vista do modelo, o que é que respaldava? Teria demanda? Qual seria o sentido? Então tinha uma série de coisas que naquela época terminaram não sendo discutidas. Havia divergências, não havia mesmo espaço para discussão, havia uma decisão mesmo de um determinado modelo. [...] na época, tendo como referência a política nacional, vinha muito assim: Essa CMC tá muito com a cara das comunidades terapêuticas... e era uma época que a gente, inclusive, a nível nacional, vinha fazendo uma discussão em relação às comunidades terapêuticas... Qual é a função?... Mas questionando muito se ela era uma estratégia potente para o poder público utilizar. E se a gente trabalhava com a questão da redução de danos, e o albergue ou você se isolar, implicaria também num [sic] processo de abstinência, como é que isso na prática...? Então tinha uma série de questionamentos, mas que, na verdade, não teve espaço pra se maturar isso, pra se discutir. Era uma decisão. E do ponto de vista da política nacional, ia de encontro, né? Aí a gente poderia fazer várias análises, né? (informação verbal). De um modo geral, quando se fala das CMC, bem como do Programa Mais Vida em si, tanto os profissionais do referido programa, quanto os especialistas, referem-se a uma proposta personalizada na figura de seu criador local. Ou seja, se atribui a esta pessoa a capacidade criadora para inserção do modelo no SUS, pelo fato de ele ter sido Secretário de Saúde e ter podido, por opção política e ideológica, investir na proposta: “[...] eu conhecia muito o trabalho dele no RAID, e depois soube que ele virou Secretário e que ele estava montando todas aquelas estruturas, tentando fazer uma rede maior” (informação verbal). “O Programa Mais Vida acho que nasceu primeiramente da questão política, acho que quem tava na época idealizou esse programa enfim...” (informação verbal). (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008, p. 102-103).

Nesses posicionamentos, identificamos controvérsias na forma de conduzir a política, bem como na lógica da oferta do cuidado. Pilares essenciais para os(as) que vinham implicados(as) na construção do paradigma psicossocial em nível local. Portanto, elementos inegociáveis, como a construção coletiva e a radicalidade do cuidado antimanicomial e antiproibicionista.

Isso se chocava com a gestão centralizada, com poucos espaços para discussão coletiva e ainda com propostas terapêuticas fundadas em uma linha que podemos identificar como tradicional da psiquiatria e da psicanálise. Com o agravante de ter a oferta do cuidado importado de uma instituição privada, no caso o RAID, que não necessariamente seria viável, ou mesmo interessante, para a realidade do SUS. Diante de tantas controvérsias, no próximo tópico abordaremos brevemente os motivos que motivaram a saída de Antônia (2005) da gestão, e não nos pareceu ter sido essa divisão o foco de suas preocupações, apesar de seus questionamentos.

4.1.2.3 A convivência com dois modelos de atenção em paralelo e a saída da gestão

Vimos que, nesse ciclo, a rede psicossocial já dispunha de vários dispositivos implantados e, com eles, surgiram vários outros desafios, entre eles o vinculado à discussão

sobre os imperativos para a implantação de uma política de SMAD de caráter antimanicomial e antiproibicionista.

Entre os principais elementos para a efetivação dessa rede de cuidado com tais características, seria necessária a implantação dos dispositivos assistenciais. Mas também deveria ocorrer, em paralelo, o fechamento e a reprogramação dos recursos originários dos pagamentos das AIH para o investimento na rede de atenção psicossocial.

O investimento na rede psicossocial passaria, necessariamente, pelo fortalecimento de estratégias capazes de favorecer a reabilitação psicossocial das pessoas com sofrimento psíquico, inclusive o decorrente do uso de drogas. Entre as estratégias necessárias, estaria a geração de emprego e renda, bem como a que pudesse favorecer a mudança na relação da sociedade com as diferenças (AMARANTE, 1995a, 2003; PITTA, 1996; SARACENO, 1999).

Na entrevista de Antônia (2005) e na análise dos RAG do período, pudemos observar que a área técnica deixou de compor o núcleo decisório e que os já referidos enfrentamentos necessários para a consolidação da PSMAD foram postergados. Com isso, Recife ficou sendo reconhecido nacionalmente por seu investimento dúbio na rede de saúde mental. Esse fato provocou um incômodo insustentável na gestora, culminando em sua saída da gestão, como podemos observar a seguir:

[...] então, surgiu essa indicação de que eu assumisse a política; eu fiquei por um ano, um ano, foi o que deu, foi muito pesado pra mim, porque o nosso modo de trabalhar coletivamente não era respeitado, havia diretrizes que vinham do gestor maior, da equipe maior de gestão, e era assim: “cumpra-se, faça-se”, e o enfrentamento maior de Recife sempre foi a questão do hospital, da rede hospitalar imensa, de assim, como é que é, de fato, a gente vai enfrentar isso? Assim, muita coisa tinha sido alcançada... mas também tinha muito por fazer em relação a essa substituição efetiva do modelo manicomial. Eu lembro que eu ia pros colegiados nacionais, e Recife era conhecido como o lugar que conseguiu criar uma rede arrojadíssima paralelamente à manutenção de uma grande rede hospitalar, lembro que isso eram os comentários, né? E por que que travava? Travava exatamente no enfrentamento que precisava ser feito pela Prefeitura e pela Secretaria de Saúde, porque uma coordenação com uma equipe de trabalho não ia conseguir avançar se não houvesse uma decisão, e aí eu acho que foram os momentos de maior tensão mesmo, e isso me desgastava muito, porque assim... [risos]... a galera envolvida com hospital aqui tem muita força, né? Isso causava muito, muito desgaste, então fui até onde deu, mesmo, enquanto eu senti que conseguia estar conectada com... eu acho que é a base, né? A gente precisa estar conectada com a base, assim, quando eu senti que eu ia ter que tomar decisões descoladas e que isso tava muito de encontro ao que eu acreditava, eu disse “acabou, não tá dando mais pra mim”, e saí.

Como podemos perceber na fala, o grande incômodo gerado nesse ciclo foi essencialmente o mesmo que levou à saída de Francisca, ou seja, o não enfrentamento dos hospitais psiquiátricos para seu fechamento, bem como a forma como estavam se dando os

processos decisórios, sem que a área técnica ocupasse um espaço de compartilhamento nas decisões. Nesse segundo ciclo da PSMAD, a partir dessa última fala de Antônia (2005), bem como abordados os estudos de Albuquerque (2011) e Maia (2007), observa-se uma mudança no sentido da gestão participativa para uma gestão centralizada, dando-se início ao terceiro ciclo da gestão da PSMAD.

4.1.3 Terceira onda – o sumiço dos enfrentamentos não realizados: contornando a separação entre os eixos da PSMAD por meio dos espaços comuns e da clínica versus a convivência com o hospital psiquiátrico

Com a saída de Antônia (2005), a gerência passou a ser ocupada por Márcia (2006-2008), que apresentava um perfil diferenciado das gestoras que a antecederam por seu percurso de formação, bem como pelo não compartilhamento da militância no movimento antimanicomial. No entanto, Márcia (2006-2008) havia iniciado sua prática na coordenação junto com Francisca (2001-2004) e, posteriormente, assumiu a gerência de um CAPS tipo II, no qual investiu fortemente nos processos de reabilitação social, com realização de estratégias de geração de renda.

Então, nesse terceiro ciclo, podemos observar investimentos, primordialmente, em projetos de reinserção social e de qualificação da rede, a exemplo da implantação da supervisão clínico-institucional nos CAPS. Estes já contavam com supervisão desde o primeiro ciclo de gestão, no entanto, durante esse ciclo, ela foi estendida a todos os serviços (RECIFE, 2004b, 2006c, 2007, 2008e).

Ainda nesse período também foi iniciada a organização do que, em 2010, passou a se chamar Escola de Formação de Supervisores Clínico-institucionais – Recife e Região Metropolitana, que teve como objetivo formar novos profissionais e qualificar os que atuavam na rede, tendo incentivo técnico e financeiro do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007a, 2010a).

4.1.3.1 Interlocutores locais e nacionais

Márcia (2006-2008) apontou como principais interlocutores no período de sua gestão o gestor estadual da época e a universidade, pois com eles estabeleceu sistemáticas trocas. Ela refere ainda o apoio de atores nacionais, especialmente para os processos de formação. E, quando estimulada a falar sobre a interlocução com o Movimento da Luta, refere-se a duas outras gestoras de SMAD de Recife, com quem havia trabalhado em 2001. Essas pessoas

foram citadas como se tivessem exercido a função de mediar o diálogo com o Movimento da Luta. Tais interlocuções ficaram explicitadas nos seguintes trechos da entrevista:

Olha, eu acho que aqui tem Francisca, que eu acho que deve tá sendo entrevistada, não sei, mas foi uma pessoa muito importante aqui nessa luta, porque era aquela pessoa que batalhava, que ia atrás, que defendia, então, assim, ela sempre tava junto. Tem Patrícia também, que ficou muito tempo... são pessoas, assim, que acompanharam todo tempo, todo período, não estiveram fora. Eu acho que também tem gente que hoje tá na universidade, que trabalhou fora como Vera [Fagundes], que fez trabalho nos CAPS... Tem Ivo [Andrade Lima], que foi também coordenador de saúde mental do estado, que passou um tempo, que é uma pessoa que fez um bom trabalho quando eu tava aqui... Vera tava na universidade, aí ela veio pro CAPS e fez um trabalho no CAPS que eu trabalhava, então ela, tipo assim, tentou mostrar na teoria aquilo que a gente fazia, e isso ajudava a gente também, porque a gente discutia muito o que a gente tava fazendo, ela era T.O, era professora da universidade, era num processo de articulação interinstitucional... Ivo já como coordenador do estado... eu tive um entrosamento muito grande com ele, eu acho que... eu aqui, no Recife, e ele lá, no estado, pra trabalhar a integração no estado mesmo dos municípios, na questão da desospitalização, na questão dos CAPS 24 horas, na questão da supervisão também... reuniões com outros municípios, então, ampliar a rede, ao invés de ser só a rede Recife, não... a gente tinha o colegiado dos coordenadores de saúde mental do estado, aí sempre tava fazendo... hoje faz em Caruaru, fazer em Olinda, vai fazer em outro município... alguém ia dar um curso lá pra ver como é que é, eu fiz muito supervisão nessa época em Caruaru, em Jaboatão, em Olinda... então, tinha essa integração... Eu acho que tem de fora, Ana Pitta, que foi uma pessoa que veio aqui duas vezes, e também discutia muito, é... principalmente a questão da supervisão e... de... de ter mais um fortalecimento da política... você tem aquele... aquele que eu sempre esqueço do Rio, da... da... infantil, que veio aqui, que veio aqui várias vezes... É Bené... Beneti, Beneti é de Minas Gerais, Beneti também, mas o do Rio é do... que é do CAPS infantil do Rio... que teve até agora quando a gente tava com a supervisão... [pausa] tem... tem Lancetti, que eu acho que são os marcos de ficar o tempo todo... Pedro Gabriel também, são pessoas que dedicaram parte de suas vidas a isso... aí, eu acho que, no Brasil, são as pessoas que eu acho que continuam, escreveram muito e continuam... [pausa]. Tem muitas pessoas, é porque, de repente... [risos]... (Márcia, 2006-2008).

É interessante observar que, nesse terceiro ciclo, nossa entrevistada refere como interlocutores basicamente atores de fora da gestão municipal, como as coordenações estadual e nacional de SMAD, universidade e profissionais de outros estados que participaram dos processos de formação. Isso poderia nos levar a supor certo isolamento da gestora da área técnica em relação à gestão municipal mais ampla. No entanto, não foi o que se configurou na análise de outras fontes, conforme veremos no próximo tópico.

4.1.3.2 A tentativa de aproximar os dois eixos da política: Saúde Mental e Redução de Danos

Um elemento essencial nesse ciclo realçado por Márcia (2006-2008) e que conseguimos identificar na própria apresentação do RAG do período em análise foi a reaproximação sistemática dos dois eixos da gestão, pois, no relatório desse período, as informações passaram a ter uma apresentação conjunta, sob o título “Saúde Mental e Redução

de Danos”, visibilizando os dois eixos da gestão. A partir desse período, passou a ser dada ênfase às ações voltadas à redução do tabagismo, que até então não tinha destaque nos RAG (RECIFE, 2007, 2008e, 2009b).

Localizamos ainda no *blog* do I Encontro de CAPS do Recife (Anexo 20) e no *Diário Oficial* do município os seguintes registros sobre o evento:

O primeiro ENCONTRO DE CAPS DO RECIFE será realizado no Centro de Convenções de Pernambuco nos dias 02, 03 e 04 de abril de 2008, com o tema “O Cuidado Cotidiano no CAPS: Desafios e possibilidades”. Os eixos temáticos que nortearão as atividades científicas exploram aspectos dessa realidade como: projeto terapêutico individual, saúde mental na Atenção Básica, redução de danos, diagnóstico, dentre outros... Esperamos todos.
Gerência de Atenção à Saúde Mental / Gerência de Redução de Danos do Recife.
(RECIFE, 2008a).

Participaram do evento a secretária de Saúde do Recife, Tereza Campos, o coordenador de Saúde Mental do Estado, Ivo Andrade, e a consultora do Ministério da Saúde, Francisca, além do psiquiatra e psicanalista de Belo Horizonte (MG), Antônio Beneti, que realizou a conferência O Campo do Cuidado em Saúde Mental... Para falar sobre o papel do Ministério Público no âmbito da saúde pública, foi convidada a promotora Ivana Botelho. Além dela, a psicóloga e professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA) Ana Pitta e a coordenadora de Saúde Mental de Belo Horizonte, Marta Elizabeth Souza, participaram debatendo, respectivamente, sobre a importância da formação de supervisores clínico-institucionais dos CAPS e a implantação da reforma psiquiátrica. (RECIFE, 2008a).

Observamos que, nesse ciclo, os eventos promovidos contaram com espaços de divulgação, e que Márcia (2006-2008) conseguiu algum apoio político por parte da gestão municipal mais ampla. Ela contou ainda com o apoio das gestões estadual e nacional de SMAD para tais eventos, como consta das publicações citadas.

Enfim, esse ciclo parece ter sido um período de certo arrefecimento dos conflitos internos entre a área técnica e a gestão local mais ampla quanto ao fechamento dos leitos psiquiátricos. Estes continuaram sendo fechados progressivamente por demanda dos próprios hospitais, e não por iniciativa da gestão municipal. Acompanhem os principais pontos apresentados pela gestora do ciclo, Márcia (2006-2008):

[...] a maior parte do tempo, eu tava na separação mesmo, né? Porque era Evaldo, né... [risos]. Peguei bem a época que foram instalados os CAPSs, e então era Francisca a coordenadora, e aí, não... havia aquele desentendimento; então, a gente não tinha muito acesso aos CAPSs; então, era, de um lado, a saúde mental e, do outro lado, a parte de álcool e drogas, não tinha esse entrosamento. Só que, assim... depois que eu entrei, a gente começou a trabalhar... tentar trabalhar mais junto, foi quando a gente fez o encontro de CAPS, fez vários eventos juntos, procurava fazer colegiados juntos, procurava fazer a supervisão... as pessoas que podiam fazer a supervisão dos CAPSs, que tiveram uma... mesmo que... que não tivessem uma formação, mas que entendiam, que tinham uma formação analítica boa, que entendiam... a gente discutia

tudo isso junto, no período que eu fiquei na coordenação, até depois que eu saí, que ficou... ainda ficou um tempo separado, só depois que você [Telma] entrou é que juntou mesmo, mas assim, a gente tentava, a gente tentava fazer com que fosse tudo junto, porque eu não via por que ser separado, mas criou-se no início esse lado, que um tinha que ser de um jeito, o outro tinha que ser do outro, e não se comunicavam; depois que eu entrei a gente começou a se comunicar, começou a se comunicar através de um colegiado por mês, começou a se comunicar através de uma supervisão, começou a se comunicar através desses eventos que a gente fez, o encontro de CAPS, junto, trazendo gente pra falar das duas áreas... o Beneti mesmo, quando veio, foi pra falar de álcool e drogas, como é que era, até porque, era assim, havia muita confusão, se era uma pessoa que bebia e tinha um transtorno mental, ele não era atendido num CAPS de transtorno, e vice-versa, né? Então, como fazer isso? Aí, o Beneti mesmo, quando veio, falou muito disso, que não tinha essa separação, essa dicotomia, você tinha um problema, você tinha que ver naquele momento o que tava mais impactando sua vida, aí, você tinha que ser atendido naquele lugar, e não você ser separado se você usa drogas, ou se você usa álcool, ou se tem depressão, ou outro transtorno mental; então, você tem que ver naquele momento o que tá mais impactando sua vida, aí, é naquele lugar que você vai ficar, ou então se você tá naquele lugar e passou por outro problema, você não vai sair daí pra outro, tem que ficar... Peguei Pollyana, peguei Melissa e peguei Ana, se não me engano, mas é uma que ficou bem pouco tempo e saiu... e como eu fiz questão de quando estava na coordenação estar transitando nos CAPS, principalmente com o colegiado, com as supervisões, sabendo como estavam funcionando os CAPS, tentando ver como melhorar a parte clínica dos CAPS, porque eu acho que é importante a parte clínica, então, era uma coisa que me envolvia muito quando eu tava dentro da coordenação, aí, quando eu saí, realmente fiquei totalmente por fora...

[...] os centros de convivência, mas que a gente não conseguiu implantar... mesmo depois que eu já tava fora, teve essa tentativa, a supervisão ser uma coisa, assim, mais institucionalizada; então, a gente, no período que eu fiquei, a gente teve a supervisão institucionalizada; então, todos os CAPS tinham supervisão... Isso eu acho que essa rede, sempre a gente trabalhou com esse norte, a RAPS veio de uma forma diferente, pra dar realmente uma... eu acho... uma normatização, mas a noção de rede, a estruturação de rede, desde o início que a gente tentou trabalhar nesse sentido, eu acho que o próprio Ministério da Saúde...

Enquanto desaparece no discurso da área técnica da SMAD, na pessoa de Márcia (2006-2008), a avaliação política e de possíveis impasses com a gestão municipal mais ampla, é realçado o discurso da necessidade de melhorar a clínica nos serviços, demonstrando essa dicotomização entre clínica e política, dicotomização essa que revela uma posição por determinada clínica. Esta, como vimos em nossas discussões teóricas, exerce um papel de tamponar o caráter violento e segregador do paradigma clássico de cuidado em SMAD e, assim, reforçar, ainda que travestido de uma roupagem humanizada e moderna, o referido modelo. Dessa forma, consideramos relevante nos debruçarmos sobre alguns outros processos em curso nesse terceiro ciclo da gestão (LOBOSQUE, 1997, 2001; LANCETTI, 2001, 2007).

4.1.3.3 A reversão de investimentos nacionais e a manutenção da rede hospitalar em Recife

Após as o que foi dito, fica clara a priorização de investimentos nos processos de qualificação da rede, seguindo o que vinha sendo realizado no segundo ciclo, mas com amplitude de alcance.

No entanto, do ponto de vista dos movimentos sociais, já havia questionamentos desde 2006 sobre a efetividade do funcionamento de uma rede de fato substitutiva ao manicômio, e não apenas alternativa. O ano 2006 foi o marco da reversão do financiamento federal da rede hospitalar para a rede psicossocial, e na rede local já estava instalado o incômodo com a constante postergação da transformação dos CAPS II em III, bem como com o fechamento dos leitos psiquiátricos e a abertura das residências terapêuticas necessárias para acolher as pessoas com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

O Seminário Estadual de Saúde Mental, em alusão ao 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia, lança um tema questionando o real direcionamento do modelo no sentido antimanicomial e nos dá pistas sobre o descompasso existente nesse ciclo entre a gestão e os movimentos sociais. Situamos esse Seminário como pista, uma vez que não tivemos o objetivo, neste estudo, de realizar uma análise da institucionalização da política de SMAD na perspectiva dos movimentos sociais (Anexo 21). Mas não perdemos de vista os diálogos travados entre a gestão e os movimentos sociais ao longo dos processos em foco.

Enquanto nos dois primeiros ciclos parece haver certo sentimento da essencialidade da participação e da constituição de espaços coletivos, nesse ciclo estes foram preservados e fortalecidos, contudo dentro de uma perspectiva da formação de uma clínica que a coloca em ambiguidade com os processos políticos.

Essa perspectiva é antagônica à adotada nesta pesquisa e que foi amplamente trabalhada em nossas discussões, especialmente com base nas abordagens de Antonio Lancetti (2001, 2007), Ana Marta Lobosque (1997, 2001) e Eduardo Passos e Tadeu Souza (2011), entre tantos outros. E, para que não reste dúvida quanto a nosso posicionamento, fazemos nossa a seguinte afirmação:

Rejeitamos a clínica despolitizada, alheia às relações de poder que lhe cumpre enfrentar, para supor-se aquém, além ou acima destas relações — posto que clinicar, a nosso ver, consiste em estratégias, combates, enfrentamentos, onde nos colocamos ao lado do sujeito, na sua insubmissão a toda forma de domínio. (LOBOSQUE, 2001, p. 57).

Posto isso, consideramos, no mínimo, arriscada essa opção assumida pela gestão municipal no sentido de tamponar as tensões da ordem do “não posicionamento” por parte da própria gestão em relação à manutenção do aparato manicomial, ou seja, os hospitais psiquiátricos.

Inquietou-nos o fato de uma questão vivenciada tão intensamente nas duas ondas anteriores ter desaparecido nas narrativas nessa terceira onda. O que representaria esse “esquecimento”, quando há muito tempo o fato de o município não efetivar o fechamento dos leitos psiquiátricos vinha incomodando um coletivo que se comprometeu em efetivar a reforma da PSMAD na perspectiva antimanicomial e, a essa altura, com a implantação da rede AD, também na perspectiva da redução de danos?

A opção da gestão mais ampla ficou evidenciada nesse terceiro ciclo, com a convivência dos dois modelos, pois, em 2008, já tínhamos atingido uma cobertura de CAPS de 1,1,¹⁹ muito superior à média estadual e nacional, que, na mesma época, era, respectivamente, de 0,42 e 0,53. A cobertura de Recife, em 2008, já era considerada muito boa pelos parâmetros do Ministério da Saúde. Apesar desse cenário favorável, manteve-se o pagamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, em vez de se reprogramar o investimento para qualificar a rede e garantir o cuidado em liberdade e de qualidade (ALBUQUERQUE, 2011; BRASIL, 2007b, 2008; MAIA, 2007).

Em nossa pesquisa, não teríamos como precisar as motivações para tal posicionamento da gestão de caráter popular. No entanto, esse ciclo revela que as condições da rede substitutiva já possibilitavam a retaguarda para o acolhimento e o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, inclusive o decorrente do uso de drogas. A reprogramação dos valores pagos aos hospitais psiquiátricos seria suficiente para turbinar a rede substitutiva, como ocorreu em nível federal (BRASIL, 2007b, 2011b).

Então, consideramos uma proposição mais plausível da ordem do concebimento do cuidado. Como vimos em nossas discussões teóricas, o paradigma tradicional se constituiu a partir de uma série de aparatos técnico-científicos, jurídicos e culturais. Sua desmontagem para a construção do paradigma psicossocial de caráter antimanicomial necessariamente passa pelo investimento em todas essas dimensões e, portanto, pela formação capaz de produzir mudanças nas formas de a sociedade lidar com as diferenças (AMARANTE, 1995a).

Tendo trabalhado amplamente, em nossa análise histórica, sobre a forte influência exercida pela Escola de Psiquiatria do Recife e sobre o quanto tal influência se estendeu à formação de todas as demais categorias profissionais que atuam no campo da SMAD, sentimos a necessidade de, neste ponto, fazermos algumas conexões e reflexões sobre essas influências e a impossibilidade de romper com a barreira do paradigma psiquiátrico; não

¹⁹ O indicador de cobertura para a PSMAD do Ministério da Saúde de CAPS/100.000 hab. estava baseado nos seguintes parâmetros: cobertura muito boa (acima de 0,70), regular/boa (entre 0,50 e 0,69), regular/baixa (entre 0,35 a 0,49), baixa (de 0,20 a 0,34), insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (BRASIL, 2007b, 2008).

romper com o modelo de atenção vinculado a esse paradigma; e ainda não tomar a decisão de reverter o modelo, mesmo quando vivenciando um contexto favorável do ponto de vista de aportes teóricos, políticos e financeiros para tal, pois foi exatamente essa situação que, nesse exato momento histórico, ocorreu em Recife.

Para tal, recorreremos às discussões realizadas com interlocutores(as) que estiveram ocupados(as) com a mesma lida de construir uma política antimanicomial e antiproibicionista e de vivenciar uma rede psicossocial que vivesse a desinstitucionalização em seu caráter de desconstrução e redução de danos como princípio de cuidado.

A análise de Ana Marta Lobosque (2001, p. 54) também subsidiou o entendimento desse fenômeno da PSMAD local, pois construiu um argumento sobre o que denominou “nocividade social” do hospital psiquiátrico e a contraditória resistência em lhe pôr fim e “dar seguimento às suas implicações, criando serviços, lógicas, práticas, ações que o substituam efetivamente”. Ela explicita que as justificativas macropolítico-econômicas genéricas não davam conta de responder legitimamente a essa questão. Tal argumento nos levou a recolocar a questão nos seguintes modos: seria um acaso o fato de o cenário local, após vários anos, reproduzir o mesmo fenômeno de resistência ao fim do modelo manicomial já observado nacionalmente há duas décadas?

É, sem dúvida, muito intrigante, mas acessamos um nível de discussão que nos acenou para a possibilidade de construção de sentidos para essa posição, em que não se rompe com o modelo psiquiátrico de caráter manicomial, mesmo quando se atua em sua suposta humanização e modernização tecnológica. Estratégias que resguardam a relutância em pôr fim ao hospital, representante máximo desse modelo. Lobosque (2001, p. 54) dispara a seguinte reflexão:

Ora, esta relutância me parece muito ligada a uma função ainda exercida pela figura do hospital: aquela de uma instituição de ensino. Estas instituições podem resistir a uma certa vertente organicista e reacionária da psiquiatria, seja colocando limites aos seus abusos mais evidentes, seja acolhendo outros discursos, como a psicanálise, a psiquiatria social, etc.: todavia, busca-se legitimar a todo preço sua continuidade de *centro* hospitalar, pela via da sua importância enquanto *centro* de ensino. O ideal do centro de ensino nos tenta: é respeitável, parece nobre... Contudo, quando presos a ele, recaímos, novamente, na armadilha de pretender construir um saber sobre a loucura, ignorando não só o que a loucura nos ensina, mas, sobretudo, os próprios impasses que a sua experiência impõe ao modelo da razão. Temos, mais uma vez, o louco sob observação, a serviço da constituição de um saber que não é seu e não lhe serve, sem efeitos de impulsionar as vidas nem de abrir as portas. Esta pretensão a centros de ensino não é, certamente, exclusiva dos hospitais psiquiátricos; ela se reedita e se repete em outros serviços de Saúde Mental, que se querem destacar como centros de excelência, de formação, etc. — como se a formação de saber fosse atributo ou propriedade particular de certas instituições ou estabelecimentos.

Portanto, cabe perguntar: um poderoso obstáculo para o fim do hospital psiquiátrico e daquilo que representa não diz respeito a uma certa política do saber?

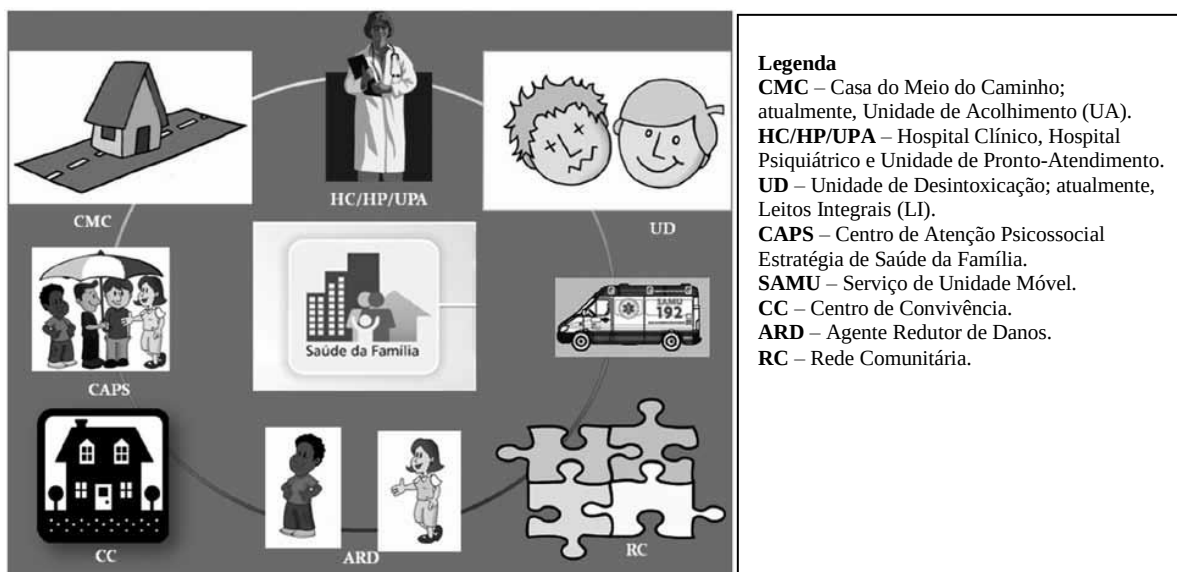
Esse debate nos fez sentido na observação de nossa realidade local, quando identificamos que houve todo um investimento no sentido de montar uma rede humanizada, mas, ao mesmo tempo, não foi possível a realização de um debate aberto, franco e coletivo sobre princípios e saberes sustentados (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008; ALBUQUERQUE, 2011).

Debate extremamente necessário em uma rede que contou, em sua formação, com serviços e equipes com mandatos distintos e conflitantes, tal como vimos ao longo de nossa discussão histórica sobre a constituição da RAPS/Recife e que categorizamos em três matrizes, tendo a primeira se constituído a partir da Escola de Psiquiatria do Recife. Pois bem, essa Escola, em sua terceira geração, conforme Miranda Jr. (2008), teve como seu representante um dos dois psiquiatras que foram secretários de saúde, ou estiveram como adjuntos e/ou assessores em quase todo o período em análise desta pesquisa. Por essa razão, fomos chamá-lo para o debate por sua defesa do lugar do hospital psiquiátrico como fazendo parte da rede psicossocial, expressa da seguinte maneira:

Outra afirmativa que precisa ser quebrada é que uma rede de cuidados em saúde mental não necessita de espaço de internação integral. Desde que foi deflagrada a Reforma Psiquiátrica Brasileira, alguns gestores e teóricos defendem esta falácia, que se repetiu no âmbito da atenção aos problemas relacionados ao uso de AD. Neste vácuo deixado pela política pública de saúde, vemos dependentes serem internados em Hospitais Psiquiátricos cada vez mais sucateados, portanto, mais manicomizados, e um aumento absurdo no número de Comunidades Terapêuticas Religiosas, que têm assento garantido em Fóruns especializados e representação política no Congresso Nacional. Quem vive a clínica da toxicomania sabe que para um número significativo de pacientes graves, em algum momento de sua trajetória terapêutica, faz-se necessário o afastamento do seu entorno, que não suporta a disrupção provocada pela sua patologia. Neste trabalho, defendemos a ideia de um equipamento na rede de atenção à saúde para a internação integral, propondo o modelo que vem sendo usado no Recife há 17 anos. (OLIVEIRA; SANTOS, 2010, p. 77).

Evaldo Oliveira e Naíde Teodósio Santos (2010), quando se referem ao modelo em curso em Recife durante 17 anos, apresentam a imagem expressa na Figura 3:

Figura 3 – Modelo de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas

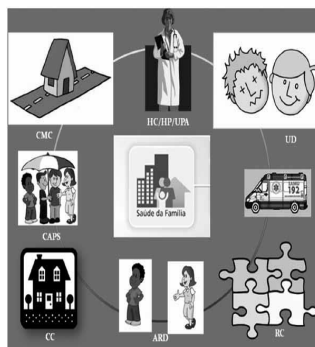


Fonte: Oliveira e Santos (2010, p. 79).

Fonte: Elaboração a partir de Oliveira e Santos (2010).

Observemos que se, na versão escrita, pode parecer dúbia a mensagem em relação à defesa da inclusão do hospital na rede de atenção psicossocial, na versão visual esse lugar fica garantido e evidenciado na Figura 4:

Figura 4 – Fragmento do modelo de atenção ao uso de álcool e outras drogas



Fonte: Oliveira e Santos (2010, p. 79).

Podemos observar a imagem de uma profissional claramente vinculada ao modelo biomédico pelo uso de jaleco, estetoscópio e prancheta, com a legenda HC (Hospital Clínico), HP (Hospital Psiquiátrico) e UPA (Unidade de Pronto-Atendimento). Essa imagem materializa o modelo hospitalocêntrico e, portanto, contradiz a imagem-modelo de atenção oficial apresentada em 2004 e referida anteriormente (Anexo 17). Ao associarmos as falas das entrevistadas, nossas próprias observações sobre o ciclo em análise e demais pesquisas consultadas e citadas anteriormente a essa fala e imagem de Oliveira e Santos (2010), chegamos a algumas reflexões.

Oliveira e Santos (2010) não apenas defendem o lugar dos hospitais psiquiátricos como acusam a Reforma Psiquiátrica antimanicomial de responsável pelo fortalecimento da reedição do manicômio por meio das comunidades terapêuticas. Consideramos essa análise nada razoável, uma vez que, como vimos em nossas discussões teóricas, a expansão das comunidades terapêuticas se dá em um contexto global de guerra às drogas, que gerou a culpabilização das pessoas que usam drogas pela violência.

E, ainda, quando estudos abordam que, em geral, a violência principal advém de um Estado que não garante direitos mínimos aos cidadãos, associada a uma cultura de consumo frenético e a uma legislação proibicionista, que incentiva o tráfico e outras atividades ilícitas, as consequências desses processos recaem sobre as vidas das pessoas que consomem substâncias sem controle de qualidade e que são, comumente, levadas ao encarceramento jurídico e/ou terapêutico (KARAM, 2006; PASSOS; SOUZA, 2011).

Acrescentamos ainda um elemento trazido de forma muito lúcida e explícita por uma de nossas entrevistadas, que se refere ao fato de, no campo da saúde e, mais especificamente, da saúde mental local, não se ter vivenciado plenamente a rede psicossocial de caráter antimanicomial para podermos fazer qualquer avaliação quanto à sua potência máxima para lidar com as situações de crise. Vejamos:

[...] quando alguém chega pra mim pra dizer assim “ah, porque o CAPS corre o risco de ser manicomial”, eu não coaduno com isso, eu digo “olhe, só o fato de ter o CAPS já é uma grande conquista, mas vamo conversar... vamo ver aqui”, porque no fundo a gente sabe que existem práticas muito manicomiais de vários profissionais, aí é que a aposta vai na formação, como é que esses caras querem contestar a RAPS ou essa lógica da política quando nunca houve... é um sufoco você lutar por recurso, é um sufoco você pegar nos âmbitos municipais de um investimento real nisso, aí vêm os CAPS com equipes desfalcadas, como é que põe em funcionamento pra valer? A gente não teve chance de testar, no sentido de dizer assim, com a carga total, e sem a carga total a gente já faz milagres, milagres em termos de potencialização de vida, né? Isso vem do relato dos usuários... é muito caro, né? (Antônia, 2005).

Essa fala é muito emblemática. Os serviços substitutivos foram implantados, mas não foram garantidas as condições mínimas de funcionamento, como rede e de forma sistemática, exigindo das equipes muita militância e investimento pessoal para minimizar as discontinuidades de profissionais essenciais para a composição das equipes, estruturas físicas adequadas, transporte, educação permanente, entre outras, infelizmente vivenciadas recorrentemente no serviço público. Esse tema pode ser bastante evidenciado na tese recente de Marilyn Leal (2016), que aborda a questão localmente na Região Metropolitana de Recife.

Apresentadas essas questões, podemos voltar a Ana Marta Lobosque (2001, p. 55-56) para dar continuidade às nossas conexões sobre nosso caminhar em voltas, quando tentamos romper com o aparato manicomial e identificamos que é preciso mudar nossa “política do saber” se quisermos quebrar esse círculo para abandonar os saberes universalizantes...

[...] à figura do centro, do fundamento, da continuidade; e este saber se opõe, de forma radical, aos saberes descontínuos, pontuais, desobedientes, irreverentes, que se produzem nos serviços substitutivos, quando estes sustentam um convívio real com as experiências da loucura.

Não se trata de dizer que este saber centralizador se produz apenas nos hospitais psiquiátricos; aliás, o que nos deve preocupar é o fato de que procura reproduzir-se nas mais diversas práticas *psi*. Todavia, todas estas práticas, por diversas que sejam, necessitam do hospital como retaguarda, ainda que virtual: têm uma violenta necessidade da instituição psiquiátrica hospitalar, em seu paradigma que acopla a dimensão médica à dimensão carcerária, o terapêutico ao correccional, a cura à normatividade; em sua origem inequívoca na fundação de uma certa tirania do saber.

A partir dessa fala, a autora recorre a Foucault para realizar algumas reflexões/posicionamentos no sentido de retomar o caráter político da clínica. Seu primeiro argumento parte da articulação entre verdade e poder, na medida em que essa tenta se impor a partir de um combate que envolve e visa ao poder. E defende que é nesse campo que se encontram as “teorias envolventes e globais” legitimadas socialmente a discernir entre “o verdadeiro e o falso”.

Ainda com base em Foucault, refere-se à existência de uma “insurreição dos saberes sujeitados”, que constitui críticas aos aparatos manicomiais a partir de uma produção teórica autônoma em relação aos “discursos formais e universitários da verdade” para se afirmar. Lobosque (2001) considera que essa deva ser a postura clínica dos serviços substitutivos, ou seja, o combate aos efeitos de poder advindos de determinado tipo de discurso científico. Assim:

Neste sentido, rejeitamos qualquer disciplina teórica que se apresente no lugar de fundamento ou centro — saberes tão diversos em seu conteúdo[,] como a psiquiatria biológica e a psicanálise, operam exatamente da mesma forma quando vêm ocupar este lugar.

Rejeitamos a clínica despolitizada, alheia às relações de poder que lhe cumpre enfrentar, para supor-se aquém, além ou acima destas relações — posto que clinicar, a nosso ver, consiste em estratégias, combates, enfrentamentos, onde nos colocamos ao lado do sujeito, na sua insubmissão a toda forma de domínio...

Assim, creio que a clínica de fato se politiza — ao posicionar-se e tomar partido, ao enfrentar e desafiar relações de poder presentes em cada caso, cada situação, cada conjuntura. Neste sentido, os impasses da clínica inscrevem-se entre os impasses da razão — cujo enfrentamento é matéria e substrato disto a que chamamos de luta antimanicomial.

Trata-se de combater toda esta recuperação familiarista, intimista do desejo de uma certa clínica psicanalítica, tão bem denunciada no *Anti-Édipo*, de Deleuze e Guattari. Trata-se de sustentar, pelo contrário, o poder irresistível do desejo minúsculo, molecular, microscópico, indomável, que recria circuitos e atravessa muros — não

com a imaterialidade temporal dos fantasmas, mas com as ferramentas materiais da produção, real que intervém no real. (LOBOSQUE, 2001, p. 57-58).

Consideramos que essas reflexões deram conta de expulsar os fantasmas dos não ditos, ou, ao menos, o não suficientemente dito sobre as raízes do mal-estar que pairou durante muito tempo entre atores de um mesmo campo político, mas com posicionamentos diversos no campo do cuidado em SMAD. Assim, nesta altura de nossa discussão, temos identificada a formação de um novo coletivo, configurado a partir do primeiro ciclo da gestão da PSMAD. E nesse terceiro ciclo pudemos visibilizar o campo das ideias e compromissos que diferenciam cada um desses grupos.

Concluimos a discussão e a análise desse terceiro ciclo de gestão da SMAD local com a construção de nexos para algumas de nossas inquietações quanto aos rumos tomados da PSMAD, provavelmente em sua principal controvérsia. Na entrevista com a representante da gestão da área técnica, fomos convocados(as) a abordar essa controvérsia chamando vários interlocutores, e passaremos para a análise do próximo ciclo de gestão podendo entender que, apesar de negada, amortizada ou o que quer que seja, essa controvérsia transversalizou todo o ciclo analisado.

O modo como cada gestora da área técnica lidou com tal controvérsia foi que se mostrou diverso entre si. Por um lado, do ponto de vista da gestão mais ampla, a posição não se alterou significativamente ao longo do tempo, apenas foi se evidenciando de forma explícita. E tal posição da gestão mais ampla pode ser observada pelo não investimento na abertura de serviços substitutivos com funcionamento 24 horas e residências terapêuticas. Por outro lado, pelo não enfrentamento do fechamento dos hospitais psiquiátricos. E ainda pela inclusão do hospital psiquiátrico como dispositivo da atenção. Tal desenho da rede AD, que inclui o hospital psiquiátrico como dispositivo da rede, foi apresentado em nossa discussão sobre o histórico da constituição da RAPS/Recife.

Curiosamente, não conseguimos identificar, durante a entrevista com Márcia (2006-2008), os motivos que levaram à sua saída da gestão, apenas que, após isso ocorrer, ela se afastou por completo da SMAD para atuar na área de auditoria, sem demonstrar aparente sofrimento ou incômodo por escolher uma nova área de atuação. Na análise do quarto ciclo de gestão, teremos maior clareza da motivação da gestão mais ampla, quando se procedeu a tal mudança.

4.1.4 Quarta onda – “as equipes fragilizadas” e o ressurgimento dos enfrentamentos não realizados: tentativas de superar os conflitos pela via exclusiva da gestão dos processos de trabalho

A entrevista com Adriana (jan.-jun./2009) foi, sem dúvida, a mais carregada de emoção. Ao longo de sua fala, foi se revelando um posicionamento muito sólido e alinhado com o coletivo antimanicomial local. Isso se traduziu no explicitar de outra característica que, como ser militante desse coletivo, assumiu a gestão municipal, ou seja, a paixão e o posicionamento de seus princípios, os quais, segundo ela, são inegociáveis, e foi esse o tom da gestão do quarto ciclo da PSMAD de Recife.

Segundo Adriana (jan.-jun./2009), ao ser convidada para assumir a gestão da área técnica de SMAD, a principal demanda apresentada foi a de trabalhar com as equipes, que se encontravam “fragilizadas”, com “muitas dificuldades de relacionamento”, com “muitas dificuldades da gestão dos processos de trabalho”; então, demandou-se que sua gestão, por ter feito parte da gestão de Francisca (2001-2004) e comungar das ideias do coletivo constituído a partir do primeiro ciclo, retomasse “os princípios” daquele ciclo. Vejamos esse contexto a partir do olhar da própria gestora:

Então, uma das coisas que ele [secretário de saúde] falava era que a gente tinha que resgatar aquilo que foi feito lá atrás, na época que Francisca era a coordenadora, aquele projeto, os princípios daquele projeto, porque a política de saúde mental em Recife tinha tomado um rumo depois daquele período de Francisca, que Francisca era coordenadora daquela equipe que acompanhava ela também, que já não tavam mais condizentes com os princípios da própria proposta da política de saúde mental no Recife. Então, uma das missões era tentar resgatar, tentar trabalhar, tentar resgatar esses princípios da política... Então, quando ele falava em retomar os princípios, pra mim, era mais que só no papel, era retomar na prática, era fazer com que os serviços voltassem a funcionar e os trabalhadores entendessem que era pra os trabalhadores, gerentes de território, era pro CAPS ter uma lógica de território, era pra se integrar com a comunidade, era pra os psiquiatras e a equipe terem uma lógica de fazer uma análise clínica, uma análise dos pacientes de uma outra perspectiva, pensarem quais os projetos terapêuticos, pensarem a clínica de uma outra forma, como era a forma que a gente lá atrás já tinha como premissa, dos autores que a gente já lia, de como a gente já achava que deveria que ser, e ele falava que tinha que ter integração muito forte com a Atenção Básica, que isso ia ser muito forte na gestão dele, que ia receber apoio institucional, das equipes de referência da Atenção Básica... eu me lembro dele dizer essa frase: “a rede está precisando ser cuidada, não só teoricamente, planejamento, mas cuidada, ouvida, olhada, ela tem que se sentir respeitada, ela tem...”; mas, assim, aí é que eu fiquei com mais medo ainda, porque eu tinha colegas que eram da rede, e eu sabia a dificuldade que tava, as tensões que tinham em algumas equipes, as dificuldades nos processos de trabalho, as dificuldades de insumo, de infraestrutura, enfim... a não... a ausência de participação de Recife junto ao estado, na questão dos pacientes que estava internados, e que eles não participavam daquele processo junto ao Alberto Maia e outros hospitais, toda a parte do acompanhamento dessa parte hospitalar ficava como se isso não fosse responsabilidade de Recife, Recife não tivesse que estar com o pessoal vendo isso do planejamento, e tudo, e do controle das... das autorizações, enfim, era um cenário mais ou menos assim que me foi colocado, e foi a

perspectiva de assim, sair da Secretaria e fazer uma ponte com o pessoal da avaliação, fazer uma ponte com o pessoal dos distritos, com os CAPS, e tentar pensar uma política integrada com álcool e drogas, que foi quando a Pollyana também entrou, entramos nós duas...

A fala de Adriana (jan.-jun./2009) nos remeteu a um cenário complexo, mas que sinalizava para uma tentativa de resgate da efervescência do primeiro ciclo, algo que havia se perdido ao final do primeiro e do segundo ciclos de gestão da PSMAD, ambos transcorridos na gestão municipal do PT. No entanto, no decorrer da gestão de Adriana (jan.-jun./2009), uma série de contradições entre o demandado e o apoio para proceder às mudanças desejadas foi se evidenciando, conforme podemos observar no seguinte depoimento:

É. Uma coisa são as ações e desafios propostos, né? Outra coisa é... são as ações que puderam ser feitas no período que eu estava... Na realidade... eu acho que fazer gestão, você não faz sozinho... eu acho que o contexto da gestão maior, né? O contexto macro da Secretaria, ele precisa ajudar... é... eu tinha um contexto, que no primeiro momento se colocou pra mim como favorável, mas, em um segundo momento, o primeiro momento, quando eu fui convidada... e no segundo momento, que foi quando eu comecei a atuar, passou a não me... me respaldar no que eu achava que deveria acontecer ou no que eu estava fazendo, conforme a gente tinha lá atrás combinado, isso desde o início, desde que a gente apresentou, eu e Pollyana [Pimentel], apresentou a proposta da política no primeiro mês pra rede de saúde mental, de CAPS, de serviços, no município de Recife, eu lembro muito bem isso, foi na UPE, a gente fez um trabalho grande, eu e a Polly, de tentar construir uma coisa... esse documento que a gente escreveu, essa apresentação que a gente fez, foi depois de eu e a Polly termos visitado, feito reuniões com todos os serviços, tentado pegar em cada serviço o que é que eles achavam que tava sendo necessário, fazer um diagnóstico e levantamento de necessidades com cada um deles, depois conversar com cada diretor de distrito sanitário, com as equipes de gerente de território, depois de conversar com o pessoal do acompanhamento, depois de conversar com a diretora da atenção à saúde da Secretaria, enfim, depois de discutir com todo mundo, a gente apresentou uma proposta que, no final, a Secretaria, a Secretaria, não foram os técnicos, a equipe da rede achou que aquela proposta não tinha nada a ver, que a gente, meio que assim, que a gente tava é... desalinhada, lembro muito dessa palavra, com a proposta da Secretaria... foi uma coisa que eu... que estivéssemos em desacordo, e não tinha como ter desacordo, porque o que a gente tinha colocado era necessidade real de infraestrutura, necessidade real de insumos, necessidade... uma das coisas que eu me lembro muito forte, que foi o trabalho com o estado na questão dos pacientes do... de lá, que tavam no Alberto Maia e de outros pacientes, como a gente fazia aquela política de desinstitucionalização do Recife que estava parada [ênfase], que ninguém tinha mexido mais, e aí, isso foi uma coisa que eu me lembro claramente de dizerem que isso não vai ser possível...

Após explicitar as contradições vivenciadas nesse ciclo, Adriana (jan.-jun./2009) afirma que as principais demandas da PSMAD deste eram relacionadas com o processo de desinstitucionalização, especialmente do Hospital Alberto Maia, que estava sendo realizado em uma ação tripartite e que vinha mobilizando todo o estado. Outra grande demanda se relacionava com a organização das equipes e o fortalecimento das gestões locais dos CAPS. Tais pautas parecem não ter sido priorizadas pela gestão mais ampla da Secretaria. Essa falta

de espaço na agenda da gestão mais ampla para os pontos elencados provocou fortes tensões, as quais ficam explícitas na seguinte fala da gestora:

[...] todas as reuniões que o Ministério Público teve, lá naquele..., como é o nome daquele negócio, lá? Tem um nome... fórum de junta, que foi no Alberto Maia, só ia eu, não ia ninguém da jurídica da gente, da Secretaria de Recife, eu fazia... assim, a gente tinha demanda da reunião pra trazer, tinham os levantamentos dos pacientes pra... foram meses... assim, isso, assim... esse negócio do Alberto Maia tava bem forte nos primeiros meses de 2009, e eu não tinha respaldo, eu não tinha respaldo do secretário, da jurídica da gente, nem da diretoria, e o que eu dizia lá, era assim, tô no meio da reunião, tá acontecendo isso e isso. assim, minha opinião é essa, “Adriana, a gente não vai se posicionar, Recife não vai, nesse momento, se responsabilizar pelos pacientes do Alberto Maia”, eu falei, “gente, eu discordo”, “tá bom, mas não se posicione”, “tá bom, eu não me posiciono aqui”... porque, toda reunião tinha um encaminhamento pra cada município tomar a decisão, um ponto que eu acho que era demais, pra mim, Telma, era esse, eu não admitia Recife ter um discurso... eu ter vivido, de uma certa forma, em Recife, e ter visto tudo que aconteceu naquela época pra trás, e ninguém querer tocar nisso, tá? ... A organização das equipes, eu... eu... a gente tinha proposto um trabalho muito forte com as equipes, com as equipes dos CAPS, retomar capacitação, retomar formação de recursos humanos, a gente ajudar aquelas equipes a se fortalecer na gestão, ajudar os gerentes a... a aprenderem melhor a fazer gestão, a entender que fazer gestão de um CAPS não era só dar atenção à comida, se tem num sei o quê, sabe? Não que todos os gestores fossem assim, mas tinham gestores que estavam numa lógica de gestão muito limitada, e que é gerenciar pessoas, é gerenciar processos, é entender de clínica, entendeu? Então, a gente... E isso não foi uma coisa que a gente propôs do nada, a gente propôs em cima da necessidade dos próprios gestores, em cima da necessidade da própria equipe que pediu isso à gente, e a gente não foi respaldado nisso naquele momento, “não, a rede não precisa disso agora, a rede precisa fazer o pessoal... as equipes ficarem mais integradas, as equipes estão precisando é... realmente de insumos, a gente vai ver se melhora a infraestrutura, o foco agora é a Atenção Básica”, isso me incomodou muito... eu tô falando esse meu histórico todo na Atenção Básica, porque a atenção... o apoio matricial, no NASF, começou justo no período que eu estava morando em Brasília, eu ficava “meu Deus, esse NASF tem que ter saúde mental, esse NASF tem que ter saúde mental”...

Podemos observar, nesses enunciados, que, nesse ciclo, os problemas estruturais dos serviços se somam à necessidade de dar continuidade ao processo de desinstitucionalização, o qual estava em um momento de efervescência no estado e que, mais uma vez, deixava o município na saia justa diante dos interlocutores externos. Processo que passou a recair diretamente na gestora da área técnica. Observamos, no RAG de 2009, que todas as metas referentes à transformação de CAPS II em III, ou seja, com funcionamento 24 horas, e as implantações das residências terapêuticas não foram realizadas, sendo reprogramadas para o ano 2010 (RECIFE, 2010e).

Consideramos que esse processo igualmente levou a rede a viver alguns dilemas, pois, a depender do perfil de cada serviço, essa não priorização da saúde mental foi vivenciada com a organização das equipes e os(as) usuários(as) para pressionar na direção do fortalecimento da rede psicossocial. E, infelizmente, houve uma acomodação na convivência com o hospital

psiquiátrico e, conseqüentemente, uma concepção burocrática dos serviços, não levando a cabo a clínica ampliada proposta no campo psicossocial.

4.1.4.1 *Interlocutores locais e nacionais*

Diante do contexto conturbado vivenciado nesse quarto ciclo, pareceram-nos coerentes as colocações da gestora ao falar sobre seus interlocutores, quando faz uma diferenciação entre interlocutoras “parceiras”, por terem compartilhado projetos, ações e posturas, e, por outro lado, interlocutores formais.

Na época de Recife, meus interlocutores diretos eram a minha equipe, e aí eu fortaleço nessa equipe duas pessoas fundamentais, que eram a Pollyana [Pimentel], a coordenadora de álcool e drogas, e a Rossana Rameh, que foram, a despeito de... é até ruim dizer a despeito, mas a despeito de estar com álcool e drogas na mão, é saúde mental, entendeu? Era uma só, nós éramos um. As meninas tinham uma formação diferente, em rede, que vai muito além do álcool e drogas, e a gente discutia tudo muito junto, é... mesmo que as ações fossem, na prática, na hora de ir pra rua, fossem cada uma prum canto... mas, assim, elas foram meus parceiros, meus interlocutores... E meus interlocutores na Secretaria de Saúde... no entanto, eram interlocutores onde o diálogo era, como eu falei, com embate, com divergências, do ponto de vista, como é que eu posso dizer? Não teórico, não eram divergências teóricas, eram divergências na forma de condução da gestão, e nas priorizações da gestão, se eu puder resumir assim, vocês já ouviram toda história, sabem o que eu quero dizer... dentro da Secretaria, esses foram os principais, e, fora da Secretaria, eu continuava com a minha interlocução amigável é... com a [Francisca]..., [Fran] foi uma pessoa na gestão de saúde mental que, pra mim, muito... muito... ensinou muito a pensar gestão e a respeitar pessoas, respeitar processo de trabalho, respeitar é... teoria, e fazê-las norte, então, é por isso que ela era minha interlocutora fora da Secretaria muito forte...

Nessa fala de Adriana (jan.-jun./2009), percebemos a recorrência do funcionamento da gestão em relação às contradições entre posições ocorridas nos ondas da gestão anterior. No quarto ciclo, segundo Adriana (jan.-jun./2009), mais uma vez as divergências não puderam ser abordadas pela via do diálogo coletivo. E, a nosso ver, aproximou-se da via do biopoder, que representa a forma de exercício de poder exercido pelo Estado e seus agentes, tal como expresso no texto a seguir:

[...] uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania — fazer morrer ou deixar viver — com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e “deixar” morrer. O direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer. (FOUCAULT, 2002, p. 287).

Assim, ao assumir uma gestão e, portanto, tornar-se um agente do Estado, todas as priorizações ou não priorização dos(as) gestores(as) impactarão diretamente a vida das pessoas. Com base no autor, poderíamos reafirmar, então, que o não investimento em determinada área carrega em si um posicionamento dos(as) gestores(as) envolvidos com os grupos que sofrem a ação governamental. E, portanto, as consequências do exercício da gestão repercutem na população, ou em parte dela, no sentido de “fazer viver” e/ou “deixar morrer”.

4.1.4.2 As contradições entre proposições e espaço na pauta da gestão: a saída da gestão

Consideramos que Adriana (jan.-jun./2009), tão logo percebeu o funcionamento em curso por parte da gestão mais ampla, e avaliando suas discordâncias como inegociáveis, optou por sair, preservando seus princípios. Uma decisão que a afetou profundamente, a ponto de sair também da área da SMAD. Compartilhemos sua formulação sobre sua saída da gestão:

Eu sei que o CAPS sozinho não é a rede, mas essa função, esse trabalho do CAPS no território e o trabalho na desinstitucionalização, essas duas linhas de frente, Telma, não foram prioridade naquele momento, e eu me neguei a trabalhar só Atenção Básica, até porque a Atenção Básica tava com uma equipe que ia fazer esse trabalho articulado com a gente, então, o que foi que eu falei? Tá, isso aqui, eu vou trabalhar em parceria, mas tem uma linha de frente já montada e que vai dar conta disso... a gente vai estar construindo junto, eu fico com esse foco nessas duas... então. “Não, isso não é prioridade”, e eu vi que não era prioridade, ao longo do primeiro mês, ao longo do segundo, ao ponto de no segundo mês eu pedir pra sair, no terceiro mês eu pedi pra sair, porque eu vi que essas duas frentes não estavam... não da forma como eu me identificava, e aí, é o seguinte, nessa hora, eu, Adriana, sou gestora, eu estou representando Recife, mas eu sou Adriana, com minhas ideologias, com os meus referenciais e com o que eu acredito, eu não vou conduzir uma política da forma que eu não acredito que ela tem que ser conduzida, eu não acho que ela tem que ser uma perna, ela tem que ser fortalecida...

Podemos perceber que Adriana (jan.-jun./2009) não coadunou com a “justificativa” de que a SMAD não poderia ser priorizada, porque, no momento, a prioridade seria a Atenção Básica, pois, como vimos anteriormente, existia uma proeminência de um posicionamento da gestão diante do processo de desinstitucionalização e das demandas da rede que não poderia ser postergado. E ainda havia uma discordância de que havia uma dicotomia entre Atenção Básica e saúde mental. Com esse posicionamento de Adriana (jan.-jun./2009), encerra-se o quarto ciclo e inicia-se o quinto da gestão da SMAD.

4.1.5 Quinta onda – “fortalecer a clínica” e o novo sumiço dos enfrentamentos não realizados: tentativas de superar os conflitos pela via da escuta dos trabalhadores e da implantação da Política de Humanização

Sandra (abr./2009-2012) foi a única gestora entrevistada que fez formação em terapia ocupacional. As demais são psicólogas, como descrito em nossa discussão metodológica. Quando assumiu a gestão, ela já havia participado da abertura de residências terapêuticas no município de Camaragibe, e durante toda a entrevista focou bastante esse dispositivo e o modelo de atenção e gestão municipal adotado no período.

E é com Sandra (abr./2009-2012) que chegamos ao quinto ciclo de gestão da PSMAD de nosso período de análise. Na época, o secretário de saúde efetivo delegou ao adjunto e à diretora de atenção à saúde a condução da gestão da Secretaria de Saúde. E os gestores que assumiram extraoficialmente a referida Secretaria também exerciam o papel de consultores da Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS).

Tal vinculação dos condutores da gestão municipal de saúde ao HumanizaSUS promoveu um alinhamento com a referida política na formulação do modelo de atenção e gestão denominado “Recife em Defesa da Vida” (Anexo 22), modelo esse que teve como objetivo a garantia de acesso da população aos serviços de saúde de qualidade. Para tal, foram priorizados dois eixos para qualificação da rede, o acolhimento e o apoio institucional, tendo por base as seguintes diretrizes:

Estes dois grandes eixos têm sua operacionalização discutida a partir de 10 diretrizes de atuação da Secretaria de Saúde: centralidade no território e no sujeito, Atenção Básica como ordenadora da rede de saúde, clínica ampliada/saúde coletiva, cogestão e produção de autonomia, articulação intersetorial, equidade na gestão de recursos, desenvolvimento e modernização organizacional, desenvolvimento de pessoas e educação permanente, qualificação dos processos internos de trabalho e dos mecanismos de gestão e desenvolvimento de estratégias de comunicação. (RECIFE, 2009b, p. 5).

O referido modelo adotado na Secretaria levou a um redesenho dos modelos anteriores, essencialmente piramidais, representando um exercício de poder hierarquizado para uma organização circular, no sentido de expressar seu funcionamento em rede e a horizontalidade dos processos decisórios.

Sobre o alinhamento do modelo local com o HumanizaSUS, Sandra (abr./2009-2012) afirma estar em sintonia com o movimento nacional em relação à coordenação nacional de SMAD, que, com a chegada de Tykanori, teria realizado um exercício de aproximação entre clínica e política. Vejamos essas avaliações na perspectiva da entrevistada:

Questão de financiamento, mas a questão também da efetivação de um modelo de gestão que... Dário [Pasche], ele vinha da, antes de assumir o Dapsi, ele era coordenador da Política de Humanização, então, ele tinha muito esse trabalho já desse modelo que fizesse esse diálogo permanente entre clínica e política, então, acho que quando [Roberto] Tykanori também chega com uma história clínica também importante, além da política, acho que facilita esse diálogo também; a gente, era assim, falando a mesma linguagem, que isso é importante, então vem um alinhamento importante, do Ministério, do Ministério Público, os trabalhadores, eu acho que é muito importante pontuar isso, é... Dialogar com os trabalhadores não é dizer, assim, que era sempre um diálogo tranquilo, mas era um diálogo potente mesmo, então, muitas vezes, eles discordavam muito do que a gente tava trazendo, mas havia uma abertura de diálogo... eu lembro que a gente fez um, um... uma proposta, porque a gente tinha uma preocupação muito grande de querer implantar o centro de convivência, que eu acho que é um equipamento que faz muita falta na rede, muita falta, termina inchando o CAPS pela ausência desse equipamento, e eu lembro que a gente tinha uma proposta no início que era transformar o CAPS Boa Vista num centro de convivência, e a referência do I ficaria no Distrito II, era muito uma preocupação, é claro que era, fechar um serviço, vinha esse questionamento, mas era muita preocupação de implantar esse equipamento que mostrasse a potência que ele tinha, o centro de convivência, e aí a gente ganhar força pra ir implantando outros, porque, em termos de Brasil como um todo, é um equipamento raro, você tem em Belo Horizonte, alguns em São Paulo, mas é um equipamento raro, não tem um financiamento como tem pra... os CAPS, mesmo o financiamento aquém do CAPS, mas tem... e aí, na época, houve um movimento de trabalhadores totalmente contra isso, que eram contra, e aí a gente foi dialogando, dialogando, tanto é que não se fez isso, mesmo a gente enxergando que era importante fazer, porque houve um movimento de trabalhador, assim, dizendo que não era por aí...

Ao focar a articulação entre clínica e política, Sandra (abr./2009-2012) nos traz como exemplo o processo pelo qual a gestão da área técnica reconsiderou a implantação de um centro de convivência que seria implantado em detrimento do único CAPS II existente no DS I.

Consideramos necessário explicitar a relevância da pauta dos processos ligados à reabilitação psicossocial no campo da Reforma Psiquiátrica e que teve uma centralidade nas falas de Sandra (abr./2009-2012). Assim como foi reconhecido um esforço em sua gestão de tentar viabilizar esse equipamento, que sempre representou um furo no modelo de atenção de Recife, conforme identificado no estudo de Maia (2007, p. 101):

Apresenta-se, ainda, como dificuldade da desinstitucionalização de pacientes crônicos a falta de suporte da rede a esse público. Assim, entendemos que uma política de incentivo à implantação de oficinas terapêuticas e centros de convivência, caracterizados como dispositivos essenciais para o funcionamento da rede de saúde mental, contribuiria com a reinserção social das pessoas com transtornos mentais e diminuiria os internamentos.

Por outro lado, a partir de nossas próprias vivências, bem como dos diálogos com nossos(as) interlocutores(as) estratégicos(as), sentimos a necessidade de esclarecer para que não haja dúvidas sobre o fato de que houve um consenso sobre a necessidade da implantação dos centros de convivência, projeto que, inclusive, mobilizou e continua mobilizando ainda

hoje trabalhadores e usuários da rede. O desacordo esteve vinculado ao fechamento do CAPS em detrimento do centro de convivência.

O projeto do centro de convivência foi consolidado em 2010 e teve como título “Centro de convivência: da loucura da cidade à saúde mental na *polis*”, em que foram apresentados três eixos de intervenção — o clínico, a reabilitação psicossocial e a educação permanente —, tendo como objetivo:

A partir desta proposta de gestão[,] a Gerência de Saúde Mental tem suas ações voltadas à superação do modelo centrado nas internações e nos hospitais psiquiátricos e em busca [de] uma diversidade de equipamentos articulados em rede e de compor uma atenção vinculada ao espaço existencial das pessoas. Assim, além da implantação de equipamentos com ênfase no acolhimento, acompanhamento e reinserção social, busca a cidade como espaço das diferenças. (RECIFE, 2010a, p. 3).

Na análise do projeto do centro de convivência, chamou-nos atenção o fato de, apesar de ele se referir à reabilitação psicossocial, no decorrer de sua argumentação e fundamentação teórica não ter recorrido aos(as) autores(as) do campo da Reforma Psiquiátrica. Entre as referências nesse eixo no Brasil, temos, entre outros(as), Pitta (1996) e Saraceno (1999), trabalhados em nossa discussão teórica e considerados leituras essenciais para quem atua nesse eixo na perspectiva psicossocial.

Por outro lado, sua fundamentação teórica está essencialmente embasada na clínica psicanalítica, no acompanhamento terapêutico e na clínica psicológica. No entanto, conforme expresso na fala de Sandra (abr./2009-2012), apesar da observação da necessidade e da potência do centro de convivência, ele não foi implantado. Ficou, portanto, apenas como projeto ou carta de intenção não materializada.

Outro elemento trazido na última fala da gestora foi sua relação com os profissionais da rede, segundo ela bastante intensa e potente. Sandra (abr./2009-2012) reconhece a existência de um coletivo militante na rede, ao qual refere ter considerado bastante em sua gestão, conforme expresso a seguir:

Então, eu acho que a gente tem, em Recife, um grupo de trabalhadores na saúde mental muito engajado, muito engajado, assim, citar nomes talvez fosse até injusto, porque são tantas pessoas tão engajadas no modelo, né? Pessoas, assim, que fazem além do movimento político uma clínica muito potente, e a gente tem um coletivo importante aqui... eu acho que o que a gente fez também foi ampliar o diálogo com vários olhares, porque, por exemplo, a gente tinha uns serviços, feito o “Livramento”, o “David”, que já tinham um grupo ali mais antigo trabalhando nessa militância, e a gente tinha... tem também na rede, por exemplo, o Cempi, que às vezes era meio questionado assim, como é que o Cempi interlo... dialoga com a rede, com esse modelo de rede, e a gente fez muito o trabalho de escutar a clínica que o Cempi fazia, que talvez, pra quem tá fora, não era uma clínica tão potente, mas, quando a gente

chega perto, a gente vê que construção de saber importante eles têm ali, que modo de fazer importante... e aí a gente criou algumas estratégias pro Cempi abrir espaço pra visitas, e aí a gente fazia reuniões lá dentro do Cempi, a gente participava das reuniões clínicas de lá, e isso possibilitou tanto eles escutarem a experiência do outro como a gente escutar a experiência deles... Então, eu acho que a gente amplia o diálogo com outras formas de fazer, acho que às vezes a gente também, assim, tem certos preconceitos com a psicopatologia, mas a gente tem que dialogar com eles também e escutar o que é que a psicopatologia tem pra oferecer pra nossa clínica mais psicossocial, e eu acho que a gente tem na rede tudo isso, tem trabalhadores muito potentes, e a gente tem que abrir esse diálogo e fortalecer esses trabalhadores... então, eu acho que foram parceiros muito importantes, sem eles... Tinha o colegiado, né? O colegiado, na época que a gente fazia colegiado ampliando, então, pra além do coordenador do serviço, os coordenadores também traziam alguns trabalhadores... acho que os fóruns distritais também eram espaços muito importantes, a gente tinha o fórum do Distrito III, que na época não era dividido, e do Distrito VI, que eram fóruns bem potentes de exercício de controle social... eu não tenho nomes, mas, assim, temos trabalhadores aqui muito importantes...

Nesse trecho, foram introduzidos outros pontos a serem analisados por sua relevância, e focaremos a questão recorrente no discurso de Sandra (abr./2009-2012) sobre a indissociabilidade entre clínica e política, questão muito cara ao campo da clínica psicossocial antimanicomial, conforme discutimos em nossa fundamentação teórica e na análise do terceiro ciclo da gestão da PSMAD de Recife.

Mas, sigamos nossa análise, agora focando a implantação do modelo de Recife em defesa da vida e do fortalecimento da Atenção Básica, por terem sido as prioridades desse ciclo. Passaremos a enfatizar, no próximo tópico, os impactos dessas priorizações para os processos de institucionalização da política de SMAD.

4.1.5.1 A Política de Humanização na pauta da Saúde Mental: discutindo a clínica, o modelo de gestão na RAPS e implantando residências terapêuticas em paralelo ao incentivo financeiro aos hospitais psiquiátricos

Nos RAG dos anos 2009 e 2010, não houve registros de expansão da rede substitutiva, nem reprogramação de leitos psiquiátricos. No entanto, no RAG 2011, foi apresentado, como outras ações realizadas no período em análise, o fechamento de 639 leitos psiquiátricos (RECIFE, 2010e, 2011, 2012c).

No relatório desse ano, foi registrada ainda a ampliação do acesso aos usuários da rede de saúde mental voltada às pessoas que apresentam sofrimento psíquico não vinculado ao uso de drogas. Essa ampliação do acesso se deu, segundo o relatório, pela transformação de mais dois CAPS 24 horas e de três, que passaram a funcionar em horário estendido, das 7 às 19 horas e de domingo a domingo.

Apesar de ter o registro no RAG 2011 da abertura de mais dois CAPS 24 horas durante o período, efetivamente só identificamos o CAPS David Capistrano e o CAPS Galdino Loreto em funcionamento no município. Acreditamos que talvez tenha havido um lapso na escrita, ou seja, a contagem dos dois existentes, tendo um deles sido inaugurado em 2005, no caso o David Capistrano. Ou ainda pode ter sido contemplado um dos serviços que estavam em processo de transformação, mas que não se concretizou (RECIFE, 2012b). Por fim, o RAG 2011 apresenta ainda a abertura de 12 novas residências terapêuticas, aumentando de 11 para 23 no ciclo em análise, contemplando 155 moradores.

Apresentados os registros no documento oficial de gestão, consideramos relevante trazer a fala de Sandra (abr./2009-2012) sobre os processos e as prioridades do período em que esteve na gestão da área técnica de SMAD, a qual ainda funcionava em duas gerências distintas nesse quinto ciclo:

A gente trabalhava muito num desafio de um modelo de atenção e gestão que era um modelo da Secretaria de Saúde como um todo, pautado na Política de Humanização, nas diretrizes da reforma, mas também da clínica ampliada, no trabalho em rede... a gente já trabalhava nesse sentido, das redes e da intersetorialidade também. Então, operar saúde mental dessa forma intersetorial sempre foi um desafio, e com... era um desafio e um trabalho que a gente vinha estruturando desse diálogo muito próximo da clínica e da política. Então, a gente buscava também fortalecer a clínica dentro desse modelo da Reforma Psiquiátrica. Então, não basta só ser em CAPS, mas que clínica que a gente oferta, que qualidade a gente oferta nessa clínica. Então, a gente trabalhou muito nesse sentido, de fortalecer essa clínica e na expansão das residências terapêuticas. Então, foi um período que a gente teve uma expansão importante nas residências terapêuticas, buscando esse trabalho de rede, de corresponsabilidade, que eu acho que ainda era o desafio, um desafio muito grande; a gente tinha, na época, um *deficit* muito grande de profissionais, que a gente tentou recompor, no sentido, assim, de também trabalhar num modelo de cogestão, num modelo mais democrático, onde o trabalhador também se sentisse gestor do seu processo de trabalho, pro trabalhador não ficar naquela... naquela situação confortável de ficar esperando que o gestor vá organizando tudo. Então, assim, eu acho que ainda é um desafio a gente conseguir esse equilíbrio. Claro que o modelo de gestão vai influenciar muito na forma como se opera essa clínica, mas também, o trabalhador, ele é gestor de seu processo de trabalho, e ele precisa ir também construindo essas brechas...

Aqui, Sandra (abr./2009-2012) expressa alguns temas considerados prioritários para a gestão e demonstra um alinhamento da área técnica com a gestão de saúde mais ampla, ou seja, os princípios do modelo de gestão proposto, que envolvia a cogestão na concepção de que os trabalhadores também gerenciam as práticas de cuidado cotidiano e, a partir dessa concepção, propõe o estreitamento entre a clínica e a política.

Segundo pudemos observar na análise de Bezerra (2013), realizada entre profissionais e gestores dos NASF, a consolidação do modelo de Recife em defesa da vida foi avaliada pelos

participantes com certa positividade no sentido de favorecer o debate na rede sobre a organização do processo de trabalho, bem como a aproximação entre as equipes envolvidas no cuidado.

O que se pode concluir, então, é que o debate gerado pela proposta do Recife em Defesa da Vida foi canalizador e mediador da organização do processo de trabalho entre os indivíduos, orientador de ações e possibilitou aproximação entre equipes.

Há referência importante deste modelo para os trabalhadores, sendo o NASF uma equipe que dá concretude à proposta, embora muitas das questões inerentes à implementação ainda encontre-se mais no campo das vontades do que necessariamente na realização de mudanças, especialmente no que tange à lógica de cuidado voltada para ampliação da clínica.

Ao mesmo tempo, esta clínica ampliada parece questionar o limite entre o que é para ser feito pelos profissionais de saúde e até onde. Tal fato tensiona o que é vontade e o que é proposta de modelo de atenção com o que há de déficit na retaguarda estrutural e tecnológica dos serviços para organização das ações.

Há evidência também de pouco empoderamento dos trabalhadores no que diz respeito à inserção nos espaços de gestão. Apesar de os trabalhadores no NASF representarem um elo entre gestão e Saúde da Família, a cogestão e introdução nos espaços de decisão importantes não são plenas. Tal fato remete refletir, como consequência, sobre a inclusão dos sujeitos que demandam atenção e cuidado nos serviços e quais espaços de articulação destes com os trabalhadores e gestão. (BEZERRA, 2013, p. 86).

Consideramos que, apesar de a pesquisa ter sido realizada especificamente com os(as) profissionais e gestores(as) dos NASF, parece trazer à tona um sentimento compartilhado pelos dispositivos da RAPS. Essa nossa percepção advém essencialmente de nossa vivência na rede durante o período, bem como a partir das trocas realizadas com nossos interlocutores(as) estratégicos(as).

Assim, vimos, nesse quinto ciclo, alguns processos que tentaram resgatar o caráter participativo da gestão, mas que foram vivenciados como conflituosos, uma vez que a rede já acumulava uma série de dificuldades estruturais, as quais transversalizavam do macro ao microcotidiano. Estavam entre os conflitos vivenciados na rede a não transformação dos CAPS em 24 horas e o *deficit* nas equipes, na manutenção dos serviços e na aquisição de materiais, entre outros.

Retomamos ainda as realizações desse quinto ciclo e temos de realçar a implantação dos NASF, que ocorreu a partir de 2010. Conforme podemos observar no projeto para credenciamento do NASF/Recife, bem como no fato de, na fala de Sandra (abr./2009-2012), durante toda a entrevista não ter sido mencionada uma única vez o NASF, a implantação e os processos iniciais deste guardaram certa equidistância dos da RAPS, especialmente daqueles dos CAPS (RECIFE, 2015b).

Como discutimos em nosso processo histórico, os NASF surgiram na perspectiva de integrar as ações de áreas prioritárias, entre elas a SMAD na Atenção Básica, o que demandaria,

a nosso ver, um processo mais integrado entre as equipes. Essa integração seria necessária, uma vez que, em Recife, já havia a Ação Avançada, que, a partir dos CAPS, dava apoio matricial às equipes da Atenção Básica. Também discutimos esse processo em nosso percurso histórico, no qual evidenciamos ter ficado mais a cargo das equipes locais a construção das interlocuções possíveis, e não como uma diretriz da gestão mais ampla.

[...] eu acho que esse é um desafio muito grande; eu acho que a saúde mental como um todo hoje vive esse desafio de fazer um diálogo mais próximo entre a clínica e a política; não consigo conceber um avanço se a gente fizer um hiato muito grande disso... Às vezes, a gente deixa algumas brechas, eu avalio que a gente deixou algumas brechas nesse campo da clínica, e muitas vezes por aí que hoje o movimento antirreforma fala né: “que clínica é essa?”, pra eles... eles não compreendem, eles buscam onde é que tá o respaldo científico dessa clínica, e eu acho que em algum momento a gente descuidou um pouco de cuidar dessa potência da clínica, que tem, sim, um respaldo científico, que tem, sim, uma potência muito grande de produzir saúde e de produzir outros sujeitos mais empoderados de suas vidas, e eu acho que esse é o desafio, mas que também não está descolado de um cenário de saúde como um todo, né? O próprio SUS, a gente vive essa disputa do SUS o tempo todo, apesar dos avanços, a gente ainda tá nesse momento, bem difícil... Eu acho que o desafio hoje, pra clínica, é ela ser uma clínica muito mais da ética do que da intervenção. Muitas vezes, a gente fica engessado em buscar intervenções que estão muito distantes do contexto que a gente vive hoje, por exemplo, nos CAPSad; eu acho que, ainda mais no CAPSad, a gente evidencia essa fragilidade da clínica, ainda é uma clínica que se aproxima muito das questões morais e que está muito distante das questões éticas, de enxergar o outro como um sujeito que pode fazer suas escolhas, mesmo que não seja as escolhas que eu fiz; eu acho que a gente tem muita dificuldade de operar nesse sentido, mesmo os trabalhadores que estão no CAPS, mesmo os trabalhadores que têm o discurso afinado na Reforma, mas que na hora de operar esse discurso há uma dificuldade. Eu acho que nos CAPS transtorno menos, é uma clínica que já vem se estruturando, talvez até com mais tempo, né? A Reforma, no início, cuidou muito mais dessa parte, mas mesmo assim a gente ainda observa algumas fragilidades, do ponto de vista clínico mesmo, do cuidado, do empoderamento do outro, do outro de fato poder fazer essas escolhas, então, esse discurso que a gente fala da Reforma, dos direitos humanos, da humanização do cuidado, eu acho que, algumas vezes, há um descuido disso... da clínica... Acho que a gente trabalha já há muito tempo perseguindo essa interdisciplinaridade, já buscamos até uma transdisciplinaridade, mas, na prática, ainda tem alguns núcleos de profissão que têm essa dificuldade de operar mesmo com a construção de saber em ato, né? Do saber que nasce do encontro das disciplinas, acho que ainda tem algumas profissões que têm dificuldade nisso... e até as que avançaram mais, como a psicologia, terapia ocupacional, o serviço social, hoje a gente vê um movimento que me inquieta um pouco, que é reuniões de categoria, discussão nas categorias, né? A gente fala de uma clínica inter e aí..., onde o campo tem que ser mesmo, esse comum, e ao mesmo tempo a gente vê discussões assim, de categoria que eu acho, assim, meio ambivalente... eu intuo assim, e observo que a gente talvez tenha caminhado na Reforma muito no caminho político, e a clínica talvez não veio nesse mesmo passo, e a gente descuidou de estudar mesmo gente. Então, às vezes, a gente recebe estagiários residentes, que estão muito afinados no discurso político, mas, quando você vai discutir um caso clínico mesmo, eles ficam meio perdidos, e aí, todas as categorias, eu acho isso..., inclusive médico... então, os médicos, que às vezes criticam muito, e às vezes a gente vai discutir um caso, eles tão meio perdidos no que seja aquilo... e, assim, eu acho que a gente não deve descuidar disso, isso fortalece a nossa clínica, fortalece o nosso movimento... (Sandra, abr./2009-2012).

Esse trecho da fala de Sandra (abr./2009-2012) é bastante inquietante, por tocar em temas essenciais para o campo psicossocial antimanicomial, a exemplo da prática interdisciplinar, da necessidade de disputar posições de forma sistemática no SUS e na saúde mental e, ainda, por citar como fato preocupante a ocorrência de organização por categoriais profissionais específicas.

Esses questionamentos, de fato relevantes, deixaram-nos intrigados(as), pois, contraditoriamente, essa foi a entrevistada que mais evidenciou a relevância do trabalho interdisciplinar e, igualmente, a única a não referir qualquer esforço ou mesmo preocupação com o desenvolvimento de ações integradas entre os dois eixos da PSMAD.

A única menção realizada sobre o eixo AD foi no sentido de questionar o caráter moral que sua clínica vem assumindo no município. Análise compartilhada, em certa medida, por Moraes (2005) e Rameh-de-Albuquerque (2008), ao identificarem a vivência contraditória dos serviços pautados na redução de danos, mas que, no cotidiano, terminam focando a abstinência das pessoas em acompanhamento, a exemplo do CAPS CPTRA, que, em seu panfleto institucional da década de 1990, coloca a abstinência como meta do tratamento (Anexo 23).

Outro elemento apresentado nos estudos refere-se à adoção de alta administrativa dos usuários quando do descumprimento de certas regras dos serviços. No entanto, apesar de todos esses pontos, não identificamos, como o ocorrido nos outros ciclos, uma priorização de construção coletiva sobre a clínica entre os dois eixos da PSMAD.

Consideramos contraditória ainda a abordagem de Sandra (abr./2009-2012) da clínica e da política no campo da saúde mental, pois, à primeira vista, levou-nos a considerar a superação dessa dicotomia, conforme já discutido em vários momentos deste estudo, como algo a ser atingido pela Reforma Psiquiátrica de caráter antimanicomial e antiproibicionista. No entanto, no decorrer de seu discurso, pareceu-nos uma busca velada de uma clínica “científica”, que considere a “psicopatologia” e, como veremos a seguir, em diálogo com interlocutores do campo da psiquiatria e da psicanálise.

4.1.5.2 Interlocutores locais e nacionais

Como já antecipamos, Sandra (abr./2009-2012) realizou a defesa de uma clínica que poderia representar até uma humanização da clínica tradicional, mas dificilmente daria conta da radicalidade do cuidado proposta pela perspectiva assumida nesta pesquisa com base em Antonio Lancetti (2001, 2007), Ana Marta Lobosque (1997, 2001) e tantos(as) outros(as).

Essa nossa análise encontra reforço em seus pilares a partir da fala da própria Sandra (abr./2009-2012), ao considerar como seus interlocutores pessoas que até foram precursoras de experiências inovadoras em determinada época, mas que, posteriormente, deram passagem para reflexões e novos posicionamentos. Estamos nos referindo a Nise da Silveira, referência nacional, e Gonzaga Leal, referência local anteriormente à instituição da rede pública de saúde mental. Ambos terapeutas ocupacionais e de base psicanalítica, a primeira tendo exercido sua prática em hospital psiquiátrico, e o segundo, em uma clínica privada.

Além dos interlocutores da terapia ocupacional e da psicanálise citados anteriormente, Sandra (abr./2009-2012) identifica Ulysses Pernambucano e Luís Cerqueira como referências locais e ainda os coloca em oposição a Luís Inácio, que, como vimos anteriormente, fez parte da mesma Escola de Psiquiatria do Recife, fundada por Ulysses Pernambucano.

[...] a Nise da Silveira, sou uma fã de carteirinha, que desde muito cedo a gente fazia esse diálogo muito perto dela, é... que me ajudaram muito a embasar minha clínica... acho que Gastão Wagner também nesse momento da gestão ele ajudou muito a estruturar o modelo de gestão, que, assim, fazer gestão precisa ter um modelo, precisa ter uma diretriz... eu acho que eu também fui muito feliz em alguns encontros que me foi possível aqui, em minha própria trajetória em Pernambuco, Luiz Gonzaga [Leal], que foi um professor meu, que tinha esse serviço, ainda hoje a gente não tem um centro de convivência, mas na época a gente tinha um centro de convivência que trabalhava muito respaldado na clínica do AT [acompanhante terapêutico], então, a gente trabalhava na rua, um monte de estudante na rua com esses pacientes, seja em museu, cinema, parque... então, pra mim isso foi uma vivência muito importante na minha formação, uma vivência da clínica... Foram tantas leituras [risos]... Eu acho que Winnicott também baseia muito meu trabalho... Mas eu acho que Pernambuco tem uma história importante na saúde mental, a gente tem pessoas que nos antecederam que foram muito importantes, o próprio Ulysses Pernambucano, o próprio Luís Cerqueira, que não era pernambucano, mas viveu muito aqui e embasou muito a nossa clínica, são pessoas, assim, muito sérias, que mesmo naquele contexto diverso buscavam estudar muito, e isso de uma certa forma deixa uma marca, deixa uma história, né? Acho que Pernambuco tem essa ambivalência, tem um Luís Cerqueira, mas tem um Luiz Inácio [risos]... Então, tem esses dois lados, que acho que sempre vai haver, e a gente tenta ir buscando o que tem de positivo pra ir fundamentando... (Sandra, abr./2009-2012).

Consideramos que todo o discurso e a prática de Sandra (abr./2009-2012) estiveram em sintonia com a gestão mais ampla do município e cumpriram, mais uma vez, nesse ciclo, o papel de fazer avançar a implantação da rede psicossocial de forma alternativa ao hospital psiquiátrico e não substitutivo. Esse posicionamento ficou evidenciado como irreversível a partir do terceiro ciclo de gestão da SMAD, quando se tiveram em mãos as condições técnicas, políticas e financeiras para reverter o modelo e não isso não foi feito, tal como ocorreu em nível federal a partir de 2006 e já foi abordado na análise do referido terceiro ciclo de gestão.

A avaliação do caráter alternativo e não substitutivo do modelo de atenção à SMAD foi claramente evidenciada em dois estudos de anos e perspectivas diversos, como podemos observar a seguir:

Verificamos um número insuficiente de recursos na rede de saúde mental do Recife para a população do município. Apesar da cidade ter iniciado seu processo de desinstitucionalização apontando para a desconstrução, em um segundo momento apresentou características mais próximas da desospitalização, mas não identificamos desassistência aos usuários. Porém, os caminhos que a cidade do Recife está percorrendo encontra-se [sic] ainda distante da efetivação da Reforma Psiquiátrica preconizada no Brasil. (MAIA, 2007, p. 102).

Com base nos dados analisados, verifica-se que a rede de saúde mental implantada no Recife configurou-se como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, porém não foi substitutiva, porque a política de saúde mental não consolidou de modo sustentável o processo de desospitalização e de desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico. No âmbito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, enfrentam-se dificuldades em operacionalizar o projeto terapêutico individualizado, portanto, em garantir a equidade no atendimento. Como também em atuar de forma integrada com outras redes de atenção para intervir nos determinantes sociais da problemática que cercam o usuário de álcool e outras drogas. (ALBUQUERQUE, 2011, p. 101).

Essas afirmações são categóricas e baseadas em estudos sobre a realidade local em momentos distintos de implantação da política em análise e, que nesse quinto ciclo, não parece ter sido sequer problematizadas. Assim seguiu a política de SMAD local na lógica alternativa e de convivência com os hospitais psiquiátricos.

4.1.5.3 Um lapso e um laço com os hospitais psiquiátricos

Neste ponto, consideramos que houve um “lapso” em relação a um processo realizado nos hospitais psiquiátricos com a instituição do que se chamou de Módulos de Reabilitação Psicossocial, no ano 2010, com o fechamento extraoficial de dois hospitais psiquiátricos, o IPR e o HPP. “Lapso” no discurso sobre o período, no qual essa atividade não foi referida; “lapso” no registro documental, uma vez que não houve registro no RAG de 2010 sobre a criação dos referidos módulos.

Os Módulos de Reabilitação Psicossocial representaram uma reorganização do funcionamento dos hospitais psiquiátricos no sentido de ofertar assistência mais próximo à proposta do modelo psicossocial, reorganização essa que intentou ser provisória e que acelerasse o fechamento total dos referidos hospitais. Essa reorganização, segundo pudemos identificar, deu-se, inicialmente, sem nenhum instrumento formal, até porque a legislação

vigente determina a progressiva desativação dessas instituições, e não sua reorganização (BRASIL, 2001a; PERNAMBUCO, 1994; RECIFE, 1996).

Em 2012, portanto, no próximo ciclo, houve a tentativa de criar um documento formal para comprometer as instituições envolvidas. Esse instrumento se deu com a formulação do “Projeto de Reabilitação Psicossocial para Pacientes de Longa Permanência de Hospitais Psiquiátricos do Recife: Módulos de Reabilitação Psicossocial”, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Além da aprovação em fevereiro/2012 último, no Conselho Municipal de Saúde do Recife (resolução nº 004/2012)[,] da modalidade de internação em centro de reabilitação psicossocial integrado à Política Municipal de Saúde Mental do Recife, e mediante plano municipal de saúde 2010/2013 que visa reprogramar o número de leitos psiquiátricos de acordo com os parâmetros populacionais e capacidade da rede substitutiva em consonância com o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica SUS. (RECIFE, 2013, p. 3).

Tal documento não teve caráter jurídico pelos motivos expressos anteriormente; no entanto, serviu para nortear o monitoramento técnico dos serviços contratados. No referido Projeto, consta a seguinte justificativa para a criação dos Módulos:

Com a finalidade de podermos avançar rumo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos em Recife e com necessidade de se pensar medidas emergenciais para os leitos de longa permanência, foi-se constituído em 2010 os “Módulos de Reabilitação Psicossocial” [sic] que se configuram como instâncias de acolhimento, passagem, reabilitação e ressocialização em saúde mental, a partir de suporte clínico visando à alta hospitalar. Pensado para pacientes crônicos, sem vínculos familiares ou com profunda rejeição por parte dessas, sem condições atuais de retorno à sociedade. Esse projeto faz parte de uma ampla proposta de desconstrução da assistência hospitalar psiquiátrica em Recife. Sendo o incremento financeiro repassado aos hospitais, um meio de garantir um trabalho efetivo de desinstitucionalização em concordância com todas as exigências descritas nesse projeto. (RECIFE, 2012a, p. 5).

Ao fim dessa fala, encontramos o laço que esteve por trás do “lapso”, ou seja, os hospitais psiquiátricos parecem ter sido travestidos de “Módulos de Reabilitação Psicossocial” e obtiveram, por meio das pressões realizadas desde o segundo ciclo de gestão,²⁰ a correção financeira do valor das diárias — isto é, com a criação dos Módulos, os donos de hospitais psiquiátricos conseguiram seu intento.

²⁰ Relembremos a fala de Antônia (2005), que afirma, categoricamente: “[...] e os hospitais foram fechando, na época que eu estava isso aconteceu, porque já não era interessante manter, começou a ficar difícil manter, então, não era nem por uma ação efetivamente de decisão do município, ‘olha, vocês não vão ficar porque não é mais interesse, porque a gente quer expandir essa rede’, e de repente começam esses donos de hospitais dizendo, ó... já fazendo que meio uma pressão no movimento oposto, então, ficou superdelicado mesmo... e a gente, na

Isso porque, em 2009, houve a publicação da Portaria Ministerial nº 2.644, que redefiniu os valores das diárias para os hospitais psiquiátricos com base em seu porte, em que os de porte I, com até 160 leitos, tiveram uma diária maior que a dos demais portes, passando essa a ser de R\$ 49,70. Enquanto isso, em Recife, em 2010, com a criação dos Módulos, os hospitais psiquiátricos que se transformaram em Módulos foram contemplados com a diária de R\$ 149,65, ou seja, três vezes maior que o valor pago nacionalmente (BRASIL, 2009a; RECIFE, 2012a).

A justificativa foi de que os Módulos teriam funcionamento máximo de dois anos e estariam contribuindo para o processo de reinserção dos(as) usuários(as) sob sua responsabilidade. Contudo, o que ocorreu foi que esses Módulos, além de terem tido muita dificuldade em se adequar à nova proposta terapêutica, apenas começaram a ser fechados em 2013, período que extrapola o analisado em nosso estudo.

Sabe-se, no entanto, que esses Módulos continuaram a ser visualizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério Público como hospitais psiquiátricos, com o agravante de que passaram a contar com 100% de usuários(as) de longa permanência, quando o máximo permitido era de 20%, o que acentuou os problemas acumulados ao longo do período analisado pelo não enfrentamento do fechamento total dos leitos hospitalares de psiquiatria (BRASIL, 2007b).

O referido contexto veio a gerar um Projeto de Redimensionamento da Desinstitucionalização da RAPS/Recife em 2015, o que garantiu o fechamento de todos os leitos psiquiátricos no município. Não analisaremos tal Projeto pelo fato de ele não ter sido desenvolvido no período em questão.

No entanto, nós nos remetemos a informações constantes no referido Projeto por este nos ajudar a visibilizar, mais uma vez, que tais posicionamentos não estiveram relacionados com a falta de recursos financeiros, nem técnicos, uma vez que havia recursos financeiros e a possibilidade de buscar novos, se fosse o caso, pela pressão política, para que o estado de Pernambuco assumisse o ônus, se parte do financiamento até aquele momento vinha sendo realizada apenas pelo Ministério da Saúde e pelo município do Recife. Vejamos:

De 2002 até o presente momento foram *fechados 950 leitos* em hospitais psiquiátricos do município, cujos recursos que os financiavam devem, sob recomendação das *leis Federal nº 10.216/01, Estadual nº 11.064/94 e Lei Municipal nº 16.232/96*, ser realocados para a rede territorial. Neste sentido: Contamos com valor anual no teto municipal com essa característica no valor de R\$ 8.401.226,40, e acumulado de R\$ 38.395.406,94. O Estado de PE deveria pelas diretrizes do SUS realizar cofinanciamento da rede de saúde mental, o que não acontece, seguindo o exemplo do estado de RS. (RECIFE, 2015a, p. 9).

verdade, precisava fazer avanços do tipo ‘vamos transformar todos os CAPS em 24 horas?’, essa era uma decisão a ser tomada, e a gente passou muito tempo discutindo essa possibilidade e tal...”.

No mesmo documento, é apresentada uma tabela que descreve o repasse anual do Ministério da Saúde incorporado ao recurso SUS/Recife com o fechamento dos leitos. Em seguida, o documento apresenta o valor referente à SMAD recebido do Ministério da Saúde no total/mês de R\$ 2.184.559,13, e que, em 2015, o município pagava mensalmente R\$ 1.208.046,00 aos Módulos, ou seja, mais da metade dos recursos recebidos do Ministério da Saúde era gasta com os hospitais psiquiátricos.

Com base nessas informações, recorremos ao RAG/2001, no qual foi informado o valor pago aos hospitais psiquiátricos, em 2001, e identificamos o valor anual de R\$ 13.625.407,90; ao dividirmos por 12, encontramos o valor mensal de R\$ 1.135.450,66 (RECIFE, 2002b). Vejamos agora o quadro que fizemos com base nas duas informações referentes aos anos 2001 e 2015 para favorecer a visualização do quanto os hospitais psiquiátricos conseguiram se beneficiar em todo esse período (Quadro 8).

Quadro 8 – Demonstrativo do quantitativo de leitos e valores pagos

Ano	Número de leitos	Valor mensal pago
2001	1.463	1.135.450,66
2015	356	1.208. 046,00

Fonte: Elaboração pessoal com base nos dados de Recife (2002, 2015a).

Com base em tais informações, fica visibilizado que Recife, apesar de ter reduzido os leitos psiquiátricos ao longo do período analisado, realizou um aumento nos valores pagos por eles. Outro grave problema foi o fato de não ter realocado os recursos oriundos do fechamento dos leitos psiquiátricos para a rede psicossocial. Albuquerque (2011, p. 98) explicita esse fato a partir da seguinte afirmação:

Segundo informações do SIH-SUS e SIA-SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (tabela 1), no Recife não houve uma transferência significativa de recursos financeiros, para a atenção aos portadores de sofrimento psíquico, do âmbito hospitalar para o extra-hospitalar, pois, em 2007, os serviços hospitalares consumiram 81% desses recursos. No âmbito nacional, no mesmo período, a alocação já era diferente: os serviços extra-hospitalares absorviam 63,3% dos recursos contra 36,6% destinados aos serviços hospitalares.

4.1.5.4 *Um passo em falso e um desenlace*

Outro acontecimento que marcou esse ciclo e não foi mencionado na entrevista de Sandra (abr./2009-2012) foi o grande conflito evidenciado durante a III Conferência Estadual de

Saúde Mental entre a gestão e o Movimento da Luta Antimanicomial. Pelo que conseguimos apurar, o processo de desgaste da relação da gestão com o Movimento já vinha de longa data.

Lembremos que abordamos, no terceiro ciclo da gestão da PSMAD, que, em 2006, já havia uma mobilização, pelo Conselho Regional de Psicologia de Pernambuco, o qual compunha o Movimento da Luta de forma muito atuante na época, questionando a efetividade do modelo antimanicomial por meio de um Seminário Estadual de Saúde Mental, com o título “A clínica antimanicomial em desenvolvimento: realidade ou ficção?”.

Ali, já estava sendo sinalizado o incômodo dos movimentos sociais com os rumos da política local no campo da SMAD, esgarçando uma, que partiu de uma estreita relação, envolvendo priorização de trocas e construção conjunta, em 2001, conforme podemos observar em algumas análises.

O novo prefeito nomeou[,] para compor a secretaria municipal de saúde, pessoas ligadas aos movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica... A primeira ação da nova gestão de saúde mental foi discutir internamente, traçar a política e redimensionar o modelo de assistência à saúde mental, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, sob a lei estadual nº 11.064/94, e os princípios do SUS. No segundo mês da gestão (fevereiro/01), foram convocados, para plenária, os diversos segmentos sociais interessados na discussão da atenção à saúde mental (sociedade, familiares, usuários, trabalhadores de saúde e saúde mental), para apresentação da política e das propostas (RECIFE, 2004a). Essas ações significam um indicativo de mudança na lógica da gestão participativa... (MAIA, 2007, p. 78).

Com a mudança de governo em 2001, a Secretaria de Saúde do Recife promoveu um processo de desospitalização e implantação de serviços extra-hospitalares (RECIFE, 2002), em interlocução com o movimento da luta antimanicomial e grupos da sociedade civil organizada, sobretudo durante a formulação do programa de governo, como relatam alguns dos entrevistados. (ALBUQUERQUE, 2011, p. 96).

A atual política de saúde mental também foi apresentada e discutida na 89ª reunião ordinária (RO) no Conselho Municipal de Saúde[,] ocorrida em 20/02/01. Nessa reunião, estiveram presentes, representantes da Associação dos Familiares e Amigos dos Doentes Mentais/AFADM e dos hospitais conveniados. Ficou evidente a correlação de forças na discussão sobre saúde mental. Enquanto alguns conselheiros (a maioria da própria gestão, secretaria de saúde) parabenizavam o novo modelo proposto e elucidavam os pontos positivos quanto ao cuidado com a pessoa com transtornos mentais, outros (dentre eles um representante dos prestadores, de serviços contratados pela prefeitura, inclusive dono de um hospital psiquiátrico sob gestão municipal), falavam sobre a insegurança do projeto proposto e da rede de saúde mental não responder às demandas, gerando desassistência. (MAIA, 2007, p. 6).

Fica nítida a participação de todos(as) os(as) componentes da gestão no apoio e na defesa da proposta, o que foi sendo sutilmente desarticulado após a saída de Humberto Costa da Secretaria de Saúde. Fomos buscar elementos na fala de Francisca (2001-2004) e no posicionamento de Albuquerque (2011) para entender um pouco o processo de distanciamento ocorrido entre a gestão municipal e o Movimento da Luta Antimanicomial.

O espaço da gestão no âmbito estadual, posteriormente, espaço da gestão no âmbito federal, sempre, nesse meio-tempo, paralelamente a isso, com forte diálogo com o movimento social, que eu acho que hoje tem um distanciamento muito grande, e no passado também de alguma forma tinha, porque gestão é uma coisa e movimento social é outra, mas de alguma forma todos nós, que ocupamos nessa trajetória algum lugar dentro da gestão, passamos pelo movimento social também, então era uma época, como tudo tava se construindo, que tinha uma comunicação, um envolvimento muito maior, então, no campo saúde mental, álcool e drogas, porque basicamente eram os mesmos, né? Depois isso foi ficando mais diferenciado, mais claro, até pela entrada de outros atores... (Francisca, 2001-2004).

A saída de atores-chave da gestão, vinculados à luta pela reforma psiquiátrica, contribuiu com a despolitização das reformas que vinham sendo implementadas e enfraqueceu a incipiente articulação da gestão com o movimento da luta antimanicomial. O relato abaixo exemplifica a avaliação de parcela dos gestores entrevistados: Então, no primeiro período da gestão ela centrou os esforços na implantação de serviços substitutivos aos sete hospitais psiquiátricos com a implantação de CAPS, residências terapêuticas. [...] Na segunda gestão, a saúde mental sai do plano de prioridade de governo. Conta[,] para isso, a saída da gestão de alguns atores sociais importantes nessa luta. [...] há uma estagnação da política. [...] Houve um distanciamento também, do movimento antimanicomial, ou seja, das questões mais políticas. [...] A comissão de reforma psiquiátrica no segundo período de gestão foi diluída, mesmo sendo ligada ao conselho Municipal (Entrevistado 2). (ALBUQUERQUE, 2011, p. 98).

Esse processo demandaria um estudo específico, que pudesse analisar em profundidade esse tema da relação entre gestão e movimento social nesses 12 anos de gestão petista. No entanto, podemos sugerir, pelo exposto até o momento, que os posicionamentos da gestão foram sendo alterados em relação à defesa da reforma de caráter antimanicomial, já que não temos elementos suficientes para tratar do tema dessa relação com o movimento antiproibicionista e de redução de danos existente localmente.

E, na medida em que o posicionamento da gestão do município foi se distanciando da perspectiva antimanicomial, o diálogo com o movimento também foi sendo inviabilizado. Essa relação tensionou a tal ponto que, durante a etapa distrital da I Conferência Municipal de Saúde Mental Intersetorial de Recife, várias pautas dos trabalhadores e usuários foram aprovadas, gerando uma reação da gestão no sentido de barrar as denúncias e propostas aprovadas nessa etapa distrital.

Nesse período, o Movimento estava muito fortalecido, inclusive havia assumido a coordenação nacional da Rede Nacional Internúcleos (Renila) e organizado, em 2009, a Marcha dos Usuários a Brasília, com o apoio de diversos outros grupos nacionais ligados ao Movimento da Luta Antimanicomial. Com a realização dessa Marcha, foi garantida a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial após oito anos sem haver conferência.

Devemos, portanto, entender que o rompimento explicitado em 2010 na III Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial foi apenas a ponta do *iceberg*, em que

conflitos internos da gestão e do próprio Movimento foram expostos. Do ponto de vista da gestão, já evidenciamos várias de suas contradições ao construirmos e lidarmos com dois modelos paralelos de atenção à saúde mental.

Do ponto de vista do Movimento da Luta Antimanicomial, após conversa com interlocutores(as) estratégicos(as) e a leitura da Carta Aberta do Movimento em relação ao conflito, situamos que a grande questão interna era em que medida as pressões realizadas por ele tenderiam a não reconhecer os avanços, apesar das contradições, na construção da PSMAD local. E, com esse posicionamento, o principal risco identificado era o de enfraquecer as reformas em curso, já com tantas dificuldades (Anexo 24). Existia ainda uma tensão interna ao Movimento quanto à incorporação ou não das pautas ligadas ao eixo AD (NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS, 2010) ²¹.

Esse conflito ocorrido na III Conferência Estadual trouxe impactos profundos na relação entre gestão e Movimento, bem como rachas e controvérsias em ambos os coletivos, inclusive expressos, a nosso ver, na organização paralela dos eventos referentes ao dia 18 de maio dos dois anos consecutivos, ou seja, 2011 e 2012.

Nesses anos, foram realizadas feiras durante todo o dia 18 de maio no Pátio de São Pedro, com exposição de produções dos(as) usuários(as) dos serviços e programação cultural, evento que, até então, conseguia aglutinar e mobilizar gestão e movimento social, com a condução deste último, e não de caráter oficial. Pois, para esse fim, temos o dia 10 de outubro, que é o Dia Mundial da Saúde Mental, no qual a Organização das Nações Unidas (ONU) define anualmente um tema relevante a ser discutido.

Após a discussão de dois lapsos de memória significativos e possivelmente justificados pelo caráter conflituoso que os envolve, e que não se refere apenas a esse quinto ciclo da gestão, chegamos ao fim de nossa análise de mais um ciclo da gestão da SMAD sem que tenha sido alterada a lógica que foi sendo configurada ao longo do período analisado. Com a observância do investimento na discussão da “clínica” e dos processos de trabalho das equipes, sem que houvesse o investimento financeiro, político e técnico para a efetiva reversão da lógica manicomial e proibicionista na atual RAPS/Recife. E com o agravante de ter nitidamente rompido com o Movimento da Luta Antimanicomial. Talvez por um processo de exaustão da possibilidade de postergação da virada efetiva do modelo. Ao final desse ciclo, uma série de

²¹ Ver anexas as duas monções de repúdio, alvo de conflito, na IV Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial de Pernambuco (Anexos 25 e 26).

problemas estruturais na rede vinha se acumulando, apesar de não terem sido abordados por Sandra (abr./2009-2012), mas que terão espaço na discussão do sexto e último ciclo.

4.1.6 Sexta onda – as vísceras dos enfrentamentos não realizados: os macro e microconflitos eclodem, e a tentativa de sustentar o construído

O sexto ciclo ocorre em um cenário no qual estava havendo sérios conflitos no âmbito interno do PT, e como o grupo que estava na Secretaria de Saúde era de uma tendência diferente da do prefeito João da Costa, uma série de restrições foram impostas a essa pasta. Tais restrições vinham atingindo fortemente o setor da saúde, a ponto de o secretário de saúde e grande parte de sua equipe terem pedido para sair. Com isso, entrou outro grupo, com o objetivo principal de fazer a sustentação possível dos avanços conquistados ao longo dos 12 anos da gestão do PT. E é dentro desse cenário que entra na gestão nossa sexta entrevistada, Patrícia (maio-dez./2012), iniciando-se o sexto ciclo da gestão da PSMAD/Recife.

Foi num momento bem difícil, acho que era final da gestão de João da Costa, num cenário político bem complicado, onde, assim, ao final da gestão, em meio a brigas de política partidária, de quem assumiria, de quem iria se candidatar, no final da gestão, houve uma saída, com a saída do secretário, no momento da entrega do cargo do secretário, que estava na... que era Gustavo Couto que estava assumindo, que estava respondendo pela política, saiu, assim, a equipe, a maioria da equipe que foi colocada por ele, ou indicada por ele na gestão, então, ele pediu exoneração e várias profissionais, por questões políticas mesmo, seguiram esse caminho. Um grupo entrou, justamente pra não deixar tudo que foi construído nesse processo, desde João Paulo, pra não deixar que essas questões se perdessem, as conquistas se perdessem; aí, foi quando assumiu Zazá como adjunta, que era gerente do Distrito I, assumiu a secretária adjunta de saúde do município, e Rodrigo Cariri, que é também alguém do campo que tava como coordenador de práticas alternativas da Prefeitura, assumiu a diretoria de atenção à saúde, e aí eu fui convidada pra, na verdade, sustentar essa política até o final da gestão. Foi um período curto, acho que foi de oito meses, que eu fiquei na coordenação, mas foi, assim, nesse período bem difícil, de restrição de recursos, de boicote mesmo de tudo que tinha sido construído, não só a política de saúde mental do município que tinha dado um grande avanço, como o Samu, como o SAD, como a própria Atenção Básica; então, assim, a gente tava num momento de sofrer retaliações e desmonte de toda essa proposta, que foi, como eu diria, a menina dos olhos da gestão do PT, de João Paulo, enfim...

Pelo expresso por Patrícia (maio-dez./2012), essa gestão foi de transição, visto que o cenário era totalmente adverso. E como uma gestão de transição, não foram postos novos objetivos, apenas foi feita a tentativa de manter e qualificar quando possível o já existente. Nesse cenário, as interlocuções ganham ainda mais relevância.

4.1.6.1 *Interlocuções locais e nacionais*

Patrícia (maio-dez./2012) inicia sua fala sobre seus interlocutores enfatizando os ícones nacionais, internacionais e locais da Reforma Psiquiátrica como dando corporeidade a seus atos cotidianos de cuidado, dando ênfase à experimentação cotidiana em diálogo com a teoria, processo que passa pela própria constituição da pessoa cidadã profissional.

Ah, então a gente vai onde tá psicologia mesmo social, a gente vai estudando Basaglia, vai... A gente vai experienciando essas coisas, eu acho que o próprio [Roberto] Tykanori é uma referência pra gente na área, a gente vai vendo outras coisas mesmo, acho que da nossa vida mesmo que a gente vai agregando nesse trabalho, porque é cuidar de pessoas, não é só teoria, é também o que você tem, o que você traz, a sua disponibilidade pra esse cuidado, somada, claro, com questões do ponto de vista profissional, porque é você se disponibilizar de fato pra estar com pessoas, pra acompanhar, pra estar do lado, pra estar junto. Enfim, eu acho que é isso... eu acho que isso também é um processo que ajudou muito minha trajetória nesse campo, mas que também aconteceu naturalmente, de repente eu tava na assistência, aparecia um convite e eu ia pra gestão, eu acho que, nesse campo, que é um campo ainda difícil de ter pessoas, profissionais, de fato, com qualificação pra atuar em saúde mental, a disponibilidade faz muita diferença; então, eu sempre estive disponível, onde quer que eu esteja, eu quero dar o meu melhor e eu quero ajudar da melhor forma possível; mas também, com essa bagagem que a gente precisa olhar o foco, mas a gente também precisa olhar o todo, e nesse processo, entre a clínica e a gestão, eu acabei... a vida, ou enfim, as circunstâncias me levando mais por esse lado de gestão, mas vez por outra também me coloco disponível e tô pela clínica também, porque é uma coisa só, saúde mental é o tempo todo política e clínica, é o tempo todo isso, onde quer que a gente esteja, ou na clínica ou na gestão a gente tá fazendo a política de saúde mental acontecer, se consolidar, enfim... é isso. (Patrícia, maio-dez./2012).

Identificamos nessa entrevistada uma forma muito simples e direta de expressar suas ideias, posições e cuidado, sem dicotimizá-los. E se colocando como alguém que está disponível para ocupar diversos espaços na PSMAD, seja na política, seja na clínica, como dois lados da mesma moeda.

Outro elemento que nos chamou atenção foi o fato de Patrícia (maio-dez./2012) resgatar como seus interlocutores, pessoas vinculadas ao coletivo antimanicomial e teóricos da Reforma Psiquiátrica, e não atores de dentro da gestão. Buscando um nexo para isso, passou-nos como possibilidade o próprio fato da transitoriedade de sua gestão. E nessa transitoriedade tentaremos entender as marcas desse ciclo para a PSMAD.

4.1.6.2 *Estancando a sangria: tentando sustentar as conquistas alcançadas até a chuva passar*

No Relatório de Gestão da PSMAD de 2012, foi realizada uma avaliação de todo o período da gestão petista e que coincide com nosso período de análise. Nele, foi apresentada a

Portaria nº 3.088/2011 e como esta orientou a organização do Relatório (BRASIL, 2011a; RECIFE, 2012a).

O Ministério da Saúde[,] através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do SUS[,] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Desta forma, como modo de nos familiarizarmos com a RAPS iremos organizar os avanços e desafios da política municipal baseado no modelo da RAPS, sem deixar de contemplar as características locais e de registrar outros avanços que se configuram, ou não, como dispositivos assistenciais, mas que são indispensáveis ao bom funcionamento dessa rede. (RECIFE, 2012a, p. 16).

Fica evidenciado o esforço realizado pela gestão de SMAD para contemplar a lógica proposta pela Portaria nº 3.088/2011 e ainda preservar as peculiaridades locais. Assim, chama atenção a relação necessária entre SMAD e Atenção Básica, em que são enfatizados os NASF, que nesse ciclo estavam efetivamente em funcionamento.

A aproximação do matriciamento CAPS e NASF também é um grande avanço enquanto intervenção no território uma vez que as duas equipes têm a função de potencializar as intervenções do Programa Saúde da Família, mesmo sendo intervenções em níveis de complexidade diferenciados. Algumas iniciativas de matriciamento integrado foram experimentadas em territórios diversos. Outra estratégia importante para o compartilhamento das ações foi a construção de espaço de discussão entre as equipes, além da realização de intervenções conjuntas. Todas com retorno positivo quanto seus encaminhamentos e resolutividade dos casos. (RECIFE, 2012a, p. 17-18).

O Relatório faz alusão ao Matriciamento Integrado em Saúde Mental como iniciativa local que deveria se constituir em uma referência para todo o município. O Matriciamento Integrado, instituído no Distrito Sanitário V, teve seu relato aprovado no X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2012, com o título “Matriciamento Integrado em Saúde Mental: construindo pontes”, e trazia desde a justificativa aos resultados alcançados com tal experiência.

Após discussões e articulações sobre os referidos nós críticos, iniciamos nesse semestre o Matriciamento Integrado de Saúde Mental no Distrito, sendo o mesmo caracterizado pela pactuação das responsabilidades de cada dispositivo da rede, a sistematização mensal dos encontros com equipes de referência para cada ESF composta por CAPS, NASF e Gerência de Território e ainda pela realização do diagnóstico, planejamento e monitoramento de todos os casos da área de abrangência. Como forma de fortalecer a proposta, os processos têm sido socializados e a avaliação incluída na pauta permanente dos Colegiados e Fóruns. As primeiras avaliações têm apontado a potência da experiência, uma vez que, as equipes matriciadoras de referência têm representado para as equipes da Atenção Básica a possibilidade de aprofundar o conhecimento das questões de Saúde Mental

local e do compartilhamento dos casos. Essa experiência tem facilitado a inclusão da atenção à saúde mental na Atenção Básica, a presença dos CAPS no território, maior articulação entre CAPS e NASF, e ainda o processo de educação permanente de todos os envolvidos. (RECIFE, 2010c).

Essa experiência, apesar de ter sido avaliada como bem-sucedida pela gestão, não teve continuidade por causa do *deficit* de profissionais nas equipes dos CAPS, uma vez que os profissionais concursados em 2010 ainda não haviam assumido e os com contrato provisório haviam sido desligados. Fica registrado no Relatório de gestão o desafio de recomposição das equipes dos CAPS, bem como a retomada do Matriciamento Integrado. O Relatório de gestão da PSMAD reforça ainda a necessidade de garantir a infraestrutura dos serviços sem descontinuidade no que se refere a recursos financeiros, estrutura física e da equipe técnica (RECIFE, 2012b, p. 41).

Garantia dos avanços conquistados pela rede de SM, entendendo que eles só foram possíveis diante dos esforços dos serviços e pessoas envolvidas, tais como: carro próprio, vale-transporte para os usuários, farmacêutico, educador físico e principalmente a supervisão clínica institucional... Fortalecimento da Clínica dos serviços — acolhimento incondicional, atenção à crise, trabalho territorial, clínica ampliada e supervisão...

Outro eixo abordado no Relatório foi o da infância e juventude, registrando-se a tentativa de organizar um grupo de trabalho com outras áreas da saúde para discutir o tema e deixar o registro de o município constituir uma proposta assistencial do município para esse público.

Nesse período, também houve a constituição de dois grupos de trabalho para discussão do eixo de urgência e emergência, o primeiro composto pelos CAPS e pelo Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP) do Ulysses Pernambucano (Tamarineira), e o segundo com a participação dos CAPS, do Samu, da Polícia Militar e dos Bombeiros. Como indicativo do relatório para a gestão seguinte, foi apresentada a necessidade de unificar os grupos de trabalho para que esse eixo pudesse aglutinar todos os atores nele envolvidos.

No campo da formação, houve, nesse período, a elaboração e a aprovação da proposta da Residência de Psiquiatria da RAPS/Recife, uma das primeiras do Brasil a ser realizada 100% na rede psicossocial. Ela se efetivou em 2013 e, portanto, não realizamos a análise de sua implementação.

Consideramos ainda relevante o resgate do investimento realizado nesse sexto ciclo da tentativa de integração entre os dois eixos da PSMAD. Para tal, avaliamos como fator facilitador desse processo a instituição oficial da RAPS (BRASIL, 2011a).

Ressaltamos o avanço na ação integrada das Gerências de Saúde Mental (Transtorno Mental) e a Gerência da Política de Redução de Danos (Programa Mais Vida) [sic] na condução dos processos de trabalho, fluxos na rede e outras demandas institucionais. Processo que deve ser fortalecido, a fim de contribuir para a consolidação das Políticas que garanta a integralidade da assistência. (RECIFE, 2012b, p. 40).

Identificamos no Relatório um tom de investimento nos processos de qualificação da rede, considerando o existente na rede e a viabilidade de execução no período de transição, mas principalmente para deixar o registro dos avanços e desafios da PSMAD. Característica própria de uma gestão de transição.

O RAG, por sua vez, por contemplar todas as ações da gestão da saúde, caracteriza-se por conter informações prioritárias de cada política e de forma bastante sucinta. Por outro lado, serve de indicativo do que determinada gestão priorizou. Assim, chamou-nos atenção que todos esses processos de construção coletiva, como a criação de vários grupos de trabalho para o aprofundamento dos eixos da PSMAD, não tenham sido devidamente abordados no relatório de gestão de 2012.

Tendo sido descrita a estratégia denominada “melhorar a efetividade na atenção à saúde, com a potencialização de estratégias de desinstitucionalização”, foi encontrada no RAG/2012 a meta de implantar nove Residências Terapêuticas, o que não foi realizado. Por outro lado, foi ampliado o número de hospitais psiquiátricos, que passaram a ser considerados Módulos de Reabilitação Psicossocial, conforme expresse a seguir:

Recife transformou 150 leitos de longa permanência em leitos nos Módulos de Reabilitação Psicossociais se comprometendo, em parceria com a equipe dos referidos Módulos, na redução gradativa dos leitos com vistas à melhoria da assistência prestada. Com isso, Foram criados mais 02 Módulos, ampliando de 04 para 06 (cada módulo conta com 50 usuários). (RECIFE, 2013, p. 53).

Ou seja, mais um ciclo foi concluído sem que se tenha tomado a decisão do fechamento dos hospitais psiquiátricos, apesar de em todos os ciclos ter sido apresentada essa necessidade no Planejamento Anual de Gestão, gerando reprogramação nos RAG ano a ano. E esse fato ocorreu ainda apesar de ter sido identificada a necessidade de fechamento dos leitos por todas as gerentes da área técnica da SMAD, com maior ou menor ênfase.

Essa sexta onda se encerra com a derrota do PT nas eleições municipais de 2012 e a posse do PSB na Prefeitura de Recife, procedendo a uma mudança radical na composição dos atores que compunham a gestão até então, cujo estudo seria recomendável em pesquisas futuras.

5 MEMÓRIAS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSMAD EM RECIFE: ENTRE FREVOS E VALSAS A DANÇA CONTINUA

Falamos anteriormente que recorreríamos algumas vezes a imagens e símbolos que pudessem nos levar à ordem do sensível. Assim, neste capítulo, falaremos de ritmos, festas e frestas que nos são peculiares (frevo) e/ou estrangeiras (valsa) para tentar expressar sentidos e afetações advindos deste estudo de produção de memória.

Ao longo de nossa discussão nos tópicos anteriores sobre as ondas de gestão da PSMAD, encontramos consonâncias e controvérsias; no entanto, algumas partes foram recorrentes e/ou significativas entre nossas entrevistadas, e por essa razão consideramos relevante compartilhá-las.

Assim, vieram-nos as imagens do carnaval, do frevo e da sombrinha de frevo como símbolos inerentes à nossa cultura que expressam nossa identidade local e com a qual nos relacionamos. Para quem não está familiarizado, o frevo é uma dança típica de Pernambuco, reconhecida como patrimônio imaterial pelo Instituto do Patrimônio Nacional (Iphan) em 2007. Além de dança, é também uma música especialmente cantada no carnaval e de forma coletiva; assim, é igualmente música e dança uma articulada à outra.

A palavra frevo vem de ferver e, segundo o *Vocabulário pernambucano*, de Pereira da Costa (1937), designa “efervescência, agitação, confusão, rebuliço; apertão nas reuniões de grande massa popular no seu vai e vem em direções opostas como pelo Carnaval”. O frevo tem história longa e faz parte da produção de memórias para quem o sente e vive. Então, nada tão característico dessa agitação que a produção de narrativas e memórias ao longo do processo de institucionalização da PSMAD.

Assim como a PSMAD não se deu apenas em um ritmo, o frevo se divide em diversos tipos e compassos, entre eles o frevo de rua, que se “diferencia dos outros tipos de frevo pela ausência completa de letra, pois é feito unicamente para ser dançado”, sendo o mais conhecido nacionalmente e bastante frenético. O frevo canção apresenta certa aproximação com a marchinha carioca e surgiu para ser cantado em bailes sociais, podendo ter surgido a partir de serenatas de grupos com bastante vivacidade.

Cada um desses ritmos/tipos de frevo apresenta contextos, processos, conteúdos e atores que os conduzem e sofrem com suas ações, tal como ocorre na PSMAD, que pode ser analisada a partir do modelo trabalhado por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), o qual contempla esses quatro componentes. E será com essas e outras imagens que concluiremos

nosso processo de produção de memória, tentando expressar, de forma sintética e simbólica, o que discutimos ao longo deste trabalho.

Vocês devem estar se perguntando: e a valsa expressa no título do capítulo? Ela aqui será lembrada apenas em seu sentido simbólico de ritmo estrangeiro, lento, mais elitizado e nem tanto coletivo. Ou seja, representando os processos de postergação de reverter definitivamente o modelo antimanicomial e antiproibicionista, observados por parte da gestão mais ampla do período analisado. Caracterizando o não fechamento dos leitos psiquiátricos e a priorização da qualificação da rede psicossocial.

Essa questão foi abordada largamente no decorrer de nossa análise, a qual evidenciou os conflitos vivenciados nas práticas cotidianas e não nos discursos, uma vez que o discurso esteve sempre na direção da substituição do modelo manicomial pelo psicossocial, mas ocorreram “lapsos” na materialização da rede efetivamente substitutiva, a exemplo da abertura de CAPS 24 horas e residências terapêuticas para retaguarda dos casos mais graves, bem como para garantir o fechamento dos leitos psiquiátricos existentes.

Outra valsa dançada e que ainda se coloca em pauta na política local é a realocação de recursos decorrentes do fechamento dos leitos psiquiátricos para potencializar a rede psicossocial. Isso vem acarretando o sucateamento de seus dispositivos, bem como de processos de educação permanente e educação em saúde.

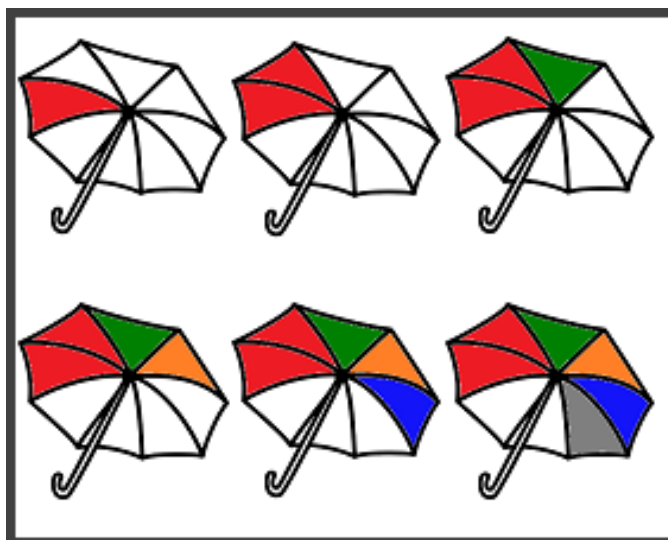
5.1 DOS RITMOS COMPARTILHADOS OU SOBRE AVALIAÇÕES DA PSMAD

O primeiro consenso refere-se ao fato de que a PSMAD local assumiu um caráter de política de Estado, e não de governo, o que foi e vem sendo garantido a partir de um coletivo que tenta avançar em momentos mais favoráveis, sustentar o construído nos momentos de adversidade e ainda cavar os espaços possíveis entre um e outro contexto.

Não se espera um percurso linear, como não foi o construído até o momento. Pela experiência acumulada, parece haver o entendimento de que a correlação de forças de cada gestão está relacionada com diversos fatores, mas como cada ator se coloca no processo vai ser fundamental para os rumos que a sociedade e a PSMAD vão tomar.

Assim, veio-nos a imagem da Figura 5 sobre o processo de institucionalização da RAPS dentro dos seis ciclos analisados.

Figura 5 – Imagens da configuração das ondas de gestão



Fonte: Elaboração pessoal.

Pensamos na sombrinha do frevo porque ela é essencial para a caracterização do cenário do frevo e apenas ganha vida e movimento nas interlocuções. Assim, a primeira gestora dos ciclos analisados foi citada por todas as demais entrevistadas e reconhecida em diversos estudos sobre a política local como tendo representado um marco para a implantação da PSMAD psicossocial e esteve de alguma forma presente em todos os demais ciclos de gestão. Nesse sentido, ela teria exercido a função de estrutura da sombrinha e iniciou sua pintura.

As demais gestoras foram dando seu tom e ajudado a construir essa sombrinha. Os espaços por colorir representam os dois outros ciclos, já sob a gestão do PSB, e extrapolam o período analisado nesta pesquisa.

A forma como a sombrinha pode ser utilizada depende do contexto macro, o que nos fez chegar à conclusão de como é importante a gestão da área técnica ter sintonia e apoio da gestão mais ampla, pois, por mais que a gestão da área técnica se empenhe em seguir determinada linha, não conseguirá plenamente seu intento sem as devidas articulações com a gestão mais ampla, bem como com os movimentos, trabalhadores e usuários(as).

Portanto, para a PSMAD se efetivar, tem de realizar construções coletivas e participativas, não sendo suficiente garantir apenas os espaços de discussão, mas principalmente os de decisão. Essa política, mais que qualquer outra, não se faz por decreto. E vimos como a implantação do Programa Mais Vida é atribuída por alguns atores, que a vivenciaram como trazendo essa marca e, como tal, apresentou uma série de dificuldades na efetivação do cuidado, ainda que todos(as) reconheçam a extrema relevância e o protagonismo da referida política local.

Nesse sentido, podemos realçar a compreensão das entrevistadas de que talvez a implantação da rede local tenha sido um grande trunfo. Pois, com essa rede implantada, alguns processos dificilmente terão retorno, uma vez que nessa rede construída estão em cena atores vivos, que a compõem, e não poderão ser negados. Ainda que, com os avanços na PSMAD, outras realidades mais complexas e difíceis de equacionar vão se configurando, como a atualização do manicômio por meio das comunidades terapêuticas, alimentadas pela “guerra às drogas”. Talvez retrocessos, estagnação, mas jamais no mesmo ponto.

Os atores deste estudo nos ensinaram que revisitar o passado nos possibilita entender processos vivos no presente e que podem ser reconstruídos para o curso da história, a qual ajudamos a construir cotidianamente. Assim, ficou claro o quanto a Escola de Psiquiatria do Recife, tão pouco conhecida entre as novas gerações que povoam a SMAD, esteve no enalço da PSMAD local durante os ciclos analisados. E ao mesmo tempo é preciso entender que o coletivo antimanicomial que se constituiu a partir de 2001 nessa cidade é iniciante nessa dança da política pública, e quantos impasses e proposições existem por amadurecer até que se fortaleça efetivamente para fazer frente a esse movimento manicomial secular.

Enfim, talvez o maior desafio diga respeito à necessidade de investir na lógica do cuidado para que, no cotidiano, esse possa reverter as práticas e garantir seu caráter antimanicomial e antiproibicionista, o que necessariamente passa por um permanente devir político, sem o qual o cuidado não se materializa.

5.2 SOBRE OUTROS CARNAVAIS OU SOBRE O DEVIR DA PSMAD

Na perspectiva de conformação da PSMAD, parece compartilhada a compreensão de que o contexto político atual que o Brasil atravessa trará consequências ainda não mensuráveis para o avanço e a consolidação da política em sua perspectiva antimanicomial e antiproibicionista. Pois os processos de consolidação da PSMAD nacional, bem como local, tiveram seu desenvolvimento em um contexto político democrático, popular e participativo, deixando em suspeição o grau de ataque que será produzido contra as políticas sociais de modo geral, e contra a SMAD especificamente, a partir do golpe parlamentar e midiático que atravessa o Brasil.

Outro elemento fundamental é que, mesmo em um contexto político favorável, atua para a manutenção do modelo antimanicomial e antiproibicionista um conjunto de aparato técnico-científico que tem apresentado plasticidade suficiente para ser reeditado travestido de novo. Então, para além das reformas dos dispositivos assistenciais, há de se investir fortemente na mudança na lógica de conceber e ofertar cuidado. Isso envolve aspectos

bastante complexos para sua efetivação, pois existe um atravessamento dos processos de formação profissional pelo cultural incorporado socialmente.

Passa igualmente por fazer valer as recomendações da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) para a aplicação dos recursos originários das internações psiquiátricas a fim de que a RAPS se efetive, pois, como vimos no decorrer do trabalho, o modelo psicossocial sofre ataques sem nem mesmo ter sido minimamente experimentado, uma vez que é recorrente o sucateamento das equipes e dos dispositivos estratégicos para a oferta de cuidado. Por outro lado, algumas conquistas deixam o município em uma situação mais favorável que alguns outros pelo Brasil afora, já que, em 2016, foram fechados todos os leitos de hospitais psiquiátricos de Recife.

Existe um quantitativo considerável de profissionais concursados na rede, entre os quais alguns bastante atuantes no Movimento da Luta Antimanicomial (Libertando Subjetividades) e no Fórum dos Trabalhadores de Saúde Mental de Pernambuco. Esse dado nos parece relevante, uma vez que, como foi sinalizado no decorrer das análises, os movimentos sociais locais têm demonstrado sua firme disposição em se manter em busca de uma sociedade mais justa, na qual caiba o cuidado de caráter antimanicomial e antiproibicionista. Há também duas Residências Multiprofissionais em Saúde Mental (Universidade de Pernambuco e da RAPS/Recife).

Visibilizamos esses elementos porque consideramos, assim como nos falava Lancetti, que nossas práticas são de pessoas para pessoas, e entre pessoas. Ou seja, se conseguimos chegar até aqui, mesmo que com percalços que nos fizeram dançar valsa em descompasso, poderemos continuar fazendo com que outras vidas possam dançar senão um frevo, outras músicas, e construir outras histórias que lhes representem. Nossa memória no campo da SMAD local é de muita resistência. E especialmente de resistência pela alegria compartilhada, seja na gestão, seja na atenção, seja na militância. Então, que venham outros carnavais, pois a SMAD está de corações e mentes em plenos carnavais...

Figura 6 – Fotos da Marcha dos Usuários a Brasília (2009) e Fora Valencius (2015)



Fonte: Arquivo pessoal (autor desconhecido).

É nesse ritmo que temos seguido e seguiremos, ainda mais no cenário nacional atual, o qual nos convoca a resistir diante do golpe parlamentar e midiático que estamos vivenciando. Tudo que construímos coletivamente parece estar em risco: o sistema democrático, o SUS e, como tal, as propostas de caráter antimanicomial e antiproibicionista que vinham norteando a construção da PSMAD nacional e local. Ainda temos antigos hospitais psiquiátricos para fechar Brasil afora, mas novas formas de aprisionamento estão surgindo e/ou ressurgindo.

Reencontro aqui Mariana Moreira (2014) e reafirmo que se comprometer é preciso. Nesse processo, por vezes estranhamos e/ou negamos símbolos populares, usurpados por grupos conservadores e elitistas, não nos representando mais como coletivo. Dessa forma, finalizo esta tese não ao som de Capiba, com seu frevo *Madeira do Rosarinho*, mas no embalo do discurso de abertura de Mujica em sua última vinda ao Brasil, em 2016:

Mineiros e mineiras, a vida me ensinou algumas coisas. Os únicos derrotados são os que deixam de lutar. Mas vocês têm de saber que não há um prêmio no final do caminho. O prêmio é o caminho mesmo, é o andar mesmo. Nossa luta é muito velha. São falsos os términos. Esquerda e direita são inventos da Revolução Francesa. Na realidade, são caras permanentes da condição humana, como as caras de uma moeda, e fluem e refluem permanentemente na história. E penso que talvez seja uma luta eterna com fluxos e refluxos, com pontos de partida, com quedas e voltar-se a levantar. Há que se aprender que, na vida, as causas nobres necessitam de coragem sempre para voltar e começar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Maria Aparecida A.; MEIRELLES, Raquel de L. **Mulheres e homens em ocupação de cargos de direção e assessoramento superior (das) na carreira de especialista em políticas públicas e gestão governamental (EPPGG)**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2012. Texto para discussão. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=16472>. Acesso em: 12 maio 2017.
- AGÊNCIA TRABALHISTA DE NOTÍCIAS. **Prefeitura do Cabo inaugura Centro de Atenção a usuários de drogas. Cabo de Santo Agostinho**. 2007. Disponível em: <https://ptb.org.br/prefeitura-do-cabo-inaugura-centro-de-atencao-a-usuarios-de-drogas/>. Acesso em 17/01/2017.
- ALBUQUERQUE, Juliene. A luta dos movimentos sociais urbanos no Recife: criação e manutenção do Prezeis. In: II SIMPÓSIO GEPAL. **Anais...** Recife: UFPE, 2002. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/gepal/segundosimposio/julienetenoriodealbuquerque.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro V. de. **A promoção da equidade na política de saúde da cidade do recife (2001-2008)**: uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — CPqAM, Fiocruz, Recife, 2011. 187p.
- ALBUQUERQUE JR., Durval M. de. Da história detalhe à história problema: o erudito e o intelectual na elaboração e no ensino do saber histórico. **Locus**, Juiz de Fora, v. 10, p. 53-72, 2004.
- _____. **História: a arte de inventar o passado**. Bauru: Edusc, 2007.
- _____. Violar memórias e gestar a história: abordagem a uma problemática fecunda que torna a tarefa do historiador um parto difícil. **CLIO**, UFPE, Série Arqueológica, v. 15, p. 39-53, 1994.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/Ensp, 1995a.
- _____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 163-175.
- _____. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. CD-Rom.
- _____. Rumo ao fim dos manicômios: a luta antimanicomial, o mais importante movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, teve início durante o regime militar e ainda enfrenta desafios. **Revista Mente & Cérebro**, ed. 164, p. 1-7, set. 2006.

_____. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: Fiocruz/Fiocruz; EAT/Fiocruz, 2003. v. 1-3.

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

_____; FREITAS, Fernando Pinto de; NABUCO, Edvaldo da Silva; PANDE, Mariana Nogueira Rangel. Da arteterapia nos serviços substitutivos aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In: _____. NOCAM, Fernanda (Org.). **Saúde mental e arte**: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012.

AMIGOS DA TAMARINEIRA. **Manifesto dos Amigos da Tamarineira**. Organização não governamental. Recife. 2010. Disponível em: <<http://www.amigosdatamarineira.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ANDRADE, Maria do Carmo. **Ulysses Pernambucano. Pesquisa Escolar Online**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2009. Disponível em: <<http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/>>. Acesso em: 19 set. 2010.

ARAÚJO JR., José Luiz C. de; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARRAZOLA, Laura Suzana D. Ciência e crítica feminista. **Feminismo, Ciência e Tecnologia**, Salvador: Redor/Neim/UFBA, p. 67-76, 2002.

ASSIS, Jaqueline et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 88-113, 2014.

ATEU, Antônio. Pernambuco: a dinastia da família Arraes-Campos. In: GGN, O JORNAL DE TODOS OS BRASIS. 2016. Disponível em: <<http://jornalggn.com.br/blog/antonio-ateu/pernambuco-a-dinastia-da-familia-arraes-campos>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BARRETTO, Anita P. Ulisses Pernambucano, educador. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 14-17, 1992.

BARRETO, Túlio Velho. **Pernambuco governo Jarbas Vasconcelos, 2003**: uma breve avaliação política do primeiro ano de governo. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2003. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/index.php?option=com_content&id=2061:pernambuco-governo-jarbas-vasconcelos-2003-uma-breve-avaliacao-politica-do-primeiro-ano-de-governo&Itemid=414>. Acesso em: 30 mar. 2017.

BARROS, Denise. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? **Revista de Terapia Ocupacional**, v. 1, n. 2, p. 101-106, 1990.

BARROS, Sônia; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. esp. 2, p. 1780-1785, 2011.

BASTOS, Othon. A atualidade de Ulysses Pernambucano. **Neurobiologia**, v. 55, n. 1, p. 3-10, 1992.

BATISTA et al. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. SPINK, Mary Jane et al (org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. (publicação virtual). p. 97-122.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

BEZERRA, Patrícia A. **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife**: desafios e possibilidades. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, Recife, 2013. 109f.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BOSI, Eclea. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. **Constituição 1934**. Assembleia Nacional Constituinte. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1934.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 05 set. 2006.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chamada para seleção de projetos de “Escolas de Supervisores clínico-institucionais da rede de saúde mental, álcool e outras drogas”**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 121 de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/ GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224,** de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1994; 30 jan.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009.** Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria o incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Opas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados,** Brasília, ano II, n. 4, ago. 2007b. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 24p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados,** Brasília, ed. esp., ano V, n. 7, jun. 2010b. Informativo eletrônico sobre a política nacional de saúde mental. 25p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados,** Brasília, ano VI, n. 8, jan. 2011b. Informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental. 24p.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. **Relatório de Gestão: 2003-2006**. Brasília, 2007c. 85p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conferência Nacional de Saúde Mental. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. 1. ed. Brasília, 2001b. 68 p. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014b. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília. 2004. 16 p.. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CABRAL, Bárbara Eleonora. Reflexões sobre a prática em saúde mental: o desafio de manter a tensão. In: ROSA, Edinete Maria et al. (org). **Psicologia e saúde: desafios das políticas públicas no Brasil**. Vitória: EDUFES. 2007. p. 131-143.

_____. et al. Estação Comunidade. In: JATENE, A. D. et al. (Org.). **SaudeLoucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2002. n. 7, p. 137-153.

CAMARAGIBE. Prefeitura de Camaragibe e PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde. **Relatório Final do Processo de Desinstitucionalização de Pacientes do Hospital José Alberto Maia**. Relata o processo de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital José Alberto Maia desencadeado no período de agosto de 2008 a fevereiro de 2009. Camaragibe, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Tabela completa do HPJAM**. Camaragibe. 2013. 22p. Circulação interna.

CAMPOS, Alda Roberta et al. Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE. **Saúde em Debate**, v. 37, n. esp., p. 21-31, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

_____; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOY, Marcos Antonio. **Repensando assistência ao paciente psiquiátrico no hospital geral**: contribuição à reforma psiquiátrica. Dissertação (Medicina). Escola Paulista de Medicina. Unifesp. São Paulo, 1998. 72 p.

CARNEIRO, H. **A Fabricação do vício**. 2002. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2007.

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: JATENE, A. D. et al. (Org.). **Saúde e Loucura**, v. 7, p. 121-136, 2002.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CATROGA, Fernando. **Memória, história e historiografia**. Rio de Janeiro: FGV, 2015.

CERQUEIRA, Luís. Os cem anos da Tamarineira. **Neurobiologia**, v. 47, n. 2, p. 117-130, 1984.

COELHO FILHO, Heronides. **A psiquiatria no país do açúcar**. João Pessoa: União, 1983.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: manual. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Cremepe vai investigar morte de adolescente no HOF. **Portal do CFM**. 2004. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1565:&catid=3>. Acesso em: 14 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. p. 33-42. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminario_O_Nucleo_de_Apoio-beta.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. 132 p. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____; ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos**: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Brasília, 2004. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Relatorio_Inspecao_Unidades_Psiquiatricas.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Conferência de Saúde Mental**: Carta de Olinda reivindica evento nacional para 2010. São Paulo, 2009. (Seção Fique de Olho). Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=206>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CORBISIER, Cláudia. A escuta da diferença na emergência psiquiátrica. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992, p. 9-15.

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COSTA, Francisco Augusto Pereira da. **Vocabulário pernambucano**. Ed. Imprensa Oficial. Recife. 1937.

COSTA, Tereza Cristina R.; OLIVEIRA, Leila. Estratégias de inclusão: saúde mental na Atenção Básica. **Qualit@s**: Revista Eletrônica, v. 4, n. 2, 2005.

COUTO, Gustavo et al. A Experiência de Pernambuco na Área de Reabilitação Psicossocial. Em: PITTA, Ana (org.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p.113-119.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.

DIMENSTEIN, M. D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. v.3, n.1, p. 53-81. 1998.

DUQUE, Cláudio. História da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 2, p. 167-168, 2003.

EDUCAÇÃO Popular em Saúde. **Revista RADIS**. Rio de Janeiro, v.21, 2001.

FAGUNDES, Vera Lúcia de. **O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial**: a construção do cuidado em saúde mental. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) — CCS, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007. 183f.

_____. et al. Atenção à saúde mental em Pernambuco: perspectiva histórica e atual. **Neurobiologia**, v. 73, n. 1, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: —. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p.285-315.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1999 a.

_____. Governamentalidade (4ª aula de “Segurança, território e população”). In: _____. **Ditos & escritos: estratégia, poder-saber**. Organização de Manoel Barros da Motta. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. v. IV.

_____. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. Tradução R. Ramalhete. Petrópolis: Vozes. 1999b.

FREIRE, Diego José F. O (des)encontro entre história e memória. **História da Historiografia**, Ouro Preto, n. 21, p. 132-139, ago. 2016.

GERGEN, Kenneth. J. A crítica feminista da ciência e o desafio da epistemologia social. In: GERGEN, Mary. M. Canney. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Tradução de Ângela Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/EdUNB, 1993. p. 48-69.

GRANJA, Edna et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3447-3455, 2015.

JC ONLINE. **Um novo olhar: pacientes psiquiátricos reciclam objetos e criam obras de arte**. 1999. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_1999/2701/fa2401h.htm>. Acesso em: 15 fev. 2017.

JORNAL DO COMMERCIO. Otávio de Freitas desativa a emergência psiquiátrica de veiculação. Recife. 01/10/2009. Seção: Cidades.

KARAM, Maria Lúcia. Para conter e superar a expansão do poder punitivo. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 95-113, 2006.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Radicalizar a desinstitucionalização. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO. **Cadernos de textos**. Brasília, 2001, p. 96-100.

LEAL, Luís Gonzaga P. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 14, n. 1-3, p. 22-27, 1994.

_____. **Os experimentos do Cecop: Centro de Convivência da Pessoa**. *Blogpost Terapia Ocupacional Sutilezas*. Recife, 2012. Disponível em: <<http://terapiaocupacionalsutilezas.blogspot.com.br/2012/06/os-experimentos-do-cecop-centro-de.html>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

LEAL, Marilyn Dione de Sena. **Para não deixar a casa cair!** Curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife. Tese (Doutorado em Psicologia), CFCH, UFPE, Recife, 218f.

LEITE, Brena de Aguiar. **Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...** Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. 124f.

LEMOS, Jane. Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil: análise crítica. **Debates: Psiquiatria Hoje**, v. 1, n. 3, p. 37-42, 2009.

_____. Saúde mental em Pernambuco: Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 62, n. 1, p. 31-34, 1999.

LOBOSQUE, Ana Marta. Hospitais psiquiátricos × serviços substitutivos: saberes em confronto. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Caderno de textos**. Brasília, 2001. p. 54-58.

_____. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LORETO, Galdino. A psiquiatria de Pernambuco nos últimos cem anos. **Neurobiologia**, v. 49, n. 1, p. 17- 36, 1986.

LUCENA, Marcela A. da S. A prática da psicologia no NASF. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2009. 172 p.

_____. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS): engrenagens da operação**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011. 137f.

_____; BEZERRA, Adriana F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2447-2456, 2012.

LUNA, Juliano Victor A. **Aventuras da psiquiatria no hospital geral: aspectos históricos da interconsulta na UFPE e no Hospital Barão de Lucena**. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. 103f.

LYRA, Tereza Maciel; ARAÚJO JR., José Luiz do Amaral Correa de. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3819-3828, 2014.

MAIA, Ana Isi S. **A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

MANSANERA, Adriano R.; SILVA, Lúcia Cecília da. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n. 1, p. 115-137, 2000.

MEDEIROS, Tácito. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 177, 1999.

_____. Primórdios. In: BASTOS, Othon (org). **História da Psiquiatria em Pernambuco e outras Histórias**. São Paulo: Lemos Editorial. 2002. p. 97-102.

MEDRADO, Benedito. Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista. **Psicologia e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 86-103, 1998.

_____; LYRA, Jorge. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: LANG, Charles Elias et. al. (Org.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: Edufal, 2015.

MÉLLO, Ricardo Pimentel et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007.

MELLO, Virgínia. **Hospital da Tamarineira: 1883-1987**. Recife: Hospital Ulysses Pernambucano, 2002.

MELO, Telma Maria A. G de. **Representações: a perspectiva dos usuários no diálogo entre saberes e práticas do cuidado em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2000. 125f.

MERCÊS, Carolina. O Sanatório Recife não é mais o mesmo. In: **Se Joga Brasil**. 8 jan. 2008. Disponível em: <<https://sejogabrasil.wordpress.com/2008/01/08/o-sanatorio-recife-nao-e-mais-o-mesmo/>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

MERHY, Emerson E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____ et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Unicamp/Hucitec, 2003. p. 15-35.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. **Linha Guia de Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238p.

MIRANDA JR., Luiz Salvador de. Perspectiva histórica da psiquiatria em Pernambuco. **Hospital Júlio de Matos**, v. 21, p. 188-196, 2008.

MORAES, Maristela de M. **O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — CPqAM, Fiocruz/PE, Recife, 2005. 151f.

MOREIRA, Mariana de Castro. **“O que foi feito, amigo, de tudo que a gente sonhou?” Uma cartografia da atuação de organizações da sociedade civil no fortalecimento da democracia**. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) — Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. 209 f.

NASCIMENTO, Bruno Marcelo M. **Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e primeira sucessão, de Ulisses a José Lucena**. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007. 229f.

NORÕES, Everardo. **A Rua do Padre Inglês**. Ed. 7 Letras. RJ. 2006.

NÚCLEO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL LIBERTANDO SUBJETIVIDADES DA REDE INTERNÚCLEOS (NELALS/RENILA). **Carta ao Governador**. Dispões sobre o panorama da saúde mental no estado e a situação de violação de direitos humanos de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, especialmente a questão do Hospital José Alberto Maia, solicitando providências. Recife, 2008a.

_____. **Denúncia a Ouvidoria do Ministério Público de Pernambuco**. Dispões sobre a situação do Hospital José Alberto Maia e as irregularidades na contratação de servidores municipais para desenvolvimento do trabalho de desinstitucionalização no ano de 2008. Recife, 2008b.

_____. **Recife, ainda é a capital de Pernambuco?** carta aberta do movimento da luta antimanicomial. Dispões sobre os conflitos ocorridos na IV Conferência Estadual de Saúde Mental. Recife, 2010.

_____ e CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Vistoria ao Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia**. Recife, 2005.

OLINDA. **Centro de Atenção Psicossocial de Rio Doce lança projeto de inclusão digital**. 2013. Disponível em: <<http://www.olinda.pe.gov.br/saude/centro-de-atencao-psicossocial-de-rio-doce-lanca-projeto-de-inclusao-digital#.WNFvtIrLIU>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

OLIVEIRA, Evaldo M. de; SANTOS, Naíde T. V. A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas: em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 71-86.

OLIVEIRA, Kleydson et al. A assistência aos psicopatas em Pernambuco: as psicocirurgias no estado na década de 1940. In: V COLÓQUIO EM HISTÓRIA: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS, HISTORIOGRAFIA, PESQUISA E PATRIMÔNIO. **Anais...** 2011. Disponível em: <<http://www.unicap.br/coloiuodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/5Col-p.967-980.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PACHECO, Rafaela Alves. **Reforma psiquiátrica e o paradigma da desinstitucionalização**: o relato de experiência do fechamento de um hospital psiquiátrico em Pernambuco. TCR (Residência de Medicina de Família e Comunidade) Universidade de Pernambuco. Recife, 2011. 70p.

PAIM, Jainilson. S.; TEIXEIRA, Carmen F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PASSOS, Eduardo. H.; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PÊCHEUX, Michel. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. Tradução de Eni P. Orlandi et al. 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

_____. O papel da memória. In: ACHARD, P. et al. **O papel da memória**. Tradução de José Horta Nunes. Campinas: Pontes, 1999. p. 49-57.

_____. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni P. Orlandi et al. 2. ed. Campinas: Unicamp, 1995.

PEREIRA, Mário Eduardo C. Ulysses Pernambucano e a questão da higiene mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 1, p. 123-129, 2005.

PERNAMBUCO. **História do CAPS Espaço Azul**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde/CAPS Espaço Azul, 2002.

_____. **Hospital Ulisses Pernambucano: projeto de reforma**. Secretaria Estadual de Saúde. Hospital Ulisses Pernambucano. Recife. 1996.

_____. **LEI Nº 11.064, DE 16 DE MAIO DE 1994**. Dispõe sobre a substituição progressiva dos Hospitais Psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Palácio do Campo das Princesas, Recife, 16 de maio de 1994. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=11064&complemento=0&ano=1994&tipo=&url=> Acesso em: 02/02/2017.

_____. Unidades de saúde e serviços. **Hospital Correia Picanço**. Recife: Portal da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde. 2016a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-correia-picanco>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Unidades de Saúde e Serviços. **Hospital Otávio de Freitas**. Portal da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Recife. 2016b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-otavio-de-freitas>. Acesso em 03 fev. 2017.

PICCININI, Walmor J. História da psiquiatria: momentos da história da psiquiatria **Psychiatry On Line Brasil**, v. 22, nov. 2017. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0206.php>>. Acesso em: 1º dez. 2017.

_____. Voando sobre a Psiquiatria Brasileira: ULYSSES PERNAMBUCANO (1892-1943). **Psychiatry on line Brasil**. v. 6 n. 2. Fev. 2001.

PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, (SaúdeLoucura, 10). 1996.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO Joana; GROSSI, Miriam (Org.). **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Mulheres, 1998.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, Rossana Carla. **Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2008. 221f.

RECIFE. **I Encontro de CAPS Infantil do Recife: caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**: incentivo à intersetorialidade e descentralização. Recife, 30 out.

2008a. Disponível em: <<http://encontrocapsinfantil.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. **Lei nº 16.232 de 02 de agosto de 1996.** Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária. Recife, 1996. Disponível em <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/lei-ordinaria/1996/1624/16232/lei-ordinaria-n-16232-1996-dispoe-sobre-a-substituicao-progressiva-dos-hospitais-psiquiatricos-por-uma-rede-de-atencao-integral-a-saude-mental-e-regulamenta-a-internacao-psiquiatrica-involuntaria>. Acesso em 02/02/2017.

RECIFE. **Lei nº 17.949 de 13 de Dezembro de 2013.** Um novo Recife. Dispõe sobre o plano plurianual para o período 2014-2017. Recife. 2013a

_____. **Primeiro Encontro de CAPS de Recife.** Recife, 22 jan. 2008b. Disponível em: <<http://encontrodecapsrecife.blogspot.com.br/2008/>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. **Plano Municipal de Saúde – 2006-2009. Recife saudável:** inclusão social e qualidade no SUS. Recife, 2005a. Circulação interna.

_____. **Política de redução de danos do município.** Recife, 2004a. Circulação interna.

_____. **Projeto Centro de Convivência:** da loucura da cidade à saúde mental na *polis*. Recife, 2010a. Circulação interna.

_____. **Projeto de Reabilitação Psicossocial para Pacientes de Longa Permanência de Hospitais Psiquiátricos do Recife:** Módulos de Reabilitação Psicossocial. Recife, 2012a.

_____. **Projeto de Redimensionamento do Processo de Desinstitucionalização na RAPS Recife.** Recife, 2015a. Circulação interna.

_____. **Projeto para credenciamento do NASF Recife.** Recife, 2015b. Circulação interna.

_____. **Projeto Terapêutico CAPS Clea Lacet.** Recife, 2016. Circulação interna.

_____. **Projeto Terapêutico CAPS Esperança.** Recife, 2002a. Circulação interna.

_____. **Projeto Terapêutico CAPS José Carlos Souto.** Recife, 2010b. Circulação interna.

_____. **Projeto Terapêutico NAPS Galdino Loreto.** Recife, 1995a. Circulação interna.

_____. **Relatório de gestão da saúde mental 2001-2004.** Recife, 2004b.

_____. **Relatório de gestão da saúde mental 2012.** Recife, 2012b.

_____. **Relatório de gestão da saúde mental fev.-2005 a mar.-2006.** Recife, 2006a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de informações.** SUS Recife: 2001-2007. Recife, 2008c. 25p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Cartilha +Vida: redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas.** Recife, 2004c. 10p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 22.000, de 5 de junho de 2006.** Institui o Programa Prefeitura do Recife Livre do Fumo e regulamenta o uso de produtos fumígenos nas dependências das unidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife. Recife, 2006b.

_____. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Diretoria Executiva de Atenção à Saúde Mental. **Orientações básicas para atuação no campo da Saúde Mental na Atenção Básica.** Recife. 2001. Circulação interna.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito Sanitário V. **Projeto do Matriciamento Integrado em Saúde Mental:** construindo pontes. Recife. 2010c. Circulação interna.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Gerência de Saúde Mental e Redução de Danos.** Recife, 2009a. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/42361/>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

_____. Secretaria de Saúde. Gerência de Saúde Mental. **Ofício e Relatório sobre o processo de desinstitucionalização de Recife.** Recife. 2014. 4p. Circulação interna.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SS-PCR Nº 043.** Abre Seleção Pública Simplificada visando à contratação por tempo determinado de 372 (trezentos e setenta e dois) profissionais de saúde, sendo 310 (trezentos e dez) de nível superior, 50 (cinquenta) de nível técnico e 12 (doze) de nível médio, para atuar nas Unidades de Saúde e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Secretaria de Saúde. Recife. 2010d. Disponível em: http://www.upenet.com.br/concluido/2010/pref_recife_saude_10/arquivos/Editalselecao2010.27.pdf. Acesso em 19/03/2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde Promove 1º Encontro de CAPS. **Diário Oficial da Prefeitura do Recife,** Recife, Notícias, n. 38, 5 abr. 2008d. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial-acervo/exibemateria.php?cedicacodi=38&aedicaano=2008&ccadecodi=1&csecaocodi=1&cmatercodi=2&QP=&TP>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2001.** Recife, 2002b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2002.** Recife, 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2003.** Recife, 2004d.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2004.** Recife, 2005b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2005.** Recife, 2006c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2006.** Recife, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2007.** Recife, 2008e.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2008**. Recife, 2009b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2009**. Recife, 2010e.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2010**. Recife, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2011**. Recife, 2012b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão – 2012**. Recife, 2013b.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDS, Silvério A.; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. p. 15-73.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Fev. 2017.

ROSA, Lúcia Ctistina dos S. O nordeste no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. São Luís. **Segunda jornada internacional de políticas públicas**. UFMA. Anais. 2005.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-57.

SÁ, Celso Pereira de. A memória histórica numa perspectiva psicossocial. **Morpheus: Revista Eletrônica em Ciências Humanas**, Rio de Janeiro, v.09, n.14, p. 94-103, 2012.

SÁ, Celso Pereira de. Sobre o Campo de Estudo da Memória Social: Uma Perspectiva Psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v.20, n. 2, p. 290-295, 2007.

SANTOS, Yalle Fernandes dos. **O ambulatório de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal/RN**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. 167p.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Te Core/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, Juliana Catarine Barbosa da. **Entre (des) encontros, tensões e possibilidades : Reforma Psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife**. Recife. Dissertação, UFPE. 2010. 137p. Dissertação.

SILVA, Alexciane Priscila da. **Caracterização da rede de atenção psicossocial do Recife e sua interface com a regulação em saúde**. Recife. UFPE, 2015. 131p. Dissertação.

SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes. Memória, cultura e poder na sociedade do esquecimento. **Augusto Guzzo Revista Acadêmica**, São Paulo, n. 6, p. 14-18, 2003.

SOARES, Antônio R. A psicologia no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. esp., p. 10-41, 2010.

SOUSA, Priscilla F. de et al. Liderança feminina na gestão pública: um estudo de caso da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. In: XXXI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. **Anais...** Belo Horizonte, 2011.

SOUTO, Rinaldo. História da medicina pernambucana. **Blogspot Rinaldo Souto**. 2008. Disponível em: <<http://neurocirurgia-rinaldosouto.blogspot.com.br/2008/08/histria-da-medicina-pernambucana.html>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: _____ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____; MENEGON, Vera M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: _____ (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TORRE, Eduardo Henrique G.; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011.

_____; _____. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

ÚLTIMO SEGUNDO. **Psicóloga inspira programa “De Volta para Casa”**. Rio de Janeiro, 28 jun. 2010. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/psicologa-inspira-programa-de-volta-para-casa/n1237686298423.html>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro/São Paulo: EncantArte-Hucitec, 2006.

YASUI, Sílvia. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006. 208f.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Como você entrou no campo da Saúde Mental?
- 2) Como passou a fazer parte da gestão da Política de Saúde Mental?
- 3) O que você considera que se manteve e foi alterado na Política de Saúde Mental em relação ao modo de ofertar cuidado aos usuários com a aprovação da Lei 10.216/01?
- 4) E com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
- 5) Quais as questões e desafios ainda estão colocados em pauta hoje em dia? E quais foram superadas/revistas/recolocadas?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa **“POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Memória dos gestores de Recife sobre a oferta do cuidado psicossocial**, que está sob a responsabilidade da doutoranda **Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo**, com endereço na Rua Dr. Gustavo Pinto, 305, Jardim São Paulo, Recife, Pernambuco, CEP 50.781-740, Telefone (81) 998098085, E-mail telma_melo@yahoo.com.br

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: Este projeto visa produzir memória dos gestores de Recife e de seus interlocutores sobre o cuidado psicossocial e seus dispositivos, visibilizando os agenciamentos envolvidos na sua produção anterior e posterior à aprovação da Lei 10.216/01 e à instituição da Rede de Atenção Psicossocial.

Período de participação do sujeito: entre 1 e 2 horas, por entrevista.

Riscos diretos para o participante: Informamos que a participação neste estudo apresenta risco mínimo do ponto de vista da integridade física, social e emocional dos participantes. Porém, se por ventura, nas entrevistas algum constrangimento ou desconforto moral/emocional ocorrer ou for pelo participante revelado, o(a) Sr(a) receberá orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade.

Benefícios diretos e indiretos decorrentes da participação na pesquisa: Como benefício direto, o(a) Sr(a) poderá ter acesso à transcrição da entrevista fornecida, possibilitando o registro de memória de seu trabalho, permitindo, inclusive, revisão e ajustes de suas estratégias de atuação política. Como benefício indireto, as informações fornecidas pelo(a) Sr(a) serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. As informações trabalhadas nesta pesquisa (entrevistas) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do coordenador da Pesquisa, no seguinte endereço: Grupo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Av. da Arquitetura s/n - 9º Andar, Departamento de Psicologia - Cidade Universitária - Recife - PE, CEP: 50740-550, Fone/Fax: (81) 2126 8271, E-mail: psiufpe@uol.com.br, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: Memória dos gestores de Recife sobre a oferta do cuidado psicossocial”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**ANEXO A – REGISTRO FOTOGRÁFICO DO II ENCONTRO NORDESTINO
DA LUTA ANTIMANICOMIAL (1º a 4/8/1996)**



Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo** pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na Coordenação de Saúde Mental, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Política de Saúde Mental: **Memória dos gestores de Recife sobre a oferta do cuidado psicossocial**", sendo orientada por Benedito Medrado Dantas.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 02 de julho de 2015.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valéria Souza
Chefe de Divisão de Formação
Profissional / SECTES/SS/PCR
Matrícula nº 89.345-5

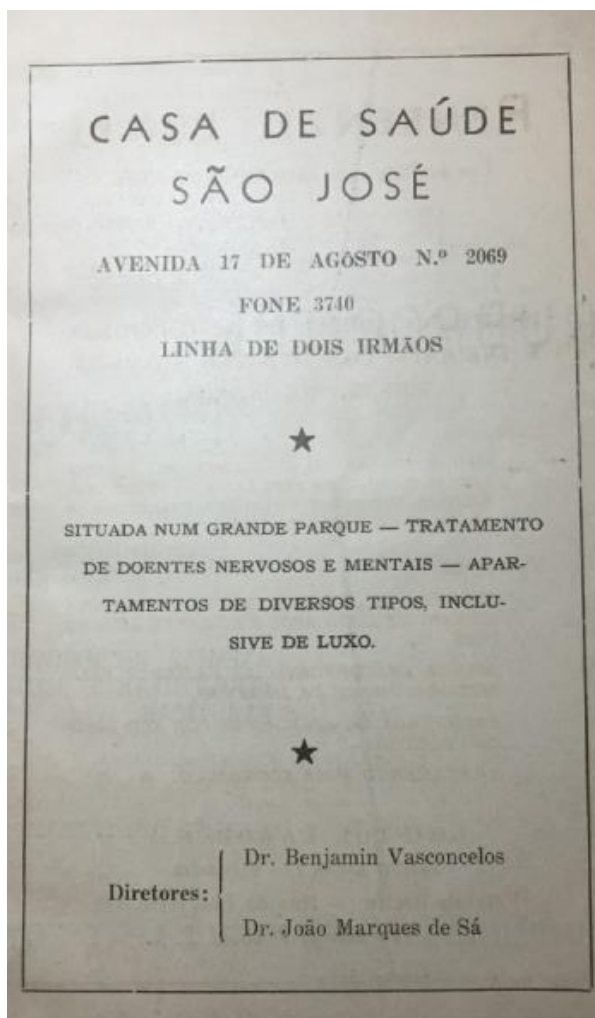
ANEXO C – PROPAGANDA DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA REVISTA NEUROBIOLOGIA



Fonte: Nascimento (2007, p. 241).

(*) Abaixo da foto vem a seguinte indicação: “Imagem 20: Propaganda do Sanatório Recife em Neurobiologia, Revista”.

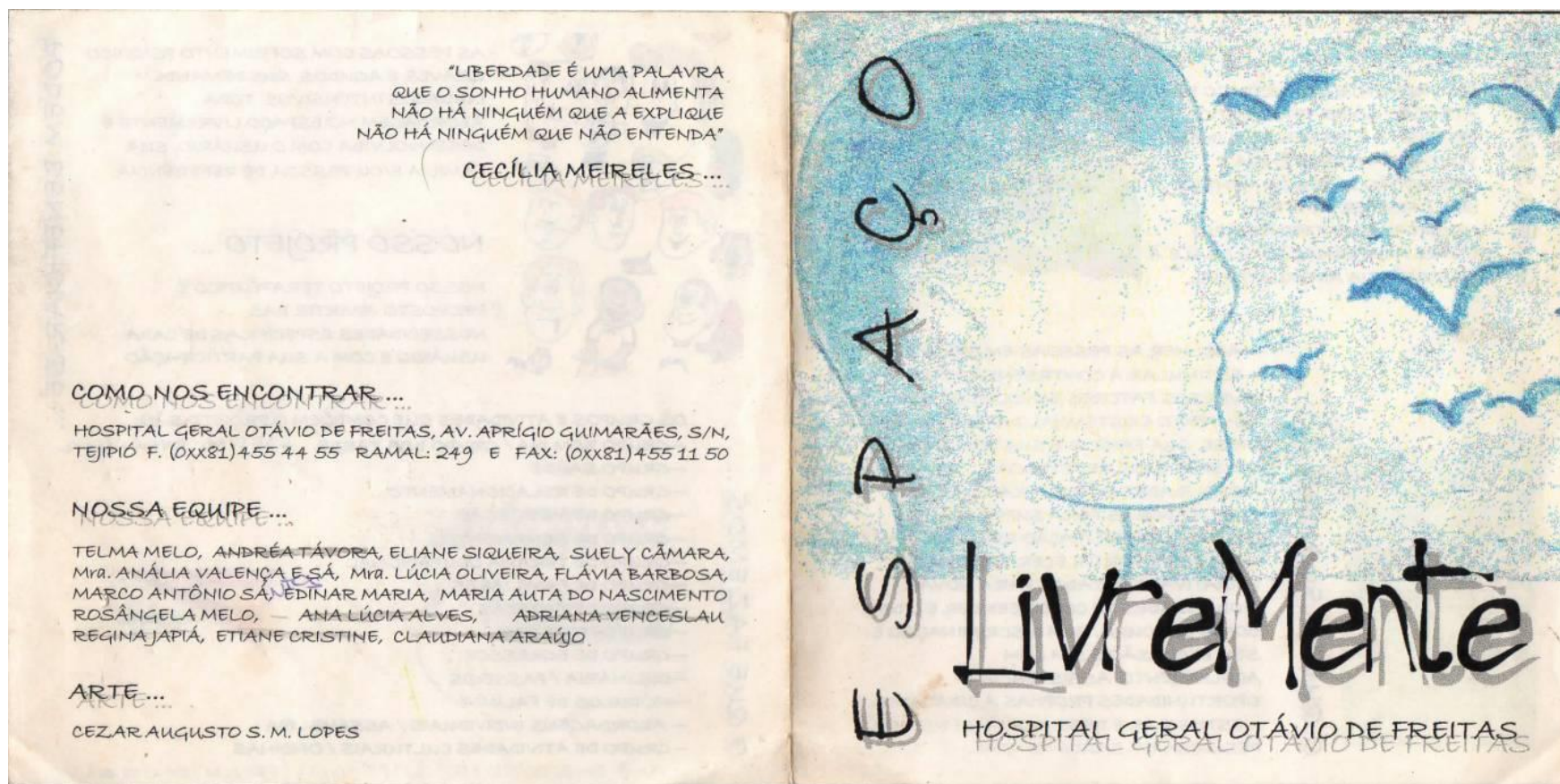
**ANEXO D – PROPAGANDA DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NA REVISTA
NEUROBIOLOGIA**



Fonte: Luna (2016, p. 87).

(*) Segue o conteúdo da legenda: “Figura 3 Anúncio de um Hospital Psiquiátrico, publicado na Revista Neurobiologia em 1956”.

ANEXO E – FÔLDER INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DIA LIVREMENTE



Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO F – FOLDER INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DIA LIVREMENTE 2

QUEM SOMOS...

O LIVREMENTE É UM ESPAÇO DE ATENÇÃO SÓCIO-TERAPÊUTICA INTENSIVA E INTERDISCIPLINAR, VOLTADO À ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL. SEU CARÁTER É EXTRA-HOSPITALAR, INTERMEDIÁRIO ENTRE A INTERNAÇÃO GLOBALE À ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL.



QUE BUSCAMOS...

- ACOLHER AS PESSOAS EM CRISE
- ESTIMULAR À COMPREENSÃO DOS DIVERSOS FATORES ENVOLVIDOS NO CONTEXTO EXISTENCIAL DA PESSOA EM CRISE, SUA FAMÍLIA E SUA COMUNIDADE
- DISPONIBILIZAR DIVERSAS MODALIDADES SÓCIO-TERAPÊUTICAS FACILITADORAS PARA SUPERAÇÃO DA CRISE E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.
- PROPOR E FORTALECER TODAS AS INICIATIVAS VOLTADAS PARA NOVAS MODALIDADES DE COMPREENDER E LIDAR COM A LOUCURA, SEM DISCRIMINAÇÃO E SEM EXCLUSÃO E SIM COM ACOLHIMENTO, ASSISTÊNCIA E OPORTUNIDADES PRÓPRIAS À CIDADANIA.
- ESTIMULAR E DESENVOLVER ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE MENTAL.



PODEM BENEFICIAR-SE...

AS PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVES E AGUDOS, QUE DEMANDEM CUIDADOS INTENSIVOS. TODA ABORDAGEM NO ESPAÇO LIVREMENTE É DESENVOLVIDA COM O USUÁRIO, SUA FAMÍLIA E/OU PESSOA DE REFERÊNCIA.

NOSSO PROJETO...

NOSSO PROJETO TERAPÊUTICO É PROPOSTO A PARTIR DAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DE CADA USUÁRIO E COM A SUA PARTICIPAÇÃO



OS GRUPOS E ATIVIDADES QUE COMPÕEM O PROJETO SÃO:

- GRUPO BOM DIA / GRUPO BOA TARDE
- GRUPO SAÚDE
- GRUPO DE RELACIONAMENTO
- GRUPO DE MEDICAÇÃO
- GRUPO DE SENTIMENTOS
- GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL
- GRUPO DE FAMILIARES
- GRUPO DE TAREFAS
- GRUPO PROJETOS
- GRUPO DE EGRESSOS
- CULINÁRIA / PASSEIOS
- MÓDULOS DE FALÍMIA
- ABORDAGENS INDIVIDUAIS / ASSEMBLÉIA
- GRUPO DE ATIVIDADES CULTURAIS / OFICINAS
- PLANO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL (EDUCAÇÃO CONTÍNUA DOS PROFISSIONAIS)



QUE FAZEMOS...

Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO G – MATÉRIA SOBRE O CEMPI

24 DIÁRIO OFICIAL Recife, Sexta-feira, 25 de Março de 1994

PROJETOS ESPECIAIS

Estado tem Centro avançado para crianças autistas

Como cuidar de uma criança que não fala e parece nada ouvir, além de viver completamente alheia do mundo? Esta é a primeira pergunta que os pais fazem quando descobrem que têm um filho autista. Classificadas como estranhas e dependentes de dedicação integral, elas porém contam, desde o ano de 1991, com o primeiro centro especializado no tratamento da doença (o autismo) em Pernambuco. É o Centro Médico Psicopedagógico Infantil (Cempi), do Hospital Geral Otávio de Freitas, e que se tornou uma alternativa às terapias convencionais.

Porque de vez em quando é a palavra que define o trabalho realizado pelo Cempi. Cerca de 30 crianças, autistas e psicóticas, são ali atendidas por uma equipe multidisciplinar, com a participação de jovens do ensino da doença e desenvolvem-se no ambiente social. Mantido pela Secretaria de Saúde estadual, o centro recebe menores de dois a 12 anos de idade. No Estado, é o primeiro hospital-ela para crianças autistas.

As atividades do Cempi começam cedo. A criança chega pela manhã, trazida pelos pais; inicia trabalhos de psicoestimulação e várias atividades de vida diária. Tudo é feito em grupo ou em atendimento individual, de acordo com a necessidade de cada caso. À tarde é a vez das terapias pedagógicas e para isso foi criado o projeto "Atelier de aprendizagem". A pintura e o desenho são a forte base sensorial, ajudando o desenvolvimento da criatividade infantil.

Controlar crianças autistas não é fácil. Elas são extremamente inquietas e em alguns momentos tornam-se agressivas. Para atender a todas, o Cempi possui uma equipe formada por dois psicólogos, dois psiquiatras, quatro fonoaudiólogos e um terapeuta ocupacional. Cada profissional realiza trabalhos sensoriais que visam de sanar deficiências específicas das crianças.

BONS

O fonoaudiólogo Edson Marques explica que a criança autista quase não fala no quando se comunica é com dificuldade. "Entendemos a fala por meio de exercícios diários e repetitivos", diz Edson. Os resultados começam a aparecer, e algumas deficiências palestras severas no seu tratamento.

Devido à doença seja reversível, o tratamento é longo e seu resultado só aparece aos poucos. "Dependendo do grau de comprometimento, quanto mais cedo for iniciado o trabalho melhor são os resultados". É o que explica o coordenador do Cempi, psiquiatra José Roberto Correia. Da mesma, por exemplo, uma criança de 4 anos que frequentava o centro, mas não falava, em uma visita que fizeram à família de poucos meses que ela havia se recuperado. Entre frequentando a escola e totalmente integrada à vida social.

A terapia no tratamento começa desde as instalações do Cempi. A decoração lembra qualquer ambiente infantil e corriqueiro das crianças adquirem a impressão. A participação da família, entre outros, na terapia, começa desde o início. A criança só é admitida com a autorização dos pais e a participação de acompanhamento no trabalho, com a participação dos profissionais. O tempo se vai, ao final da tarde, faz com que a criança não tenha o vínculo familiar.

Não há discriminação nas instalações, mas a seleção segue o critério de idade. Quanto menor, mais chances de ser admitido. Com isso, aumentam também as possibilidades de reverter a doença, já que o tratamento é iniciado mais cedo. A psiquiatra e psicopedagoga do Cempi, Luciene Amorim, explica que desde o dia a criança é observada para avaliar o nível de comprometimento, se foi comprovada a necessidade de tratamento, são possíveis.

(*) Imagem cedida por José Roberto Correia.

Uma alternativa às terapias convencionais para crianças

Cristerio Oliveira (*)

Resumo

Trabalhadores

O Centro de Formação Profissional do Sindicato do Trabalho vai atender trabalhadores com baixa escolaridade, que recebem capacitação para pedreiro, carpinteiro, mestre de obras, encanador e outras atividades. É uma parceria com o Senai e o Sindicato da Construção Civil de Pernambuco.

Recuperação

A Fazenda Santa Rosa, em Garanhuns, vem recebendo apoio do Governo do Estado desde o início do trabalho que vem fazendo como centro de recuperação de jovens drogados, em 1993. Por seu trabalho, recebe identificação, acompanhamento e apoio financeiro de 10 mil dólares.

Programa

Sair do área rural nem sempre é desejo de rapazes e moças, que muitas vezes querem produzir e viver em sua própria localidade. Nesse quadro inserido o Governo de Pernambuco com um programa de capacitação, aberto a jovens agricultores e sendo como meta alcançar todo o Estado.

Turistas

Nos três primeiros meses deste ano, 230 mil turistas visitaram o Estado, e a expectativa do setor é de que, até o final de 94, 450 mil visitantes cheguem ao Pernambuco, gerando uma renda em torno de US\$ 260 milhões, fortalecendo a economia.

Miércoles

Mantido como cadastro industrial, cadastro de serviços (usado como objetivo do setor), furoto, pipeta e, principalmente, rechas ornamentais são encontrados no solo pernambucano. Esta constatação levou o Governo do Estado a criar o Projeto Pólio Bonta, que tem um amplo programa para desenvolver a exploração deste potencial.

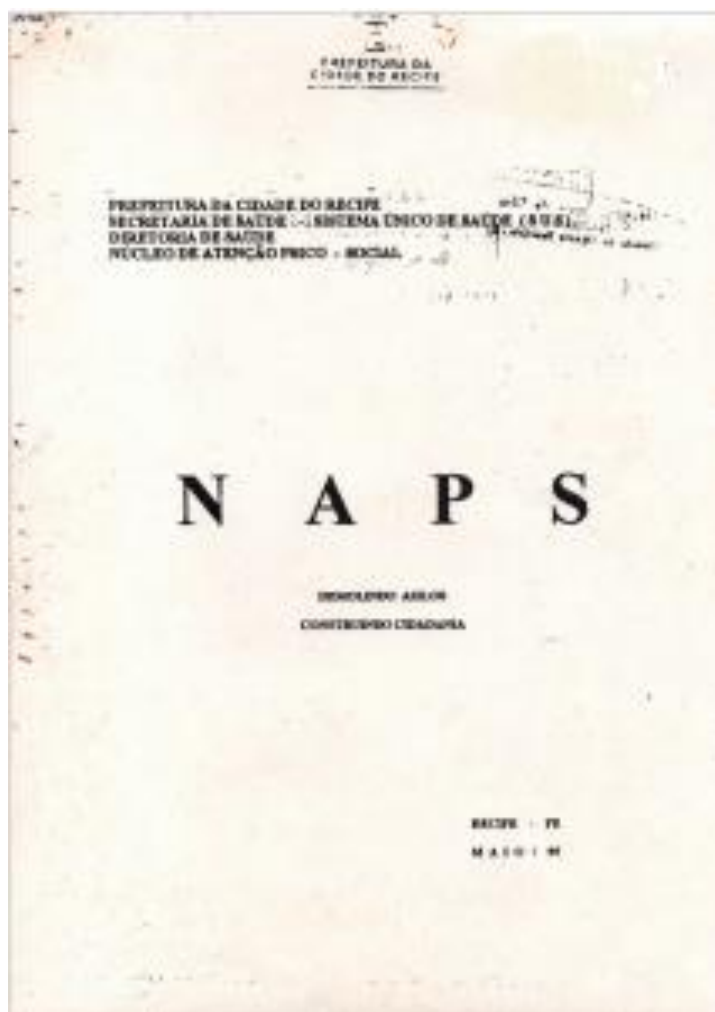
Construção

Um projeto inédito do Sindicato do Trabalho vai formar profissionais para trabalhar na construção civil. O Centro de Formação Profissional vai funcionar no bairro de Água Fria, em parceria com o Senai e o Sindicato da Construção Civil de Pernambuco. O objetivo é suprir a demanda de mão-de-obra em construção civil no Estado.

O Centro Psicopedagógico é mantido pelo Governo do Estado

Fonte: Diário Oficial de Pernambuco, de 25/3/1994.

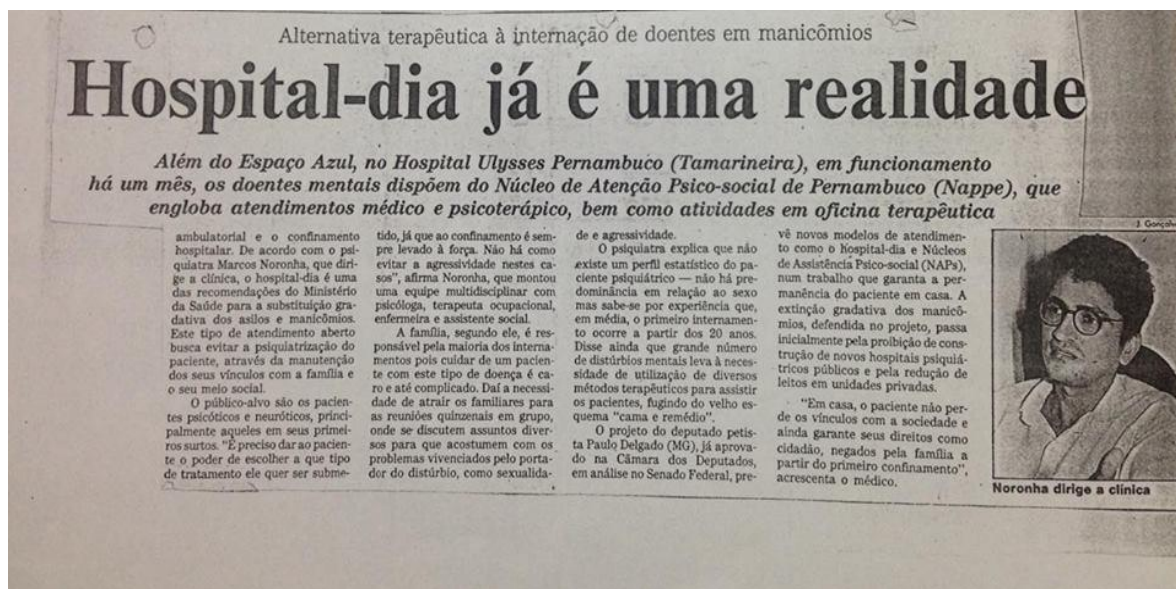
(*) Imagem cedida por José Roberto Correia.

ANEXO H – PROJETO ORIGINAL DO NAPS GALDINO LORETO

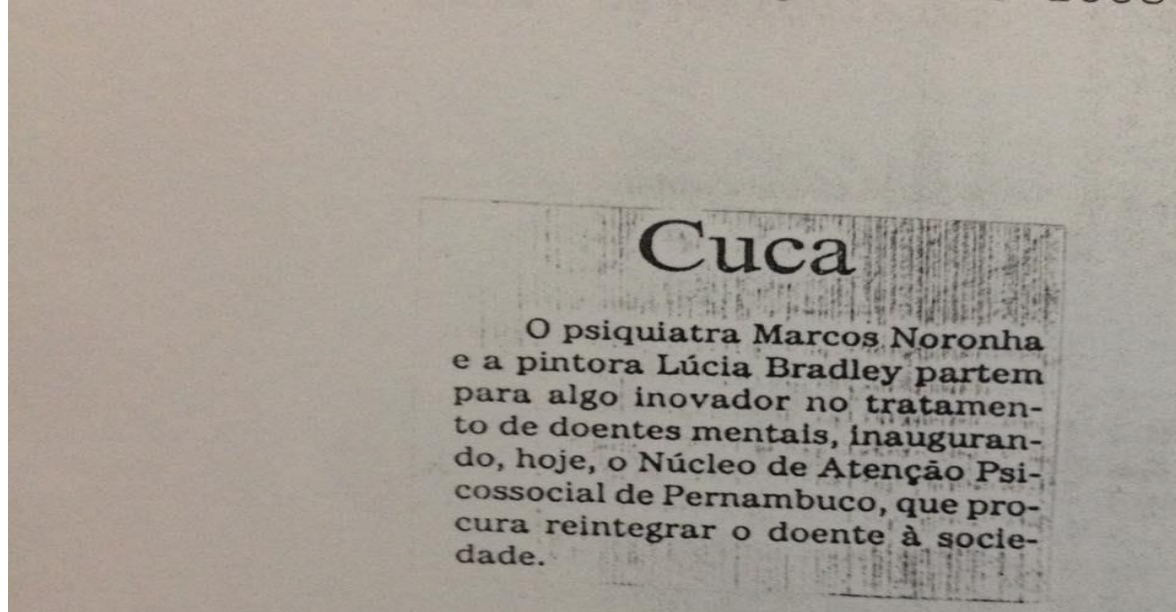
Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO I – MATÉRIA SOBRE O NAPPE PRIVADO

Página do Atelier Terapêutico no Facebook



Data de veiculação: 08 de julho de 1993



Fonte:

<https://www.facebook.com/atelieterapeuticonappe/photos/a.1624313834471486.1073741828.1612797525623117/1750679648501570/?type=3&theater>.

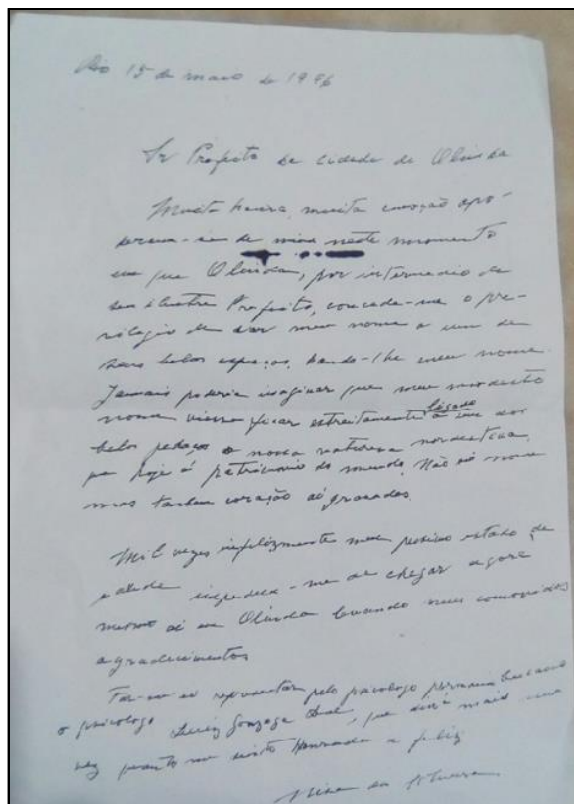
**ANEXO J – PÁGINA DO ATELIER TERAPÊUTICO NO FACEBOOK POSTADO
EM 2015**



J

Fonte: <<https://www.facebook.com/atelieterapeuticonappe>>.

ANEXO K – CARTA ENVIADA POR NISE DA SILVEIRA QUANDO DA INAUGURAÇÃO DO CAPS DE OLINDA



TRANSCRIÇÃO DA CARTA ENVIADA POR NISE DA SILVEIRA QUANDO DA INAUGURAÇÃO DO CAPS DE OLINDA

“Rio, 15 de maio de 1996

Sr. Prefeito da cidade de Olinda

Muito honra muita comoção se apoderaram de mim neste momento em que Olinda, por intermédio do seu ilustre Prefeito, concede-me o privilégio de dar meu nome a um de seus belos espaços dando-lhe meu nome. Jamais poderia imaginar que meu modesto nome viesse ficar estreitamente ligado a um dos mais belos pedaços de nossa natureza nordestina, que hoje é patrimônio do mundo. Não só nome, mas coração aí gravados.

Mil vezes infelizmente meu péssimo estado de saúde impeça-me de chegar agora mesmo aí em Olinda levando meus comovidos agradecimentos.

Far-me-ei representar pelo psicólogo pernambucano o psicólogo Luiz Gonzaga Leal, que dirá mais uma vez o quanto me sinto muito honrada e feliz.

Nise da Silveira”

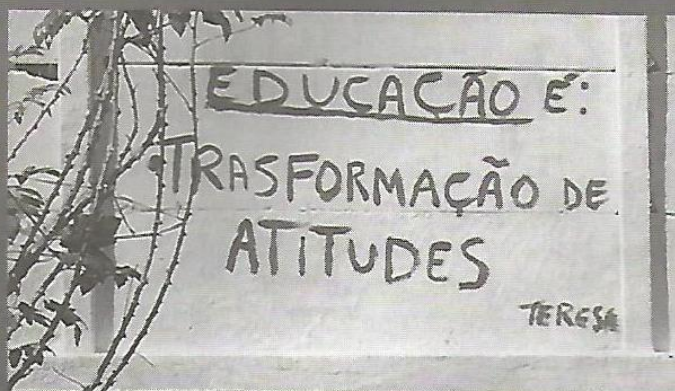
Fonte: Arquivo pessoal de Fernanda Rodrigues.

ANEXO L – MATÉRIA SOBRE REDE DE CAMARAGIBE E RECIFE**Tão perto, tão longe**

Geograficamente, Recife e Camaragibe estão muito próximas uma da outra. Politicamente, ambas têm um governo petista fortemente comprometido com as questões da saúde. Mas há uma profunda diferença entre as duas cidades. Recife é a capital do estado e sua história remonta ao século XVI, enquanto Camaragibe é o município mais novo de Pernambuco, com apenas 19 anos. As particularidades históricas certamente implicam em diferenças administrativas muito grandes. A estrutura em Recife precisa ser maior e isso a torna muito mais 'pesada' do que a do município vizinho. Esse fato conta muito quando se fala em institucionalização das práticas de educação popular em saúde e, conseqüentemente, em mudanças radicais na estrutura de poder existente. Além disso, é preciso lembrar que o processo de gestão democrática que serve de suporte para essas mudanças

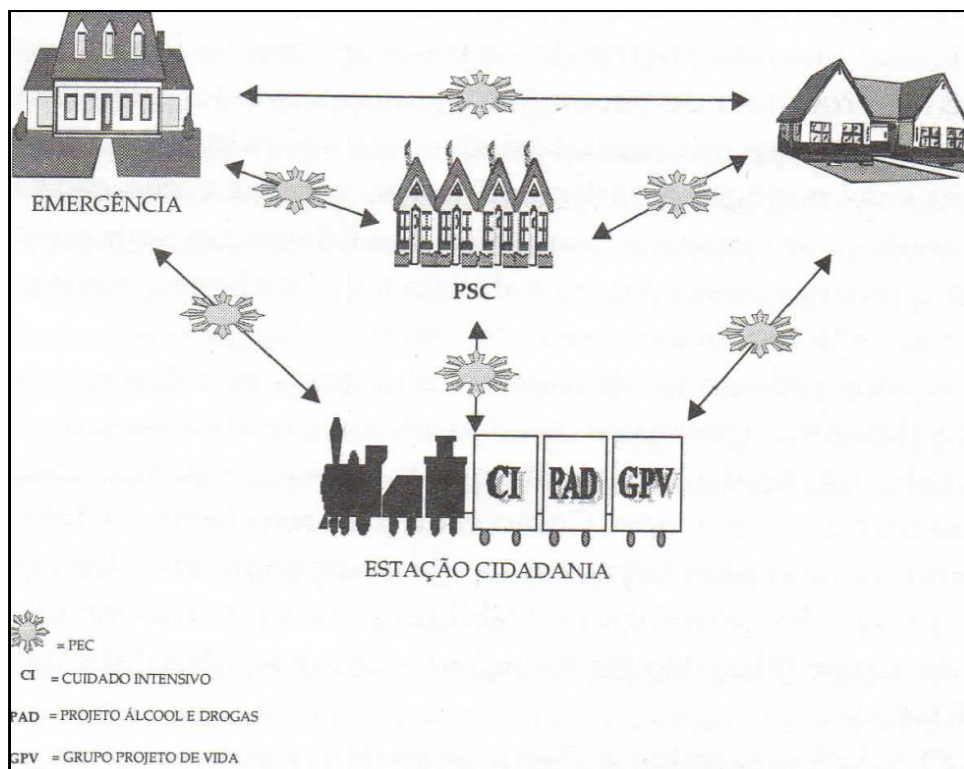
está ocorrendo há mais de quatro anos em Camaragibe e há apenas dez meses em Recife.

Esses fatores certamente acabam por ditar o ritmo e a intensidade das mudanças. O trabalho em Recife está apenas começando. Engana-se, no entanto, quem pensa que, em Camaragibe, por estar mais sistematizado, o trabalho já esteja pronto. A experiência vem mostrando que ele nunca estará pronto e talvez nisso resida todo o seu encanto. ■



Fonte: Radis (2001, p. 27).

ANEXO M – FLUXOGRAMA DA REDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO



Fonte: Cabral et al. (2002, p. 142).

**ANEXO N – FÔLDER INSTITUCIONAL DO PROJETO DE BEM COM A VIDA
CABO DE SANTO AGOSTINHO (2000-2001)**



Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO O – FÔLDER INSTITUCIONAL DO PROJETO DE BEM COM A VIDA CABO DE SANTO AGOSTINHO (2000-2001)

O QUE É O PROGRAMA: O DE BEM COM A VIDA é um programa de prevenção e tratamento do uso indevido de drogas, financiado pelo Ministério da Saúde - Coordenação Nacional DST/AIDS. Seu objetivo é minimizar os diversos danos ocasionados pelo uso indevido de álcool e outras drogas, destacando o risco de infecção pelo vírus HIV, que provoca a AIDS. COMO FUNCIONA: O programa DE BEM COM A VIDA busca desenvolver ações articuladas com os setores governamentais e não governamentais e com os diversos níveis de atenção da rede de saúde, mobilizando e potencializando os diversos recursos existentes na comunidade. As ações desenvolvidas pelo programa visam promover a educação em saúde para a população em geral, numa perspectiva de prevenção do uso indevido de drogas, e prestar assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas. A estratégia utilizada pelo programa é a Redução de Danos, cujas intervenções têm por objetivo ajudar os usuários a reduzir as consequências do consumo de drogas para si e para os outros, orientando-os e propiciando o acesso a medidas de proteção, como preservativos e seringas descartáveis.	ATIVIDADES INTEGRADAS: • Ações articuladas com outros setores governamentais, como Promoção Social, Educação, Cultura, Segurança, entre outros; • Ações articuladas com outros programas, como o Saúde em Casa (PSC), Saúde da Mulher, DST/AIDS, na perspectiva da redução de danos; • Capacitação dos profissionais de diversos setores para abordagem aos usuários de álcool e outras drogas; • Ações conjuntas com grupos de auto-ajuda e diversas organizações comunitárias do município; • Suporte teórico e técnico ao Programa Saúde em Casa. ATIVIDADES ASSISTENCIAIS: • Grupo de suporte psicológico; • Grupo terapêutico ocupacional; • Grupo de família; • Oficina terapêutica; • Orientação e encaminhamentos: PSC, emergência, ambulatório, COA (para aconselhamento em AIDS), grupos de auto-ajuda.
---	---

Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO P – PLACA EXPOSTA NO CAPSAD PASTOR ARMANDO JOSÉ DA SILVA

PASTOR ARMANDO JOSÉ DA SILVA
(*23/03/1931 +11/01/1997)

Nascido no Cabo de Santo Agostinho, casado com Lídia Maria da Silva, pai do Pastor e Cantor Armando José da Silva Filho, Pastor Boanerges José da Silva, Pastor Ezequias José da Silva, Profa. Maria Lídia da Silva, Pastor e Músico Daniel José da Silva, Profa. Eunice Maria da Silva, Pastor Eliel José da Silva, Músico Josias José da Silva e Pastor e Músico Davi José da Silva.

Tudo começou quando o Pastor Armando José da Silva teve a iniciativa em apoiar um Projeto Anti-drogas para a cidade do Cabo de Santo Agostinho e de criar, sobretudo, uma instituição de recuperação legalmente destinada a pessoas com problemas ocasionados pelo uso de drogas.

O mesmo, cedeu sua própria casa, em Rosário, para que o Centro de Recuperação MAANAIM se estabelecesse de forma provisória. Por este motivo, foi morar juntamente com sua esposa Lídia Maria da Silva, em uma casa nos fundos da Igreja Pentecostal Assembléia de Deus em São José da Coroa Grande, igreja esta, em que o mesmo era pastor titular.

Colaborou na compra do sítio e na efetivação onde hoje funciona o local de internação do Centro de Recuperação MAANAIM, órgão fundado há 13 anos por seu filho Pastor Eliel José da Silva.

Como homem público, foi pioneiro no município na formação do antigo "Ciclo de Pais e Mestres" que tinha como papel principal a integração da escola com a família e jovens do cabo.

Marcadamente, o Pastor Armando José da Silva, pode-se dizer um homem pioneiro no município na intenção em cuidar de pessoas acometidas das consequências trazidas pelo uso da droga, mas, muito mais do que isto, uma pessoa sensibilizada em fazer muito por este município. Por uma sociedade mais justa, através do compromisso com as políticas públicas de relevância ao bem-estar social, ético e moral dos nossos munícipes.



(*) Foto disponibilizada por interlocutora estratégica

ANEXO Q – MATÉRIA SOBRE A INAUGURAÇÃO DO CAPSAD DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Fonte: <<https://ptb.org.br/prefeitura-do-cabo-inaugura-centro-de-atencao-a-usuarios-de-drogas/>>.

PREFEITURA DO CABO INAUGURA CENTRO DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS

Agência Trabalhista de Notícias | 11/03/2007, 13:01 - Atualizado em 11/03/2007, 13:01

“Oferecer atendimento especializado ao usuário e dependente de álcool, fumo e outras drogas, buscando contribuir na sistematização de conhecimentos e mecanismos fundamentais para implementação de políticas públicas relativas à problemática das drogas”.

Essa é a missão do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD), foi inaugurado na última quarta-feira (07/03) pela Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho, que é administrada pelo petebista Lula Cabral.

O espaço ganhou o nome do Pastor Armando José da Silva, fundador da unidade do MAANAIM do Cabo, fato destacado durante a inauguração por se tratar do líder de uma obra de recuperação de drogas.

O filho do homenageado, Pastor Eliel José da Silva, elogiou o novo serviço e disse ser uma mostra da preocupação que o prefeito Lula Cabral vem tendo em cuidar do bem estar interior das pessoas.

“Este espaço é uma prova de que o prefeito pensa no ser humano como prioridade nas ações. Não só prepara ruas e praças, mas também os cidadãos”, ressaltou.

O secretário de Saúde, Antônio Carlos Borba apresentou a nova equipe e enalteceu o empenho do Governo em promover políticas públicas avançadas no tratamento de Álcool e Drogas, em sintonia com a defesa da reforma psiquiátrica.

“Não vamos trabalhar com os usuários no sentido proibitivo, mas no espírito de discussão do que é usar drogas”, explicou.

Lula Cabral, ao lado da viúva do Pastor homenageado, disse que apesar dos empecilhos, o Governo vem cuidando de todas as áreas e fazendo o que de fato precisa ser feito.

“Entregamos o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, estamos fazendo o possível para colocar médicos nos hospitais, estamos reformando unidades e postos de saúde, construindo laboratório, hospital infantil,

realizamos concurso público, entre tantas outras ações”, citou o prefeito.

O CAPS AD funcionará de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com uma equipe interdisciplinar formada por um Assistente Social, uma Psicóloga, um Psiquiatra, um Terapeuta Ocupacional, um Arte Educador; um Auxiliar Administrativo, dois auxiliares de enfermagem; um auxiliar de serviços gerais e uma Recepcionista.

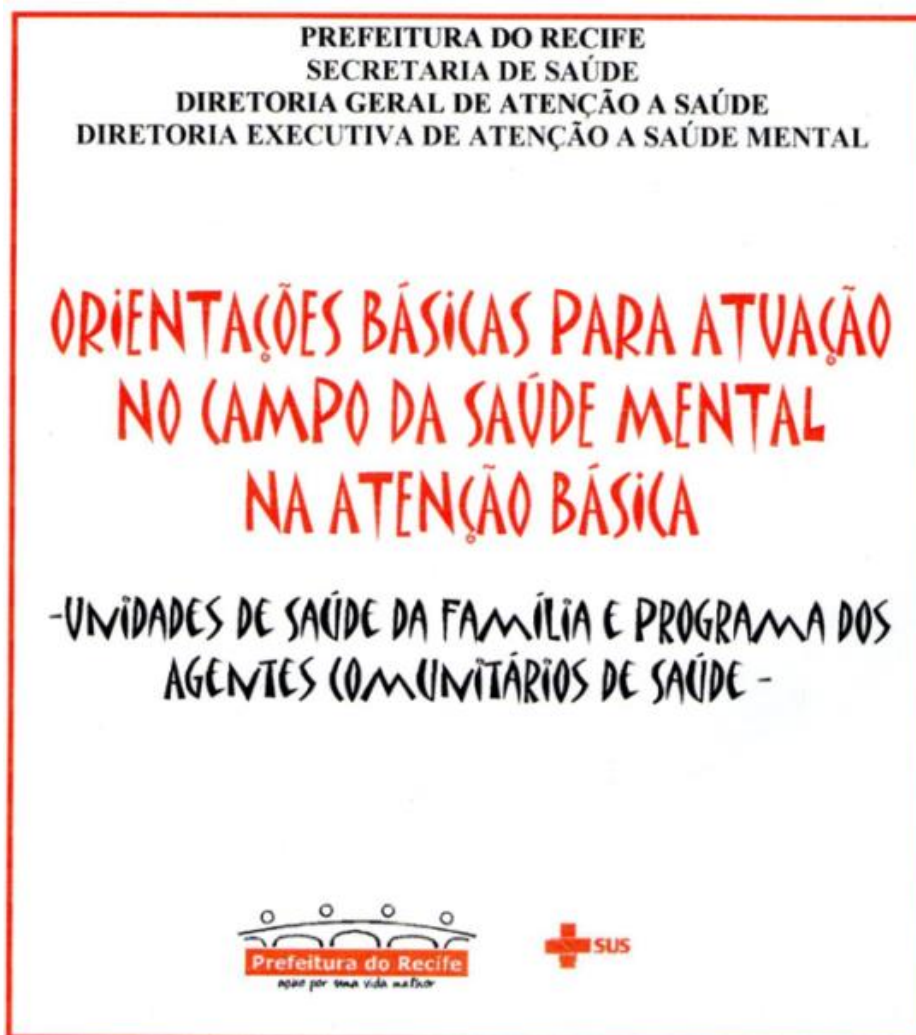
Norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, que fazem parte das estratégias do Ministério da Saúde em Redução de Danos, as ações a serem desenvolvidas pelo CAPS Álcool e Drogas terão como base uma nova perspectiva de entendimento e de cuidados às problemáticas sobre as drogas.

“Não mais subsidiadas apenas por uma política de repressão e proibicionista da droga, mas sobretudo, de formulação de uma rede de medidas públicas e de atenção centrada no respeito ao usuário de droga e de atenção comunitária, associada à rede de serviço de saúde, em seus vários níveis e às redes sociais”, explica o secretário de Saúde do Cabo, Antônio Carlos Borba.

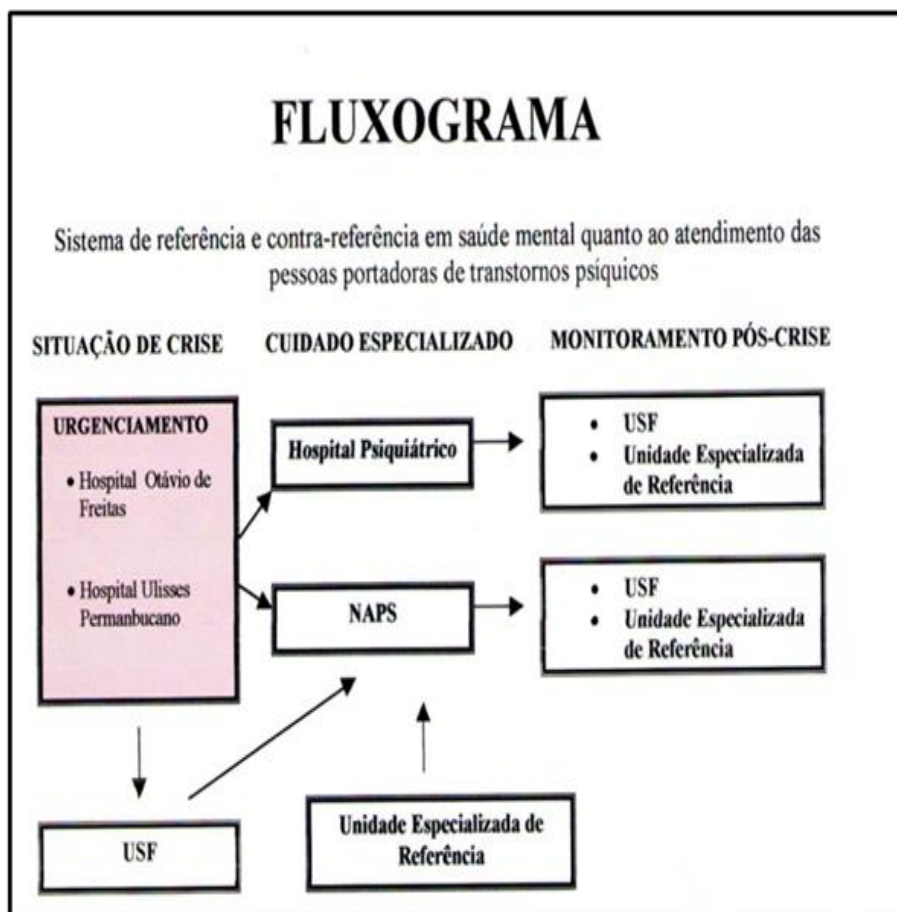
Agência Trabalhista de Notícias (com informações da Prefeitura do Cabo de Santo Agostinho)

ANEXO R – MANUAL CONSTRUÍDO PELAS EQUIPES DA ÉPOCA, 2001-2004

Fonte: Recife (2001, p. 1).

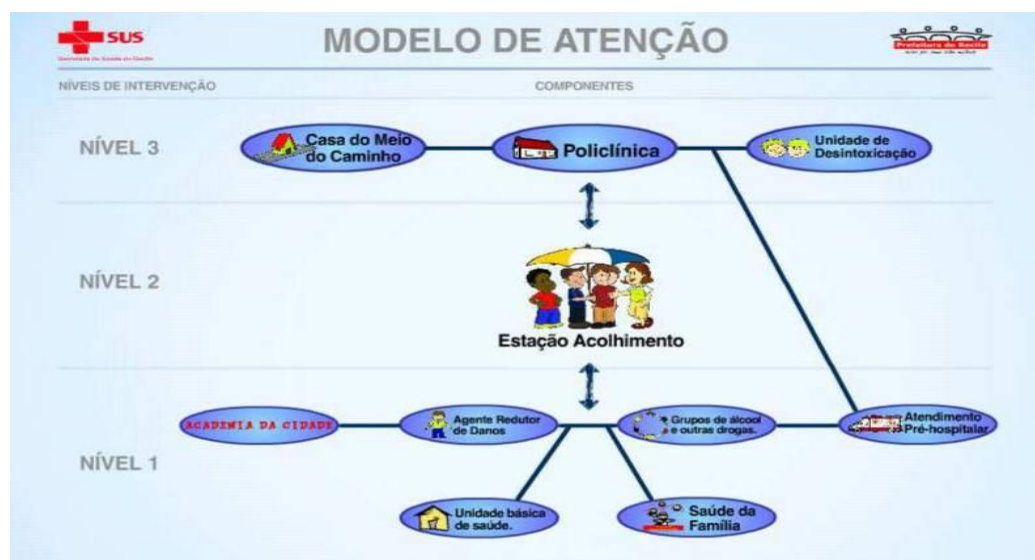


ANEXO S – FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE RECIFE, 2001-2004



Fonte: Recife (2001, p. 13).

ANEXO T – LOGOMARCA, PANFLETO E MODELO DE ATENÇÃO DO PROGRAMA MAIS VIDA APRESENTADO EM 2004



Fontes: <<http://slideplayer.com.br/slide/289095/>; <http://slideplayer.com.br/slide/52865/>> e <<http://g1.globo.com/pernambuco/carnaval/2012/noticia/2012/02/carnaval-do-recife-vai-contar-com-barreiras-sanitarias-no-galo.html>>.

**ANEXO U – AMBULATÓRIOS DE SAÚDE MENTAL POR UNIDADE
FEDERATIVA**

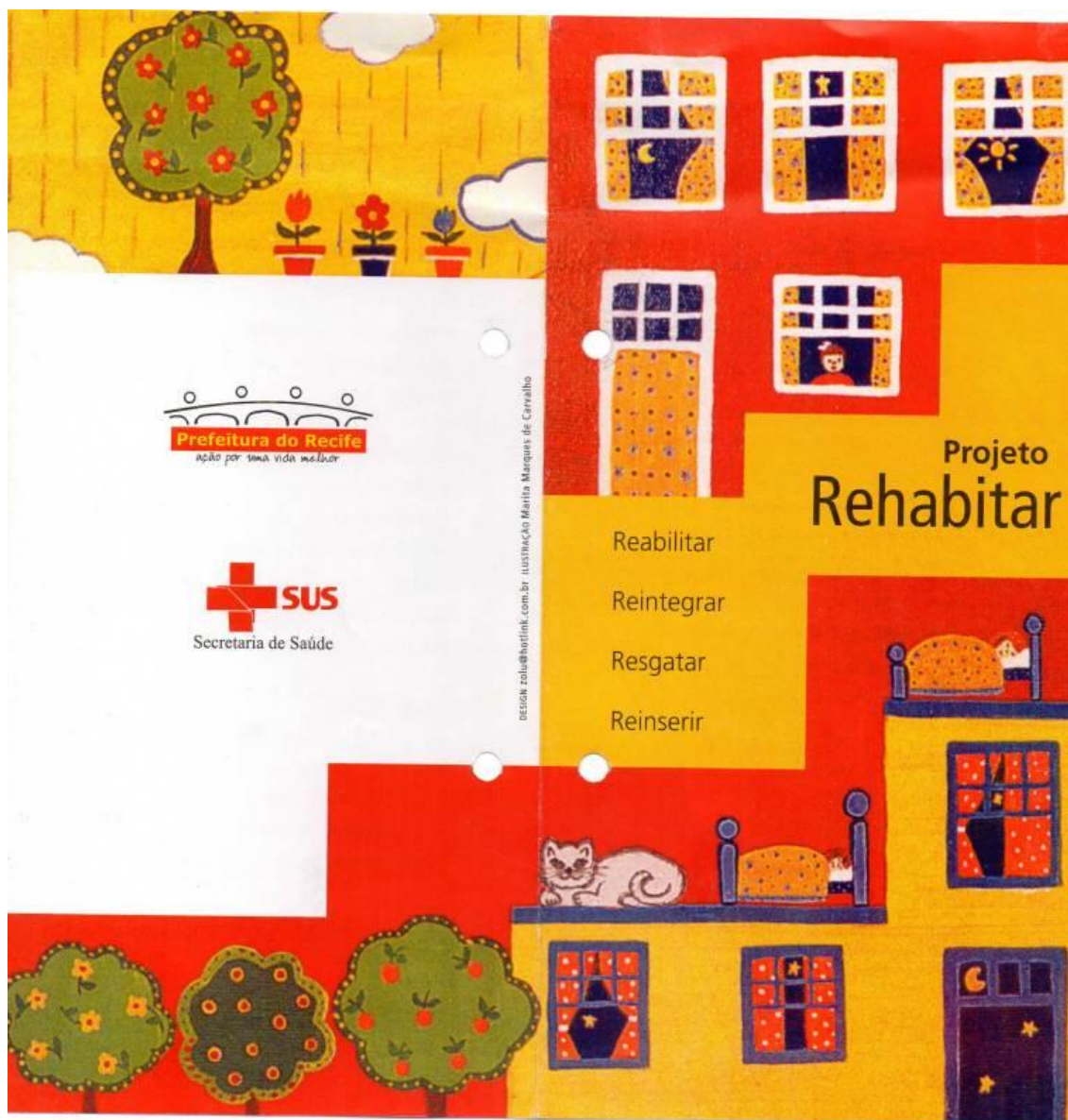
Unidade Federativa	Ambulatório de Saúde Mental
Região Norte	18
Acre	04
Amapá	01
Amazonas	02
Pará	01
Rondônia	01
Roraima	02
Tocantins	08
Nordeste	148
Alagoas	37
Bahia	04
Ceará	04
Maranhão	02
Paraíba	03
Pernambuco	62
Piauí	17
Rio Grande do Norte	01
Sergipe	12
Centro-Oeste	22
Distrito Federal	01
Goiás	09
Mato Grosso	06
Mato Grosso do Sul	06
Sudeste	394
Espírito Santo	31
Minas Gerais	89
Rio de Janeiro	68
São Paulo	206
Sul	280
Paraná	54
Rio Grande do Sul	104
Santa Catarina	122

Fontes: Brasil (2007a, p. 11).

ANEXO V – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD

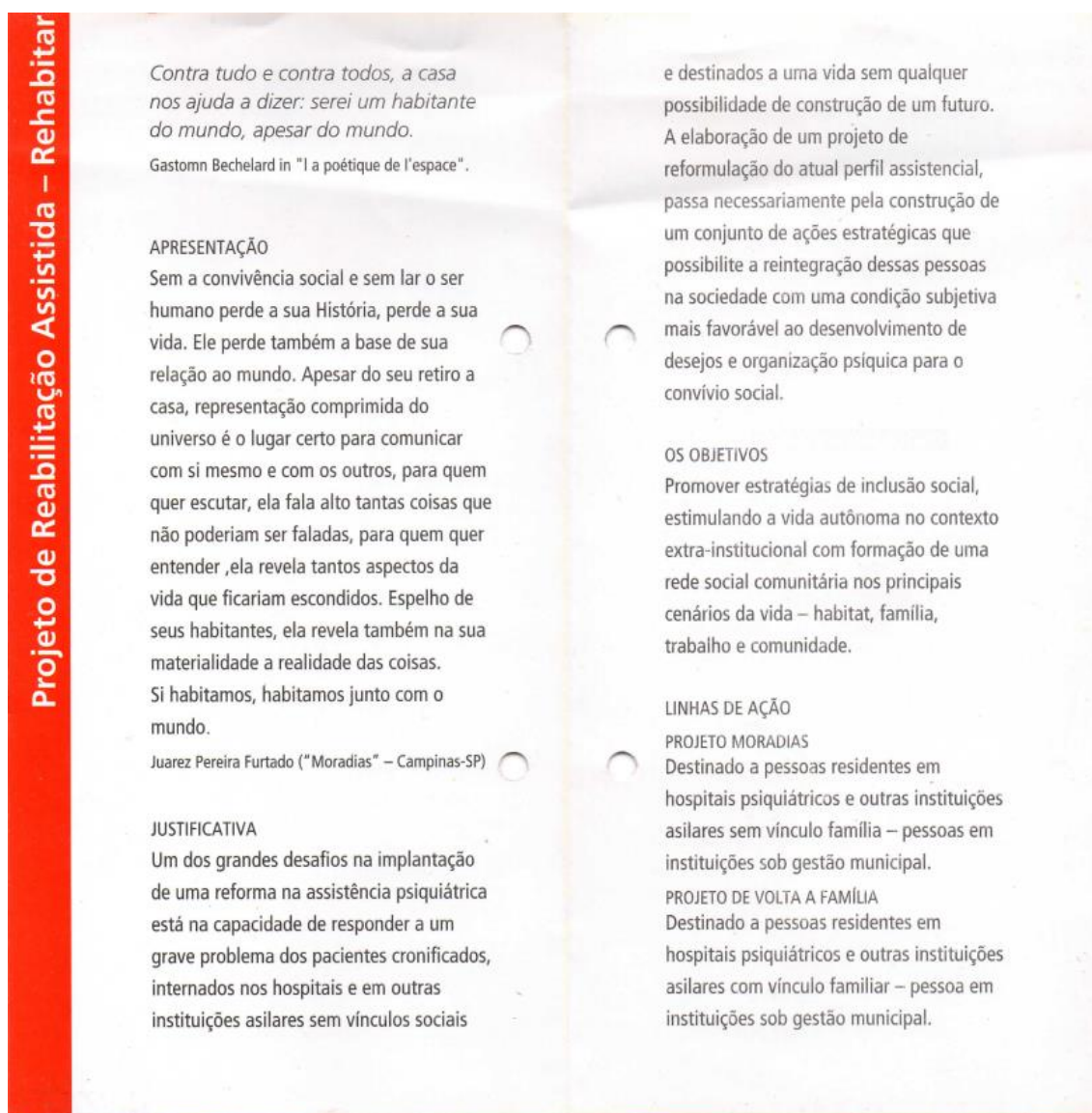


7 Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO W – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD

Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO X – PANFLETOS DO PRIMEIRO CICLO DE GESTÃO DA SMAD



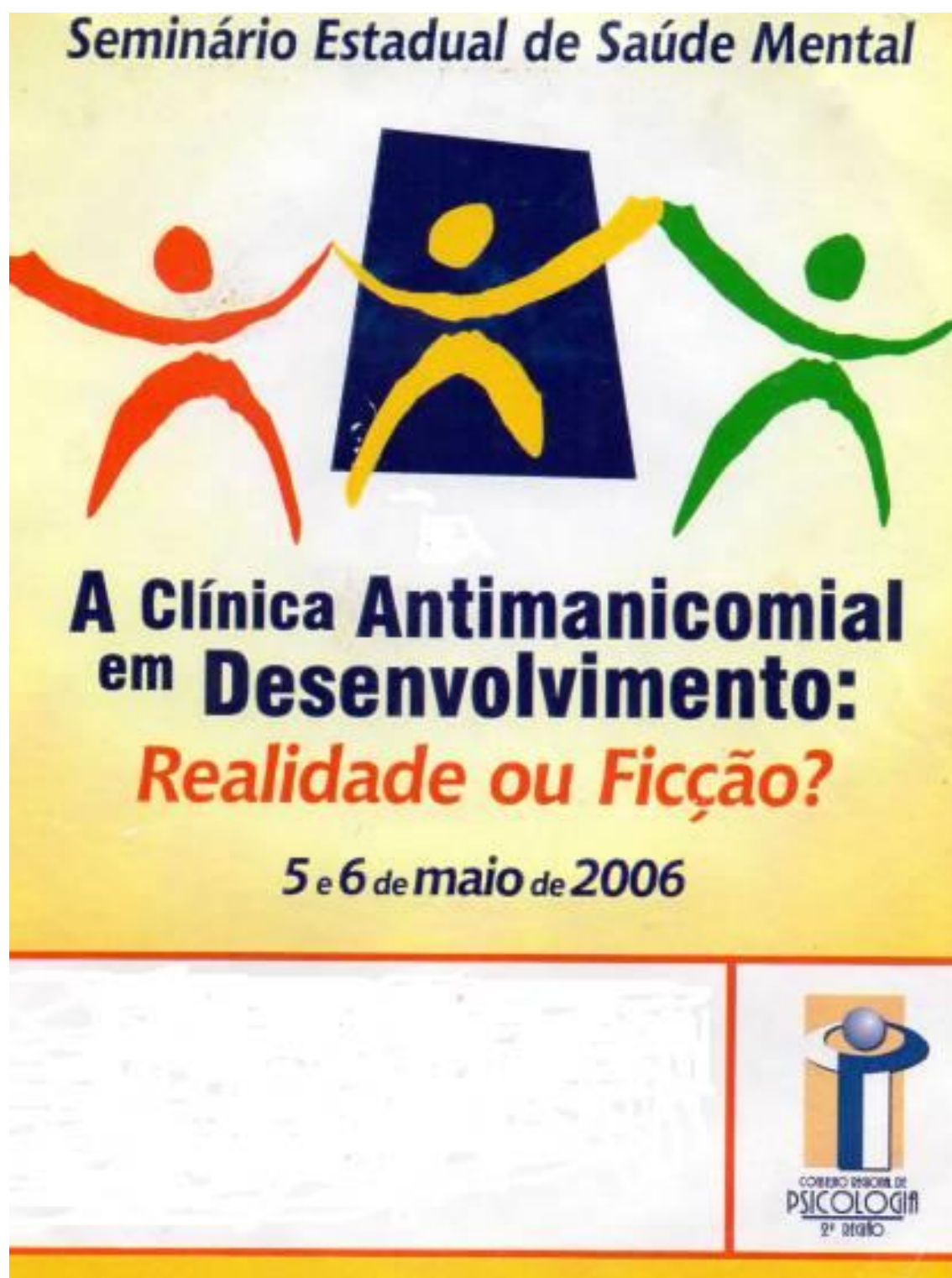
Fonte: Arquivo pessoal.

**ANEXO Y – CARTAZ DO I ENCONTRO DE CAPS E DO SEMINÁRIO ESTADUAL
OCORRIDO NO TERCEIRO CICLO DA GESTÃO DA SMAD**



Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO Z – CARTAZ SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (5 E 6/5/2006)



Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO AA – PUBLICAÇÃO E MODELO DE ATENÇÃO DO QUINTO CICLO DE GESTÃO DA SMAD



Fonte: Arquivo pessoal.



Fonte: Recife (2011, p. 7).

ANEXO AB – PANFLETO INSTITUCIONAL DO CPTRA – DÉCADA DE 90 (frente)



O Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo, Órgão da Secretaria de Saúde/SUS-PE., tem por finalidade primordial, executar as ações de prevenção, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa do alcoolismo desenvolvidas no âmbito do Estado.

PROCURE SE INFORMAR

ESTA É A PRIMEIRA
MEDIDA PARA PODERMOS
ENFRENTAR O ALCOOLISMO

Procure o



~~441.2593~~
427.2103



**Projeto
Nordeste**
Informação, Educação e
Comunicação - IEC



**SECRETARIA
DE
SAÚDE**

GOVERNO DO
PERNAMBUCO



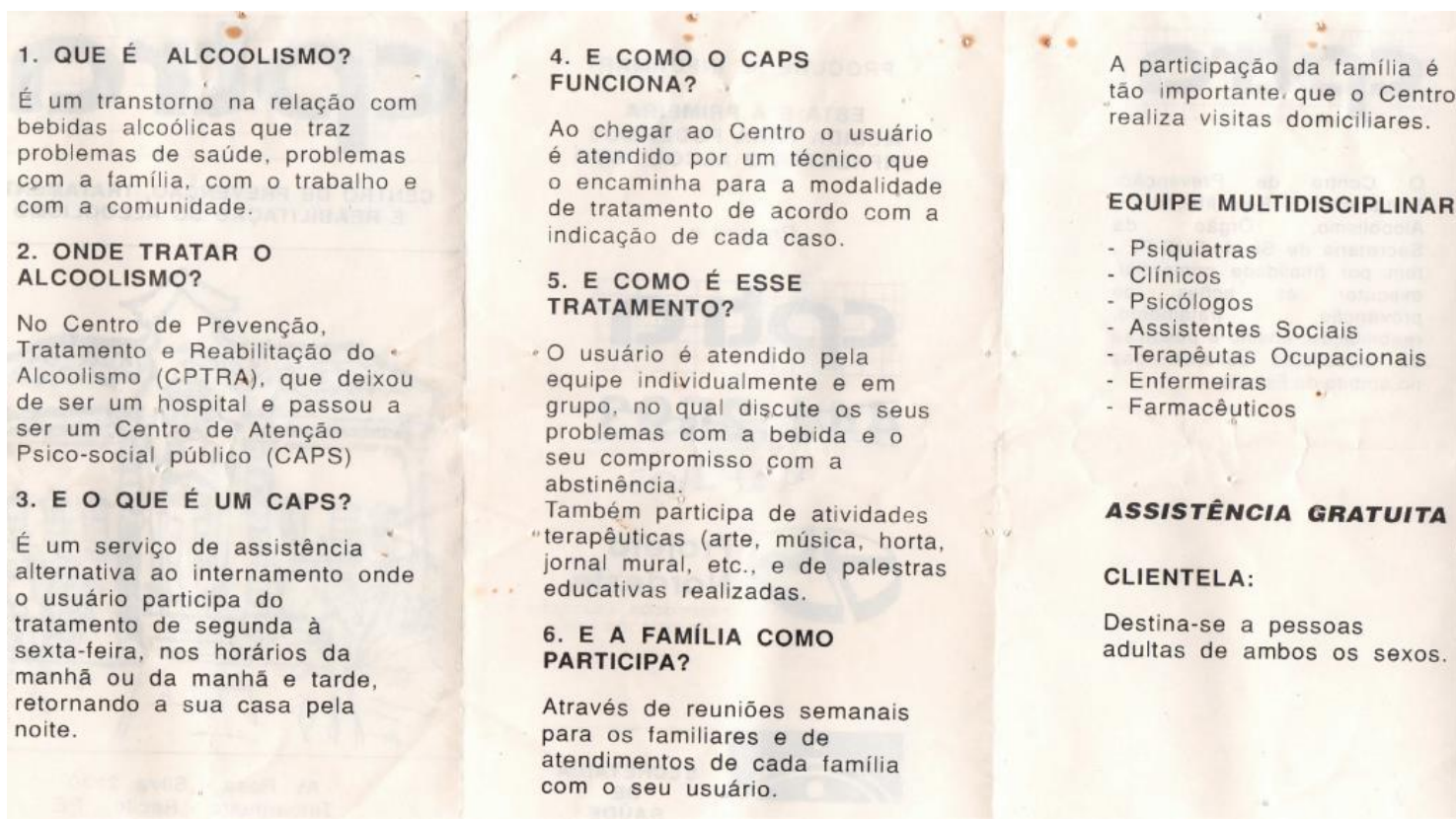
**CENTRO DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO
E REABILITAÇÃO DO ALCOOLISMO**



Av. Rosa e Silva, 2130
Tamarineira - Recife - PE
Fone: (081) ~~441.2593~~
NOVO TELEFONE
427-2103

Fonte: Arquivo pessoal.

ANEXO AC – PANFLETO INSTITUCIONAL DO CPTRA – DÉCADA DE 90 (verso)



ffaa **Fonte:** Arquivo pessoal.

ANEXO AD – CARTA ABERTA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

– JUNHO DE 2010

RECIFE, AINDA É A CAPITAL DE PERNAMBUCO?

Fonte: Disponibilizado por uma interlocutora estratégica.

Nós, militantes do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial “Libertando Subjetividades”, do Estado de Pernambuco, vimos através desta, manifestar nossa indignação diante da atitude injustificável de rejeição de moções aprovadas pela plenária na I Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, ocorrida entre os dias 17 a 19 de Maio de 2010.

Durante o processo de leitura de uma moção intitulada “ Moção de repúdio à situação da Saúde Mental no Recife”, representantes do município de Recife, tentaram solicitar destaque na referida moção, por discordar do conteúdo da mesma, sendo informados que não era possível realizar este procedimento, visto que as moções apenas poderiam ser lidas e postas em votação, democraticamente. Após a sua leitura foi realizada a votação e aprovação da moção pela assembleia.

No entanto, poucos momentos após a aprovação, os representantes de Recife, se dirigiram à plenária manifestando sua discordância referente à moção e tentando promover a desqualificação da mesma. Por não alcançarem seu objetivo, se retiraram do local de realização da plenária e iniciaram uma articulação entre trabalhadores e gestores de Recife para retirada da moção, retornando ao local onde já havia sido encerrada a plenária, já desfeita a mesa.

Iniciaram um processo de inviabilização da atividade seguinte que seria a eleição dos delegados para a Conferência Nacional, se

aglomerando em frente à plenária, causando tumulto, utilizando a palavra, desqualificando a moção e realizando ferrenha pressão para a sua retirada. Chegaram a ameaçar processar membros do Núcleo da Luta antimanicomial que defendiam a permanência das moções. Tentaram mobilizar a comissão organizadora da conferência, a plenária, representantes do Estado, até que encontraram o argumento de que deveria ser realizada nova votação para apreciação das moções que se referiam à realidade de municípios e não do estado ou união.

Decorrida cerca de uma hora e trinta minutos neste tumulto, com alguns usuários e conferencistas do interior do estado se retirando devido à leviana demora causada pela paralisação da conferência, a plenária, exausta, aceitou realizar nova votação a fim de “apreciar” se as moções ditas “municipais” deveriam permanecer ou serem retiradas, de acordo com uma nova interpretação do regimento.

Realizada a votação, a maioria da plenária votou pela exclusão das moções que faziam referência a realidades municipais. Os representantes de Recife comemoraram e voltaram aos seus lugares na plenária, para somente desta forma, permitir a continuidade do processo eleitoral da conferência.

É intolerável uma atitude de manipulação e extrema violência ocorrer em uma conferência onde se defendem processos democráticos, de inclusão e defesa dos direitos humanos.

ANEXO AE – MOÇÃO ALVO DE CONFLITO APRESENTADA NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL

Fonte: Disponibilizado por uma interlocutora estratégica.

MOÇÃO DE REPÚDIO À SITUAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO RECIFE | 18/05/2010

JUSTIFICATIVA: Considerando que a Lei Nacional 10.216/01 e a Lei Estadual 11.064/94 preconizam a reprogramação progressiva dos leitos psiquiátricos e substituição destes por uma rede territorial, composta por serviços substitutivos, tais como: saúde mental na Atenção Básica, CAPS e outros dispositivos assistenciais;

Considerando que Recife possui um significativo número de leitos em hospitais psiquiátricos privados e que atualmente dois destes se encontram em processo de fechamento, a saber HPP e IPR e que diante disto, há uma necessidade de reforçar e ampliar os serviços municipais com capacidade de acolhimento e atendimento à crise. Sabe-se que hoje os serviços existentes não são suficientes para cobrir as necessidades dos usuários;

É preciso que sejam garantidos os direitos e as diretrizes para a saúde mental contidos na Lei 10216/01. É necessário que a Reforma Psiquiátrica avance e que não mais se permita a morte de qualquer usuário, por abandono ou violação de direito nos hospitais psiquiátricos do Recife. Nesse sentido, repudiamos a Política de Saúde Mental de Recife que vem na contramão da Reforma:

- Pelo descumprimento das definições das VII e VIII Conferências Municipais Saúde que previram a criação de pelo menos um CAPS 24 horas por Distrito Sanitário, existindo hoje apenas um que não suporta atender a demanda, dando margem a internações psiquiátricas que poderiam ser claramente evitadas.
- Por não organizar a Emergência psiquiátrica em leitos de hospitais gerais, dependendo da única emergência psiquiátrica estadual, o Hospital Ulysses Pernambucano.
- Por não fazer o enfrentamento da grave realidade das mortes e degradação das pessoas nos hospitais psiquiátricos, que vem sendo denunciadas na imprensa, que revelam a inaceitável fragilização dos sistemas de fiscalização e monitoramento do SUS/Recife.
- Por não enfrentar a condição de moradores de hospitais psiquiátricos dos seus municípios, que ainda hoje estão completamente privados de tratamento digno, liberdade e do exercício de sua cidadania, devido à ausência de criação de novas

residências terapêuticas já previstas, capazes de promover um cuidado integral e reinserção social.

- Por não organizar e não manter política de qualificação e manutenção da rede substitutiva prevista na Política de Saúde Mental municipal, decorrendo: a precarização dos CAPS, com falta de supervisão e formação permanente; fragilidade no suporte às residências terapêuticas; falta de logística para realização das ações propostas, comprometendo especialmente ações territoriais.
- Por fragilizar a rede substitutiva ao não garantir as equipes mínimas nos CAPS, com o conseqüente fechamento de turnos de atendimento aos usuários.
- Por permitir aumento diferenciado para médicos e realizar negociações por categoria fragilizando a perspectiva de equipe e precarizando o processo de trabalho.
- Pelo não investimento na qualificação dos ambulatorios de saúde mental;
- Pela falta de investimento na Política de redução de danos, o que vem ocasionando a dificuldade de acesso e cuidados dos usuários de álcool e outras drogas nos serviços a eles destinados.
- Pelo desmonte da “Ação Avançada” que fornecia suporte no território às equipes dos PSF’s nas ações de saúde mental, prejudicando o apoio ao território.
- Pela não inclusão efetiva dos usuários e familiares na discussão da Política de Saúde Mental e falta de diálogo com o movimento social antimanicomial.
- Diante do acima exposto, pela omissão e falta de compromisso com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Assim assinamos:

Nome: _____ identidade: _____

Nome: _____ identidade: _____

**ANEXO AF – MOÇÃO ALVO DE CONFLITO NA III CONFERÊNCIA ESTADUAL
DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL
MOÇÃO DE REPÚDIO**

Considerando que a Lei Nacional 10.216/01 e a Lei Estadual 11.064/94 preconizam a reprogramação progressiva dos leitos psiquiátricos e substituição destes por uma rede territorial, composta por serviços substitutivos, tais como: saúde mental na Atenção Básica, CAPS e outros dispositivos assistenciais.

Considerando que Recife possui um significativo número de leitos em hospitais psiquiátricos privados e que atualmente dois destes se encontram em processo de fechamento, a saber HPP e IPR e que diante disto, há uma necessidade de reforçar os serviços municipais com capacidade de acolhimento e atendimento à crise. Sabe-se que hoje os serviços existentes não são suficientes para cobrir as necessidades dos usuários.

Os participantes da I Conferência de Saúde Mental Interestadual do Recife, repudia a proposta da Coordenação Municipal de Saúde Mental em transformar o CAPS Boa Vista do Distrito Sanitário I, assim como, qualquer outro CAPS, em Centro de Convivência.

Entendemos que Centros de Convivência são de extrema importância para o processo de reabilitação, porém, devendo ser implantados como adicionais à rede de saúde mental já existente.

Assim assinamos:

Nome: _____ identidade: _____

Nome: _____ identidade: _____

Nome: _____ identidade: _____

Fonte: Disponibilizado por uma interlocutora estratégica.