

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva

**“QUEM ENTROU UM DIA SAIRÁ, BASTA ACREDITAR”: os efeitos ocasionados
pela Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte**

Belo Horizonte

2024

Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva

**“QUEM ENTROU UM DIA SAIRÁ, BASTA ACREDITAR”: os efeitos ocasionados
pela Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de subjetivação

Linha de Pesquisa: Intervenções Clínicas e Sociais

Orientador: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Belo Horizonte

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S586q	Silva, Fernanda Soares Pereira de Carvalho “Quem entrou um dia sairá, basta acreditar”: os efeitos ocasionados pela Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte / Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva. Belo Horizonte, 2024. 118 f. : il. Orientador: João Leite Ferreira Neto Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia 1. Brasil. Lei da reforma psiquiátrica (2001). 2. Instituto Raul Soares (Belo Horizonte, MG). 3. Hospital Galba Velloso (Belo Horizonte, MG). 4. Política de saúde mental - Brasil. 5. Reforma do sistema de saúde - Brasil. 6. Serviços de saúde mental. 7. Hospitais psiquiátricos - Belo Horizonte (MG). I. Ferreira Neto, João Leite. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título. SIB PUC MINAS CDU: 616.89
-------	--

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Marques de Souza e Silva - CRB 6/2086

Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva

**“QUEM ENTROU UM DIA SAIRÁ, BASTA ACREDITAR”: os efeitos ocasionados pela
Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de subjetivação

Linha de Pesquisa: Intervenções Clínicas e Sociais **Orientador:**
Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto (Orientador)

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (Banca examinadora)

Prof. Dr. Renato Diniz Silveira (Banca examinadora)

Belo Horizonte, 19 de março de 2024

AGRADECIMENTOS

Ao longo da vida recebemos uma série de “pontapés” que são capazes de levar qualquer sujeito em direção ao amanhã. Eles vêm de todas as formas, nos mais diversos atos e sempre de maneiras singulares – já que nenhuma relação é igual a outra. Felizmente tenho uma série de encontros-pontapés que me levaram até onde estou, e aqui vão os meus agradecimentos a eles.

À luta antimanicomial brasileira e ao Fórum Mineiro de Saúde Mental, que mesmo com tudo continua lutando bravamente.

À FAPEMIG, responsável pelo financiamento de um sonho que era apenas um anteprojeto, se tornou projeto e agora é uma dissertação.

Aos entrevistados que toparam participar dessa pesquisa – sem vocês não haveria dissertação alguma.

Ao professor Renato e a professora Izabel, que através do processo de qualificação contribuíram para o [re]direcionamento desta pesquisa.

Ao meu professor e orientador João Leite, mais conhecido como “Ferreira Neto”. Todo meu percurso na Psicologia foi redirecionado quando li um capítulo do seu livro Psicologia, Políticas Públicas e o SUS (2017) durante o 5º período da minha graduação, aqui em São Luís e a aproximadamente 2,508,3 km de distância de Belo Horizonte. Foi durante aquela leitura que descobri que eu poderia “sustentar uma postura menos ingênua e realizar um diagnóstico bem-feito das relações de poder” (FERREIRA NETO, 2017, p.35) enquanto psicóloga. Tudo mudou depois disso, e eu não consigo mensurar o privilégio que foi tecer uma dissertação ao lado do autor que expandiu minhas perspectivas.

À professora Luciana Kind, que desde o meu primeiro dia na PPGPSI me ensinou sobre a importância de construir narrativas para além da sala de aula. Ter, simultaneamente, força e delicadeza parece altamente contraditório, mas você me mostrou que isso é possível. Sentirei saudades das nossas trocas embebidas por café e Coca-Cola.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas. Cada um se encontra presente entre os parágrafos aqui escritos. Além disso, direciono um abraço apertado aos funcionários técnicos e administrativos da instituição, que entre tantas tardes me arrancaram sorrisinhos enquanto eu estava longe do meu lar.

Quanto à distância, não posso deixar de citar cada um que fez Minas Gerais se tornar a minha segunda casa. Retornar a cidade que nasci me fez entender muito do que sou, e talvez eu nunca tenha sido tão feliz quanto fui na “fazendinha iluminada que é Belo Horizonte” (MATTOS, 2008, p.253).

Fui recebida, acolhida e abraçada – em muitos sentidos – pela minha família mineira, que pude reaver depois de tantos anos. Às minhas tias “Nete” e “Jajá”: o que seria de mim sem vocês? Fui completamente afetada por tamanho afeto e ternura que recebi entre grandes e pequenos gestos. Fui, sou e serei eternamente grata ao nosso [re] encontro, ele invadiu meu coração.

Ao meu primo querido, o Guilherme, que sem ao menos imaginar me ensinou sobre a beleza e importância da calmaria. E à Cecília, uma prima que mais me remete a figura de uma irmã mais velha. Assim que cheguei em Belo Horizonte você me disse que em Minas não havia o meu tipo de mar, mas que existia um verdadeiro mar de montanhas espalhado por aí. Sem sombra de dúvidas eu mergulhei sem medo. Muito obrigada.

Aos queridos e queridas que me cativaram durante minha estadia em Belo Horizonte – saibam que penso em vocês com frequência. Carrego todos(as) em meu coração. Um abraço apertado e especial ao Odair, Júlio e à Ana Valéria, que me acompanharam nesse processo de aprendizado e descoberta de si e do mundo.

Ao pernambucano Itallo e à potiguar Amanda, que se tornaram verdadeiros amigos de vida. O percurso de quem decidiu migrar para longe de casa é cheio de altos e baixos, têm dias bons e outros não tão bons assim. E que sorte a minha foi ter encontrado duas pessoas que estiveram comigo para o que desse e viesse.

Sobretudo, se eu consegui construir uma outra vida em um lugar tão distante do meu território originário foi porque tenho comigo os dois melhores encontros-pontapés possíveis: o meu pai, Fernando Carvalho Silva, e a minha mãe, Dinorah Soares. Nada disso seria realizável se eu não tivesse vocês. “Papai” me ensinou a importância de estar atenta e forte; “mamãe” me apresentou o desejo pela vida. “Papai” me incentivou a ir atrás dos meus sonhos, independentemente de qual fosse o sonho da vez; “mamãe” me disse para seguir sempre em frente, mas caso eu precisasse retornar ela iria estar lá. Sem sombra de dúvidas eu sou o que sou porque eu aprendi sobre o amor com o “papai” e a “mamãe”. Meus eternos agradecimentos. Amo vocês incondicionalmente.

À minha família maranhense: minha avó “Lourdinha”, Judith, meus tios, tias, primos e primas, que me viram crescer e sempre acreditaram em mim – inclusive mais

do que eu mesma. Menção honrosa as minhas primas-irmãs-amigas, Lorena e Larissa, que seriam da minha família até mesmo se não houvesse nenhuma ligação genética.

Aos familiares que eu fiz durante a vida – os meus verdadeiros amigos e amigas do coração, que me amam como sou apesar do que sou.

E ao Fernando, que além de estar entre os meus verdadeiros amigos do coração é também o meu maior companheiro e meu grande amor. Obrigada por estar sempre presente, independentemente de onde quer que eu esteja; com certeza repetiria o que vivemos até aqui de novo, e de novo, e de novo, e de novo (...), mas sempre ansiando por mais com você.

Esses os pontapés que me levaram até a finalização desta dissertação. Obrigada, mil vezes obrigada.

Seqüelas não acabam com o tempo.
Amenizam.
Quando passam em minha mente as horas
de espera, sinceramente, tenho dó de mim.
Nó na garganta, choro estagnado, revolta
acompanhada de longo suspiro.

Ainda hoje, anos depois, a espera é por
demais agonizante. Horas, minutos,
segundos são eternidades martirizantes.
Não começam hoje, adormeceram, a muito
custo...comigo.

Esta espera, oh Deus! É como nunca pagar
o pecado original. É ser condenado à morte
várias vezes.
Quem disse que só se morre uma vez?

Sentidos se misturam, batidas cardíacas
invadem a audição. Aspirada a respiração
não é... é introchada. Os nervos já não
tremem. Dão solavancos. A espera está
acabando. Ouço barulho de Rodinhas.

A todo custo, quero entrar na parede.
Esconder-me, fazer parte do cimento do
quarto. Olhos na abertura da porta rodam a
fechadura. Já não sei quem e o que sou.
Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado,
imobilizado ..escuto parte do meu gemido.
Quem disse que só se morre uma vez?

Austragésilo Carrano

Poema das 4 horas de espera para ser
eletrocutado ...(aplicação de
eletroconvulsoterapia)

Às vítimas de uma psiquiatria abjeta. Suas
vidas e memórias serão lembradas.

RESUMO

Considerando a Reforma Psiquiátrica enquanto um componente do sistema político e legislativo capaz de refletir nas estruturas sociais, a presente dissertação buscou investigar os efeitos ocasionados por este processo nos hospitais psiquiátricos públicos do estado de Minas Gerais com sede em Belo Horizonte, como o Instituto Raul Soares e o antigo Hospital Galba Velloso, que teve suas atividades encerradas em outubro de 2020. Compreendendo a existência de uma lógica hospitalocêntrica e a importância de opor-se a esta via cuidado territorial através dos serviços substitutivos contidos na Rede de Atenção Psicossocial, esta pesquisa desvelou a aplicação da política de saúde mental a nível municipal e estadual, a fim de discernir se o modelo assistencial consegue ou não suprir as demandas que outrora eram dos hospitais psiquiátricos. Para isso, traçou-se três objetivos específicos, dentre eles: a) discutir, por meio de revisão de literatura, a historicidade, mudanças e resultados provocados pelo movimento antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica brasileira e mineira no sistema de saúde mental estadual e federal; b) realizar uma investigação documental para compreender os processos legislativos envolvidos na construção e consolidação da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte; e c) compreender as estruturas, modos organização e os procedimentos técnicos adotados pelos hospitais locais mediante entrevistas semiestruturadas com servidores e ex servidores das instituições escolhidas. Para tanto, fez-se uso da metodologia qualitativa e exploratória, com aplicação de entrevistas semiestruturadas, revisão de literatura e investigação documental. Após a análise e a coleta dos dados, esta pesquisa apresentou como resultado o enfraquecimento dos serviços assistenciais, especialmente no interior do estado. Tal situação deve-se ao desmonte das políticas de saúde mental a nível federal, que ocasionou a ausência do repasse de verbas aos serviços que constituem a Rede de Atenção Psicossocial. Consequentemente, o Hospital Galba Velloso foi e o Instituto Raul Soares permanece atuando como porta de entrada de muitos pacientes, com ênfase naqueles que vêm de interiores que tem seus dispositivos fragilizados, como as cidades de Sabará, Ribeirão das Neves e Vespasiano. Além disso, a feitura das entrevistas semiestruturadas com servidores e ex servidores dessas instituições demonstrou que, apesar dos efeitos políticos e institucionais gerados pela Reforma Psiquiátrica, ainda há uma forte presença do cuidado medicocentrado, que pauta-

se tão somente em decisões técnicas e/ou administrativas. Em suma, esta dissertação foi ao encontro dos objetivos, viabilizando conhecer os efeitos da Reforma Psiquiátrica diante das atuais circunstâncias políticas, assim como de perceber a necessidade de novos estudos que ampliem o conhecimento sobre essa temática na presente década.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Políticas Públicas. Luta Antimanicomial.

ABSTRACT

Considering the Psychiatric Reform as a component of the political and legislative system capable of reflecting on social structures, this dissertation sought to investigate the effects of this process on public psychiatric hospitals in the state of Minas Gerais based in Belo Horizonte, as the Raul Soares Institute and the Galba Velloso Hospital, closed in October 2020. Understanding the existence of a hospital-centric logic and the importance of opposing this through territorial care via the substitutive services contained in the Psychosocial Care Network, this research unveiled the application of mental health policy at municipal and state level, in order to discuss whether or not the care model manages to meet the demands that were once made of psychiatric hospitals. To this end, three specific objectives were set: a) to discuss, through a literature review, the historicity, changes and results brought about by the anti-asylum movement and the Brazilian and Minas Gerais Psychiatric Reform in the state and federal mental health system; b) to carry out a documentary investigation to understand the legislative processes involved in the construction of Belo Horizonte's Mental Health Policy; and c) to understand the structures, organizational modes and technical procedures adopted by local hospitals through semi-structured interviews with employees and former employees of the chosen institutions. To this end, a qualitative and exploratory methodology was used, with semi-structured interviews, a literature review and documentary research. After analyzing and collecting the data, the results of this study were the weakening of care services, especially in the interior of the state. This situation is due to the dismantling of mental health policies at federal level, which has led to a lack of funding for the services that make up the Psychosocial Care Network. As a result, the Galba Velloso Hospital and the Raul Soares Institute is the point of entry for many patients, with an emphasis on those who come from areas that have been weakened, such as the cities of Sabará, Ribeirão das Neves and Vespasiano. In addition, the semi-structured interviews with staff and former staff at these institutions showed that, despite the political and institutional effects generated by the Psychiatric Reform, there is still a strong presence of medical-centered care, which is based solely on technical and/or administrative decisions. In short, this dissertation met its objectives, making it possible to learn about the effects of the Psychiatric Reform in the face of current political circumstances, as well as to realize the need for new studies to expand knowledge on this subject in the current decade.

Keywords: Psychiatric Reform. Public Policy. Anti-asylum struggle.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos entrevistados24

Quadro 2 - Quadro descritivo sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria
n.3088/2011 80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atenção Primária à Saúde e Inserção Social em Belo Horizonte.....	82
Tabela 2 – Atenção Psicossocial Especializada em Belo Horizonte	83
Tabela 3 – Estratégias de Desinstitucionalização em Belo Horizonte.....	83
Tabela 4 – Atenção Residencial de Caráter Transitório em Belo Horizonte	83
Tabela 5 – Formação em Belo Horizonte	83
Tabela 6 – Rede Hospitalar em Belo Horizonte	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME – Associação Brasileira de Saúde Mental
ACD – Análise Crítica do Discurso
AMP – Associação Mineira de Psiquiatria
ASSUSAM – Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental
CAC – Centro de Acolhimento a Crise
CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CNSM – Conselho Nacional de Saúde Mental
COREN-MG – Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
CRM-MG – Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
DACT – Departamento de Apoio Às Comunidades Terapêuticas
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESM – Equipe de Saúde Mental
FEAP – Federação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FHEMIG – Federação de Hospitais do Estado de Minas Gerais
FMSM – Fórum Mineiro de Saúde Mental
GRSAM – Gerência da Rede de Saúde Mental
HCB – Hospital Colônia de Barbacena
HGV – Hospital Galba Velloso
Inamps – Instituto Nacional de Previdência Social
IRS – Instituto Raul Soares
MDS – Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome
MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PDP – Programa de Desospitalização Psiquiátrica
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PSM – Política de Saúde Mental
PSF – Programa Saúde da Família

PUP – Posto de Urgência Psiquiátrica
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência
SMS – Secretária Municipal de Saúde
SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA – Unidade de Atenção
UBS – Unidade de Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. METODOLOGIA	22
2.1 Participantes	23
2.2 Instrumentos.....	25
2.3 Procedimento de Coleta de Dados.....	26
2.4 Procedimento de Análise de Dados.....	27
3. A PSIQUIATRIA E AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS.....	31
3.1 Dos leprosários aos manicômios: o nascimento da Psiquiatria	31
3.2 Dos manicômios aos hospitais psiquiátricos: a Psiquiatria na contemporaneidade.....	33
4. “LIBERDADE, LIBERDADE PARA ENLOUQUECER, LIBERDADE PARA SE CUIDAR, LIBERDADE PARA SIMPLEMENTE SER LIVRE..”: A HISTÓRIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	35
4.1 As primeiras experiências	35
4.2 “Em Minas, é no interior da instituição psiquiátrica que se instaura a contestação à situação vigente”: o nascimento do movimento antimanicomial em Minas Gerais (1903-1987).....	41
4.3 A consolidação da luta antimanicomial em Minas Gerais (1987-1995).....	45
5. “PORTAS FECHADAS, PAREDES ALTAS, ARAME FARPADO, FOSSOS, ÁGUAS, FLORESTAS OU PÂNTANOS”: DE QUAIS LUGARES ESTAMOS FALANDO?	49
5.1 Uma descrição sobre os hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte	49
5.1.1 “Zero! Zero! Nota zero vezes para tudo isso aqui”: a história do hospital Galba Velloso.....	49
5.1.2 O Galba Velloso após a Reforma Psiquiátrica	51
5.1.3 “Isto aqui é o fim do mundo”: O Instituto Raul Soares	55
5.1.4 “Na parede, um cartaz anunciando a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria em novembro do próximo ano, em Belo Horizonte”: o antigo Raul Soares e suas transformações.....	58

5.1.5 “O que é o Raul Soares pra mim? Um lugar muito ruim” (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa): o Instituto Raul Soares resiste	62
6. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE	66
6.1 A formulação das políticas públicas e os modelos analíticos de “equilíbrio pontuado” e “múltiplos fluxos”	66
6.2 A incorporação da Psicologia no campo das políticas públicas	68
6.3 Belo Horizonte em três momentos	70
6.4 Belo Horizonte em um quarto momento (2011-2023): “para a rede foi impossível passar ilesa a tanto bombardeio, a tanta ação premeditada” (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa)	79
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
7.1 É preciso [re] construir a rede	86
7.2 Um retrato sobre os hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte: avançamos?	89
7.2.1 As estruturas.....	90
7.2.2 Os discursos	91
7.2.3 A admissão e a alta psiquiátrica	95
7.2.4 Procedimentos técnicos utilizados e a formação profissional dos servidores e ex servidores das instituições psiquiátricas pesquisadas	98
7.2.5 A arbitrariedade institucional.....	101
8. PÓS ESCRITOS.....	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
APÊNDICE B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados	118

1. INTRODUÇÃO

Ao ser amparado por um ideal manicomial, o processo de institucionalização do sujeito em um instituto psiquiátrico é marcado pela necessidade de compromisso e adesão às regras estabelecidas. Essas demarcações supõem uma espécie de elaboração ampla dos comportamentos que devem ser atrelados ao signatário, originando aquilo que Goffman (1961/2015) denominou como a formação de uma “concepção de si mesmo”.

Tais locais – referidos pelo autor como manicômios – configuram-se enquanto espaços onde o indivíduo permanece internado por tempo integral. Além disso, também possuem um diferencial em relação as outras entidades sociais – já que o interno deve participar visivelmente, e em momentos adequados, dos deveres propostos pela organização, com uma “certa submissão do eu à atividade considerada” (GOFFMAN, 2015, p.150).

Esse processo de admissão do sujeito institucionalizado é iniciado a partir de sua desconfiguração pessoal, que se desvela mediante o desaparecimento de sua aparência usual e objetos próprios – como roupas e cosméticos. Além disso, pode ocorrer também eliminação da identidade através da perda do próprio nome (GOFFMAN, 2015), pois o indivíduo pode passar a ser reduzido a alcunhas ou categorizações costumeiramente derivadas de uma deturpação do saber psiquiátrico.

Por serem aparatos de um objeto científico, seria necessário que a Psiquiatria e suas instituições fossem historicamente conduzidas de maneira crítica, entretanto (BASAGLIA, 1979, p.14):

Quando a Psiquiatria entra no manicômio encontra uma sociedade bem definida: de um lado, os loucos pobres; de outro, os ricos, a classe dominante com os meios para tratar os pobres doentes loucos. Sob esse prisma, como podemos pensar que a Psiquiatria possa ser libertadora? O psiquiatra estará sempre numa posição privilegiada de dominante frente ao seu doente.

Essas e outras problemáticas instituídas e perpassadas com a manutenção da lógica manicomial no contexto hospitalar buscaram ser solucionadas através do movimento da Reforma Psiquiátrica, que ocorreu de maneiras distintas em diversas partes do mundo. No que tange ao contexto brasileiro, tal processo reformista – revisitado no capítulo 4 – consolidou-se, à nível legislativo, no ano de 2001, com a promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Além de dispor sobre os direitos e proteção das pessoas acometidas por um transtorno mental, a referida normativa também traz no corpo de seu texto modificações importantes para a construção do cuidado humanizado – em seu 4º artigo, por exemplo,

a lei aponta que a internação psiquiátrica só deve ocorrer quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, além de vetar, no inciso 3 do mesmo artigo, o tratamento de pacientes em instituições com características asilares (BRASIL, 2001).

Outro ponto levantado pela lei 10.216/2001 foi a necessidade de desospitalização na saúde mental, o que levou a ocorrência de uma reforma social e tecnicista também fortalecida pelo movimento da luta antimanicomial. Com a implantação e propagação dos serviços substitutivos, possibilitou-se a retirada do hospital psiquiátrico do centro do cuidado, além de estimular a assistência territorial e afirmar compatibilidade existente entre cidadania do louco e o tratamento (DELGADO, 2001).

Porém, a ascensão de propostas nitidamente hospitalocêntricas e a “psiquiatrização de problemas socioeconômicos e políticos” (BASAGLIA, 1979, p.142) trouxeram à uma ameaça a permanência dessas decisões jurídicas e legislativas. Como foi exposto no capítulo 6, a Reforma Psiquiátrica brasileira passou a ser diretamente bombardeada por decisões contrarreformista, o que levou ao enfraquecimento dos serviços substitutivos e o retorno à lógica hospitalar.

Devido às problemáticas historicamente apresentadas em instituições psiquiátricas e as atuais fragilidades vivenciadas pela política brasileira no campo da saúde mental, a presente dissertação objetivou realizar uma pesquisa que investigasse tais fenômenos de maneira isolada e correlacionada. Desta forma, foi feito um estudo sobre os efeitos da Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos públicos do estado de Minas Gerais, tomando como foco o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Velloso, sediados na grande Belo Horizonte. A predileção instituições localizadas na capital mineira deu-se devido a forma como foi construída a história da saúde mental nesta cidade, que caminhou juntamente com o progresso da atenção e do cuidado humanizado.

Além disso, com metodologia de cunho exploratório e qualitativo, esta dissertação investigou os efeitos políticos e institucionais ocasionados pela Reforma Psiquiátrica mineira nos hospitais já supracitados. Para isso, elencou-se três objetivos específicos: a) discutir, por meio de revisão de literatura, a historicidade, mudanças e resultados provocados pelo movimento antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica mineira e brasileira no sistema de saúde mental estadual e federal; b) realizar uma investigação documental para compreender os processos legislativos que levaram à construção e consolidação da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte; e c) compreender as estruturas, modos organização e os procedimentos técnicos adotados

pelos hospitais pesquisados através de entrevistas semiestruturadas com servidores e ex servidores do Instituto Raul Soares e do Hospital Galba Velloso.

Os objetivos específicos delimitados foram devidamente alcançados através da utilização da triangulação de métodos, com apresentação da revisão de literatura ao longo dos capítulos 3, 4, 5 e 6, além da exposição, no capítulo 7, da discussão sobre os resultados coletados via investigação documental e entrevistas semiestruturadas.

Deste modo, organizou-se este trabalho da seguinte maneira: o presente capítulo buscou introduzir a temática, justificar a escolha do tema e apresentar os objetivos elencados; o segundo capítulo visou expor a metodologia utilizada, apresentando os participantes das entrevistas e discorrendo sobre os procedimentos de coleta e análise de dados; o terceiro capítulo fez um apanhado geral sobre a história da Psiquiatria e suas instituições, desde seu surgimento a contemporaneidade.

O quarto capítulo visou dissertar sobre o movimento antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, tomando como foco a consolidação da luta contra os manicômios no estado de Minas Gerais. Já o quinto capítulo buscou descrever os hospitais psiquiátricos estudados nessa pesquisa, utilizando-se da revisão de literatura e trechos das entrevistas com servidores e ex servidores dessas instituições. Já o sexto capítulo apresentou a história da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte, descrevendo os modelos analíticos presentes, o papel da Psicologia nas políticas públicas e os quatro momentos políticos vivenciados pelo campo da saúde mental belorizontina.

O sétimo capítulo desvelou uma discussão sobre os resultados coletados nesta pesquisa, enfatizando o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais e os aspectos organizacionais, técnicos e estruturais presentes nos hospitais psiquiátricos públicos investigados. Por último, o oitavo capítulo realizou o fechamento deste trabalho através de uma breve reflexão, inspirado em todo o processo dissertativo vivenciado pela pesquisadora.

2. METODOLOGIA

Renato Janine Ribeiro (2003, p.127) afirma que “um pesquisador deve expor-se a seu objeto mais do que o faz” – ou seja, para além dos métodos e técnicas, é também necessário que haja o desejo de debruçar-se sobre um determinado trabalho. Logo, a realização de uma pesquisa inovadora e as descobertas de novos caminhos só podem ser efetuadas em uma via contrária à normatização e ao enquadramento do pesquisador, nunca aplicando de modo mecânico uma chave ao problema (RIBEIRO, 2003).

A compreensão do objeto científico advém então da ultrapassagem da exterioridade mecânica na relação temática-pesquisador, ou seja, aquele que estuda deve enxergar além dos limites mediados por uma bibliografia. A construção da questão teórica, em especial no campo das ciências humanas, exige que o investigador mergulhe a fundo em sua pesquisa, tendo em vista que “nada é apenas objeto, porque sempre, de alguma forma, tem a ver intimamente com o sujeito que o está estudando” (RIBEIRO, 2003, p.128-129).

Para além do pesquisador, a construção do objeto científico também deve levar em consideração o papel dos sujeitos envolvidos na temática escolhida e como eles se relacionam entre si. A busca pela compreensão de um campo de pesquisa necessita, sobretudo, do entendimento acerca da “estrutura das relações objetivas entre os agentes, que determina o que eles podem ou não podem fazer” (BOURDIEU, 2004, p.23).

Esses indivíduos e suas instituições estão inseridos em campos, obedecendo a leis sociais previamente definidas. E se “todo campo é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças” (BOURDIEU, 2004, p.22-23), fica claro que a pesquisa e o objeto científico devem ser elaborados conforme os processos históricos, considerando os múltiplos atravessamentos e as representações sociais atribuídas aos agentes envolvidos nessa realidade.

Ao utilizar como norteador as referências expostas, a presente dissertação buscou investigar os efeitos ocasionados pela Reforma Psiquiátrica nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte - Minas Gerais. Tendo em vista o amplo complexo conjuntural, optou-se por realizar um estudo de caso sobre os impactos ocorridos em locais previamente delimitados pela pesquisa.

Tal estratégia de investigação buscou contribuir para a compreensão dos fenômenos coletivos, sociais e políticos, sendo bastante utilizada no campo da Psicologia

(YIN, 2001). Decerto, o estudo de caso conta com a utilização de vastas técnicas, mas sobrepõem-se por apresentar (YIN, 2001, p.27):

observação direta e série sistemática de entrevistas (...) o poder diferenciador do estudo é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações - além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional.

Por conseguinte, este trabalho pôde ser classificado como qualitativo e exploratório, tendo em vista seu foco mais amplo e aberto devido a investigação de fenômenos e processos complexos, pouco sistematizados e suscetíveis a múltiplas interpretações (VASCONCELOS, 2002). Segundo González Rey (2002, p.50-51):

A pesquisa qualitativa não corresponde a uma definição instrumental, é epistemológica e teórica, e apoia-se em processos diferentes de construção de conhecimento, voltados para o estudo de um objeto distinto da pesquisa quantitativa tradicional em psicologia. A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e o contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam sua singularidade, que é expressão da riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo.

2.1 Participantes

A definição dos critérios de inclusão para a seleção dos servidores que participaram deste universo investigativo foi demarcada de acordo com a área profissional destes, pois ao objetivar o estudo sobre a Reforma Psiquiátrica entendeu-se que a escolha dos entrevistados deveria estar vinculada ao campo da saúde mental.

Foram entrevistados, ao total, dez sujeitos, sendo 02 (dois) deles antigos servidores de hospitais psiquiátricos públicos que vivenciaram as mudanças sócio-políticas entre o início da década de oitenta e o final dos anos noventa, 02 (dois) ex servidores que realizaram suas atividades até a segunda década dos anos dois mil e 06 (seis) atuais servidores de tais instituições, que iniciaram sua trajetória a partir do novo milênio.

Os participantes desta pesquisa foram encontrados a partir da utilização de amostragem em bola de neve: a priori, informantes-chaves auxiliaram na busca por pessoas que possuíam o perfil necessário para a feitura da presente pesquisa. Posteriormente, solicitou-se que “(...) as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal” (VINUTO, 2014, 203), levando a coleta de informações por meio de contatos potenciais.

A amostragem de bola de neve é utilizada principalmente para fins exploratórios, usualmente com três objetivos: desejo de melhor compreensão sobre um tema, testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo, e desenvolver os métodos a serem empregados em todos os estudos ou fases subsequentes (VINUTO, 2014, p.203).

Com relação a categorização profissional dos entrevistados, escolheu-se, mediante observações feitas pelo orientador desta dissertação, quatro áreas do conhecimento: Psicologia, Medicina, Enfermagem e Serviço Social. Entre os(as) antigos(as) trabalhadores(as) selecionados(as), entrevistou-se 02 (dois) psiquiatras, 01 (um/a) psicólogo(a) e 01 (um/a) enfermeiro(a) que não estão em atuação; quanto aos atuais servidores, entrevistou-se 02 (dois/duas) psicólogos(as), 03 (três) assistentes sociais e 01 (um/uma) enfermeiro(a).

De modo a elucidar melhor a categorização dos(as) entrevistados(as), delimitou-se, por meio de um quadro, os critérios pré demonstrados para a realização da entrevista, utilizando-se de pseudônimos para referi-los:

Quadro 1 – Os(as) participantes

NOME	PROFISSÃO	INSTITUIÇÃO	SERVIDOR ATUAL	EX SERVIDOR	TEMPO DE EXERCÍCIO
Chico	Assistente Social	Instituto Raul Soares	X		2023.1 – atualmente
Nara	Psicóloga	Instituto Raul Soares	X		2022.2 – atualmente
Maria	Assistente Social	Instituto Raul Soares	X		2022.1 – atualmente
Astrud	Assistente Social	Instituto Raul Soares	X		2022 – atualmente
Tom	Enfermeira	Instituto Raul Soares	X		2022.2 – atualmente
João	Psicólogo	Instituto Raul Soares	X		2011.1 – atualmente
Rita	Enfermeira	Instituto Raul Soares		X	33 anos de atuação
Elis	Psiquiatra	Instituto Raul Soares		X	2 anos de atuação
Caetano	Psiquiatra	Instituto Raul Soares e Hospital Galba Velloso		X	11 anos de atuação
Ângela	Psicóloga	Hospital Galba Velloso		X	6 anos de atuação

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Já no que concerne aos critérios de exclusão, não foram incluídos na pesquisa os(as) servidores(as) que não fazem parte das áreas de conhecimento supracitadas. Além disso, considerando a magnitude de toda a rede de saúde mental, priorizou-se por funcionários ou antigos funcionários de dois dos hospitais psiquiátricos públicos de toda a região belorizontina. As instituições psiquiátricas públicas sediadas em outras cidades

ou clínicas particulares da região metropolitana não estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos.

2.2 Instrumentos

Visando analisar a historicidade, resultados e mudanças ocasionadas por meio da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial brasileira e mineira, o presente projeto utilizou a revisão de literatura, trabalhando com artigos publicados em bases de dados como o Portal de Periódicos CAPES. Também foram utilizados como referências autores(as) renomados(as), como Paulo Amarante, Franco Basaglia, Michel Foucault, Izabel Friche Passos, Ana Marta Lobosque, Miriam Abou-yd e dentre outros. A escolha pela revisão bibliográfica deu-se pela utilização dessa abordagem em pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade e que necessitam de contextualização (VASCONCELOS, 2002).

Buscando atingir os outros objetivos específicos traçados, optou-se pela utilização da triangulação de métodos a partir da análise de documentos e feitura de entrevistas. Com relação a esta última metodologia, buscou-se compreender, por meio de entrevistas semiestruturadas, as estruturas hospitalares, modos de organização e procedimentos técnicos adotados por servidores e ex servidores da saúde mental belorizontina – de modo que foi possível tecer uma produção discursiva e coconstruída com a entrevistadora e os(as) entrevistados(as), pautada pela ética dialógica (ARAGAKI; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO, 2014).

É importante frisar que os processos de entrevistas mantiveram a liberdade de perguntar, transformar e construir sentidos para além do questionário pré-determinado, pois:

É fundamental notar que o roteiro não é uma “camisa de força”, algo que necessariamente deve ser seguido à risca, com frases prontas para serem repetidas e em uma determinada ordem. Ele simplesmente norteia o trabalho, tornando a entrevista semiestruturada um tanto flexível e dinâmica, permitindo inclusão de outras perguntas, seguindo o fluxo discursivo com base no jogo de posicionamentos e/ou de acordo com o que nosso/a interlocutor/a vai produzindo conosco. (ARAGAKI; LIMA; PEREIRA; NASCIMENTO; 2014, p.62)

Além disso, optou-se pela investigação documental enquanto um método de pesquisa e análise das políticas públicas de saúde mental belorizontinas, tendo em vista que se visou a constituição de um “*corpus* satisfatório” que esgotasse “todas as pistas capazes de lhe fornecer informações interessantes” (CELLARD, 2008, p.298).

A realização da investigação documental objetivou, sobretudo, entender quais discursos e práticas foram destinadas para a saúde mental. Assim, a pesquisa efetuou o levantamento de diversos documentos, objetivando a produção de novos conhecimentos e a compreensão de fenômenos sociais (MARTÍN ROJO, 2005; SPINK, 2004), “com intuito de descrevê-los e atentar para a forma como foram criados, guardados ou deixados ao longo do tempo” (ROCHA, SALERNO, 2018, p.87).

2.3 Procedimento de Coleta de Dados

Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, realizou-se a entrevista com os(as) servidores e antigos servidores do Hospital Galba Velloso e do Instituto Raul Soares entre abril a setembro de 2023. Inicialmente houve a apresentação dos objetivos da presente pesquisa e logo após a autorização dos(as) participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas passaram a ser gravadas por meio de dispositivo móvel, que mantêm-se sob domínio da pesquisadora.

Apesar de possuir perguntas previamente formuladas, permitiu-se que as narrativas caminhassem livremente, de acordo com a ideia atribuída a feitura das entrevistas semiestruturadas. O questionário serviu como balizador e norteador, mas o fluxo de conversação entre pesquisadora-entrevistados (as) contribuiu para que houvesse a circulação de novas informações. Sobretudo, tal processo inferiu de maneira positiva na coleta dos resultados, pois novas discussões passaram a ser incluídas na presente pesquisa.

Sobretudo, é imprescindível comentar sobre os elementos dificultadores para a feitura desta dissertação. Durante o primeiro ano do mestrado tinha-se como objetivo estudar os efeitos da Reforma Psiquiátrica *apenas* no Instituto Raul Soares. Contudo, seria necessária a permissão da FHEMIG (Federação de Hospitais do Estado de Minas Gerais) para que a pesquisa pudesse ser realizada, tendo em vista que a instituição pertence a federação.

Com submissão realizada em dezembro de 2022, a pesquisadora recebeu parecer negativo da Federação, contendo uma série de críticas, apontamentos e necessidade de reformulações para a execução do projeto. Em uma segunda tentativa, após a realização das modificações solicitadas, mais um parecer negativo veio à tona, dessa vez em fevereiro de 2023.

A fim de evitar uma terceira tentativa frustrada, a pesquisadora acordou, juntamente com o orientador desta dissertação, que o trabalho não iria ser mais realizado com foco no IRS, mas em toda a rede de hospitais psiquiátricos públicos da capital mineira. Essa ampliação do objeto de estudo foi uma estratégia para retirar de cena a resistente FHEMIG, pois com a não especificidade de *uma* instituição o projeto poderia ser executado somente com a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa. Com êxito no plano referido, iniciou-se tardiamente a busca por narrativas, a fim de buscar respostas para inúmeros questionamentos.

As entrevistas iniciaram-se com os(as) antigos(as) servidores(as) do IRS e HGV; tais participantes indicaram outros(as) ex funcionários, que também foram entrevistados. Tinha-se um número expressivo de relatos de entrevistados, mas todos(as) contavam suas perspectivas a partir de um olhar do passado, que não fazia referência aos atuais pontos positivos e negativos encontrados no campo hospitalar.

Encontrar servidores em atuação que tivessem interesse em participar desta pesquisa foi o maior dificultador para a sua realização. Apenas em julho de 2023, três meses após o início do processo de entrevistas, encontrou-se um funcionário do IRS que estava disposto a ser entrevistado. Assim como ocorreu com o primeiro grupo, o encontro com outros(as) participantes aconteceu via “bola de neve”.

Já no que tange a investigação documental, a coleta de dados iniciou-se a partir do entendimento conceitual sobre documentos. Dentre os diversos significados atribuídos a este termo, optou-se por privilegiar a abordagem defendida pela Escola dos Annales, que considera a documentação enquanto ‘tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou “fonte”’ (CELLARD, 2008, p.296). Assim, enfocou-se nos documentos escritos e públicos, como aqueles encontrados em arquivos públicos (registros governamentais a nível municipal, estadual e federal) e também os que não foram arquivados (como jornais, revistas, periódicos).

2.4 Procedimento de Análise de Dados

Após a transcrição de todas as entrevistas, realizou-se uma análise de dados conforme as técnicas da Análise Crítica do Discurso (ACD). Considerando que as práticas sociais inter-relacionadas constituem a ideia de uma ordem social, entende-se que o discurso dá sentido a uma ordenação social, de modo que “um aspecto dessa ordenação é a dominância: algumas maneiras de construir sentido são dominantes ou estão em voga

para certas ordens de discurso; outras são marginais, subversivas, alternativas” (FAIRCLOUGH, 2005, p.310).

Com relação a presente pesquisa, compreende-se enquanto “práticas sociais” os métodos e técnicas adotados nas instituições escolhidas; no que tange a “ordenação social”, trata-se do modo de organização presente no hospital psiquiátrico, considerando a existência de uma hierarquia que demarca o local dos profissionais e a posição ocupada pelos pacientes (FAIRCLOUGH, 2005). Sobretudo, o procedimento de análise de dados considerou o fato de que a ordem do discurso não é um sistema fechado ou rígido, mas sim suscetível as interações reais, o que acarretaria em uma diferença entre as falas dos ex servidores em comparação com as narrativas apresentadas pelos atuais servidores.

Oscilando entre a ênfase na estrutura – ou seja, nas mudanças apresentadas pela ordem do discurso – e a ênfase na ação – que gera um resultado a partir da interação entre os sujeitos –, a ACD buscou compreender as articulações que efetivaram mudanças inspiradas pela Reforma Psiquiátrica em hospitais psiquiátricos mineiros. Diante disso, foi utilizada a seguinte estrutura analítica para a efetuação da análise do discurso (FAIRCLOUGH, 2005, p.311):

Estágio 1. Dar ênfase em um problema social que tenha um aspecto semiótico.

Estágio 2. Identificar obstáculos para que esse problema seja resolvido, pela análise:

- a. Da rede de práticas no qual está inserido;
- b. Das relações de semiose com outros elementos dentro das práticas particulares em questão;
- c. Do discurso (a semiose em si):
 - i. Estrutura analítica: a ordem de discurso;
 - ii. Análise interacional;
 - iii. Análise interdiscursiva;
 - iv. Análise linguística e semiótica;

Estágio 3. Considerar se a ordem social (a rede de práticas) em algum sentido é um problema ou não;

Estágio 4. Identificar maneiras possíveis para superar os obstáculos;

Estágio 5. Refletir criticamente sobre a análise (1-4).

Enquanto ciência social crítica, a ACD encontra-se envolvida em debates que enfatizam determinadas características da vida social enquanto problema que deve ser enfrentado, de modo que seja possível buscar recursos para a sua resolução. Assim, a feitura de tal análise exigiu, no estágio 1, que uma pergunta fosse ser feita: o problema

aqui levantado é um problema para quem? De certo modo, tinha-se no imaginário uma ideia de quem seriam os protagonistas desses conflitos – usuários do sistema de saúde mental, seus familiares, movimentos antimanicomial, os(as) atuais e antigos(as) servidores(as) dos hospitais e da rede de saúde mental...Com a utilização da ACD apenas confirmou-se tal suposição.

Para o cumprimento do estágio 2, considerou-se que os obstáculos encontrados possuem relação direta com a estruturação social manifestada pela Psiquiatria, que consequentemente é sustentada por um discurso político dominante. Nesse sentido, entendeu-se que tal dominação acontecia/acontecem em massa através da linguagem.

No que tange ao estágio 3, buscou-se compreender se a ordem social em referência seria ou não um agravante para o problema referido no estágio 1; já no estágio 4 veio à tona o diagnóstico realizado no estágio 2, intuindo uma transformação da apreciação crítica negativa em uma apreciação positiva através do apontamento de contradições, deficiências, lacunas, diferenças ou resistências contidas no discurso. Por fim, durante o estágio 5, a análise originada a partir da ACD passou a ser objeto de reflexão, pois questionou-se sobre a sua eficácia para a resolução do problema de pesquisa e a contribuição social que adviria desta dissertação.

Com relação a investigação documental, a avaliação das documentações coletadas passou por cinco fases distintas (CELLARD, 2008). A primeira etapa objetivou entender o contexto em que os dados levantados estavam inseridos; foi a partir de tal análise que se tornou possível uma compreensão sobre as particularidades dos documentos em questão, já que enxergá-los a partir de uma ótica contemporânea produziria uma falsa interpretação desses dados.

A segunda fase foi marcada por uma investigação sobre os(as) autores(as) envolvidos(as) na construção dos documentos recolhidos. Tal processo possibilitou a avaliação da credibilidade dos textos, além de contribuir para “a interpretação que é dada de alguns fatos, a tomada de posição que transparece de uma descrição, as deformações que puderam sobrevir na reconstituição de um acontecimento” (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009, p.9).

Durante a 3ª etapa, analisou-se qual era a natureza dos textos analisados, bem como a confiabilidade e autenticidade apresentada por estes. Em seguida, a 4ª fase buscou uma explicação sobre o desenvolvimento argumentativo apresentado pelo documento, de modo que se delimitou os conceitos-chave e a lógica textual. Por último, a 5ª etapa finalizou a análise dos dados coletados com a produção e reelaboração dos significados

atribuídos àqueles documentos, o que auxiliou na compreensão dos fenômenos de novas maneiras.

É importante frisar que o movimento de análise documental realizada no quinto passo recorreu a metodologia de análise do conteúdo, que se caracteriza enquanto:

Conjunto de técnicas de investigação científicas utilizadas em ciências humanas, caracterizadas pela análise de dados linguísticos. (...) normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica. (APPOLINÁRIO, 2009, p.27).

Assim, através da análise do conteúdo, considerou-se que os textos analisados possuem sentidos e significados que em muito expõem o contexto político e social que estava em vigência quando tais documentos foram construídos. Dessa forma, a obtenção dos resultados coletados foi finalizada mediante uma interlocução entre os documentos investigados e o contexto em sua totalidade.

3. A PSIQUIATRIA E AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

3.1 Dos leprosários aos manicômios: o nascimento da Psiquiatria

Em a História da Loucura na Idade Clássica (1961/2019), Michel Foucault desenvolveu um estudo sobre o fenômeno da loucura, buscando elucidar o surgimento dos primeiros manicômios e as funções socioeconômicas que estes desempenhavam. Inicialmente denominados como “leprosários”, tais instituições visavam à construção de uma estrutura de exclusão que mantivesse uma distância sacramentada entre a população local e os sujeitos acometidos pela hanseníase, ao invés de buscar modos para a erradicação da doença.

Devido à modificação do sistema de produção, o poder absolutista visou ocultar a miséria por meio de uma estrutura de exclusão, que se mascarou enquanto uma instituição não-médica, de origem monárquica e burguesa, denominada como Hospital Geral (DESVIAT, 2015). Tal prática de enclausuramento estendeu-se para outros indivíduos, como mendigos, desempregados, presidiários e as “cabeças alienadas”.

Situadas no limiar da lei, tais instituições atuavam enquanto entidades administrativas da monarquia, com objetivo de recolher sujeitos em situações de vulnerabilidade e aniquilar qualquer forma de comportamento desviante que ultrapassasse a moral vigente. Entretanto, foi com o aparecimento de uma nova ordem social positivista, que preconizava uma economia pautada na livre circulação de pessoas e mercadorias, que o Estado monárquico foi obrigado a repensar sobre os limites impostos à liberdade e os modos de controles exercidos sobre uma determinada camada da sociedade (DESVIAT, 2015).

Com o novo modelo socioeconômico, o aparelho estatal encerrou a prática de enclausuramento, já que não havia amparo jurídico que a sustentasse; todavia, foi devido a esse momento que a Psiquiatria, enquanto uma especialidade médica, passou a justificar legalmente um novo processo destinado a reclusão dos alienados, definindo o isolamento como uma ação “terapêutica” indispensável. “Tratava-se de distrair a loucura, ocupando o espírito e o corpo, em lugares – os manicômios – nos quais os pacientes ficassem isolados” (DESVIAT, 2015, p.17).

Além disso, tal panorama contribuiu, conseqüentemente, para que a Psiquiatria passasse a exercer controle e disciplina sobre os comportamentos indesejados, inaceitáveis ou indignos, que contradiziam os paradigmas estabelecidos em relação à conduta moral burguesa; A prática, em conjunção com a estrutura manicomial, obstinava a estatização do comportamento a partir da imposição de valores de caráter rígidos, com

influência das ideologias construídas pelo Estado Autoritário (WOOD-BRIDGES DODD; FULFORD; 2013). Para Boltanski (1979, p.116):

Esses diferentes tipos de demanda social definem eles próprios as formas e categorias de apreensão do corpo de outrem: porque as taxinômias e categorias de percepção do corpo (...) se fundamentam na necessidade prática de dominar o corpo em situação, ou seja, muitas vezes (e principalmente na relação médico-paciente) de dominar a situação.

Sobretudo, a Psiquiatria atuava como um negócio social, político e econômico manifestado através da expropriação da subjetividade e do controle dos corpos, compreendendo o corpo enquanto uma máquina subordinada às necessidades estatais. Tal função intervencionista representou o processo de “coisificação do Estado” (GUDIN *apud* GURGEL, 2013, p.21), que não surgiu de modo puro, mas permeado por conflitos particulares que solidificaram sua aparelhagem administrativa.

De acordo com Garelli (1995), esse fenômeno foi construído a partir de configurações singulares que distribuíram o controle no campo externo e interno. Para o autor, tal domínio externo esteve associado às ações que utilizam de mecanismos coercitivos contra os indivíduos, como sanções ou punições; já com relação à área interna, esta se apresentava enquanto um conjunto de estratégias ideológico, manipulado para ordenar a inclusão (ou adestramento) do indivíduo na sociedade.

No caso do poder psiquiátrico manicomial é possível encontrar os dois modos de mediação: o controle externo, que ocorre por meio do domínio dos corpos, e o controle interno, que se dispõe sobre a classificação dos estados mentais com o auxílio da legitimidade social. E é com a estrutura do manicômio que a medicina psiquiátrica passou a desempenhar as duas funções, garantindo o eugenismo social através da internação e perpetuando a moralidade burguesa por meio de um tratamento moral transfigurado em métodos terapêuticos.

Desta forma, a Psiquiatria passou a estabelecer padrões de normatividade como uma forma geral de submissão, que se solidificou também por meio das instâncias físicas. O campo de possibilidades subjetivas foi reduzido e moldado para a estruturação desse movimento de produção, inventado no cerne dos modos de relações sociais burguesas (KARSENTI, 2020). Assim, a medicina psiquiátrica atuou como manancial de construção de discursos e estruturas, que atravessaram e excluíram esferas sociais com as (não tão) antigas práticas manicomiais.

3.2 Dos manicômios aos hospitais psiquiátricos: a Psiquiatria na contemporaneidade

A passagem do século XIX para o século XX foi marcada pelo aparecimento de um novo *modus operandi* social, que recodificou o eixo econômico e suas relações políticas a partir da predominância de uma lógica capitalista-industrial. Tal realidade passou a alterar os discursos, saberes, instituições e também a própria Psiquiatria – que de novas maneiras continuou exercendo uma espécie de controle sobre o sujeito.

Com a possibilidade de ordenar e classificar sintomas, a medicina psiquiátrica tornou-se responsável pela produção de novas identidades. O objeto de desejo do médico passou a ser a doença e sua identificação, e não mais a possibilidade de adaptar o indivíduo aos moldes sociais pré-estabelecidos. Segundo Clavreul (1978), o papel do psiquiatra passou a ser a busca por novas doenças, já que estas o constituem como profissional.

É válido ressaltar que tornar a doença um objeto de desejo permitiu, sobretudo, a reinvenção dos transtornos mentais (SILVA JUNIOR, 2016; ROSE, 2018), que encontrou amparo na (BEER, et al., 2021, p.132-133):

(...) extensão sem precedentes do campo [psiquiátrico]. Dos anos 1970 em diante vivemos uma crescente patologização da vida cotidiana, na qual os sujeitos cada vez mais passam a nomear a sua experiência psíquica balizados nas diretrizes diagnósticas dos grandes manuais psiquiátricos (...) Não há mais um conflito entre aspirações e desejos pessoais e os imperativos sociais normativos, mas sim uma sinergia entre esses vetores rumo a autorrealização, que faz coro a ordem econômica de produção.

Esse movimento de desarticulação dos sintomas e livre oferta de rotulações diagnósticas passou a sobrepor-se a real investigação da manifestação de fenômenos; dessa forma, o exercício da Psiquiatria, entre os séculos XX e XXI, tornou-se também uma resposta farmacológica às questões dos sujeitos contemporâneos. Quanto a isso, Baroni, Vargas e Caponi, de modo complementar, afirmam (2010, p.75):

(...) intervenções sobre modos de vida e corpos nunca são imparciais, havendo sempre um efeito não desejado provocado pelo diagnóstico pela palavra de alguém autorizado por um saber, pela introdução de um fármaco. Criam-se modos de vida, processos de subjetivação, experiências coletivas e sujeitos para habitar tais experiências.

Surgiu então o ideal biomédico, que caracteriza enquanto típico um corpo que está de acordo com as noções biológicas e encara sintomas particulares como verdadeiras anomalias que sinalizam atipias. É devido ao conceito de “saúde perfeita” (SFEZ, 1997), marcada pela ausência de doenças, que qualquer disfuncionalidade passa a rotular um sujeito como detentor de uma “saúde imperfeita”.

Tal ideal formalizou-se com a criação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), idealizado pela Associação Americana de Psiquiatria em 1953. Através de suas publicações, a nova Psiquiatria passou a produzir objetos culturais capazes de impactar e rotular as variadas formas contidas no *ethos*. Para Edward Shorter, “a série DSM é mais um documento cultural do que científico” (2013, p.17), no qual médicos e pacientes compreendem os sintomas de modo puramente nosológico e intencional.

Enquanto um produto que corresponde a interesses que estão além da Medicina, a rotulação dos sujeitos por meio das doenças psiquiátricas não ocorre em meio a um vazio sociológico, mas sim diante de (ZORZANELLI, 2014, p.62):

(...) uma série de outros vetores de ação, como os interesses das companhias farmacêuticas, o engajamento colaborativos dos médicos nas prescrições, o interesse dos pacientes em obter tais prescrições, os grupos de consumidores e advogados requerendo direitos, além da ampla difusão na mídia, em todas as suas formas de suporte, das novas doenças, criando campanhas de conscientização (*disease awareness*) que dissipam novas denominações para incômodos e sofrimentos ainda não referidas ao campo psiquiátrico (...) não foi a Psiquiatria que inventou a inflação diagnóstica, mas o conjunto de elementos sociomédicos que a configuram tal como tem sido delineada e os valores em jogo nas culturas que os adotam.

Para tanto, é importante ressaltar que as instituições psiquiátricas, como clínicas e hospitais, ainda hoje são grandes sustentadoras da Psiquiatria em meio ao discurso capitalista. De certa maneira modificou-se a sua função elementar – pois, a priori, não se busca mais a exclusão do indivíduo – mas a sua estruturação, suas regras e as relações de poder existentes no modelo hospitalocêntrico, que levam o afastamento de um sujeito do laço social via internação ou pela redução subjetiva.

Se os eixos sociais, políticos e culturais interferem na produção dos saberes psiquiátricos, a psiquiatrização dos fenômenos sociais e subjetivos, como a manutenção da lógica hospitalocêntrica, inferem no cuidado dos sujeitos em sofrimento. Mesmo com as transformações significativas ocorridas com o processo da Reforma Psiquiátrica, compreende-se que algo da velha lógica manicomial restou não só entre os muros hospitalares, mas também na própria visão que a Psiquiatria ainda tem sobre “as cabeças alienadas”.

4. “LIBERDADE, LIBERDADE PARA ENLOUQUECER, LIBERDADE PARA SE CUIDAR, LIBERDADE PARA SIMPLEMENTE SER LIVRE...”: A HISTÓRIA DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Embasado por revisões bibliográficas e entrevistas realizadas para a presente dissertação, este capítulo busca fazer um apanhado histórico do movimento antimanicomial brasileiro e mineiro, além de exibir um breve panorama sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. No que tange a luta contra os manicômios em Minas Gerais, fez-se um recorte temporal entre 1987 e 1995, momento crucial para a construção e consolidação do movimento antimanicomial enquanto movimento social. Destarte, eventos ocorridos após 1995 foram posteriormente expostos no capítulo seis, que se direcionou a pesquisa histórica e documental sobre as políticas públicas de saúde mental que levaram à Reforma Psiquiátrica mineira.

4.1 As primeiras experiências...

Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o hospital Dom Pedro II. Denominado como “palácio dos loucos”, a instituição era decorada com estátuas de mármore que representavam a corte brasileira e os principais alienistas do país, dispostas em uma suntuosa e bela estrutura com capacidade para receber até 350 enfermos (RIBEIRO, 2016). Sobretudo, a instituição não possuía um caráter essencialmente médico, mas desempenhava a manutenção da ordem urbana a partir da segregação de uma parte da população das cidades.

Após um ano de funcionamento o hospital já tinha todas as suas vagas preenchidas, necessitando da criação de novos leitos e espaços que fossem destinados aos sujeitos vistos como alienados (CARVALHO, 2001). Durante o século XIX, tais modelos institucionais se tornaram o único tipo de assistência ofertada pelo Estado em termos de cuidados (e/ou controle) ao doente mental, o que levou a sua formalização enquanto centro hospitalar.

Em contrapartida, o início do século XX foi marcado pelas primeiras experiências progressistas no campo da saúde mental brasileira. Nessa perspectiva, lembra-se de Ulysses Pernambucano de Mello Sobrinho (1892-1943), médico pernambucano que foi precursor na formação de novas ações em prol do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Ao ocupar o cargo de diretor do Hospital de Alienados de Tamarineira, Pernambucano realizou duas importantes ações: entre 1924 e 1926, em sua primeira gestão, determinou-se o fim dos calabouços e do uso da camisa de força; já no período entre 1931 a 1935, o médico ofertou melhorias materiais para o asilo, defendendo a internação apenas para pacientes agudos e aos alienados que estivessem no curso do cumprimento de pena (PERNAMBUCANO, 1932 *apud* BOARINI, 2020, p.27).

Além disso, Pernambucano passou a elencar a importância de outros serviços, como o ambulatório e o hospital aberto para “psicopatas”. Para o psiquiatra (PERNAMBUCANO, 1938 *apud* BOARINI, 2020, p.27), “tudo isso faz dos serviços chamados ‘abertos’ um precioso instrumento para o tratamento de psicopatas”, o que o levou a apoiar o desenvolvimento destes em detrimento dos “hospitais fechados”.

Já com relação ao auxílio destinado aos familiares dos doentes, Ulysses Pernambucano propunha o repasse de um pequeno valor monetário que custeasse a alimentação do paciente – afinal, segundo ele, este encaminhamento seria mais econômico que a internação no hospital, além de permitir o tratamento em liberdade e a possibilidade de reabilitação. De acordo com o médico (PERNAMBUCANO, 1938 *apud* BOARINI, 2020, p.28):

(...) até o fim do século passado a preocupação essencial do médico consistia em prescrever medicação adequada e completa. Hoje cumpre-lhe, ao demais, pensar socialmente, considerar o paciente em relação ao meio em que vive e sofre, tomar a decisão terapêutica e dar conselhos, sem perder de vista as reações que estes vão despertar no ambiente as possibilidades que poderão advir da sua orientação. A assistência aos doentes mentais não escapa a esses princípios gerais que procurei estabelecer.

Além de Pernambucano, uma personagem imprescindível de ser citada é a psiquiatra alagoana Nise da Silveira. Durante a década de quarenta, novas formas de “tratamento” psiquiátrico, como o eletrochoque e a lobotomia, encontravam-se em ascensão mesmo com a ratificação realizada pelo Código de Nuremberg em 1947. Diante disso, Nise da Silveira posicionava-se de maneira irredutível: a psiquiatra não apenas se negou a utilizar tais tratamentos no Hospital Dom Pedro II, como também investiu de modo ferrenho em terapias ocupacionais para os seus pacientes – posteriormente consolidadas através da criação dos ateliês do Centro Psiquiátrico Pedro II.

Ao utilizar a arte como principal instrumento de cuidado, Nise fundou, em 1956, a Casa das Palmeiras, que tinha como objetivo a superação das reinternações psiquiátricas por meio da oferta de um tratamento acolhedor e com portas abertas, em um formato distinto daquele encontrado nas instituições psiquiátricas (MELO, 2001; 2005). A

psiquiatra alagoana demonstrava através desses projetos que a loucura não deveria ser prendida, mas sim transformada vivida livremente e expressada por meio da arte.

Apesar dos processos desvelados por profissionais como Ulysses Pernambuco e Nise da Silveira, Resende (1987) atesta que, ao final da década de 1950, os hospícios no Brasil ainda se mantinham com superlotação, desamparados de condições físicas e técnicas para o atendimento da clientela que se compunha basicamente de indigentes. O Estado estaria alheio às vigentes necessidades de amparo ao campo da saúde mental, posicionando as instituições psiquiátricas como um instrumento político que possibilitava a segregação e a manutenção do controle social.

Denúncias a respeito da crise no setor da saúde mental brasileira foram nacionalmente expostas somente no fim da década de setenta, com a ascensão de movimentos sociais organizados por profissionais da área. O estopim para movimentações políticas deu-se devido a “Crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde que se responsabilizava pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental.

O colapso foi deflagrado a partir de queixas realizadas por três médicos bolsistas, que registraram no livro de ocorrências do plantão as irregularidades apresentadas no

Centro Psiquiátrico Pedro II. A exposição de tal situação recebeu amplo apoio de servidores de outras unidades, que passaram a se reunir e formar diversos grupos, dando início ao Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1998).

O MTSM firmou-se como um dispositivo de denúncia, que explanava os atos de violência aos pacientes psiquiátricos, a falta de recursos das unidades de saúde e suas precariedades nas condições de trabalho. De acordo com o Psiquiatra Paulo Amarante, percursor no movimento antimanicomial e na formação da Reforma Psiquiátrica no Brasil:

A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista – visto que a situação dos bolsistas é ilegal – aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (AMARANTE, 1998, p.52).

Tendo em vista uma crise política geral no setor da saúde, a ocorrência do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, tornou possível a união dos movimentos em saúde mental de todo o país. Críticas com relação a privatização da saúde, bem como a falta de investimento em políticas assistenciais, eram questões levantadas pelos participantes em documentos formais, em uma tentativa de demonstrar a dualidade

encontrada na saúde mental: havia uma Psiquiatria para o rico *versus* uma Psiquiatria para o pobre (AMARANTE, 1998).

Já a década de oitenta foi marcada pelo início da institucionalização do movimento sanitarista. Tal organização pretendia, de maneira tímida, continuar o processo de reformas e a circulação de contestações, mas “sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades” (AMARANTE, 1998, p.93).

Como modo de resposta a superficialidade apresentada pelo movimento sanitarista, trabalhadores da área da saúde mental e militantes do MTSM participaram, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), com o tema “A Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental”. Durante o evento, organizaram-se reuniões paralelas a fim de rever as estratégias adotadas, além de aprofundar as pautas da luta sanitária e fazer alianças, o que culminou na organização do II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, realizado naquele mesmo ano na cidade de Bauru – São Paulo.

A oficialização dos debates ocorridos no II Congresso deu-se por meio do Manifesto de Bauru, documento que objetivava guiar o cuidado em saúde mental no Brasil por meio de um novo horizonte. O evento ajudou a solidificar uma crítica ao modelo manicomial vigente, além de propor modificações nas diretrizes legais que norteavam a assistência psiquiátrica.

Com uma natureza notoriamente rebelde, a luta antimanicomial brasileira, que tinha como lema “por uma sociedade sem manicômios”, buscou evidenciar a ineficácia dos hospícios e a necessidade de substituição desses modos de assistência – contando com a participação ativa de profissionais da área, estudantes, militantes e dos próprios usuários do sistema de saúde. Sobretudo, tal movimento evidenciou que todo indivíduo, independentemente do seu papel, é um ser social capaz de fazer parte de uma manifestação comunitária.

Em meio a uma articulação coletiva, a luta antimanicomial buscou também se relacionar com o contexto sociopolítico e cultural através de ações grupais que visavam executar transformações no âmbito da saúde mental. Com “novas formas de pertencimento grupal (implicação emocional dos envolvidos), e a ampliação das redes de relações inter e intra grupos” (MACHADO, PRADO, 2009, p.1), as transformações

acarretadas por tal movimento contribuíram para o nascimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que até então poderia ser compreendida enquanto:

(...) um conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas ou tentadas a partir do final da década de 70, interessando ao modelo assistencial psiquiátrico público sua sustentação teórica e técnica e as relações discursivas que vêm se estabelecendo entre a Psiquiatria, demais disciplinas da saúde e do campo social e instituições e movimentos sociais (DELGADO, 1989, p.42).

Inicialmente inspirada na “Lei Basaglia” proclamada na Itália, o primeiro projeto de lei da Reforma Psiquiátrica transitou por cerca de doze anos no Congresso Nacional. Eixos privatizantes presentes no cenário político, bem como esferas que se beneficiavam do sistema manicomial, impediam sua promulgação, tendo em vista que a proposta original (denominado como “Lei Paulo Delgado”) tinha como meta:

A extinção progressiva dos manicômios, proibindo em seu artigo 1º a construção, a contratação ou o financiamento de hospitais psiquiátricos em todo o território nacional. A lei n. 10.216/2001, por sua vez, embora tenha se tornado relevante subsídio normativo para o avançar das práticas desinstitucionalizantes que viriam logo em seguida, reduziu o projeto de lei à mera disposição sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais” (ALMEIDA, BORGES, 2021, p.26).

Com modificações ocorridas no corpo da publicação, e apesar da ampla oposição apresentada por empresas privadas do eixo psiquiátrico, a promulgação da lei 10.216/2001 – a lei da Reforma Psiquiátrica – ocorreu e representou um avanço para o cuidado em saúde mental no Brasil, pois solidificou direitos e deveres no arcabouço jurídico-normativo em nível federal.

É importante destacar que anteriormente as legislações estados brasileiros efetuaram modificações em seus sistemas de saúde a nível local; contudo, foi apenas com a lei da Reforma Psiquiátrica que o Brasil pôde contar com uma reestruturação nacional em seu sistema de saúde mental.

A sua promulgação visou garantir tratamento humanizado ao usuário que buscava atendimentos voltados à saúde mental no Sistema único de Saúde (SUS). Com a utilização de uma prática pautada na reinserção social, a legislação vigente buscava ofertar métodos terapêuticos menos invasivos, cogitando a possibilidade de internação psiquiátrica apenas quando os recursos extra-hospitalares não fossem o suficiente.

À vista disso, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integrada ao Sistema Único de Saúde a partir de 2011, surgiu com o intuito de fortalecer ainda mais o tratamento em saúde mental, contribuindo com a implantação de novos serviços substitutivos e equipamentos, como: “o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os

Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral” (BRASIL, 2011).

De maneira descritiva, Paulo Amarante (2007) definiu a Reforma Psiquiátrica brasileira enquanto um processo intrincado, que abrange quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-político e sociocultural. De acordo com Melo (2012, p.203):

A dimensão teórico-conceitual diz respeito à construção de um novo paradigma no campo das ciências sociais, no que diz respeito ao olhar direcionado ao sujeito em sofrimento psíquico, que significa uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, a fim de construir um novo norte, que compreenda a saúde como um processo (saúde-doença).

Desta forma, a construção de um novo horizonte teórico-conceitual seria advinda, sobretudo, de uma ruptura epistemológica que permitiria o descortinar de um complexo campo de dimensões do real. Foi a partir desse processo de produção de novas ideias sobre a o sistema manicomial passou a repensado.

No que tange a dimensão técnico assistencial, Melo (2012) afirma que ela se encontra ligada à dimensão técnico-conceitual, que busca a elaboração de novos serviços substitutos ao manicômio. Já a dimensão jurídico-política, segundo Yasui (2006), poderia ser compreendida como uma série de mudanças legislativas, localizadas no campo sanitário, cível e penal. Trata-se, portanto, da implicação social inferida na realidade de diversos sujeitos, sejam eles usuários do sistema de saúde, seus familiares ou trabalhadores da área.

Por fim, tem-se a dimensão sociocultural, que se encontra intimamente ligada as intervenções de cunho cultural, buscando descrever o histórico do campo da saúde mental brasileira e suas instituições. Sobretudo, seu objetivo é o de “trabalhar socialmente o estigma produzido ao longo dos séculos em torno da loucura, além de defender as possibilidades de tratamento e cuidado, para além dos espaços manicomiais” (MELO, 2012, p.206).

Desta maneira, a Reforma Psiquiátrica e seus movimentos políticos originários configuram-se não tão somente como processos que visam desestruturar a cultura manicomial e a lógica hospitalocêntrica, mas que também buscam um novo modo de enxergar o sujeito marginalizado, reinventando as práticas médicas, psiquiátricas, assistenciais, legislativas e a também o olhar da própria sociedade sobre a loucura (BEZERRA, 2007).

4.2 “Em Minas, é no interior da instituição psiquiátrica que se instaura a contestação à situação vigente¹”: o nascimento do movimento antimanicomial em Minas Gerais (1903-1987)

Situada na mesorregião dos Campos das Vertentes de Minas Gerais, Barbacena sediou uma grande crise sanitária durante o século XX. Denominada como “cidade dos loucos” (DUARTE, PASSOS, 2009, p.130), a saúde mental barbacenense foi marcada por uma forte cultura manicomial iniciada a partir do surgimento da Assistência aos Alienados em 1903, que futuramente ficou conhecido como Hospital Colônia (HCB), e atualmente é o setor B do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena.

A decadência apresentada na instituição barbacenense, bem como sua superlotação, eram características marcantes. De acordo com Duarte e Passos (2009), estima-se que o asilo mineiro chegou a abrigar cerca de 428 pacientes em 1919 e 627 internos no ano posterior. Sua função seria a de “uma verdadeira prática do enclausuramento” (DUARTE, PASSOS, 2009, p.111) dos indivíduos socialmente indesejados, que passavam a ter uma “condenação irreversível” (DUARTE, PASSOS, 2009, p.112).

As práticas terapêuticas utilizadas no manicômio de Barbacena entre a década de trinta a quarenta aproximavam-se de métodos punitivos, não possuindo função terapêutica ou humanizada. Ainda de acordo com Duarte e Passos, tais metodologias eram divididas em:

(...) sintomático, curativo, cirúrgico e laborterapêuticos (ou ergoterápicos). Tinham sempre uma consequência extremamente agressiva para os pacientes. Os dois primeiros tipos englobavam o isolamento em celas, camisas-de-força ou *manchón* (peça feita de lona nas quais se enfiavam os braços do insano, amarrando-os para trás), aparelhos eletroestáticos, eletrochoque, balneoterapia, duchas escocesas, clinoterapia e uso de sedativos. A terapia cirúrgica, lobotomia, consistia numa técnica de coleta do líquido céfalo-raquiano através de pusividade do paciente deixando-o totalmente imbecilizado. A laborterapia, ou ergoterapia, como também conhecida, inspirava-se na terapêutica do trabalho; esta era considerada a melhor terapia para a loucura segundo os diretores do Asilo Colônia (DUARTE, PASSOS, 2009, p.112-113).

Sobretudo, é importante frisar que os 270 leitos do Colônia não conseguiam sustentar as demandas por internações psiquiátricas, tendo em vista que estas vinham de diversos municípios mineiros. Segundo o médico psiquiatra e ex diretor do HCB, Dr. José Teobaldo Tollendal, em entrevista para Maristela Nascimento Duarte e Izabel Christina Friche Passos (2009, p.111):

¹ LOBOSQUE, 1997, p.53.

Em vista de ter aqui esse hospital, o que aconteceu? Os munícios Belo Horizonte, Lafaiete, os municípios mais próximos, quando tinham casos estranhos de agressões à sociedade, ou mesmo crimes (...) “Ah, isso assim, assim: Barbacena”. “Ah, o embriagado no meio da rua: Barbacena”. “O miserável que não tem onde morar: Barbacena”. E aqui virou aquele pandemônio, nós chegamos [a] ter aqui mais de 3000 doentes internados, uma meia dúzia de médicos, sendo que psiquiatra praticamente, com formação psiquiátrica um ou dois. (Entrevista de pesquisa)

De acordo Daniela Arbex (2013), em seu livro-reportagem “Holocausto Brasileiro”, cerca de 70% dos internos não possuíam diagnóstico de doença mental, sendo grande parte dos pacientes:

Epilépticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p.14).

Aos internos do Colônia restavam as noites frias no pátio do manicômio, a fome intensa, os choques que forçadamente pairavam em suas têmporas, as doenças adquiridas no próprio hospício (...) não havia a devida supervisão daqueles sujeitos, o que os levava a comer ratos e alternar entre urina e esgoto quando sentiam sede (ARBEX, 2019).

Além disso, o falecimento de internos no Colônia era sinal de lucro. Segundo Arbex (2019), entre os anos de 1969 a 1980, 1.853 corpos de internos do manicômio foram vendidos a dezessete faculdades de medicina do estado de Minas Gerais. E, devido ao excesso de cadáveres encontrados na instituição, outros corpos passaram a ser decompostos em ácido no pátio do Colônia, para que ao fim do processo as ossadas também pudessem ser comercializadas. De acordo com Lobo (2006), supõe-se que houve cerca de 60 mil mortes durante toda a história do asilo.

Entretanto, é importante pontuar que a cultura manicomial não se fixou apenas em Barbacena. Em meio a uma crise sanitária, Belo Horizonte também vivenciou uma proliferação das instituições psiquiátricas particulares conveniadas pelo então Inamps (Instituto Nacional de Previdência Social). Já com relação a rede pública, o estado contava com mais dois hospitais: o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Velloso. Com relação a esses dois últimos, um dos entrevistados (e ex servidor de ambos os hospitais) afirma:

Eu trabalhei no Raul, trabalhei no Galba, dois hospitais psiquiátricos públicos, e deles eu entendo muito bem, deles eu sei muito, muito, muito. Trabalhei lá dentro achando, na época, que, se eu ou se um grupo humanizássemos aquele espaço a gente conseguia fazer uma assistência melhor. Ledo engano, óbvio. Ledo engano (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

Relatos sobre os maus tratos aos internos de todos os hospitais psiquiátricos públicos de Minas Gerais passaram a circular para fora dos muros hospitalares através da mídia mineira, com contribuição fundamental do já citado jornalista, Hiram Firmino. “A imprensa de Belo Horizonte registrou tudo, a população acompanhou e o mais importante: manifestou-se também” (FIRMINO, 1982, p.11).

Em *Via Crucis de Maria* Firmino retratou a estória de uma professora tida como esquizofrênica, evidenciando os maus tratos sofridos por ela em diversas instituições psiquiátricas. Foram dois meses ininterruptos de denúncias por meio de reportagens publicadas no Estado de Minas Gerais, que incitaram movimentações e mudanças (FIRMINO, 1982).

O jornalista discorreu sobre a participação essencial da mídia para o processo de reforma do exercício psiquiátrico em Minas Gerais, já que foi através do Jornalismo que:

Os “podres” dos hospitais psiquiátricos públicos passaram a sair para fora (...) revelações estarrecedoras, até então do conhecimento privado dos médicos e das instituições, caíram de uma só vez no conhecimento público. E mais: Franco Basaglia, o psiquiatra italiano que havia feito uma revolução no hospital psiquiátrico que dirigia, em Gorizia, e passara a ser o mentor de um movimento mundial pró-humanização dos hospícios, ainda veio a Belo Horizonte, nesta época, para engrossar o movimento (FIRMINO, 1982, p.11).

Outro evento marcante para o movimento antimanicomial e reformista mineiro deu-se com a vinda do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), sendo este o evento que inspirou por os primeiros movimentos de trabalhadores da saúde mental de Minas Gerais. Ocorrido na cidade de Belo Horizonte e patrocinado pela Associação Mineira de Psiquiatria, (AMARANTE, 1998), o Congresso incitou um forte debate sobre a importância da reestruturação na assistência psiquiátrica oferecida pela FHEMIG. Segundo Arbex:

Pressionada, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que passou a gerir a totalidade dos hospitais públicos do estado em 1977, período em que as antigas fundações de assistência de saúde do Estado se fundiram, aprovou em 1980, o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que acolheu as teses do III Congresso Mineiro de Psiquiatria. As mudanças foram sentidas no Instituto Raul Soares e posteriormente se estenderam ao Hospital Galba Veloso, Centro Psicopedagógico (ex-hospital de Neuropsiquiatria infantil) e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (ex-hospital Colônia de Barbacena). Os porões da loucura, finalmente começaram a ser abertos (ARBEX, 2013, p. 209-210).

Lobosque (1997) afirma que, após a ocorrência do encontro supracitado, os primeiros anos da década de oitenta foram marcados por uma tentativa de implantação de um novo projeto no campo da saúde mental mineiro. Em tese, tornou-se proibido transferir pacientes crônicos à Barbacena; além disso, buscou-se tornar mais rigorosos os

critérios de internação no Instituto Raul Soares através da implantação de equipes multidisciplinares nas enfermarias. Nesse período, “estabelece-se um diálogo mínimo com as diferentes regiões do Estado; florescem atividades criativas (...) os pacientes recebem, sem dúvida, um tratamento mais humanizado” (LOBOSQUE, 1997, p. 49).

Posteriormente, foi com a colaboração de um pequeno conjunto de profissionais que tais práticas também conseguiram ganhar voz dentro do Hospital Galba Velloso. A direção implantou o Projeto Grupo Operativo, a fim de melhorar o acompanhamento dos pacientes; foi criado o jornal Fala Galba, de vasta circulação entre os profissionais de saúde mental da cidade; houve a promoção de seminários e debates, além da fixação de equipes multidisciplinares nas enfermarias (LOBOSQUE, 1997). Sobretudo:

(...) profissionais não-médicos passaram a conduzir de fato os tratamentos, decidindo quanto à internação, alta, e demais intervenções necessárias ao longo da cura; o lugar da medicação é redimensionado, integrando-se ao tratamento, sem mais constituir seu único eixo. A psicanálise, nesse momento, afirma-se como importante referência no âmbito da clínica (LOBOSQUE, 1997, p.50).

É importante evidenciar que tais modificações ocorreram em meio a redemocratização do Estado brasileiro. Com a participação da sociedade civil ampliada, o cenário apresentado em Minas Gerais durante o governo democrático de Tancredo Neves (1983-1984) possibilitou a participação de militantes na tomada de decisões políticas, seja a nível municipal ou estadual.

De acordo com Duarte (2016, p.193), o panorama supracitado permitiu que os trabalhadores mineiros envolvidos com o processo reformista “propusessem e implementassem ações no campo da saúde mental, fazendo com que diversas mudanças ocorressem nesta política”. A exemplo disso, pode-se citar, além do processo de tentativas de humanização nos hospitais psiquiátricos, o Programa de Ações de Saúde mental, responsável pela construção de ambulatórios em Belo Horizonte e regiões metropolitanas. Tais serviços, compostos por uma equipe multidisciplinar, objetivavam principalmente:

(...) evitar que o paciente psiquiátrico chegasse à internação hospitalar. No caso daquele paciente que não fosse possível evitar sua internação, o papel da equipe se concentrava em assisti-lo fora dos domínios do hospital, quando de sua alta hospitalar. Desse modo, o Programa de Ações de Saúde Mental desenvolvido com a implantação dos serviços ambulatoriais em algumas cidades mineiras teve uma importância capital para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado (DUARTE, 2016, p.193).

Contudo, apesar das modificações ocorridas, o governador posteriormente eleito, Newton Cardoso (1987-1991), pôs fim em tais progressos ao instituir setores retrógrados da Psiquiatria para gerir a assistência psiquiátrica pública de Minas Gerais. Tal período apresentou-se como “maior obstáculo para avanços da saúde pública no

Estado de Minas Gerais. Com isso, esse setor passou a sofrer uma variação radical, em comparação ao período Tancredo/Hélio e até aos governos da ditadura” (PEREIRA, 2004, p. 287).

Demissões em massa, proibição de trabalhos em equipe no HGV (que desfez a autonomia de qualquer profissional não-médico que compusesse a instituição), desautorização das reuniões de funcionários do IRS sem a permissão do diretor e dentre outras medidas foram responsáveis por imobilizar o movimento de trabalhadores da saúde mental. Somado a isso, o Programa de Saúde Mental não obteve o sucesso esperado. “Desse modo, a tentativa de humanizar o hospício só chegou até onde a forte cultura manicomial dominante à época permitiu” (DUARTE, 2016, p.195).

4.3 A consolidação do movimento antimanicomial em Minas Gerais (1987-1995)

Após ocorrência do Congresso de Bauru em 1987, os trabalhadores da saúde mental de Belo Horizonte passaram a buscar modos de politizar e tornar orgânico o grupo do movimento antimanicomial mineiro, de maneira que possibilitasse uma reação objetiva ao governo reacionário vigente. Por não possuir apoio direto de alguma entidade e/ou instituição, o processo de ocupação de tal vazio político deu-se por meio da Associação Mineira de Psiquiatria (AMP) (LOBOSQUE, 1997, p.51).

Com a vitória de um grupo de psiquiatras na eleição da AMP em 1987, a Associação Mineira de Psiquiatria passou a desempenhar um papel importante que rendeu boas modificações. Foram promovidas novas produções teóricas no âmbito da clínica, além de uma tentativa de rompimento com a Psiquiatria tradicional.

A Associação também foi responsável pela realização de eventos, como o seminário Psicoses Entre Nós (1989) e o VI Congresso Mineiro de Psiquiatria, dando início a uma nova etapa do movimento antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais. Sobretudo, a AMP também anunciou publicamente seu apoio ao Projeto de Lei proposto pelo deputado mineiro Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores) em 1989, que enfatizava a necessidade de substituição dos manicômios por meio da implantação dos serviços substitutivos.

Outra experiência marcante ocorrida no início dos anos noventa foi a ida de trabalhadores mineiros à Santos, em 1991. A cidade paulista foi pioneira no processo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a inauguração do primeiro serviço substitutivo brasileiro em 1987, além da intervenção feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico local (MS, 2005).

Quanto a esse período, Caetano, ex psiquiatra do HGV e do IRS, conta um pouco sobre as experiências vivenciadas por ele e por outros servidores mineiros antes e após a viagem para Santos:

Então, a gente que trabalhava na FHEMIG, em 1991, 1992, a gente foi conhecer a experiência de Santos, nós organizamos dois ou três ônibus (...) Santos começa em 1989, em 1989 o hospital Anchieta tem intervenção do Anchieta, e aí é história. A boa história. Então nessa época a gente já tinha ido à Santos e ficávamos esperando ansiosamente ganhar uma eleição para que a gente pudesse tentar construir uma política pública (...) E antes de ir pra Santos nós fizemos uma vistoria, o estado de Minas Gerais pagava uma fortuna para os 36 hospitais psiquiátricos trancafiarem mais de 8 mil pessoas nos seus espaços, isso em 1990, mais ou menos. Nós fomos vistoriar os 36 espaços psiquiátricos, e o que a gente viu foi uma coisa horrível. Então nós ficamos aquela esperança de poder reverter o que a gente tinha visto.

De acordo com Caetano, até então Minas Gerais não tinha um movimento antimanicomial formalmente consolidado, mas sim uma mobilização feita por trabalhadores da área. Foi apenas por meio da vitória da chapa “Frente Ampla BH” para a Coordenação de Saúde Mental de Belo Horizonte (dirigida por Caetano entre os anos de 1993-1998 e 2003-2012) que a luta passou a ser um movimento social e as primeiras políticas públicas direcionadas à saúde mental foram a ser alicerçadas.

É importante salientar que nesse período apenas dois grupos compunham o coletivo antimanicomial mineiro: de um lado, tinham-se os psiquiatras da AMP; do outro, usuários e servidores não-médicos da saúde mental, com origens e percursos distintos do primeiro grupo. A congregação oficial se consolidou no I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial, em 1993.

(...) a delegação mineira era pela primeira vez paritária em sua composição: usuários e técnicos comparecem em número igual, e idêntico peso. Minas assumiu, eleita pela plenária de encerramento do Encontro, a Secretaria Executiva do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; e essa responsabilidade foi então partilhada com os usuários, que passam a assumir, também eles, uma função de liderança. Assim, um movimento que por várias vezes sofreu as tentações do tecnicismo e os riscos do isolamento, vem consolidar sua verdadeira vocação de um movimento social (LOBOSQUE, 1997, p.56).

Mais do que a união entre médicos e não-médicos, o I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial possibilitou o surgimento do Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM). Ocupando a secretaria do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial juntamente com a ASSUSAM (Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental), o coletivo caracterizou-se – e permanece caracterizando-se – como “um laboratório no qual se criam projetos, ações, estratégias e intervenções que dão corpo à utopia antimanicomial” (CASTRO, 2008, p. 222):

Em 1994, adquire existência jurídica o Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM), agregando técnicos e usuários; estes, por sua vez, fundam sua própria entidade, a Associação dos Usuários de Saúde Mental de Minas Gerais (ASSUSAM). Cria-se um boletim informativo de circulação nacional, o *Circuladô*. Minas responde pela secretaria nacional do Movimento até o final de 1995, quando realiza em Belo Horizonte o grande evento representado pelo II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (LOBOSQUE, 1997, p.57).

De acordo com Duarte (2016), três fatores foram responsáveis para a criação do FMSM: em primeiro lugar, os atores do movimento antimanicomial mineiro perceberam a necessidade de discutir e questionar sobre a política de saúde mental de Minas Gerais a partir do contexto estadual, pois até então os debates e ideias baseavam-se nos preceitos do movimento nacional pela Reforma Psiquiátrica

O segundo fator contribuinte para a criação do Fórum Mineiro foi a conjuntura democrática vivenciada pelo estado de Minas Gerais, que passou por um fortalecimento dos municípios com a descentralização administrativa e fiscal. Diante disso, houve o surgimento tímido das primeiras iniciativas substitutivas a nível de serviços em saúde mental, o que colaborou para o surgimento e fortalecimento do FMSM.

A disseminação das práticas antimanicomiais pelas cidades de Minas Gerais, juntamente com o progresso das diversas ações em saúde mental, favoráveis à Reforma Psiquiátrica e encabeçadas pela gestão estadual democrática, configuraram-se em elementos que reverberaram positivamente sobre o então movimento mineiro de trabalhadores da saúde mental. Isso favoreceu a consolidação do movimento, caracterizando-o como combativo, possuidor de agenda política própria, detentor de autonomia em relação ao Estado, enfim capaz de fazer proposições e de influenciar a formulação da política pública de saúde mental local, bem como exercer o controle social sobre a mesma (DUARTE, 2016, p.213).

O terceiro fator decisivo para o afloramento do FMSM foi a inserção dos usuários do sistema de saúde mental no *front* da luta antimanicomial. O movimento buscou retirar este sujeito da posição de espectador ao colocá-lo como um ator político responsável pela ocorrência de mudanças políticas:

E isso fez com que o movimento mineiro seguisse, mais uma vez a tendência nacional e rompesse com um tecnicismo e com um isolamento interno, possibilitando o diálogo com outros atores sociais, sobretudo aqueles mais interessados na causa da saúde mental: os seus usuários (DUARTE, 2016, p.213).

Levando em consideração que o surgimento dos movimentos sociais depende da conjunção e alinhamento de diversos aspectos (GOHN, 2004), nota-se que não só a formação do FMSM, mas toda a consolidação da luta antimanicomial mineira adveio de uma junção de fatores que possibilitaram a articulação de estratégias e o encontro entre diversos atores. Sobretudo, buscou-se produzir novos significados sobre o louco, a

loucura, doença e tratamento, sendo estas marcas determinantes para a travessia reformista.

Entretanto, em consonância com o pensamento apresentado por Moreira (2013), acredita-se que a materialização das ideias promovidas pelo movimento antimanicomial só poderia advir da criação de políticas públicas e práticas institucionais, que ocorreram em massa entre o decênio 1990-1999 e nas duas décadas dos anos dois mil. O aparecimento, consolidação e expansão da luta contra os manicômios foram eventos significativos para a história mineira, entretanto a loucura ainda precisava de mais.

5. “PORTAS FECHADAS, PAREDES ALTAS, ARAME FARPADO, FOSSOS, ÁGUAS, FLORESTAS OU PÂNTANOS”²: DE QUAIS LUGARES ESTAMOS FALANDO?

5.1 Uma descrição sobre os hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte

Esta seção buscou vislumbrar, através de revisão bibliográfica e trechos retirados de entrevistas realizadas para a presente dissertação, uma breve descrição ao leitor sobre os locais de pesquisa, incluindo seus antecedentes históricos e informações atualizadas. Para a realização da pesquisa foram selecionadas as duas instituições psiquiátricas públicas da grande BH: o antigo Hospital Galba Velloso (HGV), desativado em março de 2020, e o Instituto Raul Soares (IRS), hospital pertencente a FHEMIG e sede dos programas de residência médica em Psiquiatria e multiprofissional.

Com amparo do Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), os(as) entrevistados(as) citados(as) não foram e nem serão identificados, valendo-se apenas de nomes fictícios, profissão e instituição de referência como modo de apresentação. Dentre eles tem-se João, Maria, Astrud, Nara, Tom, Chico (servidores em atuação no IRS); e Ângela, Caetano, Elis, Rita (ex servidores do HGV e do IRS).

5.1.1 “Zero! Zero! Nota zero vezes zero para tudo isso aqui”³: a história do Hospital Galba Velloso

Inaugurado em 1961 e com atividades iniciadas apenas no ano seguinte, o Hospital Galba Velloso ocupou uma posição significativa para o ensino psiquiátrico devido uma aproximação com a Psicanálise e o exercício de práticas inspiradas nas comunidades terapêuticas inglesas. Sob o comando de Jorge Paprocki, o Galba sediou, de 1968 a 1971, a primeira residência em Psiquiatria do estado, que culminou na sua integração à Federação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) (GOULART, DURÃES, 2010).

Construído para ser um hospital que comportasse 800 pessoas, o HGV possuía duas alas masculinas e três alas femininas, aderindo ao regime de *open doors*⁴ exceto para

² GOFFMAN, 1961/2015, p.16.

³ FIRMINO, 1982, p.18.

⁴ De acordo com Portocarrero (2002), o regime de *open doors* é baseado no princípio da máxima liberdade possível ao interno de uma instituição psiquiátrica, opondo-se ao isolamento na medida em que acredita que este é incapaz de auxiliar na recuperação do paciente.

os pacientes de longa permanência – pois “era assim e precisava ser assim...porque não era um ambiente controlado...o Galba é um espaço físico enorme” (Ângela, ex psicóloga, entrevista de pesquisa).

É importante ressaltar que extinção do método *open doors* ocorreu posteriormente devido aos suicídios ocorridos dentro do próprio hospital – segundo Ângela, “isso não era algo atípico, mas também não era comum”. Além disso, a entrevistada pontuou também acidentes com os internos (“o Galba era do lado de uma linha de trem (...) por vezes os pacientes saíam pulando em direção a linha do trem”) e tentativas de fugas como motivações para o fim do *open doors* no hospital.

Apesar da magnitude física, o HGV não conseguiu suportar a demanda do estado na década de setenta: devido a divisão de atendimentos com o Inamps, o Galba passou a atuar como um centro de triagem para os pacientes de diversos municípios, objetivando apenas a distribuição destes entre as clínicas particulares da capital (LOBOSQUE, 1997).

Em uma tentativa de acolhimento dos casos que chegavam ao HGV, criou-se em 1972 o Posto de Urgência Psiquiátrica (PUP), que passou a servir como porta de entrada para o hospital. Com uma média de noventa pacientes em doze horas de plantão, apenas três médicos psiquiatras eram responsáveis por atender as pessoas vindas dos 722 municípios mineiros (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa); além disso, a lógica da triagem-encaminhamento às clínicas privadas ainda permanecia, o que demonstrou que o PUP contribuiu em muito pouco no movimento de desospitalização (FERRARI, 2010).

Em números, o HGV apresentava uma média geral de 35 pacientes para cada médico – variando entre 60 a 70% o número de reinternações apenas dos pacientes que não possuíam convênio com o Inamps. Só em setenta e duas horas, durante o período-padrão de permanência compulsória no hospital, o HGV chegou a registrar 675 novas internações, 1435 reinternações e 1311 remoções (FIRMINO, 1982), “o que prova a ineficácia do tratamento. Eles [os pacientes] não se curam. Ou voltam para a instituição, ou ficam fazendo uma *via crucis* rentável nas clínicas particulares” (FIRMINO, 1982, p.26).

Em “Porões da loucura”, Hiram Firmino, ex jornalista do Estado de Minas Gerais, foi responsável pela divulgação de denúncias contra os hospitais psiquiátricos públicos da cidade. Em trechos das entrevistas realizadas para a série de reportagens divulgadas no Estado de Minas entre 10 de junho a 15 agosto de 1979, ex pacientes do HGV apontaram déficits institucionais, além da ausência de cuidados médicos e a alta

reincidência. “O médico de plantão não aparece aqui. Quando vem, não conversa com ninguém. Ele diz que não conversa com gente doida”; “Assistência social não resolve nosso problema social”; “Aqui, tirando os atendentes, que são legais, porque vivem o que nós vivemos, todo mundo é mau. Não tem ninguém pra conversar com a gente” (FIRMINO, 1982, p.18-19):

(...) Abner José Pereira Filho, 22 anos, sintecador, falou da sua 47ª internação ali: “eu mesmo me interno aqui, todas as vezes, pra curtir a cachaça. Só que eles não me desintoxicam. Não me dão soro. Só remédio de louco: Diempax, Diazepan e Neozine. Em jejum.

O Galba Velloso era situado entre muros cinzas de até cinco metros de altura: “Nenhuma área verde no interior, nenhuma sombra, um banco para se assentar (...) Enfermarias escuras e fétidas. Homens e mulheres transmutando seus problemas, piorando da doença” (FIRMINO, 1982, p.15). Entre a década de sessenta ao final dos anos setenta, a realidade do HGV apresentava-se como reflexo de uma política assistencial pífia, que lentamente modificou-se nas décadas seguintes.

A fim de dar continuidade ao processo descritivo do HGV, o próximo tópico buscou analisar a estrutura, organização e procedimentos técnicos adotados pelo hospital a partir da experiência de Ângela, ex psicóloga do HGV e atual psicóloga clínica. As informações coletadas dizem respeito a eventos ocorridos entre 1999-2000 e 2009-2014, período de atuação da entrevistada de referência.

5.1.2 *O Galba Velloso após a Reforma Psiquiátrica*

Como foi exposto nos capítulos seguintes, a partir da década de oitenta a cidade de Belo Horizonte foi palco das primeiras experiências reformistas no campo da Psiquiatria. Contando com a volta da democracia brasileira, a circulação de saberes críticos e os movimentos dos trabalhadores de Saúde Mental, o Galba Velloso buscou realizar modificações em suas estruturas, inovando os procedimentos técnicos e outros modos de organização entre as equipes.

Buscando compreender um pouco mais sobre tal movimento, foi realizada com Ângela a primeira entrevista dessa pesquisa. Ocorrida durante o mês de maio de 2023, a ex psicóloga do HGV relatou a sua experiência enquanto antiga servidora do Galba (1999-2000; 2009-2014) – que nesse momento foi caracterizado de modo bem menos hostil e mais acolhedor, diferentemente do foi exibido na subseção anterior.

Enquanto o antigo HGV localizava-se na Gameleira, zona oeste de Belo Horizonte, encontrou-se com Ângela em seu consultório no eixo centro-sul da cidade, em

mais um edifício comercial no coração da Savassi. A entrevista foi iniciada com uma pergunta de praxe: qual era o seu papel no HGV e por quanto tempo pôde exercê-lo:

Eu trabalhei no Galba duas vezes: no ano de 1999 a 2000 e depois voltei em 2009, e aí fiquei cinco anos como psicóloga. Na primeira vez eu fiquei lá um ano (...) eu acompanhei todo o movimento de Reforma Psiquiátrica dentro do hospital; da segunda vez já estava estabelecido (Ângela, ex psicóloga, entrevista de pesquisa).

Segundo Ângela, durante suas duas passagens pelo HGV sempre houve a presença de uma equipe multiprofissional, composta por psicólogo – “às vezes era mais de um, às vezes eram três”– psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e terapeuta ocupacional. De acordo com a entrevistada, havia discussão dos casos entre os membros das equipes multiprofissionais, e a decisão unilateral só acontecia se fosse um caso de emergência –“tipo, só não discutíamos se não desse mais tempo”.

Quanto ao arranjo dessas equipes, a entrevistada afirmou que em ambos os períodos havia uma organização mais “horizontal do que vertical (...) mas dependendo do caso alguns profissionais tinham a palavra final (...) quando alguma decisão era vertical ela era decidida entre o psiquiatra e o psicólogo”.

Lá no Galba, eu sei que isso não é de todo hospital, mas eles (psicólogo e psiquiatra) tinham uma voz mais forte que o enfermeiro, terapeuta ocupacional e o assistente social. E entre o psiquiatra e o psicólogo, da forma como a saúde é organizada no Brasil, o psiquiatra tem uma voz mais forte. Mas, isso não quer dizer que era pra todo o psiquiatra, sabe, Fernanda? Tinham alguns bem mais maleáveis que outros, a maioria era mais maleável, que no nosso jargão a gente fala que é aquele médico que dá pra você dialogar (...) ele vai escutar o seu ponto de vista e vai acolher o que você está sugerindo (Ângela, ex psicóloga, entrevista de pesquisa).

Com relação ao processo de internações psiquiátricas, Ângela destacou uma mudança organizacional realizada no HGV: em agosto de 2001, no mesmo ano de promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica, o Galba Velloso extinguiu o PUP e implantou o Centro de Acolhimento a Crise (CAC). Tal tomada de decisão ocorreu devido ao fato do Posto de Urgência Psiquiátrica manter a “lógica da triagem para a internação e encaminhamento para hospitais privados conveniados ao SUS” de modo que com tal transformação seria possível apenas com a construção da “lógica da clínica, do atendimento da crise” (SOUZA, ASSUMPÇÃO, MASCARENHAS *apud* FERRARI, 2010, p.523).

De acordo com Ângela, o novo protocolo de atendimento do HGV organizava-se da seguinte maneira: o paciente em crise iria, inicialmente, ao posto de urgência, e então “o médico dava uma medicação e ele (o paciente) ia para observação de 24 horas.

Aí só depois que a gente (equipe multidisciplinar) ia ter acesso a ele. A decisão de internar ou não era sempre do médico”.

Caso o paciente não necessitasse de internação, o hospital responsabilizava-se pelo encaminhamento deste para um serviço substitutivo. Contudo, é importante pontuar que se o município deste sujeito apresentasse a ausência de um dispositivo assistencial de referência, este permaneceria sob os cuidados do HGV.

Se o processo ocorresse de maneira inversa e houvesse a necessidade de internação, o HGV acionava o CAC enquanto o primeiro modelo assistencial de curta permanência, que acolhia “aquele paciente que foi para a observação e alguém falou que ele precisa de mais alguns dias, 3 ou 4 dias” (Ângela, ex psicóloga, entrevista de pesquisa). Para Baillon (1998) *apud* Souza, Assumpção e Mascarenhas (2004, p.24), o diferencial do serviço de acolhimento estava na disponibilidade que os profissionais tinham para receber e realizar a escuta do sujeito, permitindo a criação de um vínculo entre a equipe e o usuário do sistema.

Além disso, o CAC possibilitava o contato com os familiares dos pacientes e com os serviços substitutivos locais, de modo que proporcionasse o rompimento com a busca por um hospital. Tal modelo de acolhimento apresentou transformações significativas não só para o HGV, mas também aos utilizadores do sistema de saúde mental de Minas Gerais:

No ano de 2004, Souza, Assumpção e Mascarenhas apresentam números comprobatórios dos efeitos da mudança de PUP para CAC: alteração na lógica da internação e queda do número de atendimentos realizados; levantamento da procedência dos pacientes atendidos, envio sistemático das informações para as coordenações de saúde mental de alguns municípios do Estado, para os distritos sanitários e centros de referência em saúde mental (CERSAMs) de Belo Horizonte; criação de reuniões para discussões de casos clínicos com as equipes, e consequentemente, interação com outros serviços da rede de saúde mental (FERRARI 2010, p.526).

Contudo, a criação do Centro de Acolhimento não conseguiu suprir toda a demanda apresentada pelo estado de Minas Gerais – ainda no ano 2004, entre os meses de janeiro a outubro, o hospital recebeu “1008 pacientes da Regional Noroeste, 982 pacientes da Regional Oeste e 845 pacientes do Barreiro, totalizando 4091 atendimentos” (FERRARI, 2010, p.526). Sobretudo, foi necessário manter as modalidades de internação de média e longa permanência (sediadas nas chamadas “alas”), sendo o “número de pacientes das alas sempre muito maior” (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

No que diz respeito a quantidade de internos presentes no antigo Galba, Ângela afirmou que:

Tem o impacto da Reforma Psiquiátrica nesse sentido...porque já tinham pacientes que habitavam o Galba, e eu usei a palavra “habitavam” não a palavra “moravam”, eles habitavam o Galba. Em crise eles iam pra lá e não queriam ir embora, a gente não pode expulsar ele do hospital, é uma situação delicada (...) isso é um resquício da Reforma Psiquiátrica, porque eram então pacientes de longas durações...e essas longas internações provocaram pra muitos deles as perdas dos laços afetivos. E eles ao longo dos anos foram construindo laços afetivos com aquele espaço.

De acordo com a entrevistada, a problemática apresentada falava mais sobre a aplicação malsucedida da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte do que da administração do Galba Velloso. Para Ângela, “o aumento dos centros de referência aconteceu imaginariamente (...) a redução dos leitos psiquiátricos não correspondeu ao aumento de serviços substitutivos”, o que dificultou a execução dos encaminhamentos de ex pacientes do HGV para os outros dispositivos. Tal informação pode ser confirmada por Macedo (2020, p.42), que demonstrou em pesquisa dissertativa a defasagem de dispositivos no interior do estado:

Os dados de 2011 relacionados à taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes apontaram que 12% das microrregiões possuíam vazio assistencial em Minas Gerais. Ademais, 18% apresentaram cobertura insuficiente, 27%, baixa e, 20%, regular. Ou seja, 77% das microrregiões apresentaram cobertura abaixo de 0,50. Apenas 13% das microrregiões possuíam boa cobertura e 10% muito boa.

Segundo Ângela, as práticas que eram desempenhadas pelo HGV encontravam-se de acordo com os princípios balizadores da Reforma Psiquiátrica. A entrevistada afirmou que outros aspectos técnicos, como a utilização de contenção física ou química, pouco ocorriam dentro do Galba, o que demonstrava a predileção por um cuidado humanizado.

Contudo, de acordo com um estudo realizado por Braga et. al (2015, p.55) a respeito das práticas e fatores de risco ocorridas dentro do HGV, a realidade do hospital não condizia com a fala trazida por Ângela em entrevista: entre setembro de 2011 e agosto de 2012 ocorreram 740 contenções em 431 pacientes, registrando-se um percentual de 13,4% das 2.158 internações realizadas no período do estudo.

A maior parte das contenções foi realizada em pacientes do sexo masculino (57,2% dos procedimentos) e em pertencentes à faixa etária entre 18 e 29 anos (43%). A maioria das contenções (55,9%) se deu em portadores de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29). Quanto ao motivo registrado para executar a contenção, agitação psicomotora e agressividade foram os mais frequentes (75,5%). Quando a contenção foi utilizada, uma única contenção por internação foi o achado mais frequente (70,1%), seguida de duas a quatro contenções por internação (25,3%).

Decerto, é importante correlacionar a ocorrência dos métodos de contenção no serviço hospitalar com a formação profissional ofertada aos servidores de uma instituição. Para Ângela, havia dentro do Galba a ausência de uma capacitação técnica e teórica – “ocorreu apenas de um psicólogo da instituição me repassar os modos de organização adotados pelo HGV” (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa). Além disso, temas como a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial nunca foram pautados em cursos ou seminários disponibilizados pela instituição.

Ao final da entrevista, Ângela confessou ser uma fã do Galba – “Todos nós que trabalhamos lá falávamos mais ou menos a mesma coisa: se um dia eu surtar *eu quero ser internado aqui*, internado nesse lugar”. Decerto, a psicóloga trouxe à tona uma perspectiva totalmente distinta das revisões bibliográficas que discorreram sobre as primeiras duas décadas do HGV.

A ausência de outros pontos de vista narrativos deu-se devido ao baixo número de entrevistas com ex servidores do Galba: entre todos(as) os(as) entrevistados(as) para a presente pesquisa, apenas dois fizeram parte do corpo profissional do hospital. Essa problemática deu-se por dois motivos: em primeiro lugar, houve a *ausência* de respostas de ex servidores(as) quando convidados(as) para participar da entrevista. Indicados(as) por outros(as) participantes, tentou-se contatar via mensagem um(a) ex psiquiatria e um(a) psicólogo(a), que nem sequer conseguiram recusar o convite, já que nunca o responderam.

Em segundo lugar, o fechamento do Hospital Galba Velloso foi outro dificultador para a busca por informações recentes. Inativo há quatro anos, a suspensão dos atendimentos psiquiátricos no HGV ocorreu em março de 2020, com o início da pandemia da Covid-19. De acordo com o governo do Estado de Minas Gerais, o espaço passaria a ser a nova sede do Hospital Eduardo de Menezes, destinado tão somente para atendimentos clínicos.

Além do vazio narrativo, destaca-se também a ausência de revisões bibliográficas atualizadas: com buscas realizadas no Portal Periódicos CAPES, as pesquisas encontradas e referenciadas foram publicadas entre os anos de 2010 a 2018, apresentando informações limitadas ao ano de 2012.

5.1.3 “*Isto aqui é o fim do mundo*”⁵: O Instituto Raul Soares

⁵ FIRMINO, 1982, p.44.

Inaugurado em 1920, o “Instituto Neuro-Psiquiátrico” foi um pavilhão construído em Belo Horizonte com o objetivo de acolher o excesso de demandas do Hospital Colônia de Barbacena, até então a única referência de assistência aos “alienados” do Estado de Minas Gerais. Com o papel de hospital central e instituição de ensino e pesquisa em Neurologia e Psiquiatria (GOULART, DURÃES, 2010), o Instituto Neuro-Psiquiátrico teve uma trajetória curta – devido à morte do diretor da instituição, o hospital foi desativado durante dois anos, reinaugurando apenas em 1924.

Em homenagem ao Presidente do Estado, o antigo instituto recebeu um novo nome, tornando-se o atual Instituto Raul Soares (IRS). Tal projeto buscava consolidar a aplicação de um projeto moderno, que solucionasse os males ocasionados por “alienados” através da sua internação. Inicialmente vinculado à Secretaria do Interior, em 1927 o IRS associou-se à Secretaria de Segurança Pública⁶, com a justificativa de maior disponibilização de tratamentos e realização de pesquisas na área da saúde mental.

Esse movimento de associação transformou o IRS em uma “extensão da chefatura da polícia” (GOULART, DURÃES, 2010, p.114), modificado apenas em 1929 com a posse do psiquiatra Lopes Rodrigues como diretor da instituição. De acordo com Goulart e Durães (2010, p.114), as ações de Rodrigues marcaram a história da Psiquiatria mineira, que passaram a ser conhecidas como “o ato de loucura de Lopes Rodrigues”:

Lopes Rodrigues passou a guiar-se pelo ideário reformista de inspiração humanista e pelas orientações da Liga Brasileira de Higiene Mental. Num primeiro momento, que ele denominou de “fase Pinel”, confrontou-se com a cultura e métodos violentos utilizados na instituição, para posteriormente tentar a implantação de um modelo assistencial mais humanizado. Foi quando Lopes Rodrigues aboliu o “tratamento fechado”, as grades e o “instrumental mecânico de repressão” (coleiras, argolas, manchões entre outros) (...) No entanto, o ímpeto reformista deste “Pinel brasileiro” diluiu-se rapidamente com a eclosão da Revolução de 30, quando deixou o cargo de diretor do IRS. A reforma teve vida curta: um ano.

Já em 1963, devido à alta demanda apresentada, o Instituto foi responsável pela implantação do primeiro ambulatório do estado, o Ambulatório Roberto Resende⁷, que realizava a triagem e o atendimento de pacientes que recebiam alta hospitalar e não demandavam nova internação. O espaço conquistou autonomia em 1969, originando o

⁶Informação retirada do site do Instituto Raul Soares. Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/unidades-assistenciais-de-saude-mental/instituto-raul-soares>>. Acesso em set. de 2022.

⁷ Informação retirada do site do Instituto Raul Soares. Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento/unidades-assistenciais-de-saude-mental/instituto-raul-soares>>. Acesso em set. de 2022.

preliminar modelo alternativo no campo da assistência psiquiátrica-terapêutica (GOULART, PENNA, 2008).

Adjetivado como Ambulatório Central Roberto Resende, o espaço assistencial foi extinto em 1971, após a entrada de uma nova gestão na Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP). Tal desmonte ocasionou a superlotação das instituições psiquiátricas mineiras e auxiliou na manutenção da lógica hospitalocêntrica, ocasionando o ascender da rede particular e a quebra de um modelo de cuidado assistencial.

O panorama apresentado nos anos setenta originou uma série de denúncias a respeito do Instituto Raul Soares. O já citado jornalista Hiram Firmino não se restringiu ao hospital sediado na Gameleira, buscando investigar também o que estava por de trás dos muros do IRS, sediado em Santa Efigênia, antigo bairro belorizontino. Segundo o jornalista, a aparência externa do hospital é uma grande surpresa: “(...) um bosque maravilhoso. Um hospital, jamais um hospício, cercado de flores por todos os lados (...) Único refúgio, além de Barbacena, de todos os loucos pobres do Estado” (FIRMINO, 1982, p.33).

Firmino e a fotografa Jane Faria fizeram sua primeira visita ao IRS acompanhados do antigo diretor – e sobrinho do próprio Raul Soares – o neurologista dr. Navantino. Contendo 386 pacientes, 374 leitos, seis enfermarias de homens e mulheres e mais uma de alta, a equipe iniciou sua peregrinação nas entranhas daquele bosque maravilhoso.

A primeira visão do *inferno*, como foi referido o IRS por Firmino, não condizia com aquilo que era visto nas suas estruturas externas (FIRMINO, 1982, p.40):

Suas enfermarias. Os corredores sombrios e os pátios. Os doentes. Homens, mulheres e um rapaz, de 16 anos apenas. Como no Galba, nenhum tratamento. Terapia alguma. Só drogas, confinamento e eletrochoques. Reinternação de 55% dos casos. Pobres, pobres e pobres. Marginalizados e desesperançados pelo próprio diretor, em seus comentários. Indivíduos que não querem luxo e riqueza. Querem um psiquiatra, um Psicólogo. “Um cigarrinho pra passar o tempo”. Apenas um pito, como na beira do rio. Ou do inferno que já experimentaram ali, antes de chegar a Barbacena.

Em 1978, foram visitadas as seguintes enfermarias: a unidade masculina nº 2, com quarenta pacientes agudos – “a maioria veio logo ao nosso encontro, andando como se fossem robôs” (FIRMINO, 1982, p.41); a unidade feminina nº 4, contendo cinquenta mulheres nuas e descalças espalhadas pelos dormitórios, corredor e pátio, onde ‘quase todas as pacientes nos cumprimentaram e pediram um cigarro, um “pito pra espantar a tristeza”’ (FIRMINO, 1982, p.42); e a unidade masculina nº 6, “onde também não vimos nenhum dos 33 psiquiatras do hospital” (FIRMINO, 1982, p.43).

Em seguida, Firmino, Jane e o dr. Navantino direcionaram-se à 8ª unidade – onde havia trinta e cinco internas para nenhum enfermeiro ou psicólogo. Foram visitadas também a enfermaria mista com ‘quase 26 homens pedindo “um cigarrinho” ao mesmo tempo. Uns até tinham as mãos trêmulas, tamanha a ansiedade’” (FIRMINO, 1982, p.44); a 5ª unidade feminina, com 26 mulheres e nenhum médico, tratamento ou terapia; e por fim a unidade de nº 3, descrita por Firmino (1982, p.45-46) como “a mais terrível”:

(...) Um pátio sujo e sem árvores, como os demais. Ninguém de branco. Quarenta homens completamente drogados. Rostos tristes, acabrunhados, pelos cantos. Olhando pro céu, pras paredes, pra lugar nenhum. Eles quase não notaram a nossa presença. O dr. Navantino também passou entre eles, despercebido. Pareciam zumbis. Andando, varrendo o chão. Um galpão também aos pedaços. E, entre eles, um menino de 16 anos (...) A nossa visita havia terminado. Mas, antes de irmos a Barbacena, recebi um telefonema de uma funcionária do Raul Soares, que se dizia revoltada com tudo aquilo. Disse que a recepção do Navantino fora toda ela programada, de modo que não aparecessem as falhas mais gritantes do hospital. Ela disse: “Vocês não viram nada. Eles até lavaram os pacientes e colocaram roupa limpa neles, antes de vocês chegarem”.

Nesse sentido, é inegável a importância das denúncias realizadas por Firmino, que posteriormente contribuíram para o efervescer dos movimentos de trabalhadores ocorridos a nível nacional e estadual em prol da Reforma Psiquiátrica. Segundo Goulart e Penna (2008), as movimentações não se restringiam ao ambiente extra-hospitalar, mas também passaram a circular dentro do próprio Raul Soares, com participação ativa dos servidores e residentes.

5.1.4 “Na parede, um cartaz anunciando a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria em novembro do próximo ano, em Belo Horizonte”⁸: o antigo Raul Soares e suas transformações

A realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria foi o estopim da crise psiquiátrica e o ponto de virada para as mudanças que iriam ocorrer no IRS nos anos seguintes. Sediado no próprio hospital e contando com ampla participação de diversos atores, o evento abriu portas para a construção de um novo Raul – onde os trabalhadores passaram a se organizar contra o descaso da instituição na própria instituição.

Um fator primordial para tal movimentação foi a transferência da residência em Psiquiatria do HGV para o IRS, já que a realização de pesquisas e a capacitação profissional dos servidores auxiliaram na oxigenação do hospital através da exposição de novas formas de cuidado e saberes. “Começaram a apontar que o hospital psiquiátrico

⁸ FIRMINO, 1982, p.34.

não era mais tão necessário, então ia furando uma lógica médica (...) eu fico muito feliz em ter participado disso tudo”, afirmou Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS.

A entrevista com a ex servidora foi realizada um dia após o desfile do 18 de maio de 2023, que anualmente visa comemorar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Através de uma manifestação de caráter carnavalesco, o evento visa reconstruir e lapidar os significados em torno da loucura (MOURA, PASSOS, 2012), envolvendo usuários do sistema de saúde mental, familiares, profissionais da área, militantes...e a própria Belo Horizonte, que por algumas horas tem o fluxo cotidiano interrompido pela presença da loucura em suas avenidas.

Ontem nós participamos (da passeata) do 18 de maio (dia nacional da luta antimanicomial). Aquela passeata maravilhosa! E eu participei da primeira, que tinham vinte e cinco pessoas reunidas na praça sete enquanto tocavam tambor. Então você vê que isso cresceu...que as políticas públicas de saúde mental são uma realidade (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Como demonstrado na exposição das funções desempenhadas por Rita, a entrevistada possui uma grande história dentro do Instituto Raul Soares: foram trinta e três anos de atuação e diversos cargos assumidos; dentre eles o de enfermeira, supervisora de enfermagem, coordenadora da residência multiprofissional e, por fim, diretora do hospital. Entrevistá-la permitiu, sobretudo, escutar quem viveu de perto as modificações organizacionais, estruturais e técnicas do instituto.

Mesmo com a massiva presença de saberes e ideias que auxiliaram no processo de Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais (“o Raul *fervia* de analista. Todo movimento do simpósio, os próprios grupos de Psicanálise estavam lá”), Rita iniciou a entrevista falando sobre os primeiros entraves para o início do processo reformista no IRS:

(...) foi a época do “ato médico”, um movimento de psiquiatras e residentes, residentes bacanas, a *rapaziada*, que era do ato médico mesmo, que achavam que os casos (clínicos) deveriam ser discutidos só entre eles (...) Por outro lado tinha uma coisa interessante acontecendo: o movimento da luta antimanicomial, o Fórum Mineiro de Saúde Mental ia em cima, então os trabalhadores estavam se organizando (...) Então era isso, tinha essa turma (do ato médico) mas por outro lado também essa turma não podia tanto, porque tinha uma interpelação de vários grupos de fora, que eu me considerava desse grupo, (grupos) de dentro do hospital, que falava não...essas coisas todas. Era animado (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

As movimentações promovidas pelos grupos progressistas possibilitaram o início de importantes modificações no instituto. Em 1980, realizou-se o I Seminário

Interno do IRS, onde foi possível produzir um novo regimento interno com outras diretrizes capazes de redefinir o modelo assistencial (MOTA, GUEDES, 2018).]

Tal mudança passou a colocar a recuperação e ressocialização do paciente como eixos norteadores, onde as equipes do hospital efetuavam trabalhos de maneira multidisciplinar. “Foi uma coisa muito doida que aconteceu no Raul...construir uma cultura das discussões de caso nas equipes (...) esvaziava um pouco e depois retornava. Mas ficou essa cultura” (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Que que aconteceu...com as políticas de saúde mental, como o Raul ele é, ele presta, ele recebe da prefeitura, então tem que responder a uma regulação (...) ela (a regulação) é toda partida da Política de Saúde Mental federal. Então reuniões de equipe contam (...) o hospital foi obrigado politicamente, administrativamente a obedecer uma orientação SUS política (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Essas equipes tinham caráter multiprofissional, sendo compostas por terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, residentes, técnicos de enfermagem e médico clínico. Contudo, a presença de um caráter vertical ou horizontal dependia muito de quem estava na direção do hospital e qual política encontrava-se vigente no estado – “na maioria dos casos funcionava, mas tinham problemas sérios às vezes (...) tinha um discurso médico, uma certa cultura” (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Contudo, Rita considerava essa mudança como algo pequeno, pois não bastava apenas discutir os casos, mas era necessário também buscar uma construção para eles. Nesse sentido, as equipes deveriam então ser responsáveis pelo encaminhamento dos casos para um serviço substitutivo, “mas é uma luta isso”. “Quando eu estava na direção isso conseguiu avançar um pouco, mas agora não sei como que está. É difícil, viu? Porque o lugar que tem uma residência de Psiquiatria acredita que precisa do hospital”.

Outro ponto destacado por Rita foi a urgência psiquiátrica, que atuava como porta de entrada do Raul:

A equipe de urgência que decidia a internação – e isso mudou demais, isso realmente teve várias mudanças, a gente teve uma história de equipe de urgência muito boa, uma porta de entrada de qualidade, acho que agora não tá mais assim não (...) era uma equipe de qualidade, em alguns momentos a gente teve acolhimento (...) quando o César (César Augusto Luz, ex secretário de saúde de Belo Horizonte entre 1994-1998) tava lá no hospital, que foi secretário de saúde no governo Patrus [Patrus Ananias de Sousa, ex prefeito de Belo Horizonte entre 1993-1997] (...) ele era o coordenador da equipe de acolhimento, aí ele falava assim: “a gente sempre tem que pensar que a última decisão é botar pra dentro, quando não tem mais jeito do jeito do jeito”. Funcionou um tempo assim, depois teve uma equipe boa () quando eu estava na direção a gente montou todo dia de manhã uma reunião com a equipe de

urgência junto com o representante de cada unidade de internação na equipe de urgência pra pensar no caso e entrar pra algumas das enfermarias. Foi bom, isso foi bom. Mas isso não acontece mais.

É evidente através de sua narrativa que Rita manteve a postura questionadora durante os trinta e três anos como servidora do IRS. Ao chegar no instituto como enfermeira, a entrevistada encontrou 130 leitos psiquiátricos e 23 *moradores* no hospital; já ao sair, restaram 72 dormitórios - “a gente foi bloqueando esses leitos e a gente ainda tinha leito vago, entendeu? (...) eu tive uma semana sem internar ninguém”.

Segundo a entrevistada “a gente (equipe do IRS) começou a mostrar para a cidade que o hospital é dispensável”; “(...) e isso foi o mais legal, no sentido do que a gente conseguiu construir”. Se de modo anterior “o Raul estava com essa mania de internar muita gente que não tinha para onde ir”, “(...) hoje os critérios de internação dizem mais sobre o risco de passagem ao ato”⁹ (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Foi por meio dos encontros entre as equipes, reuniões gerais, realização de seminários e capacitação dos profissionais, que o instituto buscou efetivar mudanças organizacionais, técnicas e estruturais. Atreladas às práticas reformistas, a transformação do discurso e da própria linguagem foram acionadas, “operando a passagem da lógica de segregação à saída do um a um, restaurando o Outro da palavra e mudando o instituído” (MOTA, GUEDES, 2018, p.376).

Apesar das tentativas bem sucedidas de transformação no campo institucional, a ex servidora se posicionou de maneira enfática com relação a continuidade do serviço hospitalar: “o hospital não serve pra nada. O hospício não serve pra nada. Já foi, já era! Eu acho que foi pouca coisa feita. A coisa ainda tem que ser mais bem feita clinicamente”, disse Rita, que assegura que o correto mesmo seria investir nos serviços substitutivos regionais e municipais.

Fechou o Galba e que diferença que fez? Não fez nenhuma diferença! “Ah porque fecharam o Galba Velloso” ah, já vai tarde, sabe? Um a menos, entendeu? (...) Gente, é um hospício a menos! “Ah poderia ter sido o Raul” tudo bem! Sem problemas! Um hospício a menos, tem problema nenhum (Rita, ex enfermeira, coordenadora e diretora do IRS, entrevista de pesquisa).

Para tanto, na sexta seção, onde debruçou-se sobre funcionamento da RAPS em todo o estado de Minas Gerais, demonstrou-se que a fala de Rita traz uma certa radicalidade, tendo em vista a dificultosa implantação de serviços assistenciais em uma

⁹De acordo com Ruthes e Lustoza (2018), a passagem ao ato pode ser caracterizada como uma busca da separação do sujeito, um movimento de rompimento com o Outro.

região territorial vasta e que não conta com um abundante apoio governamental. De maneira infortuna, fechar o Raul Soares simbolizaria, *de maneira contraditória*, uma perda assistencial – mas a explicação para tal declaração foi desvelada em capítulo posterior.

5.1.5 “O que é o Raul Soares pra mim? Um lugar muito ruim” (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa): O Instituto Raul Soares resiste

Em meio a sua modificação e aprovação pelo Comitê de Ética, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 68156523.6.0000.5137, as entrevistas com ex servidores de hospitais psiquiátricos públicos da capital ocorreram entre os meses de abril-maio de 2023; já a primeira entrevista com um servidor do Raul deu-se três meses depois. Contudo, como um movimento de bola de neve os(as) atuais profissionais do IRS começaram a aparecer lentamente, totalizando seis participantes entre o início de julho ao final de setembro.

Sobretudo, é importante citar que, apesar do não consentimento dado pela FHEMIG, todas as entrevistas feitas com os atuais servidores do Raul Soares foram executadas *dentro* do próprio Raul Soares, em uma praça rodeada por grandes árvores localizada na entrada do hospital. A tomada de tal decisão deu-se devido alguns fatores: como foi mencionado no próprio projeto de pesquisa, a escolha do local de entrevista partiria dos(as) entrevistados(as) – ou seja, seria necessário que a pesquisadora fosse até eles, independentemente de onde fosse o local do encontro.

Tendo em vista a intensa rotina de trabalho vivenciada no hospital – mas o interesse em conceder informações via entrevista – os(as) servidores utilizaram-se de “brechas” para que os encontros ocorressem: os encontros foram agendados no horário do almoço, entre turnos, início ou fim do expediente...e o melhor ponto de encontro para os participantes era no próprio Raul Soares. Às vezes é preciso transgredir a lógica institucional para que os discursos sobre as instituições sejam ouvidos.

Aliás, foi através desse movimento transgressor que pesquisadora pôde ver ainda mais de perto um dos seus campos de pesquisa para além dos grandes muros: em idas para o bebedouro ou banheiro, atravessou-se a recepção do IRS em direção aos longos corredores com paredes brancas; via-se as pinturas feitas por ex pacientes e um ou dois murais informativos, onde encontrava-se a divulgação de palestras e seminários para os funcionários.

As grandes janelas possibilitavam a observação do pátio central de alguma das enfermarias. Havia, na maior parte das vezes, ao menos cinco homens uniformizados de branco; uns transitavam de um lado para o outro, e outros sentavam-se no chão de concreto, já que tinha um só banco disponível. Todos debaixo do sol, pois não havia uma árvore sequer para sombrear aquele espaço.

Também foi visto o espaço terapêutico do IRS, que naquela manhã estava sendo ocupado por internas do hospital. Contando com a presença dos funcionários ao redor, as pacientes não estavam realizando nenhum tipo de atividade específica – apenas andavam pelo local, sentavam embaixo da árvore, conversavam entre si e com os servidores ali presentes.

“Você tem um cigarro?” – perguntou uma paciente sorridente, que usava um lenço na cabeça. A pesquisadora disse que não tinha, e após uma breve conversa falou que infelizmente precisava ir embora. Contudo, antes de se retirar do espaço, observou atentamente uma parede específica, onde havia desenhos, pinturas, declarações e outros tipos de manifestação pessoal. *Quem entrou um dia sairá, basta acreditar* – dizia uma das várias frases escritas.

O primeiro entrevistado foi o João, psicólogo do IRS, que assim como a Ângela, ex servidora do HGV, teve sua trajetória hospitalar dividida em dois momentos: de 2011 a 2015 o entrevistado foi psicólogo da ala masculina; e de 2016 em diante passou a atuar em um outro setor do hospital, mas ainda no campo da Psicologia. Entre os(as) participantes da pesquisa, João é o que está há mais tempo no IRS.

“Quando entrei aqui, em 2011, tinham pacientes que moravam há uns dez anos aqui, e a gente tentava construir um modo deles saírem porque não tinha sentido eles estarem aqui” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa). Segundo o entrevistado, a situação passou a modificar-se apenas em 2015, através de uma aproximação do IRS com a prefeitura de Belo Horizonte (PBH) que permitiu a mudança desses pacientes para uma Residência Terapêutica. “Hoje todos eles estão em uma Residência Terapêutica (...) já não tem mais esses moradores no hospital”.

É importante pontuar que a maior parte desses pacientes eram de fora da grande Belo Horizonte, já que os moradores da capital são teoricamente orientados a buscar o Centro de Referência mais próximo. “Por que eles (do interior) vieram parar aqui? O território não tem rede? O território não tem CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)? Tem mas eles não acessavam?” Questionou João. “O problema é que ainda há a falta do

dispositivo no território. Minas Gerais é imensa, é um vazio assistencial imenso” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

A ausência ou o sucateamento de serviços substitutivos foi um ponto levantado por todos os(as) servidores(as) entrevistados(as). Devido à dificuldade de manejar uma articulação entre o hospital e a rede de muitos municípios, a prolongação da internação psiquiátrica começou a ser comum.

Outro fator que os(as) entrevistados(as) apontaram como justificativa para a prolongação e/ou aumento no número de internações é a manutenção e prevalência do saber médico-centrado. Devido à ausência de uma equipe multiprofissional na urgência, quem é responsável pela admissão de um paciente é o médico; quem decide se ele deve “descer” do leito de observação para enfermaria é outro médico, diferente daquele que realizou o processo de admissão.

E mesmo durante as reuniões semanais entre a equipe multidisciplinar, os(as) entrevistados(as) não-médicos apontaram dificuldades em transmitir seus pontos de vista: “Eu sempre tive que colocar muita força para me impor nas reuniões” (Nara, psicóloga do IRS, entrevista de pesquisa); “eu não conseguia bancar uma alta porque eu não tinha um carimbo pra dar” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa); “dependendo do perfil do psiquiatra seria possível intervir nas tomadas de decisão sobre as internações” (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa); “a gente fala que é mais fácil você entrar do que sair (do IRS), porque entrar você dá um grito na urgência e você é admitido na hora, agora pra sair é um complicador, porque depende do perfil do médico que te pega” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Já com relação aos procedimentos técnicos adotados na urgência e/ou internação, os(as) entrevistados(as) apresentaram o excesso de contenção física e química entre os pacientes do IRS. A tal fenômeno atribuiu-se a ausência da circulação de conhecimento crítico entre determinados grupos – apesar da ocorrência de seminários, congressos e palestras.

Essa falta de embasamentos teóricos, técnicos e práticos aos(as) servidores(as) acontece desde a admissão destes enquanto funcionários: todos(as) asseguraram que não passaram por nenhum tipo de capacitação profissional. “Só fui jogada aqui (...) na primeira semana você já assume seis casos e aprende na prática” (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Já com relação às atividades fornecidas aos pacientes durante a internação, João citou o espaço terapêutico – “é um ambiente muito mais interessante que a enfermaria”.

Em tese, o serviço ofereceria oficina de autocuidado, dança, música, jogos, instrumentos musicais, acesso à televisão...“Tem atividades todos os dias, tem os horários definidos (...) na maior parte das vezes é pintura, escutar música, ver um filme”. Contudo:

Lá no espaço terapêutico tem uma pessoa responsável por coordenar esse espaço, e às vezes me incomodava porque ela impunha muitas coisas pros pacientes. Já teve vez de eu ver o paciente fazer um desenho de uma forma “x”, e ela ir lá e falar: “não, você tá pintando de um jeito muito feio”...dela escolher a cor pro paciente, sabe? Uma coisa que pra mim é antiterapêutica! Dela pegar na mão do paciente e dizer: “você tá cortando de um jeito errado, deixa que eu corto”... isso me dava um certo incomodo (...) já teve vezes de eu levar (para o espaço terapêutico) uma paciente da (ala) feminina muito delirante, tinha uma questão persecutória muito forte, era muito difícil ela sair da enfermaria. Aí teve um dia que ela disse que queria ir ao espaço terapêutico fazer uma pulseirinha verde, porque ela tinha uma questão delirante com a cor verde (...) aí eu fui conversar com a terapeuta ocupacional e ela disse que hoje não era dia de miçanga e ela não iria poder fazer porque hoje eles iriam fazer coisas de carnaval. Aí a paciente não quis fazer mais nada e pediu pra voltar pra enfermaria (Nara, psicóloga do IRS, entrevista de pesquisa).

O enfermeiro Tom complementou a informação repassada pela psicóloga Nara:

Dá pra fazer uma oficina estruturada tal qual o CERSAM (...) por ser 20 dias de internação tem que ser uma oficina que dá sentido pra aquele paciente (...) Eu nem peço autorização não. Tinha um paciente que adorava fazer pulseira e eu ia lá e pegava a caixa. A gente ficava do lado de fora, a gente ficava duas horas conversando enquanto ele fazia pulseira, inclusive tenho uma até hoje, e era ali que a gente produzia, que conseguia criar vínculo.

Chegou um ponto da administração contar a quantidade de miçangas que o paciente poderia usar (Nara, psicóloga do IRS, entrevista de pesquisa) (...) Uma vez eu abri a sala de material e tinha tanta coisa...sei que tem que fazer um racionamento, mas os pacientes usando os “cotoquinhos” de lápis assim, e eles falando que os pacientes não podem pegar material novo porque eles acabam com o material...”não porque se não vai faltar”...era muita coisa, eram tintas guache, jogos, bingo, os pacientes adoram bingo...tinham coisas pra dar de brinde...mas não podia (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa).

Deste modo, nota-se que as questões que foram apresentadas nos trechos acima indicam que ainda há uma forte arbitrariedade no Instituto Raul Soares, já que a tomada de decisão não ocorre de modo clínico, mas a partir daquilo que é considerado administrativamente correto.

Assim, as exposições supracitadas, que englobaram os aspectos estruturais, organizacionais e técnicos do Raul Soares em 2023, levaram a pontos primordiais para a pesquisa – que posteriormente foram desvelados em forma de resultados na presente dissertação. Denota-se, sobretudo, que a Reforma Psiquiátrica incidiu sobre determinados aspectos do/no Raul Soares; contudo, por detrás dessas modificações ainda se mantêm um resquício intrínseco da prática manicomial.

6. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE

5.1 A formulação das políticas públicas e os modelos analíticos de “equilíbrio pontuado” e “múltiplos fluxos”

Para Boneti, as políticas públicas são resultado “da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder” (2006, p.74), contando com a presença de atores sociais participantes das esferas políticas, econômicas e demais organizações da sociedade civil. A interação entre tais sujeitos ocorre dentro e fora do Estado, tendo em vista que a política se configura, simultaneamente, como macro e micropolítica – enquanto uma opera por meio de um modelo de organização territorializante e segmentado, a outra atua pela desterritorialização e produção de diálogos e afetos (FERREIRA NETO, 2017).

Uma vez institucionalizadas, as políticas públicas possibilitam a ampliação dos avanços sociais, consolidando direitos e fortalecendo a transposição de novas lutas em regulamentações estatais e jurídicas. Contudo, há também a criação de modelos uniformizadores e o enfraquecimento da inventividade política, o que dificulta o processo de ruptura, inovação e construção de novas relações de força na sociedade (FLEURY, 2009).

Essa complexidade no campo político, que influencia na construção e modificação das decisões, é mediada por modelos analíticos. A exemplo destes, há duas vertentes teóricas que contribuem para a compreensão da formação e implantação de políticas públicas, sendo estas 1) o modelo de “equilíbrio pontuado”, criado por Baumgartner e Jones; e a de 2) “múltiplos fluxos”, feita por John Kingdon.

No que tange ao modelo analítico de número 1, denominado como “equilíbrio pontuado” (BAUMGARTNER; JONES, 1993), pressupõe-se que os processos envolvidos nas políticas públicas são marcados por momentos de “equilíbrio” e posteriormente “pontuados” por mudanças – onde o rompimento entre as situações decorre da necessidade de uma nova imagem da política (*policy image*). Essa transição ocorre quando um determinado tema passa a ser discutido somente pela comunidade técnica, grupos de poder e subsistemas políticos¹⁰, gerando a atenção do governo e de outras classes políticas.

¹⁰ Os subsistemas políticos são compostos por “um número limitado de atores e instituições, geralmente reunidos em grupos mais ou menos coesos, que se especializam e direcionam seus esforços para algumas questões específicas em relação a uma política” (CAPELLA, BRASIL, 2015, p.58).

Logo, o surgimento de um “momento crítico” acaba deslocando as questões do subsistema para o macrossistema¹¹. De acordo com Moreira (2013, p.23):

Mudanças na percepção das questões a transformam em problemas ou eventos que focalizam a questão (*focusing events*). Nesses “momentos críticos”, novas imagens de política e reorganizações institucionais podem ser estabelecidas, reestruturando o subsistema. Essas novas ideias e as mudanças nas instituições tendem a permanecer ao longo do tempo (*policy legacy*), criando, após um período, um novo estado de estabilidade no subsistema.

No que tange ao segundo modelo analítico proposto por Kingdon (1984), busca-se compreender como determinadas problemáticas atingem o campo de visão dos tomadores de decisões, de quais maneiras estas são modeladas para serem inseridas na agenda e como pode ser feita a condução pela busca de soluções. De acordo com tal plano, é a partir da convergência de três fluxos independentes que é possível explicar o porquê de certos problemas adentrarem na agenda e outros não. Para Kingdon, esses fluxos seriam o do problema (*problems*), o da política pública (*policies*) e o da política (*politics*).

No primeiro fluxo (*problems*), Kingdon busca entender como as problemáticas são reconhecidas – tendo em vista que há situações que, apesar de serem percebidas, não despertam o interesse dos tomadores de decisão. Assim, para adentrarem na agenda, o problema necessita de uma definição prévia a partir de três variáveis: a) um contexto propício a desequilíbrios institucionais; b) indicadores que demonstrem a urgência de mudanças num determinado contexto social e; c) experiências originárias da execução de políticas públicas prévias, que possibilitam um *feedback* das ações governamentais (KINGDON, 1984; GOMIDE, 2008; CAPELLA, 2006).

O segundo fluxo descrito por Kingdon (*policies*) objetiva descrever a respeito do processo de formulação das alternativas de solução para determinadas problemáticas políticas, que passam por uma seleção e reestruturação com auxílio da comunidade de especialistas. Tais participantes dividem-se entre atores visíveis (como presidentes ou membros do Congresso) e invisíveis (profissionais da área), que juntos buscam dar visibilidade a um tema contido na agenda governamental e avaliar a formulação das políticas públicas (KINGDON, 1984 *apud* MOREIRA, 2012, p.25).

De acordo com Moreira (2013, p.25-26), a análise proposta por Kingdon demonstra que o processo de seleção de ideias:

(...) ocorre em uma esfera marcada por intensos jogos de interesses, ações estratégicas, conflitos, coerção e demandas, onde os empreendedores da política (*policy entrepreneurs*) atuam buscando influenciar a percepção das

¹¹ De acordo com Capella e Brasil (2015, p.58), os macrossistemas “refere-se às decisões que afetam diretamente uma política pública ou a estrutura de poder em torno dela (...) além disso, os macrossistemas são compostos de um grande número de participantes com múltiplos interesses”.

autoridades sobre problemas e possíveis soluções para os mesmos. Normalmente, os empreendedores são especialistas em determinada questão e possuem habilidade para representar ideias de outros indivíduos e grupos. Como geralmente ocupam uma posição de autoridade dentro do processo decisório, os empreendedores mantêm conexões políticas que tornam o processo de formulação de políticas receptivos a suas ideias.

A finalização do modelo analítico de Kingdon (1984) ocorre com a partir do desvelar do terceiro fluxo (*politics*), que leva em consideração o clima nacional, as eleições governamentais e as forças políticas organizadas, que flui independentemente do reconhecimento do problema e das alternativas à disposição. A convergência entre essas três ocorrências origina o que o autor denominou como “janelas de oportunidades” (*policy windows*), movimento que possibilita a identificação e solução dos conflitos a partir da inserção destes em uma agenda.

A partir da breve compreensão sobre os modelos analíticos supracitados, nota-se que (CAPELLA, 2006, p.8):

(...) o modelo de Baumgartner e Jones (1993) apresenta grandes similaridades com o modelo de Kingdon (2003), analisando a produção de políticas públicas a partir da ênfase nas ideias que movem soluções e problemas. No entanto, cabe ressaltar que ao destacar a importância da dimensão institucional, relacionando ideias e instituições como questão para a compreensão dos períodos de estabilidade e mudança, o modelo de Baumgartner e Jones supre uma lacuna presente no trabalho de Kingdon (que não destaca a questão institucional), permitindo ampliar o entendimento sobre o processo de formulação de políticas.

Sobretudo, é importante ressaltar que ambos os modelos podem existir de maneira concomitante – como exemplo, pode-se citar a Política de Saúde Mental (PSM) desenvolvida no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A partir da teoria levantada por Kingdon, nota-se que a PSM belorizontina originou-se em meio a um processo de lutas e disputas, ‘onde foi reconhecido que a lógica manicomial não atendia as necessidades dos “loucos”, tendo em vista que a mesma prezava por práticas que infringiam os direitos humanos e a dignidade humana’ (MOREIRA, 2013, p.29).

No que diz respeito ao modelo do equilíbrio pontuado, sua presença torna-se marcante por meio do aparecimento de novas práticas e discursos sobre a loucura, que buscavam romper a situação de “equilíbrio” presente nas esferas municipal e estadual. Tal rompimento efetivou-se com a inserção de propostas na agenda governamental apresentadas por um conjunto de atores, como usuários da rede de saúde mental, familiares, profissionais da área, e através da participação da comunidade de especialistas, ambos mobilizados em prol do movimento antimanicomial. Além disso:

(...) no caso do município de Belo Horizonte a junção entre o problema, solução e a inserção dos mesmos na agenda governamental só foi possível

porque havia um contexto político e uma arena institucional que favorecessem um conjunto de mudanças no campo da saúde mental, dentre elas a possibilidade de convivência social com o “louco” (MOREIRA, 2013, p.29).

5.2 A incorporação da Psicologia no campo das políticas públicas

Regularizada em 1962, a Psicologia no Brasil passou por um vasto processo de politização ocorrida no eixo social, cultural e pessoal (SANTOS, 1997). Por meio da consolidação de uma política de psicologização e privatização da subjetividade, instaurada em meio ao golpe militar, o psicólogo brasileiro assumiu, inicialmente, uma conduta liberal – responsável por impor hegemonia no domínio privado por meio de seus valores, sua linguagem, seus critérios de normalidade e afins (VAITSMAN, 1994; FERREIRA NETO, 2017, p.31).

Contudo, em meados dos anos setenta iniciou-se um processo de desestabilização dessa cultura psicológica; de acordo com Ferreira Neto (2017), o declínio da Psicologia liberal deu-se, a priori, pelo encerramento do “milagre econômico”, que impôs uma reformulação no estilo de vida e subjetividade das classes médias e altas da população. Em segundo lugar, o autor também aponta como contingência a ascensão dos movimentos sociais brasileiros, que trouxeram novos discursos, novas práticas e ampliação da conceituação do que seria político.

Devido ao intenso processo de politização, passou-se a considerar “a existência de relações de poder e, portanto, a existência de excluídos e incluídos em todas as partes do planeta” (SANT’ANNA, 2001, p.90). A partir da década de noventa, a atuação do psicólogo brasileiro tornou-se mais autônoma e menos liberal, buscando criar novos laços entre a sociedade e o Estado. Para Gohn (1997, p.309-310), a emergência da “área social” na Psicologia adveio de uma desregulamentação da ação do Estado “na economia e na sociedade como um todo, transferindo responsabilidades do Estado para as comunidades organizadas”.

Em decorrência da criação do Sistema Único de Saúde, a promulgação das portarias 189/91 (BRASIL, 1991) e a 224/92 (BRASIL, 1992) do Ministério da Saúde permitiram o estabelecimento de novas diretrizes que efetivariam propostas pautadas pela Reforma Psiquiátrica. A portaria 189/91 organizou os serviços de saúde mental a partir dos princípios de descentralização, universalização, hierarquização, integralidade e regionalização; além disso, buscava (MOREIRA, 2013, p.45):

(...) instituir métodos e técnicas terapêuticas diversas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantir a continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalizar a prestação de serviços; tornar possível a

participação social nos processos de formulação, avaliação, monitoramento das políticas de saúde mental; definir os órgãos gestores locais como responsável pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle a avaliação dos serviços prestados.

No que tange a promulgação da portaria 224/92, esta buscou atribuir funções aos Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e ao Centro de Atenção Psicossocial. De caráter regional, as unidades de saúde objetivavam ofertar serviços à população local, em uma tentativa de descentralizar a busca por hospitais psiquiátricos para o serviço de urgência ou até mesmo de internação psiquiátrica (TORRES, 2008).

Foi a partir do ano de 1992 que se originaram leis estaduais inspiradas em ideais reformistas. No corpo do texto, as normativas apresentavam a necessidade de uma progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos. Dentre elas, podem ser citadas: a) Lei 9.716/1992 (RN); b) Lei 5.267/1992 (ES); c) Lei 9.716/1992 (RS); d) Lei 12.151/1993 (CE); e) Lei 11.064/1994 (PE); f) Lei 11.189/1995 (PR); g) Lei 975/1995 (DF); h) Lei 11.802/1995 (MG) (BRASIL, 2005).

Tal realidade fez emergir a contratação de psicólogos em áreas sociais, o que possibilitou a integração destes em novos contextos, bem como afirmou seus compromissos éticos e políticos no exercício profissional. Além disso, o deslocamento e a entrada efetiva desses trabalhadores em tais eixos resultaram em modificações progressistas – como a criação do documento “Por uma política de saúde mental” (SPS/MS, 1999), manuscrito que preconizava medidas que buscavam garantir a implantação efetiva de reivindicações sociais. A declaração:

garantia da dispensação de psicofármacos essenciais nos estados e municípios, em prol da eficácia dos tratamentos e continuidade de cuidados ambulatoriais, o apoio para tratamentos e continuidade dos cuidados ambulatoriais, o apoio para equipamentos e qualificação de centros de atenção psicossocial no país, privilegiando iniciativas voltadas à infância e à adolescência, ao abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e a transtornos mentais severos e a centros de tratamento de AIDS/drogas, através do programa DST/AIDS. Além disso, o documento mencionava os projetos relacionados à criação de residências terapêuticas, ao funcionamento por 24 horas por dia dos CAPS/NAPS, à introdução do bônus incentivo para o programa de reabilitação assistida e à capacitação de recursos humanos (CARVALHO, 2001, p.22).

Além disso, outro grande exemplo de formação de políticas públicas no campo da saúde mental ocorreu por meio da Portaria 106/GM/MS (MS, 2000). Responsável por regulamentar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, tal legislação possuía como alvo a clientela psiquiátrica egressa de internações de longa estadia e com precário suporte social (CARVALHO, 2001). O objetivo central da Portaria consistia na reabilitação psicossocial, aumentando a autonomia dos pacientes e sua reinserção social.

Sobretudo, ao correlacionar-se a Psicologia e as políticas públicas, é imprescindível mencionar, a nível nacional, a criação da lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001) em abril de 2001. O projeto original com autoria do deputado mineiro Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores) sugeria a substituição gradual dos leitos manicomiais por recursos assistenciais-comunitários, propondo o fim das internações compulsórias.

Conforme Maria Cecília Carvalho (2001), a tramitação do projeto no Congresso e no Senado influenciou para a formação de uma mentalidade antimanicomial, respaldando e incentivando a elaboração de outras legislações estaduais e municipais. Posteriormente, a aprovação da Lei 10.216/2001 foi marcada como um avanço no campo da saúde mental brasileira, apesar do grande percurso que ainda deve ser percorrido para na ultrapassagem da lógica hospitalocêntrica.

Contudo, a atenção psicossocial, mesmo com regulamentação legislativa e jurídica, ainda não é dominante;

(...) ao contrário, em termos de investimentos públicos ela constitui fração muito pequena (cerca de um décimo) do que é destinado à assistência hospitalar. Há muito a ser feito na regulamentação dos direitos ‘especiais’ dos pacientes; proteção ao trabalho e ao trabalho assistido, geração da renda, moradia protegida, benefícios previdenciários... Trata-se de um longo processo, um vasto mundo, marcado pela busca do tratamento adequado e acessível e da autonomia possível dos usuários e trabalhadores dos serviços públicos. A autonomia como tarefa maior, como desafio posto pela construção da sociedade democrática: o feito e por fazer (DELGADO, 2001, p.289).

5.3 Belo Horizonte em três momentos

Para Ferreira Neto (2017), a construção da política pública de saúde mental mineira deu-se em três momentos: o primeiro, na década de 80, denominado como “implantação”; o segundo, ocorrido na década de 90, conhecido como “antimanicomial”; e, por último, houve o período de “apoio matricial”, iniciado nos anos 2000. Tal trajeto evidenciou a polaridade entre as abordagens coletivas e individuais, reinventando a forma de trabalho em saúde mental sob a égide da reforma psiquiátrica.

O período de “implantação” foi marcado pelo estabelecimento do Programa de Saúde Mental em Minas Gerais. Anterior a sua oficialização, tinha-se uma compreensão ampla e genérica sobre saúde mental, que por vezes confundia-se com a noção de saúde geral (FERREIRA NETO, 2017).

Foi por meio do documento “Programa de Ações da Saúde Mental da Região Metropolitana” (1985), que foi estabelecido e iniciado o processo de separação dessas

duas instâncias de cuidado – as equipes de saúde mental passaram a ser consideradas como atendimento especializado, norteadas pela atenção e prevenção por meio do trinômio do biopsicossocial. Além disso, inaugurou-se o curso de Especialização em Saúde Mental na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, com forte influência da Psicanálise lacaniana para a prática clínica.

Segundo Ferreira Neto (2017, p.113):

Nesse momento, é marcante a preocupação da integração da saúde mental no ‘contexto geral da saúde’ e a participação de seus profissionais em ações coletivas em conjunto com outros profissionais do serviço. As práticas de grupo se constituem numa importante diretriz de trabalho, tendo nos psicólogos um de seus principais agentes. Além disso, é preconizado o apoio técnico ao nível primário, estratégia que somente se consolidará no terceiro momento de ‘apoio matricial’.

Em seguida, iniciou-se durante a década de 90 o período denominado como “antimanicomial”, marcado por ações que visavam priorizar o cuidado dos pacientes graves. No final de 1992, durante o mandato do ex prefeito Patrus Ananias (Partido dos Trabalhadores), a cidade de Belo Horizonte foi palco de uma transição governamental, que culminou com a vitória da gestão “Frente BH Popular” (ABOU-YD; LOBOSQUE, 1998) na AMP. Articulados juntamente com a luta antimanicomial, o novo gerenciamento tinha como foco a busca por recursos extra-hospitalares que fossem capazes de preencher o vazio assistencial vigente.

Mesmo com os avanços ocorridos na década anterior, a realidade de Belo Horizonte nos anos noventa em muito se assemelhava a de outros municípios do estado: apresentando cerca de 2100 leitos, a assistência em saúde mental ocorria, na maior parte das vezes, em ambiente hospitalar. De acordo com Anaya (2004), naquele momento havia na capital mineira seis instituições psiquiátricas, sendo três públicas (Instituto Raul Soares, Hospital Galba Velloso, Centro Psicopedagógico – atual Centro Psíquico da Adolescência e da Infância) e três particulares (Clínica Pinel, Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Instituto Psicominas).

Posteriormente, a clínica particular Serra Verde, conveniada ao SUS e localizada no município de Vespasiano, teve seu gerenciamento assumido por Belo Horizonte. Esses hospitais se classificavam em hospitais de agudos e de crônicos. De agudos: Clínica Pinel, Psicominas, Instituto Raul Soares, Hospital Galba Velloso e Centro Psicopedagógico. E de crônicos: Clínica Nossa Senhora de Lourdes e Clínica Serra Verde (ANAYA, 2004 *apud* SILVA, 2009, p.81).

Apesar da presença das equipes de saúde mental nos Centros de Saúde, Caetano, ex participante da Frente BH Popular, afirma que tais serviços não conseguiam suprir a demanda municipal. “Os Centros de Saúde tinham um psicólogo ali e outro acolá por

iniciativa de políticas anteriores, era um trabalho solitário e isolado de um ou outro profissional, totalmente centrado nos hospitais psiquiátricos” (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

A gente brincava e falava: “o doido é doido, mas não é burro”. Eles sabem onde que eles deveriam se dirigir para serem atendidos, mesmo que se fosse muito mal, que eram nos hospitais psiquiátricos. Porque os Centros de Saúde não abrigavam essa população, eles não atendiam, era aquela lógica preventivista, era caso grave não só de saúde mental, mas de criança com pneumonia (...) Quem ia pro Centro de Saúde? Aqueles casos leves de saúde mental, porque todos os outros casos todos eram direcionados para os hospitais...então era uma assistência totalmente hospitalocêntrica.

Diante disso, elaborou-se o projeto “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH” (SILVA, 2009), objetivando a reorganização da rede de saúde mental municipal. Assim, os Centros de Saúde passariam a ser locais de retaguarda na assistência, e o recém-criado Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) atenderia a clientela mais grave:

Em Belo Horizonte, de 93 a 98, a gente foi fazendo uma desconstrução progressiva, na medida do possível (...) Então nós pensamos: “nós temos que abrir o nosso primeiro CERSAM” (...) Não tinha jeito, nós não íamos abrir CERSAM para cidade inteira, não tinha condição, não tinha pessoal, não tinha nem *know-how*. Então vamos abrir o CERSAM em uma região (...) Aí o pessoal “e os outros? E os outros pacientes das outras regionais? O que vamos fazer?”. O que a gente sempre fez, vai continuar mandando pro hospital psiquiátrico, não tem jeito, mas nessa região nós vamos tentar então impedir essa internação, qualificar o serviço, garantir um atendimento aos casos graves (...) Nós também resolvemos apostar nos Centros de Saúde, para que lá tivessem uma equipe multi que topasse acolher pacientes em sofrimento mental grave, não tão graves que precisassem do CERSAM (...) A gente precisava apostar no território, sabe? (...) Não foi fácil no início: “você (servidores dos Centros de Saúde) vão ter que aprender a lidar com o transbordamento da loucura” (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

A inauguração do primeiro CERSAM de Belo Horizonte ocorreu em 1993, localizado no distrito sanitário do Barreiro, região que apresentava um número elevado de internações hospitalares (ANAYA, 2004; SILVA, 2009). A consolidação do serviço substitutivo evidenciou a importância de pensar na criação de outras unidades, divididas entre regionais:

Com o tempo fomos abrindo vários, pensando na substituição nessa perspectiva, seria um CERSAM pra cada regional, pois em tese os Centros de Saúde também fariam uma retaguarda, pois assim que o paciente melhorasse ele ia pro Centro de Saúde, na época não existe Programa de Saúde da Família (PSF) ainda (...) Nós também pensamos em “copiar” os Centros de Convivência, pois reduzir a loucura a psicoterapias, a medicações, a uma equipe multiprofissional no campo da assistência, sim, é pouco. A loucura pede mais, a loucura precisa de mais, a circulação do usuário é importante, o convívio é importante, a manifestação artística é um apelo imprescindível para a inserção da loucura no viver (...) É pra substituir os hospitais psiquiátricos?

Então tá aí as opções (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

A abertura de outros CERSAMs em Belo Horizonte encontrou amparo através da promulgação da “Lei Carlão” (11/802/1995) em 1995, que foi responsável por oficializar o processo de Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 1995). Criada antes mesmo do lançamento da lei federal 10.216/2001, tal norma dispôs sobre a promoção de saúde e reintegração social do indivíduo em sofrimento mental através da implantação e pleno funcionamento de recursos extrahospitais, como ambulatorios, serviços de urgência psiquiátrica, centros de referência e dentre outros.

Nesse sentido, no mesmo ano inaugurou-se o segundo CERSAM belorizontino, sediado na zona Noroeste. Levando em consideração que este era o distrito mais populoso de toda a região, houve também a abertura do Centro de Convivência no território, que objetivava a construção de laços sociais entre a comunidade através das práticas assistenciais (ANAYA, 2004; SILVA, 2009). No ano posterior, fundou-se mais dois CERSAMs: um localizado na região da Pampulha e o outro na zona Leste, sendo responsável por acolher casos que anteriormente eram encaminhados ao IRS.

Além disso, estabeleceram-se as “prioridades assistenciais” (destinadas a psicóticos e neuróticos graves), estreitou-se a relação entre a Secretária Municipal de Saúde (SMS) com hospitais psiquiátricos e foi modificada a concepção de clínica, que deslocou a lógica de consultórios e encarou a multiplicidade de espaços existentes (FERREIRA NETO, 2017). Pautada em princípios e diretrizes como o da universalidade, equidade e integralidade, o projeto de saúde buscou formular uma política de saúde mental alicerçadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Para tanto, o ano de noventa e sete foi marcado por um período de latência do projeto de saúde mental em Belo Horizonte. Com a eleição do novo prefeito, Célio de Castro (Partido Socialista Brasileiro), os setores da saúde passaram a ser ocupados por novos atores; no ano seguinte, a Coordenação de Saúde Mental passou a ser coordenada por uma nova equipe, responsável pela criação do “Programa de Desospitalização Psiquiátrica” (PDP). Tal projeto previa a construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos destinados aos pacientes psicóticos internados por mais de um ano em hospitais públicos ou privados, concedendo-os uma “bolsa-desospitalização”. De acordo com Moreira (2013, p.83):

Uma equipe foi formada para fazer o levantamento dos casos a serem beneficiados pelo programa. Ao todo, foram indicados 683 pacientes ‘crônicos’ que estavam internados nos hospitais públicos e particulares do

município. Dois Serviços Residenciais Terapêuticos foram inaugurados na época: Casa Concórdia e Casa Floramar, acolhendo 10 moradores cada casa.

O surgimento do novo século iniciou o momento denominado como “apoio matricial” (FERREIRA NETO, 2017), marcado pela inserção do Programa de Saúde da Família (PSF) na política de saúde brasileira – o que levou a alteração dos modos de funcionamento de todas as equipes, já que a atenção básica passou a ser o eixo organizador. De acordo com Paula (2009), o PSF buscava nortear-se pela ação territorial, preservando o reconhecimento dos aspectos psicossociais que envolvem o processo de adoecimento, do cuidado e de reinserção social dos sujeitos com transtornos mentais.

Ferreira Neto (2017, p.122) enfatiza que tal período buscava “um avanço para além do trabalho na rede assistencial, na direção de maior inserção comunitária e social”, contando com a participação de usuários e familiares na elaboração das propostas terapêuticas, bem como no controle e estruturação das ações voltadas para a saúde mental. O momento também buscava frisar a função do matriciamento nas equipes, a centralidade da saúde da família e utilização de abordagens coletivas. Segundo Luciano Elia (2015, p.77):

A atenção psicossocial, se bem concebida e praticada, implica um conjunto de ações territoriais que tocam no tecido social em cheio, afetam a posição da população que convive com os loucos, os vizinhos, as instâncias informais que compõem seu território, além de pressupor, é claro, todas ações intra e intersetoriais.

Com influência das diretrizes matriciais, foi instituído o Programa BH Vida e o Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte. Sua implementação buscava, sobretudo, reorientar o modelo assistencial, com a atuação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma tentativa de manter um vínculo formal com uma parcela da população inscrita em um dado território. Assim:

As Equipes de Saúde Mental (ESM) nos Centros de Saúde, orientadas pelos princípios da política de saúde mental do município, atuariam em conjunto com os demais dispositivos da rede de saúde mental grave e persistente; b) O acolhimento dos portadores de sofrimento mental seria responsabilidade do Centro de Saúde, devendo os mesmos serem acolhidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) que contariam com o apoio matricial das ESM de referência; c) A proporcionalidade ESM/ESF obedeceria a critérios epidemiológicos, demográficos, de acesso etc, e não pelo número de ESF; d) Os CERSAMs também participariam do trabalho de referenciamento às ESF a partir do estabelecimento de micro-regiões ou micro-áreas. Assim, as equipes dos CERSAMs, divididas em mini-equipes, seriam responsáveis pelo referenciamento das micro-áreas dos distritos sanitários; e) O deslocamento da ESM até a ESF referenciadas seria priorizado para efetivar a atuação conjunta (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL, *apud* SILVA, 2009, p. 85).

A partir de tal reconfiguração, a PSM buscou: a) reconstrução de uma rede integralizada; b) a formação e implantação de ações e programas que respondam às demandas de saúde mental apresentadas nos territórios; e c) estimular as práticas desinstitucionalizadoras por meio do acolhimento em situações de crise que ocorriam nos serviços substitutivos, descentralizando a busca pelo eixo hospitalocêntrico (SILVA, 2009).

A Coordenação de Saúde Mental vigente efetivou a criação e abertura de mais três CERSAMs nas zonas Nordeste, Oeste e no distrito de Venda Nova. Outro avanço apresentado pela prefeitura foi a criação da hospitalidade noturna nos CERSAMs Leste e da Pampulha, com oferta de serviços 24 horas/7 dias por semana contendo plantão médico (01 profissional) e de enfermagem (03 auxiliares) (SILVA, 2009).

Devido ao afastamento de Célio de Castro durante seu segundo mandato, o vice-prefeito Fernando Pimentel (Partido dos Trabalhadores) assumiu a prefeitura em 2002, convidando a antiga gestão “Frente BH Popular” a ocupar novamente a Coordenação de Saúde Mental do município. De acordo com Silva (2009), o primeiro movimento realizado pela equipe foi a organização de fóruns, a nível central dos trabalhadores, para a redefinição do “Programa BH Vida” e do projeto de saúde mental. Além disso, a gestão objetivava ampliar para cinco o número de CERSAMs com funcionamento 24h/7 dias por semana.

A Coordenação de Saúde Mental também buscou realizar a articulação entre as equipes de saúde mental (ESM) e as equipes de saúde da família (ESF), de modo a orientá-los quanto aos princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento da rede. Desta forma, estabeleceu-se que a) as ESM nos Centros de Saúde atuariam com os demais dispositivos da rede de saúde mental, priorizando os atendimentos dos pacientes com transtornos mentais graves e/ou persistentes; b) as ESF também realizariam o acolhimento dos indivíduos em sofrimento psíquico, utilizando o apoio matricial da ESM como referência; c) deveria existir uma proporcionalidade, a nível demográfico, epidemiológico, de acesso e etc, entre as ESM e as ESF; d) os CERSAMs também seriam serviços de referência para as ESF; e e) o deslocamento das ESM até as ESF referenciadas seria priorizado, tendo em vista a importância de uma ação conjunta (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL *apud* SILVA, 2009, p.85).

Em revista eletrônica mensal, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) afirmou que tais decisões possibilitariam a redefinição da política de saúde mental belorizontina, objetivando:

Construir uma rede integrada de serviços, programas e ações inseridos na comunidade, capazes de desenvolver uma estratégia para responder às necessidades de saúde mental dos diversos territórios, a partir de uma perspectiva e prática de desinstitucionalização (...) nos serviços substitutivos as crises devem ser objeto de pronto acesso e acolhimento, na medida em que é pela via da crise que se alimenta o sistema manicomial/hospitalocêntrico” (GRUPO DE TRABALHO GEAS/INTEGRAÇÃO ESMESF, 2003: 2).

Além disso, é importante frisar que a Coordenação de Saúde Mental também visava a ampliação no número de CERSAMs 24 horas. Segundo a equipe:

(...) a proposta da hospitalidade noturna assegura-nos uma possibilidade muito clara: permite-nos manter conosco os pacientes que necessitem de cuidados contínuos, sem precisar recorrer aos hospitais psiquiátricos, (...) estaremos, muito simplesmente, ampliando para o dia inteiro uma atenção que oferecemos apenas em parte dele, de forma a não mais internar nos hospitais (SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA *apud* SILVA, 2009, p.86).

Antes de executar a ampliação da hospitalidade noturna, a Coordenação de Saúde Mental elaborou o projeto “O atendimento às crises e a Hospitalidade Noturna”, de modo que fosse possível pontuar os pontos críticos apresentados pelos dois CERSAMs que já tinham aderido à modalidade 24h. Notou-se, entretanto, que não foi apresentada uma diminuição no número de internações de usuários em hospitais psiquiátricos. Segundo relatório emitido pela SMSA-BH em conjunção com a Coordenação:

(...) de fevereiro a abril de 2002, internaram-se em hospitais 522 pessoas de BH; no mesmo período do ano seguinte, após a abertura dos serviços [24hs], internaram-se 531. Além disso, os dois CERSAMs 24h apresentavam uma tendência a ocuparem a maior parte dos seus doze leitos (seis leitos em cada um) noturnos com a sua própria clientela, acolhendo um número pouco expressivo de casos novos de urgência durante à noite. O cotidiano dos dois serviços 24hs também apresentava alguns problemas, conforme evidenciado nas oficinas de trabalho: 1) Os usuários se queixavam de pernoitar em CERSAM diferente do qual se tratavam durante o dia ou pernoitar, inclusive, em hospital psiquiátrico quando faltavam vagas nos CERSAMs 24hs; 2) Medicalização excessiva, ou seja, ou seja, nos dois CERSAMs 24hrs os usuários que vinham de outros CERSAMs para pernoitar eram os mais medicados, evidenciando uma hegemonia do modelo médico e do modelo tradicional de plantão; 3) Desgaste na relação entre os profissionais dos sete CERSAMs nas negociações para a obtenção de leitos noturnos (SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA *apud* SILVA, 2009, p.87).

Tendo em vista os déficits analisados, a SMSA-BH implantou em 2006 o projeto “A Urgência Psiquiátrica e a Hospitalidade Noturna”, que centralizou-se em dois objetivos: 1) a expansão dos atendimentos 24hs em todos os sete CERSAMs; 2) a criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), que configurava-se enquanto um local de

cuidado que possuíam leitos, sala de oficina e refeitório, além de funcionar como um serviço móvel e flexível, tendo em vista sua articulação com o SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência) e presença da Unidade Móvel de Suporte Avançado (USA) (SOUZA, 2009). Além disso, inspirada pelo modelo aderido pelo CAPS Novo Tempo, em Campinas, a Hospitalidade Noturna nos CERSAMs passou a contar apenas com auxiliares de enfermagem durante o período noturno.

Nos anos seguintes, em meio ao segundo mandato do prefeito Fernando Pimentel, o projeto da Hospitalidade Noturna ampliada sofreu intensa oposição do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG); além disso, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG), em parecer técnico, afirmou que embora apoiasse a ideia do projeto, era contrário à atuação de auxiliares de enfermagem sem a supervisão de um enfermeiro (LIMA, 2005).

Apesar das ferrenhas críticas, a Coordenação de Saúde Mental afirmou em nota (COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL-SMSA, *apud* SILVA, 2009, p.89):

(...) a transformação de todos os CERSAMs em CAPS III (com oferta de hospitalidade noturna), torna-se um dispositivo imprescindível e uma prioridade inadiável. A Secretaria Municipal de Saúde enfrenta as resistências e os obstáculos interpostos por segmentos, os mesmos que, ou se opuseram publicamente ou foram omissos em relação à implantação da Reforma Psiquiátrica e fazem, agora (...) oposição à proposta de ampliação do número de CAPS III na cidade.

Com aprovação do projeto, a Hospitalidade Noturna ampliada e o Serviço de Urgência Psiquiátrica passaram a funcionar em todos os CERSAMs no mês de setembro de 2006, oferecendo de quatro a seis leitos para os sujeitos que necessitassem de acompanhamento no turno noturno; ademais, a Santa Casa da Misericórdia passou a contar com o Serviço de Urgência Psiquiátrica, ofertando seis leitos de retaguarda. Sobretudo, os atendimentos pernoite eram destinados aos indivíduos que já eram usuários da rede de saúde mental, enquanto o SUP seria responsável pelo acolhimento dos novos casos, encaminhando-os, no dia seguinte, ao CERSAM mais próximo do seu território.

De acordo com Souza (2009), o que sustentou a implantação desses e outros serviços que compõem a rede belorizontina foi a definição de crise a partir da sua dimensão clínica clássica, considerando o seu entendimento para além do sintoma. “A crise sempre traz uma dimensão do laço social (...) Este é o núcleo central da crise (...) são a configuração do laço social e a posição do sujeito que irão modular (...) a gravidade e a forma de apresentação da crise” (SOUZA, 2009, p.117).

Através de um levantamento histórico-documental entre os anos oitenta e meados da primeira década do século XXI, foi possível concluir que a construção da política de saúde mental em Belo Horizonte balizou-se nos princípios da Reforma Psiquiátrica, apresentando ao longo dos anos progressivos avanços e pontuais retrocessos. A ideia de “tratar em liberdade” não implicou apenas no projeto de desospitalização, mas também no desmonte de paradigmas e construção de novas referências que ganharam forças por meio de uma política permissiva a interlocução entre diversos atores.

Entende-se que a tomada de decisões não deve considerar apenas os aspectos tecnoburocráticos, mas também levar em conta a realidade do território, as vivências apresentadas pelos usuários do sistema, as reivindicações dos trabalhadores do sistema de saúde mental e os movimentos que emergiram entre diversos sujeitos. Nessa perspectiva, o próximo tópico buscou abordar sobre a continuidade da PSM de Belo Horizonte a partir do ano de 2010, considerando as mudanças e implantações ocorridas ao longo dos anos.

5.4 Belo Horizonte em um quarto momento (2011-2023): “Para a rede foi impossível passar ilesa a tanto bombardeio, a tanta ação premeditada” (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa)

No que tange a política de saúde mental brasileira, o início da segunda década dos anos 2000 foi marcado pela instituição da Rede de Atenção Psicossocial através da portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011), explicitada no quadro 2, que tinha como objetivo criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para indivíduos em sofrimento mental e aos usuários de crack, álcool e outras drogas. De acordo com a normativa, a RAPS seria organizada de maneira regionalizada, limitada a um contingente populacional e com cuidado feito de modo territorial. Sobretudo, é importante frisar que a ideia de atender em território advém da constatação de que:

O território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo (...) Para cada cliente, seu território familiar, cultural, mitológico, socioeconômico e jurídico (...) [O território] objetivado como área de atuação de um serviço comunitário, subordinado à estratégia de uma rede de atendimento psicossocial eficaz e tomado pela responsabilidade da resolução dos casos psiquiátricos de um recorte populacional ultrapassando, assim as limitações das organizações hierarquizadas e regionalizadas, do modelo preventivista (CARVALHO, 2001, p.34-35).

Quadro 2 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria n.3088/2011

Atenção básica em saúde:
a) Unidade Básica de Saúde (UBS); b) Equipe de atenção básica para populações específicas; c) Equipe de Consultório na Rua; d) Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e) Centros de Convivência.
Atenção psicossocial especializada:
a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência:
a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde.
Atenção residencial de caráter transitório:
a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
Atenção hospitalar:
a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Estratégias de desinstitucionalização:
a) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).
Reabilitação psicossocial.

Fonte: quadro confeccionado pela autora.

Além das dimensões jurídicas e políticas que envolvem a construção da rede, o modelo de atenção psicossocial pressupõe um entendimento clínico que ressignifica o sintoma e valoriza a liberdade, autonomia e reconstrução do sujeito que é usuário de quaisquer dos dispositivos da RAPS. Nesse sentido, durante a construção da rede foi necessário desenvolver novas estratégias de trabalho que estivessem para além dos modelos de cuidado tradicional. Dentre tais alternativas, tem-se o atendimento multidisciplinar, oficinas terapêuticas, rodas de conversa, discussão dos casos entre as equipes, estratégias para prevenção e afins.

Decerto, a ampliação do acesso ao cuidado seguiu com incrementos de serviços e transformações no trabalho de modo regular até 2015 – Pois, de acordo com Silva e Ferreira Neto (2023, p.4):

Devido o retrocesso democrático iniciado com o impeachment contra a ex presidenta Dilma Rousseff, diversas instâncias sociopolíticas e econômicas apresentaram retrocessos em suas respectivas áreas. Em dezembro desse mesmo ano, o ex Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Tykanori, foi substituído pelo psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, que não possui algum tipo de ligação com o movimento antimanicomial ou com a própria Reforma Psiquiátrica. Para tanto, tal nomeação foi marcada pela possibilidade de aproximação entre o eixo da saúde e o modelo neoliberal, já que expressou o início do desmonte dos serviços substitutivos ofertados pela RAPS.

No ano seguinte, durante o governo do ex presidente Michel Temer (Movimento Democrático Brasileiro) instituiu-se uma medida provisória que, posteriormente,

originou a Emenda Constitucional 95/2016, responsável por congelar por vinte anos as verbas destinadas às políticas sociais. Além disso, em 2017 promulgou-se a portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017), “que propôs diretrizes responsáveis por obstruir a possibilidade de exercício pleno da RAPS, além de reorientar o tratamento e reinserção dos usuários da rede” (SILVA, FERREIRA NETO, 2023, p.5).

Já em 2018, no início do mandato do ex presidente Jair Messias Bolsonaro (Partido Social Liberal), foi decretada a Portaria 3.659/2018, que suspendeu os auxílios financeiros destinados aos CAPS, SRTs, as unidades de acolhimento e os leitos de saúde mental que integravam a rede (BRASIL, 2018). Ademais, o marco mais simbólico do governo Bolsonaro com relação à saúde mental foi o lançamento da Nota Técnica 11/2019, que desconsiderou a utilização dos serviços substitutivos, incentivou o retorno a lógica hospitalocêntrica e apoiou a expansão das Comunidades Terapêuticas. Segundo Correia, Martins e Requião (2019, p.4), essa tomada de decisão governamental deu suporte ao ‘discurso institucional que tende ao absurdo das ações manicomiais apresentadas como “novas” formas institucionalizadas’.

Ademais, o desincentivo a nível federal não cessou através da última eleição para presidência da república. Apesar da vitória de um governo democrático liderado por Luís Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores), as Comunidades Terapêuticas ganharam ainda mais força devido a criação do Departamento de Apoio Às Comunidades Terapêuticas (DACT), localizado no Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Quanto a isso:

Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) emitiram notas de repúdio a respeito de tal decisão, e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da aprovação da recomendação 001/2023, sugeriu a extinção do DACT. Em junho do mesmo ano, o MDS redefiniu o Decreto 11.392, renomeando o órgão como Departamento de Entidades de apoio e Acolhimento Atuais em Álcool e Drogas. O intuito seria de, sobretudo, realizar uma modificação na abordagem utilizada nas CTs, promovendo o cuidado multidisciplinar pautado em condutas éticas que estão de acordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica (SILVA, FERREIRA NETO, 2023, p.12).

Destarte, com a breve apresentação da política de saúde mental brasileira na última década, retornaremos ao ponto central desta seção: entre a instauração e o desmonte da RAPS no Brasil, a PSM belorizontina também sofreu avanços e retrocessos.

De acordo com o guia da Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte produzido pela Gerência da Rede de Saúde Mental (GRSAM), a RAPS-BH conta os seguintes dispositivos (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, 2022, p.8):

- I - Serviços na Atenção Primária em Saúde e Inserção Social:
 - a) Saúde Mental nos Centros de Saúde
 - b) Equipes Complementares de Saúde Mental da Criança e Adolescente
 - c) Consultório na Rua
 - d) Arte da Saúde: Ateliê de Cidadania
 - e) Centros de Convivência
 - f) Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários (IEES)
- II - Estratégias de desinstitucionalização:
 - a) Serviço Residencial Terapêutico
 - b) Programa de Volta para Casa
- III - Serviços de Referência em Saúde Mental:
 - a) Centros de Referência em Saúde Mental
 - b) Centros de Referência em Saúde Mental - Álcool e Outras Drogas
 - c) Centros de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
 - d) Serviço de Urgência Psiquiátrica
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório:
 - a) Unidade de Acolhimento Transitório
 - b) Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil
- V - Atenção Hospitalar:
 - a) Leitos Clínicos no Hospital Municipal Doutor Célio de Castro (HMDCC) para usuários da Saúde Mental em crise..
- VI - Residência Integrada em Saúde Mental

O guia da RAPS-BH traz à luz informações mais específicas sobre os dispositivos municipais, apresentado nas seguintes tabelas:

Tabela 1 – Atenção Primária à Saúde e Inserção Social em Belo Horizonte

Atenção Primária à Saúde e Inserção Social	
226	Profissionais de SM (Psiquiatria e Psicologia) distribuídos nos 152 Centros de Saúde
8	Equipes de Consultório na Rua
9	Centros de Convivência
51	Oficinas do Arte da Saúde: Ateliê de Cidadania
9	Equipes Complementares de Saúde Mental da criança e do adolescente, compostas por Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Psiquiatra Infantil
1	Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte

Tabela 2 – Atenção Psicossocial Especializada em Belo Horizonte

Atenção Psicossocial Especializada	
8	Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM
3	Centros de Referência Infantojuvenil – CERSAMi
5	Centros de Referência em Saúde Mental para Usuários de Álcool e Drogas CERSAM AD
1	Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturna

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte

Tabela 3 – Estratégias de Desinstitucionalização em Belo Horizonte

Estratégias de Desinstitucionalização	
34	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
	Programa de Volta pra Casa (PVC)

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte

Tabela 4 – Atenção Residencial de Caráter Transitório em Belo Horizonte

Atenção Residencial de Caráter Transitório	
1	Unidade de Acolhimento Transitório Adulto
1	Unidade de Acolhimento Transitório Infantojuvenil

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte

Tabela 5 – Formação em Belo Horizonte

Formação	
1	Residência Integrada em Saúde Mental – Multiprofissional e Psiquiatria (RISM - HOB)

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte

Tabela 6 – Rede Hospitalar em Belo Horizonte

Rede Hospitalar	
10	Leitos Clínicos no Hospital Municipal Doutor Célio de Castro(HMDCC) para usuários da Saúde Mental em crise.

Fonte: Guia da Rede de Atenção Psicossocial – Belo Horizonte (2022)

Contando com os serviços da RAPS, a cidade de Belo Horizonte tentou manter ao longo da década a continuidade do movimento de desospitalização da saúde mental. Sobretudo, o estabelecimento da rede na capital mineira auxiliou na diminuição de internações psiquiátricas, já que através das estratégias articuladas pelo modelo assistencial os pacientes de Belo Horizonte passaram a buscar ainda mais os CERSAMs de suas regionais.

‘Assistencialmente o hospital psiquiátrico tem impacto pífio na saúde mental. Por dia, a urgência de um CERSAM em Belo Horizonte atende mais que o “grande Raul Soares” pois “o grosso” dos casos são atendidos nos Centros de Saúde pelas equipes de saúde mental, que dispõem dos outros dispositivos, como os Centros de Convivência, Unidades de Atendimento, no projeto Arte

da Saúde e nas Residências Terapêuticas (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

Entretanto, a sequência de decisões políticas a nível federal, como as emendas, as portarias e a nota técnica supracitadas, influenciou, de maneira consequencial e direta, o desincentivo na PSM belorizontina. Desde 2011 os CERSAMs não recebem aumento e financiamento, de modo que o município é o responsável por custeá-los; e enquanto isso, especialmente após a crise política do estado democrático brasileiro (2015-2022), a Nota Técnica 11/2019 possibilitou o aumento das diárias dos hospitais psiquiátricos e o financiamento destinado às Comunidades Terapêuticas, bem como o número de vagas desta (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

A Rede de Atenção Psicossocial se viu em inaceitável competição, como já sinalizamos, com uma rede de "comunidades terapêuticas" que foi construída pelo setor privado (geralmente, filantrópico e religioso). A disputa de projeto e as contradições se agudizaram no que concerne à atenção para as pessoas que consomem drogas consideradas ilícitas. Esta rede oferece respostas repressivas, de cunho moralista, sem projeto clínico e de reabilitação efetivos. Disputam recursos, mesmo assim, com os consultórios de rua e os CERSAMs (CAPS) álcool e outras drogas, dificultando o desenvolvimento de projetos públicos de atenção (GOULART, 2015, p.210).

Com “1 CERSAM para 300.000 habitantes, com clara insuficiência de recursos” (GOULART, 2015, p.210), a rede belorizontina encontra-se atualmente com uma má distribuição de verbas públicas e constante ameaça de privatização. É válido mencionar que durante a escrita da presente dissertação houve uma tentativa do governo de Minas Gerais de privatizar, por meio da FHEMIG, determinados centros de referência sediados na capital. A proposta foi divulgada pela FHEMIG em fevereiro de 2023, mas só em dezembro do mesmo ano, entre intensas negociações envolvendo a prefeitura de Belo Horizonte e o governo do estado, que foi assinado um termo de municipalização dessas unidades de saúde mental.

Decerto, em meio a uma grande demanda, escasso repasse financeiro, aniquilação dos dispositivos e diversos desestabilizadores a nível federal e estadual, a PSM belorizontina – e de quase todo o estado de Minas Gerais – ainda vivencia um quarto momento. Informalmente denominado pela autora como “período crítico” (2011-2023), a presente dissertação pôde acompanhar o supracitado desmonte das políticas públicas que foram construídas ao longo de três décadas.

Devido ao encerramento da pesquisa a nível bibliográfico, documental e verbal, as informações concedidas limitaram-se ao final de 2023. Para a defesa deste trabalho, prevista para março do ano seguinte, espera-se que novas tomadas de decisões tenham

ocorrido em diversos níveis do poder, de modo que a RAPS consiga dar sequência a uma tentativa de desospitalização do cuidado.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo como base os objetivos elencados pela pesquisa, os resultados em discussão foram compostos por informações coletadas via pesquisa histórico documental sobre as legislações federais, estaduais e municipais que amparam/ampararam o campo da saúde mental no Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte. Além disso, considerou-se os relatos obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com servidores e ex servidores de hospitais psiquiátricos públicos da capital mineira.

A partir dos dados supracitados, foram encontradas benéficas modificações estruturais, organizacionais e técnicas nas instituições pesquisadas, bem como positivas transformações no campo jurídico e legislativo. Além disso, é importante destacar que também foram apresentados aspectos negativos na condução do cuidado em ambiente hospitalar, fora os retrocessos legais fortemente influenciados pela vigência de determinados governos a nível estadual e federal.

A discussão sobre resultados obtidos com o desvelamento dos objetivos previamente especificados organizou-se da seguinte forma: na primeira seção destacou-se os impactos das modificações legislativas para o pleno funcionamento da RAPS em Minas Gerais. Posteriormente, abordou-se sobre os efeitos políticos e institucionais ocorridos nas instituições psiquiátricas belorizontinas a partir da Reforma Psiquiátrica mineira, demonstrando os avanços e retrocessos encontrados. Sobretudo, é importante destacar que todos os resultados coletados são frutos das somas de informações adquiridas via triangulação de métodos – ou seja, não há uma metodologia que se sobressaiu diante das outras durante a análise dos dados.

7.1 É preciso [re] construir a rede

No que tange a Rede de Atenção do estado de Minas Gerais, a presente dissertação deu maior enfoque, através do capítulo seis, para o seu desvelamento e funcionamento na capital mineira; contudo, destaca-se que os acontecimentos narrados puderam refletir também nas regiões metropolitanas e cidades de menor porte, já que uma parte das tomadas de decisões políticas não se restringiram apenas à grande BH, mas em todo o estado a partir das singularidades apresentadas por cada município. Desse modo, ao considerar a RAPS enquanto um dispositivo contido no Sistema Único de Saúde, é sabido que as modificações e desmontes sofridos pela rede não se restringiram tão somente a um local, mas abarcam todos os serviços espalhados pelas regiões brasileiras diante de suas particularidades.

Tais ataques legislativos a nível federal e estadual em conjunção com os relatos percorridos durante entrevistas para esta dissertação demonstraram um desfalque na atuação dos serviços substitutivos no território estadual, mesmo com a constituição integralizada e territorial apresentada pela rede. Em meio a déficits e limitações, a presente pesquisa verificou que, atualmente, Minas Gerais apresenta cinco grandes conflitos para a execução, funcionamento e manutenção da Rede de Atenção Psicossocial.

A primeira problemática diz respeito à ausência de dispositivos consolidados e efetivos nas regiões metropolitanas e outras cidades do interior de Minas Gerais, especialmente a macrorregião Nordeste, que de acordo com Macedo (2020, p.42) encaixou-se como vazio assistencial. “Quanto às demais microrregiões: 2% ainda tinham cobertura insuficiente; 13% baixa; 15% regular; 6% boa e, 60% muito boa”.

Assim, pacientes que outrora poderiam vir a fazer uso do serviço substitutivo local passam a ser encaminhados para o Instituto Raul Soares, tendo em vista que os dispositivos dos seus territórios não conseguiam lidar com o sujeito em crise.

O Raul atende as regiões metropolitanas. Sabará, por exemplo, manda muito paciente. Ribeirão das Neves também, além de ter muitos casos de reinternação. Em Ribeirão, o CAPS, que é o NAPS lá, é muito escasso de recurso, não se dá o devido investimento (...) e isso você também vê em Sabará, acaba que nessas cidades a rede acaba que não tem muito contato com os Centros de Saúde, os Centros de Convivência (...) e aí o paciente acaba não aderindo o tratamento na rede (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

“A exemplo de Ribeirão das Neves e outras cidades do interior...não há o desenvolvimento de uma rede de saúde mental de fato, de articulação da rede, de ter um CAPS de fato” (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa). De acordo com Chico, “há CAPS que funciona de 8h às 17h, CAPS que funciona de 8h às 12h, lá em Vespasiano...que realidade de trabalho é essa? Para um serviço de urgência psiquiátrica?”.

Em entrevista, apontou-se que a segunda problemática ocorre devido a desarticulação entre determinados dispositivos que compõem a rede; ou seja, não há uma interação entre os serviços, seus profissionais e os usuários que as compõe, de modo que permite escapar a totalidade e individualidade de cada caso. Desconhecer fatores como o contexto no qual o sujeito em crise está inserido, o seu território ou os laços sociais a qual este pertence dificulta a condução daquela situação, pois torna-se difícil pensar cada paciente a partir de suas singularidades, e não tão somente a partir de um diagnóstico pré-definido. “Na maior parte dos casos não há nem a produção do projeto terapêutico” (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Nesse sentido, se muitos dos casos que chegavam a porta das instituições psiquiátricas não possuíam projeto terapêutico pré-formulado, o encaminhamento tinha como objetivo claro a institucionalização de um sujeito que não conseguiu ser amparado pela rede do seu território.

Muitos (dispositivos) chegavam a nem construir um projeto terapêutico, e muitos CAPS encaminhavam com a intenção de institucionalizar. Tiveram casos em que os CAPS fizeram de tudo pra institucionalizar. Esses CAPS em geral são do interior. Os CAPS das regiões metropolitanas também não conseguem lidar com a demanda. Alguns são CAPS II, outros são CAPS II mas que parecem um CAPS I... Eu percebo que não há um envolvimento dessas redes de saúde (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Entre pesquisas bibliográficas, documentais, e durante as entrevistas concedidas pelos participantes da presente pesquisa, notou-se que a RAPS mineira tem como terceiro agravante a ausência de investimentos políticos e financeiros nas unidades de Atenção Básica, o que dificulta a execução de atividades matriciais. De acordo com Chico, a falta de recursos destinados a tais serviços desfavorece a presença de servidores da saúde mental na AB, o que acaba contribuindo para a desnecessária superlotação dos CERSAMs locais. Para o assistente social:

A saúde mental tem que estar na atenção básica, os cuidados com o paciente, quando ele não está em crise, é na atenção básica, sabe? A manutenção do tratamento, a continuidade do tratamento com ele. Um tratamento que muitas vezes não vai durar para sempre, mas vai fazer com que o indivíduo tenha autonomia. O CERSAM me fez entender essa lógica, e é preciso fazer esse trabalho com os Centros de Saúde. Mas aí os Centros de Saúde muitas vezes não participam das reuniões de micro para discutir um caso (...) seria interessante trabalhar com a Atenção Básica trazendo o saber especializado da saúde mental.

Além disso, a quarta problemática encontrada surge enquanto uma consequência da adversidade anterior: a falta de investimento financeiro nas redes mineiras está afetando também seus servidores devido o movimento de precarização do trabalho destes. “Tá extremamente precarizado, os profissionais estão exaustos, eles tão trabalhando em dois empregos pra dar conta do financeiro. Falta investimento político mesmo, sabe?” (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Ademais, em entrevistas realizadas para a pesquisa apontou-se também sobre a terceirização dos servidores de serviços substitutivos como fragilizador do cuidado em rede. De acordo com Caetano, os vínculos trabalhistas estão tornando-se delicados, pois o movimento de contratação via empresa não permite a aproximação entre os trabalhadores, o que interfere diretamente na lógica de trabalho territorializado. Decerto, a ausência de aproximação entre os servidores da rede municipal passa a ser um

dificultador para a aderência e o tratamento dos usuários, pois a não comunicação efetiva entre um dispositivo e outro impede a realização de uma ação matricial.

Sobretudo, é importante pontuar que a falta de comunicação entre dispositivos para o acolhimento de pacientes em sofrimento mental acaba por atribuir aos usuários da rede uma sintomatologia pré-definida – “se tal pessoa fez isso ou tal pessoa possui esse diagnóstico, então manda para o CERSAM” (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa). Tal lógica reproduz uma visão moralista e manicomial a respeito dos pacientes psiquiátricos, pois reduz seu tratamento a um só espaço e perpetua a narrativa de que o manejo da loucura deve ser feito de maneira isolada, considerando apenas os sintomas apresentados, sem investigar o contexto psicossocial de cada paciente.

Desse modo, o quinto problema verificado através da presente pesquisa diz respeito a sustentação desse discurso e dessa lógica manicomial na própria RAPS mineira, que de maneira direta acaba por influenciar nas práticas adotadas pelos dispositivos da rede. “A RAPS em si é manicomial, porque querendo ou não umas práticas e outras acabam sendo reproduzidas. São reproduzidas práticas adotadas nos manicômios, a exemplo da contenção. Já vi mais contenção nos CERSAMs do estado do que no Raul”, afirma Chico.

Claro, também dada a lógica de estar em um espaço menor, do sujeito estar em crise, que não se tem outras formas de agir, que é preciso fazer algo, aí utiliza-se a contenção como último recurso. E, assim, quando eu digo isso, quando eu digo que a rede é manicomial, por vezes, por muitas vezes, é porque ela reproduz visões moralistas sobre um paciente psiquiátrico (...) Isso acontece muito nos Centros de Saúde, eles enxergam os usuários dos CERSAMs como verdadeiros incapazes de ter uma autonomia (...) e aí que tá a importância do matriciamento, né? Pois ele permite a aproximação de dispositivos com o saber especializado...ele permite ir contra a construção das narrativas, dos discursos manicomiais (...) No CERSAM é possível entender o papel da Atenção Básica para a saúde mental. A Atenção Básica poderia ter esses cuidados de saúde mental, e a gente vê essa lógica através de muitos encaminhamentos de pacientes que eram pra ser tratados lá, sabe? Não seria preciso buscar um CERSAM que, por estar sucateado, vai encaminhar o usuário para o Raul (Chico, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

As problemáticas nas Redes de Atenção são frutos de uma grave crise política, social e financeira vivenciada não só no estado de Minas Gerais, mas em todo território brasileiro. Os hospitais psiquiátricos permanecem recebendo financiamento público, ‘mas aí o discurso continua o mesmo: “por que o CAPS não funciona?” É porque não existem políticas públicas’ (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa). Sobretudo “não é a instituição, não são quatro paredes que vão determinar se um serviço é manicomial ou não. São as atitudes. E o CAPS de fato pode ser manicomial” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

São inúmeras as adversidades encontradas, e isso intensifica-se para mais ou para menos a partir do serviço que o usuário se encontra, do profissional que o atende, das narrativas circulantes naquele local, “mas ainda assim, nada se compara ao hospital psiquiátrico. Parece que lá é um mundinho particular onde simplesmente não se entende a questão histórica da coisa” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Após a demonstração dos resultados coletados sobre o atual funcionamento e aplicabilidade da PSM em Minas Gerais, a próxima seção buscou desvelar os efeitos políticos e institucionais ocorridos no “mundinho” das instituições psiquiátricas pesquisadas. Sobretudo, é importante ressaltar de antemão que uma grande parte das problemáticas apontadas na PSM mineira estão diretamente correlacionadas aos conflitos encontrados no IRS e no HGV, tendo em vista que o bom funcionamento de uma rede implica na desocupação gradual dos hospitais.

7.2 Um retrato sobre os hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte: avançamos?

Através da leitura desta dissertação percebeu-se que as lutas em oposição ao manicômio conceberam diversos efeitos na esfera macropolítica, ora mostrando-se mais fortes e positivas – a exemplo da promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) – e ora enfraquecidas – como ocorreu a partir de 2015 com o início do declínio do estado democrático.

Independentemente do cenário apresentado, é incontestável que a instituição psiquiátrica tenta sobreviver de diversas maneiras e em diversos tempos, seja por meio da hegemonização do conhecimento médico-psiquiátrico, a partir da transformação de seus espaços ou através de uma falsa modernização em seus tratamentos. Decerto, são de maneiras sutis mas incisivas que a resistência manicomial aparece e reaparece na dimensão do real brasileiro.

Ela se fez evidente e presente quando foi proposta a Nota Técnica 11/2019 (BRASIL, 2019), que se utilizou das políticas públicas para o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial e em defesa da internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas. Mas também aparece transvestida em forma de “cuidado”, a exemplo da substituição do uso desenfreado de camisas de forças por contenções químicas/físicas, ou até mesmo na falsa modernização do seu discurso, “que passou a incluir pautas como ética, humanização e direitos civis, apesar de seguir impondo sua verdade e calando o suposto doente” (NADER, 2017, p.79).

Foi em meio a pesquisa histórico documental, revisão bibliográfica e realização de entrevistas com servidores e ex servidores do Hospital Galba Velloso e do Instituto Raul Soares que se percebeu com afinco essa dualidade na expressividade manicomial. Em muito se avançou, mas uma grande parte do movimento de rejeição a loucura ainda resiste de formas duras ou sutis, seja dentro ou fora do ambiente hospitalar.

7.2.1 *As estruturas*

Os relatos demonstrados anteriormente apresentam uma grande diferença entre a estrutura dos hospitais psiquiátricos antes e após a consolidação da Reforma Psiquiátrica mineira/brasileira. Se anteriormente o HGV apresentava 6 enfermarias (3 masculinas e 3 femininas) e o IRS continha 7 enfermarias (3 masculinas, 2 femininas, 1 mista e 1 destinada aos pacientes que viriam a receber alta), após o processo reformista cada hospital contava/conta com 3 enfermarias (1 masculina, 1 feminina e 1 mista).

Sobretudo, ambas instituições adotaram posteriormente estruturas que visassem o atendimento em situação de crise – como o Centro de Acolhimento a Crise (antigo projeto do HGV) e o serviço de urgência, sediado no IRS (que, de acordo com Astrud, assistente social do IRS, é composta tão somente por médicos). Tais serviços atuava/atua como porta de entrada para o hospital, possibilitando uma observação clínica do paciente antes de ser decidido sobre a necessidade de interná-lo ou não.

Estruturalmente falando, tal ideia conteve a continuação do processo de institucionalização em massa e demonstrou resultados positivos. Contudo, em ambas as instituições o número de pacientes nas enfermarias persistia consideravelmente maior que a quantidade de sujeitos que cessavam na urgência a busca por um tratamento hospitalar.

Ainda no que tange a organização estrutural dos hospitais pesquisados, tanto o HGV quanto o IRS fazia/faz utilização de trancas nas enfermarias para o controle dos internos. Ângela afirmou que no HGV todos os pacientes que estavam em alas permaneciam trancafiados devido a magnitude espacial do Galba; já em entrevista com os servidores do Raul Soares, constatou-se que apenas os internos mais “problemáticos” (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa) permaneciam trancados nas enfermarias; o restante poderia circular pela área externa do hospital em horários pré-definidos pela organização hospitalar, sempre acompanhado de um profissional de referência.

Tanto o HGV quanto o IRS possuía/possui local reservado para a ocorrência de atividades terapêuticas e ocupacionais. O HGV contava com o Galbarte, enquanto o IRS

tem o espaço terapêutico, que permanece ativo mas apresenta na prática um déficit de materiais para o desenvolvimento de atividades. Destarte, tais serviços eram/são destinados apenas aos pacientes que “apresentam bom comportamento” e não estão em estado de agitação (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa); aos “rebeldes”, “heteroagressivos” ou com “risco de autoextermínio” não restava outra alternativa senão permanecer na enfermaria, andar pelo pátio interno e aguardar pelo horário para o próximo medicamento (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

As estruturas psiquiátricas em questão possuem, *em tese*, diferenças entre os antigos espaços manicomiais. Não existem mais (*grandes*) muros cercando o hospital e não utiliza-se mais as correntes para controlar o interno – *apenas* as faixas de contenção física. Pacientes podem andar livremente pelas locações hospitalares – desde que seus comportamentos estejam acordo com as normas institucionais – e possuem uma relação direta (mas altamente *restrita*) com o mundo externo. Houve a implantação dos espaços terapêuticos e isso *poderia* modificar o manejo com o paciente psiquiátrico – a depender do profissional que o acompanhasse. Mas tais (*tentativas de*) modificações não mexeram profundamente no âmago do problema, já que a fronteira que separa o sujeito do ambiente continua sendo invadida, e “as encarnações do eu são profanadas” (GOFFMAN, 1961/2015, p.31).

Humanização é necessária, mas por um tempo, depois você tem que fazer a restituição radical daquele espaço (...) eu achava que se eu humanizasse, pintasse de ouro, pusesse uma cama pra cada um, se eu chamasse o usuário pelo nome, se eu colocasse uma roupa, se eu melhorasse a alimentação, pronto, a liberdade quase seria uma consequência, né. Só que não era isso (Caetano, ex psiquiatra do HGV e IRS, entrevista de pesquisa).

Sobretudo, notou-se que as estruturas encontradas nos hospitais pesquisados ainda se assemelham em muito as características postuladas por Goffman (1961/2015) a respeito das instituições totais. Segundo o autor, os espaços psiquiátricos caracterizam-se enquanto um mundo que se divide em três partes.

Em primeiro lugar há “o espaço situado fora de seus limites, ou fora de seu alcance” (GOFFMAN, 1961/2015, p.189), que para todos os internos dos hospitais pesquisados, com pouquíssimas exceções, configura-se enquanto tudo aquilo que encontrasse para além do muro hospitalar ou das enfermarias. A segunda parte é denominada enquanto o “espaço de vigilância”:

(...) a área em que o paciente não precisava de uma desculpa específica para ficar, mas estavam sujeito à autoridade e às restrições usuais do

estabelecimento. Para os pacientes com licença para andar livremente, essa área incluía a maior parte do hospital (GOFFMAN, 1961/2015, p.189).

Finalmente, o terceiro e último local apontado por Goffman, denominado como “locais livres”, tinha como característica a ausência de uma autoridade da equipe dirigente. De acordo com o autor, há duas formas de ocupação desta zona: a primeira maneira dá-se independentemente do espaço físico, pois só é preciso estar longe dos olhares e ouvidos dos membros da equipe dirigente:

O internado pode sorrir disfarçadamente, ao virar o rosto; pode mastigar alimento sem movimento aparente das mandíbulas (quando a alimentação é proibida), esconder na mão um cigarro aceso, quando não devia estar fumando, usar a mão para esconder da enfermeira as fichas que ganhou durante um jogo de pôquer. Esses eram os recursos de ocultamento empregados no Hospital Central (GOFFMAN, 1961/2015, p.190).

Além desses modos temporários de evitar a vigilância hospitalar, havia um segundo modo de ocupação desses “locais livres”: a partir da cooperação entre internos e membros das equipes, espaço limitados seriam ocupados pelos pacientes, com os níveis de vigilância e restrição marcadamente reduzidos. Tais características assemelham-se àquelas incorporadas aos atuais espaços terapêuticos dos hospitais pesquisados, apesar de Goffman referi-los como locais destinados a atividades proibidas (GOFFMAN, 1961/1965, p.191):

(...) espaços em que o internado podia ter livremente uma certa amplitude de atividades proibidas e, ao mesmo tempo, certo grau de segurança. Tais locais frequentemente também permitiam uma redução marcante na densidade usual da população, o que contribuía para a calma e o silêncio que os caracterizavam. A equipe dirigente desconhecia a existência de tais locais, ou a conhecia, mas deles se afastava ou tacitamente deixava de exercer sua autoridade ao neles entrar.

Ainda que se entenda a importância do papel desempenhado pelo HGV e IRS – especialmente aos sujeitos que não possuem acesso a um serviço substitutivo bem estruturado –, é necessário rever quais efeitos são desempenhados pelas instituições psiquiátricas com relação ao interno. De quais maneiras a estrutura vigente contribui para a melhoria do sofrimento psíquico? Como é possível [re] construir o laço social entre muros? Os hospitais pesquisados estão contribuindo para a passagem ao ato do paciente psiquiátrico?

Pra mim isso aqui é uma prisão. Eles são trajados com um uniforme, eles ficam trancados na enfermaria, eles têm o horário para ir pro pátio, eles têm os horários pro espaço terapêutico (...) tudo é regado, tudo é negado, é muito difícil você ver uma vontade deles ser respondida. Porque ele (o paciente) é doido. E doido não tem vontade (...) pode ter melhorado, pode ter mudado, mas as violências continuam as mesmas (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

7.2.2 Os discursos

Dentro do espaço psiquiátrico a Medicina ocupou, durante o século XX, uma dominância em relação aos outros campos do conhecimento; o médico era encarado como o “sujeito do suposto saber”, e sua mediação era a única capaz de assegurar aquilo que nem mesmo o próprio organismo do doente conseguiria fazer. Mais do que uma ordem alçada no discurso científico, a narrativa médica que prevalecia entre os muros manicomiais era, antes de mais nada, uma ordem jurídica que decidia sobre os casos, realizava intervenções e decretava um não-lugar aos enfermos (CLAVREUL, 1983).

É importante ressaltar que as instituições psiquiátricas pesquisadas, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, mantiveram-se organizada de tal modo; Nove entre dez entrevistados afirmaram que os discursos circulantes e as tomadas de decisões foram e ainda são realizadas por médicos psiquiatras. A única ressalva deu-se com o depoimento de Ângela, que afirmou que a maior parte das deliberações eram feitas entre o psiquiatra e o psicólogo: “havia uma decisão conjunta entre os profissionais, mas a palavra mais forte era do psicólogo”.

Já os outros entrevistados(as) apresentaram opiniões sobre a predominância do saber psiquiátrico na condução dos casos. De acordo com Maria, o hospital não possibilita um espaço para um saber que não seja do médico, “o que se discute é o sintoma, o que o paciente está trazendo, mas nunca é o que ele está falando, a história do paciente, porque não importa a história do sujeito”.

O hospital por si só já diz: é o lugar do médico, é o lugar que ele brilha, não importa se o hospital não funcione sem o técnico, sem enfermeiro, sem assistente social... No Raul tem muitas hierarquias. Por ser um hospital, o médico dá a voz de comando. Eu trago a minha especificidade como assistente social, eu consigo enxergar questões mais macro, mais sociais, aí a psicóloga traz uma questão dela. Mas na discussão de equipe é muito difícil a gente trazer o nosso ponto de vista, porque o que acontece com muita frequência é de o paciente estar internado sem precisar (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Os dados coletados via entrevista e revisão bibliográfica demonstraram que em ambiente hospitalar o psiquiatra se coloca em uma posição “fóbica” em relação ao objeto “doença” (CLAVREUL, 1983). É o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional e a referência técnica que acompanha cotidianamente a evolução do paciente, o médico se faz presente apenas no momento do diagnóstico (CLAVREUL, 1983). “Talvez os outros profissionais não saibam tanto sobre o sintoma, mas eles sabem o que o paciente tá sentindo. Sabe que ele dá conta” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa). “Às vezes o paciente sinaliza quer dá conta, que tal medicação

no passado não deu certo, mas a conversa com o médico é sempre muito difícil” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Um caso que eu acompanhei e que demorou para sair. Foi bem interessante. Uma paciente ficou aqui muito tempo, mostrou que ela dava conta de ficar só no território, e ela tinha até um histórico...mas ninguém ouvia a gente nas reuniões. E a alta tem que ser médica, né (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Em consonância com o pensamento desenvolvido por Clavreul, Maria afirmou que a implicação do psiquiatra ocorre, na maioria das vezes, quando há um objeto lhe é desconhecido. Uma doença facilmente identificada, já conhecida, não é de interesse psiquiátrico – o importante é conquistar novas doenças. Segundo a assistente social, “se for médico da residência, não o residente médico, mas um preceptor, tem uma questão às vezes de segurar o paciente para tentar entender e aprender. É usar o paciente como objeto de estudo, sabe?”.

Decerto, se o desejo do médico aponta em direção a uma doença, o discurso médico surge enquanto consequência desse movimento – a narrativa que circula é a de que o que interessa ao saber psiquiátrico é o sintoma apresentado por um paciente, e não os atravessamentos que contribuíram para o desencadear da crise; o desejo daquele médico é automaticamente inscrito em uma normatividade que o discurso promove, sendo muito dificilmente conseguir sair dela (CLAVREUL, 1983) – a não ser que ocorra uma ação ousada por parte deste profissional, sob pena de não ser mais um “verdadeiro” profissional da Medicina.

Sobretudo, os resultados aqui expostos não objetivaram destituir a figura do psiquiatra, mas sim demonstrar que, na maior parte dos casos, este encontra-se aprisionado em uma narrativa que pouco contribui para a desmanicomialização do cuidado. Se é o médico o autor – direto ou indireto – do discurso vigente, cabe tão somente a este profissional arriscar sua posição e dar um novo sentido à cada caso que adentra no hospital, convocando a participação da equipe multidisciplinar na entrada e saída dos pacientes que estão sob seus cuidados.

7.2.3 *A admissão e a alta psiquiátrica*

No que tange ao processo de admissão de pacientes, tanto o HGV quanto o IRS apresentava/apresenta, em tese, o já referido esquema organizacional baseado na presença de equipes multidisciplinares nas chamadas “portas de entrada” dos hospitais

psiquiátricos. Para tanto, em meio a revisões bibliográficas e entrevistas com servidores e ex servidores de ambas instituições se percebeu que tais projetos tiveram curta duração.

Teve um momento em 2019 que se implantou no IRS a equipe multiprofissional pra admissão, que hoje é médico centrada. Tinha uma equipe multi na porta de entrada. A gente avaliou que nesse período muito menos internação, o crivo que se passava pelo multi era bem diferente do crivo psiquiátrico (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

Atualmente não tem nem mais residentes da equipe multi na porta de entrada do IRS. E antes nosso apito era mudo na urgência. A gente podia falar: “ah, esse paciente é daqui de Belo Horizonte”, mas aí o médico bancava: “não, eu sei que ele é de BH, mas ele vai entrar, o pessoal da enfermaria que vai se a ver com isso”, e aí entrava, por mais que a gente falasse que não, que tem que mandar pro CERSAM, mas ele entrava, porque ele (o médico) queria (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa).

Tanto no PUP quanto no CAC...lá no HGV quem decidia se um paciente seria ou não internado era o médico. O médico sempre tinha a palavra final nesse sentido. O paciente em crise chegava até a urgência e então o médico dava a medicação. Aí ele (o paciente) ia para uma observação de 24 horas e só lá nós (equipe multidisciplinar) tínhamos acesso a ele (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

Com relação aos procedimentos adotados pelo Hospital Galba Velloso, Ângela discorre que o processo de admissão ocorria tão somente com o aval médico – ou seja, era o psiquiatra do Centro de Acolhimento que determinava a necessidade ou não de internação dos casos apresentados. O tempo mínimo de internamento seria de 7 dias, o que a psicóloga considera “pouco tempo para estabilizar uma crise” (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa); já o tempo máximo determinado seria de três meses, “mas se fosse necessário o paciente extrapolar o período estabelecido, ele iria ficar. Pois no Galba as decisões eram clínicas, e não administrativas. Nesses casos informávamos a secretaria de saúde o porquê da decisão tomada” (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

Já no que concerne a alta psiquiátrica:

Era um processo que ocorria por meio da discussão de casos. Era o psicólogo que falava que o paciente estava ou não bem. O psiquiatra tem um olhar pontual...a gente (psicólogos) tem contato com esses pacientes todos os dias...o psiquiatra as vezes olhava uma vez por semana. Às vezes o paciente recebia alta antes da reunião de equipe multidisciplinar porque não precisava ser informado pra todo mundo, todo mundo trabalha muito junto. Durante a entrada do paciente no Galba havia a prevalência do conhecimento psiquiátrico; já a alta era uma decisão multiprofissional (...) Sobretudo, toda alta do hospital psiquiátrico significa uma alta para um serviço substitutivo (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

De acordo com servidores do IRS, o atual processo de admissão de pacientes ocorre a partir do crivo médico, sem a interferência de nenhum outro profissional no momento de avaliação. “Na urgência até tem umas assistentes sociais, mas elas são meio

que secretárias dos médicos. Elas estão lá para fazer contato com a rede, coletar resumidamente a história...não tem nenhum poder na tomada de decisão” (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Caso o paciente seja admitido, o prazo máximo de internação estabelecido pelo Raul, em conjunção com a PBH, seria de vinte dias na instituição – e se ultrapassasse o indicado, o hospital passaria a ser responsável pela emissão de relatórios diários sobre o caso, contendo os motivos que justificariam tal decisão (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

A internação dura em média vinte dias, mas acho que os casos que demoram mais aqui são os casos que é de difícil articulação no território...internação compulsória, que aí eles ficam muito tempo...daí tem essas especificidades, esses são os que ficam mais (...) tem muito caso de abandono da família (...) a família traz pra cá e não quer vir buscar (Astrud, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Considerando que o IRS atende todo o estado de Minas Gerais, uma grande parte dos casos que adentram no instituto acabam extrapolando o prazo sugerido pela PBH, tendo em vista a dificuldade de articulação com os serviços municipais.

Às vezes era uma questão de estabilizar o paciente e fazer contato com a rede para continuar os cuidados, mas o que demorava mais era contatar a rede da cidade para encaminhar, porque as vezes o paciente estava bem e aí eles demoravam para aceitar ou vir buscar (o paciente), e aí o paciente descompensava, ficava mais tempo. Enfim, até conseguir contato já se passou meses (Nara, psicóloga do IRS, entrevista de pesquisa).

João afirma que já viu “incontáveis vezes” os funcionários e técnicos do hospital realizando “quase um matriciamento” entre o IRS e as redes municipais, em uma tentativa de realizar, em tempo hábil, um encaminhamento do paciente para um serviço território.

Eu vejo eles falando: “olha, fulano já veio aqui duas vezes, que que tá acontecendo? Que que vocês estão pensando? Que estratégias vocês estão usando? O que vocês estão utilizando para monitorar essa medicação? Tem como o agente de saúde ir lá visitar? (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

O descaso dos municípios em relação aos pacientes que são encaminhados ao Instituto também foi comentado por outros(as) funcionários do IRS. Astrud afirmou que em muitos dos casos o território de um interno não assume a responsabilidade por aquele caso devido à falta de recursos destinados a PSM municipal, o que leva o IRS a se tornar uma porta de entrada para os cidadãos de determinadas regiões.

Quando algumas cidades descobrem esse caminho, o hospital vira quase um equipamento da rede desses locais. E não é muito longe não, nós temos cidades da região metropolitana que tem feito isso, cidades que inclusive tem CAPS. Aí é uma questão de gestão dessas cidades, desses lugares, dessas cidades que não tão dando conta de operacionalizar seus CAPS. Então, por exemplo, Sabará, Ribeirão das Neves...o número de casos dessas cidades que aparecem aqui supera o número de todos os outros casos de todos os outros lugares. O

que acontece com esses lugares? (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

Outro dificultador apontado em entrevistas diz respeito a falta de comunicação entre os próprios funcionários do Instituto Raul Soares, tanto para o processo de admissão quanto para a realização de uma alta médica. Para Maria, as modalidades encontradas no hospital não conversam entre si – não há, por exemplo, uma conversa entre a urgência e a enfermaria quando há uma admissão:

Então até a equipe conseguir compreender a motivação da internação, a realidade do município daquele paciente, conseguir fazer contato com a cidade, se ele (o paciente) veio de ambulância, se ele veio sozinho, se a família veio, até fazer isso vai se passando dias, porque a equipe é pequena. Nunca vi paciente ficar menos de uma semana aqui, e também já cansei de ver pacientes que não precisariam nem estar internados. Aí a gente discute isso em equipe e aí tá outro problema. Porque as reuniões são semanais, aí gente não pode liberar na sexta-feira porque o CAPS não abre no sábado, então a alta fica pra outra semana... São umas burocracias e falta de comunicação dentro e fora do hospital que fazem o paciente ficar.

Denota-se, que a predominância de um discurso medicocentrado em conjunção com o contexto territorial no qual o paciente encontra-se inserido são, simultaneamente, facilitadores para sua admissão no hospital e dificultadores para a realização da alta psiquiátrica. Se de um lado tal realidade dificulta a desinstitucionalização do paciente e retrocede o movimento de desospitalização, por outro percebe-se que o hospital psiquiátrico ainda tem uma funcionalidade, apesar dos pesares.

Ao pensar assistencialmente, é inegável (e também contraditório) que a instituição psiquiátrica tem um papel importante para determinados casos de determinadas regiões. ‘Quem está de fora olha e pensa: “ó lá o manicômio! Continua existindo”, e ok. Mas acho que paro caso do seu José e da dona Maria, da forma como é ele é operacionalizado, não é manicômio. É o único recurso possível’ (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

7.2.4 Procedimentos técnicos utilizados e a formação profissional dos servidores e ex servidores das instituições psiquiátricas pesquisadas

No que diz respeito aos procedimentos técnicos utilizados em internos psiquiátricos dentro do contexto hospitalar, a presente dissertação, mediante revisão bibliográfica e entrevistas com servidores e ex servidores das instituições pesquisadas, notou a predominância do uso de contenções físicas e químicas. Quando medidas não-coercitivas, como o diálogo e a escuta, não são suficientes para o controle de uma crise,

utiliza-se das intervenções supracitadas para lidar com expressões de agressividade e/ou autoagressividade por parte do paciente.

A contenção farmacológica da agitação psicomotora aguda tem como objetivo o controle comportamental – e não diretamente a sedação –, que pode ser considerada como objetivo secundário (...) Neste sentido, não é o uso ou não da medicação que determinará se o modelo de trabalho é manicomial, esta determinação será a partir da finalidade e da relação que se estabelece com os sujeitos, o que se reflete no modo como a medicação é utilizada (...) E, ao contrário da contenção química, a contenção física é um método reversível, pois não altera o nível de consciência e pode ser retirado de modo controlado e gradual, por isso não traz os riscos da sedação (WILLRICH, et al., 2014, p.100).

No que tange à utilização desses métodos no HGV, Ângela afirmou que, em ambos os períodos que trabalhou no hospital, viu a utilização de técnicas de contenção apenas duas vezes. A primeira ocorreu no ano de 1999 – segundo a entrevistada, o procedimento físico foi realizado devido uma agitação apresentada por um paciente, que de maneira consequencial gerou um alvoroço em toda a enfermaria.

Já com relação a segunda contenção física vista por Ângela, a psicóloga discorreu que esta aconteceu após a Reforma e foi motivada devido um episódio de autoagressão: “a paciente estava contida no leito devido um delírio dela. Ela começava a se morder, e aí só uma contenção química para a acalmar, porque ela estava acabando com si mesma”. Entretanto, como foi visto no capítulo cinco, as informações trazidas pela psicóloga não fazem consonância com o que foi apresentado na pesquisa realizada por Braga et. al (2015, p.56), que apontou que “a maioria dos pacientes foi contida uma única vez a cada internação”.

Já com relação aos procedimentos técnicos utilizados no IRS, atuais e ex servidores apontam a utilização excessiva de contenções. “Em caso de agitação a contenção era muito utilizada. Primeiro a física e depois a química. Quando o paciente estava muito agitado eu tirava ele da enfermaria, tentava fazer esse tipo de intervenção” (Elis, ex psiquiatra do IRS, entrevista de pesquisa). “As contenções são muito utilizadas até hoje, principalmente na urgência” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa); “eles colocam Clonazepam de manhã, de tarde e de noite, aí o paciente fica extremamente dopado, você não consegue conhecê-lo, não consegue nem conhecer os sintomas” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Servidores do IRS afirmaram que as contenções físicas e química partem dos técnicos em enfermagem – e só após a sua condução que é enviada uma ficha para que os plantonistas assinem.

(...) não tem avaliação do médico, não tem avaliação da referência técnica...eu já tentei intervir em vários momentos de contenção, mas eu não conseguia porque eu não tinha força, era eu sozinha contra os técnicos de enfermagem que estavam ali há anos (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Astrud comentou que a ocorrência de contenções de maneira indiscriminada se dá devido dois fatores: o primeiro diz respeito ao excesso e precarização do trabalho dos funcionários técnicos (“eu entendo que eles estão extremamente cansados, que eles que levam o rojão de fato”); e a segunda causa seria devido à ausência de uma formação teórica e antimanicomial – “acho que isso acontece por falta de conhecimento, por estarem há tanto tempo aqui dentro e não ter contato com a rede lá fora”.

A ausência de uma instrução profissional foi um fator encontrado em ambos os hospitais pesquisados. Todos(as) os(as) entrevistados(as) afirmaram que não receberam algum tipo de formação teórica e/ou prática ao adentrarem nas suas respectivas instituições; “A capacitação se deu em serviço (...) é muito na prática...é a prática que ensinava o manejo dos pacientes” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

E essa é a diferença entre aqui (IRS) e a rede. Na rede, você chega, é apresentado ao serviço, é apresentado como funciona a saúde mental, você faz o acolhimento em conjunto, faz discussão de caso diariamente, e aqui você chega e discutem o caso com você, explicam o caso pra você, “ah a gente é de tal lugar, aconteceu isso e isso, aqui tá o contato das redes, aqui tá o contato com os familiares (...) e é isso” (...) eu cheguei aqui, modelo médico-centrado, eu não tinha como fazer quase nada (...) isso nos atrapalha e pior que atrapalhar a gente atrapalha o paciente, porque o que menos você sabe menos você consegue trabalhar com ele, e o que menos você consegue trabalhar com ele talvez deixe ele mais tempo aqui dentro (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Todavia, as instituições pesquisadas oferecem seminários, congressos e palestras aos seus servidores a fim de promover a especialização de um conhecimento e/ou prática, mas de modo infortúnio o conhecimento adquirido só consegue circular entre um determinado grupo. “Só as mentes pensantes podem participar, mas os técnicos não têm essa oportunidade, já que tem que ficar segurando paciente na enfermaria” (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa).

Ainda no campo da transmissão de conhecimentos em ambiente hospitalar, as entrevistas também apontam que atualmente não se circulam mais informações sobre a luta antimanicomial e/ou Reforma psiquiátrica. “O discurso antimanicomial, dependendo de onde você, fala vira piada porque é muito calado entre os profissionais” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Eu tive contato com a Reforma Psiquiátrica apenas na faculdade (...) mas o hospital oferecia cursos teóricos e técnicos para os profissionais (...) participei

de alguns cursos, como prevenção ao tabagismo, psicofarmacologia, álcool e outras drogas (Ângela, ex psicóloga do HGV, entrevista de pesquisa).

Sobretudo, denota-se que há uma relação mútua entre os procedimentos técnicos e a formação profissional no campo psiquiátrico, tendo em vista que a possibilidade de atualização de um manejo no cuidado depende do conhecimento que é transmitido àquele profissional. Assim, o primeiro passo para a construção de uma clínica antimanicomial vem através renovação do saber e fazer, pois só assim garante-se a possibilidade de modificação no trato com cada usuário.

7.2.5 *A arbitrariedade institucional*

Mediante a feitura das entrevistas para a presente pesquisa, percebeu-se que as narrativas e condutas que circulavam/circulam nas instituições psiquiátricas investigadas eram/são intrinsecamente alinhadas a determinadas normas, que objetivavam/objetivam o controle do espaço e dos corpos dos internos. No que tange a tomada de diversos tipos de decisões, sejam elas de teor clínico ou não, notou-se que estas também eram/são altamente influenciadas por aspectos tecnoburocráticos, e “aí surge a arbitrariedade dessa instituição. É uma regra pela regra. Uma verdadeira anomalia” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

É difícil mudar a lógica da regra. Por exemplo, por que a televisão tem que ser desligada nove horas da noite? Essa é uma regra aqui, por exemplo. Aí os pacientes da enfermaria masculina doidos para assistir à final da Libertadores que começa nove e meia, mas aí nove horas desligam a televisão. É causar uma coisa doida na enfermaria sem necessidade alguma. Por que os pacientes não podem receber comida de fora? Comidas que os familiares trazem para eles? São coisas simples, muito simples, mas que não podem devido a instituição de uma regra sem sentido (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa).

Nesse sentido, uma questão que foi amplamente levantada por servidores do IRS é a proibição do uso de cigarros dentro da instituição e as suas consequências. Por pertencer a FHEMIG, o Raul segue a lei federal 9294/1996 (BRASIL, 1996), que veda tal prática em quaisquer setores do hospital. Desta forma, tal decisão acaba atuando como uma força estratégica para o controle dos internos, dominando-os a partir da retirada de um bem que contém valor significativo.

Ao adentrarem no Raul, os pacientes tabagistas, além de estarem em intenso sofrimento psíquico, passam a sentir sintomas da abstinência de nicotina ao longo da internação. Tal fissura vivenciada por esses internos pode originar uma desorganização a mais ao sujeito e em seu entorno, pois qualquer coisa passa a ser válida diante da falta.

Dentre as ações motivadas pela privação do fumo, entrevistados(as) afirmam que foi criado um verdadeiro “tráfico” de cigarros no interior do hospital, o que acarreta em agressões físicas e verbais entre os sujeitos que estão internados. Quanto a isso, a resolução proposta pela instituição – diante de uma consequência da sua própria decisão – dá-se através da violência – “por causa de um cigarro já vi o paciente sendo contido de uma maneira extremamente violenta, cansei de ver paciente que foi hipermedicalizado por causa de um cigarro” (Maria, assistente social do IRS, entrevista de pesquisa).

Além disso, outro fator de risco ocasionado pela proibição da nicotina em ambiente hospitalar se dá a partir das “metodologias” utilizadas pelos internos para conseguir fumar:

Eles faziam “teresa”, não sei se era com papel higiênico ou papel, eles faziam uma corda muito grande, fazia curto circuito no chuveiro, acendia as pontas e levava lá para fora, e aí eles pegavam papel, folha, bituca de cigarro, adesivo de nicotina e aí eles montavam um cigarro com uma folha, com essa “teresa” que era acendida. Quando não tem cigarro os pacientes fumam qualquer coisa que encontram pelo chão (Tom, enfermeiro do IRS, entrevista de pesquisa).

Tais episódios demonstram que a lógica arbitrária possui pouco sucesso quando se pensa no manejo do cuidado de um sujeito que está em crise e apartado do seu território. “Por vezes a instituição escuta pouco, e é preciso que ela se cale para conseguir ouvir os pacientes” (João, psicólogo do IRS, entrevista de pesquisa), mas isso só seria possível com a incorporação de uma posição de aprendizagem em relação à clínica, pois as poderiam ser narrativas giradas e a ferocidade do “discurso do mestre” poderia diminuir (MOTA, GUEDES, 2018). Contudo, quais as chances de amplo sucesso para esta movimentação anti-institucional em uma estrutura institucional?

8. PÓS ESCRITOS...

Basaglia (*apud* Amarante, 1996) utiliza-se de uma fábula oriental para realizar uma alusão ao efeito institucional ocasionado no sujeito que se torna psiquiatricamente institucionalizado. Conta-se, na narrativa, a história de um homem em cuja a boca, enquanto ele dormia, adentrou uma serpente que rastejou até o seu estômago, onde alojou-se e passou a impor àquele sujeito os seus desejos, impossibilitando-o de ser livre. “O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia” (BASAGLIA, 1985 *apud* AMARANTE, 1996, p.66):

Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: no longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar (...) em vez de liberdade ele encontrou o vazio, porque junto com a serpente, saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.

Ao realizar análises, investigações e entrevistas para a presente dissertação, notou-se que a serpente-hospital basagliana não aprisiona tão somente o institucionalizado, mas sim devora todos(as) que estão em suas redondezas. E, se tudo que encontra-se perto da serpente basagliana é também atingido por ela, então de que maneira é possível combater-la? O encontro com a loucura institucionalizada demonstra que, nessa sociedade, todos acabam escravos da serpente, e caso não consigamos vomitá-la ou destruí-la nunca haverá a reconquista do conteúdo subjetivamente humano em nossa vida (BASAGLIA, 1985 *apud* AMARANTE, 1996).

A feitura de uma conclusão para a presente pesquisa exigiu da pesquisadora uma dose de realidade que em muito ultrapassou o seu otimismo inicial visto nos primeiros esboços do anteprojeto, projeto e, finalmente, da presente dissertação para a finalização do Mestrado. Compreender a dimensão sócio-histórica e legal que a Psiquiatria *ainda* carrega trouxe a ideia de que há muito a se fazer para que aconteça, definitivamente, o fim dos manicômios – como um dia desejou o Manifesto de Bauru.

Em uma breve reflexão a nível pessoal, notou-se que a presença da serpente basagliana ainda impera tal qual imperou nos últimos séculos. A aparência pode não assemelhar-se aos antigos manicômios – mas a essência institucional, as regras pelas regras, a exclusão da loucura, o manejo com os indivíduos institucionalizados...todos esses fatores ainda são reais. Certamente disfarçados e acobertados, mas ainda assim são reais.

E é nessa contradição entre os deveres legislativos e a realidade hospitalar que reside o efeito da Reforma Psiquiátrica nas instituições aqui pesquisadas: entre muros, há um mal-estar ocasionado por essa discordância entre a teoria e a prática. Não se fala sobre o que ainda existe porque isso não condiz com o que é exigido; mas não se modifica tal realidade porque a lógica manicomial é um dos sustentadores da instituição psiquiátrica. Certamente, os efeitos ocasionados estão tão somente no campo discursivo, pois as práticas asilares – como contenção, exclusão, controle, estigmatização e dentre muitas outras – ainda existem...só estão cada vez mais silenciadas.

Perceber tal constrangimento levou à escrita de uma dissertação menos sonhadora, mas mais realista, pois a cada entrevista, a cada investigação histórico-documental e a cada revisão bibliográfica a pesquisa foi se distanciando daquele impulso inicial: se antes o texto havia puramente um caráter consternado, irritado, denunciante, agora tem-se a interlocução entre o desejo de produção de mudança e a dificuldade de realiza-la devido a realidade em si.

Enxergar essa contradição torna ainda mais dificultoso encontrar um modo de alcançar a tão sonhada sociedade sem manicômios, pois pensamentos e escritos podem soar antagônicos na real aplicação política e no manejo do cuidado praticado no campo da saúde mental. Em suma, apesar dos avanços, conquistas, lutas e atores que abraçaram – e continuam a abraçar – a loucura, a realidade permanece estritamente surda.

Foi então que decidiu-se [re] direciona-se a estes sujeitos, instituições, políticas e muros uma nova versão deste texto, mais realista mas ainda com um quê de desejo por mudança. Não se ansiou apenas pontuar os movimentos de resistência antimanicomial, mas trazer à luz a contínua e absurda força institucional, de modo que possa afetar os que ainda estão ensurdecidos por uma utopia reformista que não ocorreu ou devido a clássica e persistente narrativa de aversão à loucura.

A constatação de que muros haviam sido levantados produziu deslocamentos, demarcando um segundo tempo desta pesquisa, a partir de uma nova questão: acusar a surdez, denunciá-la, e afirmar a necessidade da escuta produziria mudanças? Nada indicava que sim; ao contrário, só aprofundava uma tensão presente no campo antimanicomial (...) A produção de um texto que afetasse aqueles que eu considerava surdos, que engendrasse mudanças, passou a ser o objetivo (NADER, 2017, p.123-124).

Entretanto, escrever a presente dissertação não foi tão somente um encontro com o absurdo institucional: a realização de entrevistas com servidores e ex servidores de instituições psiquiátricas belorizontinas, o encontro com participantes dos movimentos antimanicomiais mineiros, o aprendizado adquirido entre leituras, aulas e intensas

investigações notívagas foram verdadeiros abraços ao eu inquieto que trouxe a pesquisadora para o programa de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais há quase dois anos.

Ao mesmo tempo em que a força das instituições totais, os desmontes das PSM nas diversas instâncias e o verdadeiro retrato da ojeriza pública diante da loucura tomaram conta do terreno desta pesquisa, houve ainda o encontro com grupos de resistência, que trabalham diante das adversidades encontradas dentro e fora das instituições psiquiátricas pesquisadas. Movimentações em meio a arbitrariedade que comanda o IRS e comandava o HGV, o trabalho territorial realizado por serviços substitutivos locais (apesar do desfalque financeiro e político persistente), as articulações promovidas por movimentos sócias – a exemplo do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da ASUSSAM – foram e são convergências verdadeiramente importantes, que ensinaram a diferença entre *apontar a surdez* coletiva e *afetar* àqueles que permanecem *surdos* (NADER, 2017).

Muito dificilmente será possível derrotar de uma vez por todas a serpente basagliana a partir de uma pesquisa, mesmo com os diversos esforços feitos para a coleta de informações. Alguns que encontrarão este texto serão convencidos de que é preciso continuar na luta pela *desinstitucionalização*; outros se apoiarão na realidade aqui constatada para a defender a continuidade do processo de *institucionalização*. Mas é entre a efetivação de uma revolução e a conformidade pessimista do plano real que podemos construir, *seguindo a realidade brasileira*, movimentações duras ou sutis, artísticas ou práticas, nas ruas ou em espaços privados, que de pouco em pouco avançarão, retrocederão, mas que ao fim conquistarão, novamente, os meios que nos direcionarão à *desospitalização*.

Entre a construção, o retrocesso e a [re] construção dos nós [anti] manicomiais surge um azo para que a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica não se rompa ou se cesse, mas pelo contrário: que permaneça entre os corredores hospitalares, nos serviços substitutivos, entre as pautas dos movimentos sociais e, sobretudo, nas salas de aula de graduações e pós-graduações por todo o país. Não é, e jamais será, sobre desconsiderar os massivos efeitos ocasionados pelos fenômenos políticos, institucionais e legislativos aqui pesquisados, mas sim estimular a *constante transformação* de tal eixo, pois é no desenrolar do ciclo político que há o surgimento de novas realidades que também necessitaram de outras intervenções, planos e movimentações.

Decerto, a experiência belorizontina demonstrou que o que esteve – e ainda está – em jogo no território não é uma completa *desinstitucionalização* do cuidado, ou

tampouco a *total aceitação* da serpente basagliana, mas sim a possibilidade de desconstrução da lógica manicomial através de um lento e contínuo processo de *desospitalização*. Para isso, é necessário o incentivo político e econômico para abertura de serviços substitutivos que não apenas supram o vazio assistencial do estado mineiro, mas:

(...) que preze, acima de tudo, o SUJEITO e suas SINGULARIDADES no processo de [re] construção da subjetividade, de [re] inserção social, de [re] constituição das relações sociais, de [re] invenção das relações de trabalho, de [re] ocupação dos espaços, assim como, na travessia rumo à liberdade (MOREIRA, 2013, p.135).

Nesse sentido, pesquisadores da área, atores envolvidos nos contextos institucionais, nas RAPS mineiras e nos movimentos reformistas e antimanicomiais devem estar dispostos a escutar, a se inclinar, a estarem abertos as novas perspectivas e ao aprendizado das coisas como elas realmente são (NADER, 2017). Liberdade alguma advém se não encararmos as intempéries do contexto, tendo em vista que estas nunca deixarão de existir – assim como a loucura.

Parafraseando Moreira (2013), muitos foram, são e permanecerão sendo os sonhos antimanicomiais. Os verdadeiros sonhos Basaglianos. Sonhos que inspiraram e continuam inspirando atores, sujeitos, ações e movimentos sociais. Sonhos que levam ao desejo de desinstitucionalização, sonhos que leva à busca pela possibilidade de um tratamento de boa qualidade para pessoas em sofrimento psíquico. Esses são sonhos que sempre existirão, é claro. Mas mais do que sonhar, é preciso movimentar-se entre as barreiras que efetivamente levarão a realização dessas transformações que são sonhadas há tanto tempo.

Obviamente idealizada a partir de vários sonhos antimanicomiais, objetiva-se que a presente dissertação tenha conseguido realizar aquilo que restou em um coração ainda sonhador: se as informações aqui expostas forem devidamente transmitidas, se conhecimentos conseguirem ser perpassados para além da sala de aula, se esse escrito conseguir sensibilizar aqueles que realizaram ou realizarão esta leitura, se em entrelinhas os sujeitos-leitores manifestarem desejo por mudança (...) e se sobretudo algum outro sonho conseguir ser despertado, assim como um dia aconteceu com a pesquisadora que vos fala, esta dissertação cumpriu o seu papel. Mais do que informar, a presente pesquisa desejou, acima de tudo, afetar àqueles que a encontraram e ainda a encontrarão.

REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, M.; LOBOSQUE, A. M. **A cidade e a loucura: entrelaces.** In: REIS, A. T. (Org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã Editora, 1998.
- ALMEIDA, D.; BORGES, A.C. **Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial:** Revisitando o manifesto de Bauru. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 23–41, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80469>. Acesso em: 20 de mai. 2023.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. D. de C. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANAYA, F. **Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental:** a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte - MG. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2004.
- ARAGAKI, S.; LIMA, M.; PEREIRA, C.; NASCIMENTO, V. **Entrevistas:** negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando informações.* 1. ed. – Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica:** um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo, Atlas, 2009.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro.** 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARONI, D.P.M.; VARGAS, R.F.S.; CAPONI, S.N. **Diagnóstico como nome próprio.** *Psicologia e Sociedade*, 22(1), 2010, p.70-77.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa:** contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática [Trad. Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes]. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.
- BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. **Agendas and Instabilities in American Politics.** Chicago: University of Chicago, 1993.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental na Assistência Básica.** In: *Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH.* Belo Horizonte, n.19, jul. 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Saúde Mental. **A vida pede passagem:** a rede de saúde mental abrindo caminhos. In: *SIRIMIM (publicação periódica)*. Belo Horizonte, ano V, n.1, jan./abr. 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Saúde Mental. **Hospitalidade Noturna:** um ousado sonho. In: *SIRIMIM (publicação periódica)*. Belo Horizonte, ano III, n.3, ago./dez. 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação de Saúde Mental. **O atendimento às crises e a hospitalidade noturna.** Projeto para implantação da hospitalidade noturna ampliada e o serviço de urgência psiquiátrica. Belo Horizonte, 2005.

BEER, P. et al. **A psiquiatria sob o neoliberalismo:** da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: DUNKER, C.; JÚNIOR, N.S.; SAFATLE, V. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. 1. ed.; 2. reimp.. - Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

BEZERRA, J. B. **Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Revista de Saúde Coletiva, 17(22): (243-250). 2007.

BOARINI, M. L. **A luta antimanicomial:** um mosaico de vozes insurgentes. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 21-35, abr. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 19 set. 2023.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo** [trad. Regina de A. Machado]. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BONETI, L. **Políticas públicas por dentro.** Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2006.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência:** por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

BRAGA, I. P.; SOUZA, J. C. De.; LEITE, M. B.; FONSECA, V.; SILVA, E. M. Da.; VOLPE, F. M. **Contenção física no hospital psiquiátrico:** estudo transversal das práticas e fatores de risco. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2016; 65(1); p.53-59.

BRASIL. **Lei nº 9294/1996**, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, 1996.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/2016.** Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/SNAS nº189**, de 19 de novembro de 1991. Aprova os Grupos e Procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério de Saúde. **Portaria/SNAS nº224**, de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2011, Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Define os critérios de rateio dos recursos financeiros destinados aos Estados e ao Distrito Federal para o custeio das ações e dos serviços públicos de saúde de que trata o art. 1º da Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Seção 1, p. 101.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.659**, de 12 de dezembro de 2018. Dispõe sobre os recursos de custeio referentes ao Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser disponibilizado aos Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 dez. 2018. Seção 1, p. 94.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAPELLA, A. C. N. **Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. In: BIB. São Paulo, n.61, p.25-52, 1ª sem. 2006.

CAPELLA, A. C. N.; BRASIL, F. G. **Análise de políticas públicas**: uma revisão de literatura sobre o papel dos subsistemas, comunidades e redes. In: *Novos Estudos*, v.101. 2015, p.57-76.

CARVALHO, M. C. **Os desafios da desinstitucionalização**. In: Figueiredo, A.C e Cavalcanti, M.T. *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. **À beira do abismo e ao encontro do absurdo**: considerações sóciojurídicas sobre a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde. In: **Revista Jurídica (FURB)**, Blumenau, v.23, n.50, 1-23, 2019.

DELGADO, P. **Projeto de Lei n.3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

DELGADO, P. **Voltando ao começo**: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe 3, p. 21-28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>. Acesso em: 3 de mai. de 2023.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DUARTE, M.N.; PASSOS, I.C.F. **Barbacena**: “Terra dos Bias e dos Andradas”, “cidade dos loucos” e “cidade das rosas”. In: PASSOS, I.C.F. *Loucura e sociedade: discursos, práticas e significações sociais* / Izabel Christina Friche Passos; colaboradores Maristela Nascimento Duarte... [et al]. - Belo Horizonte, MG: Argvmentvm, 2009.

DUARTE, R. A. **Origens do Fórum Mineiro de Saúde Mental**: um estudo sobre as condições de emergência de um movimento social antimanicomial. In: *Barbarói*, n.46, pp. 188-216, 2016.

ELIA, L. F. **Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS**. In M. Kamers (Org). In: *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 243-266). Belo Horizonte: Editora Escuta, 2015.

FAIRCLOUGH, N. **Critical discourse analysis as a method in social scientific research**. In: *Methods of critical discourse analysis*. Org. Wodak e Meyer. Trad. Iran Ferreira de Melo. 2 ed. Londres: Sage, 2005, p.121-138.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, 2017.

FIRMINO, H. **Nos porões da loucura: reportagens**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.
Delgado, P.G.G. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, spe 3, p. 21-28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E303>. Acesso em: 3 de mai. de 2023.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p.743-752, 2009.

FOUCAULT, M. (1961). **História da loucura na idade clássica**. Michel Foucault; tradução José Teixeira Coelho Netto; revisão da tradução Newton Cunha; apresentação Vladimir Safatle. – 12. ed. – São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRANCO FERRARI, I. **Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica.** *Psicol. rev. (Belo Horizonte)* [online]. 2010, vol.16, n.3, pp. 517-536.

GARELLI, F. **Controle Social.** In: Bobbio, Norbert; Matteucci, Nicola; Pasquino, Gianfranco. *Dicionário de política.* Trad. Carmen C. Varialle, Gaetano Io Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacaís, Renzo Dino. 8a ed. Brasília - DF: Editora UnB, 1995, p.283-285.

GOFFMAN, E (1961). **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2015.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais:** paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

GONZÁLEZ REY, L.F. **Pesquisa qualitativa em Psicologia:** caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomsom, 2002, p.50-51.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. **A reforma e os hospitais psiquiátricos:** histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 112–120, jan. 2010.

GOULART, M. S. B.; PENNA, P. **Instituto Raul Soares:** história de um processo de desinstitucionalização. In: *16o. Encontro Regional da ABRAPSO MINAS*, 2008, Uberlândia. Anais do 16o. Encontro Regional da ABRAPSO MINAS. BH: UFMG, 2008.

GUDIN, E. **Análise de problemas brasileiros.** Rio de Janeiro: Agir, 1965.

GUEDES, M. M. C.; MOTTA, J. M. **O projeto clínico-assistencial e de formação do instituto raul soares:** posição de laço com a rede. In: *Psicologia em revista (online)*, v. 24, p. 371-380, 2018.

GURGEL, A. **Filosofia da Psiquiatria:** história, fundamentos e métodos / Ayala Gurgel. Fernanda Lisboa. Victória de Oliveira. - Charleston, SC: Grupo de Pesquisa em Filosofia da Psiquiatria, 2013.

KARSENTI, B. **Poder, assujeitamento e subjetivação.** *Mnemonise*, vol. 16, p. 286-297, 2020.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Policies.** Boston: Little Brown, 1984.

LOBOSQUE, A.M. **A cidade e a loucura:** entrelaces. In: REIS, A.T. (Org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã Editora, 1997.

RUTHES, F. R.; LUSTOZA, R. Z. **Passagem ao ato e acting out:** função e sentido da distinção. *Analytica*, São João del Rei, v. 7, n. 12, p. 120-132, jun. 2018.

MACEDO, E. V. De. **Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais:** um estudo sobre a cobertura dos CAPS. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

MACHADO, F. V.; PRADO, M. A. M. **Sexualidade e cidadania**: Sociedade civil e poder público na organização da parada glbt na cidade de belo horizonte (Brasil). *Les Cahiers de Psychologie Politique*, 15, 2009.

MARTÍN ROJO, L. **A fronteira interior**: análise crítica do discurso: um exemplo sobre “racismo”. In: *Manual de análise do discurso em ciências sociais* (2a ed.; pp. 206-207). (V. L. Joscelyne, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MATTOS, V. De. **Odeio Carnaval! (Mas amo a Luta Antimanicomial!)**. In: NILO, et. al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

MELO, A. **Apontamentos Sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN, Florianópolis, v.8, n.9, p.84-95, 2012.

MELO, W. **Nise da Silveira**. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

MINAS GERAIS (Estado). **Lei nº 11/802**, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Minas Gerais, 1995.

MOREIRA, T. C. F. **Política de Saúde Mental no município de Belo Horizonte**: o papel das ideias dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2013.

MOURA, R. M. B.; PASSOS, I. C. F. **O desfile do 18 de maio em Belo Horizonte (MG)**: análise do processo de sua construção. In: *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. Rio de Janeiro, v.4, n.8, 2012, p.133-145.

MS/Secretaria de Políticas de Saúde. **Diretrizes para a área da saúde mental**. Brasília: 1999.

NADER, A. R. **Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário**: fabricando formas de luta. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

PAULA, P. P. D. **Políticas Públicas atuais de saúde mental e os serviços substitutivos em BH**. ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO XV In: *Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos*. Maceió, 2009.

PERNAMBUCANO, U. **Assistência a psicopatas em Pernambuco**. Ideias e realizações. Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco, 2(1), 3-59, 1932.

PERNAMBUCANO, U. **Recursos modernos de assistência aos doentes mentais**. *Neurobiologia*, 1, 1-13, 1938.

PEREIRA, W. **O adoecer psíquico do subproletariado**: projeto de saúde mental na comunidade. Rio de Janeiro: Imago. 2004.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (Orgs.). *Cidadania e Loucura - Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, p.15-73.

RIBEIRO, D.C. **Ciência, caridade e redes de sociabilidade**: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.1153-1167.

RIBEIRO, R. **A universalidade e a vida atual**: Fellini não via filmes. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ROCHA, R. M. G.; SALERNO, C. B. **Pesquisa documental sobre o Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel**. *Memorandum*, 34, 82-103, 2018.

ROSE, N. **Our Psychiatric Future**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2018.
SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. De; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental**: pistas teóricas e metodológicas. In: *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, [S. l.], v. 1, n. 1, 2009. Disponível em:
<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em: 19 abr. 2023.

SANT'ANNA, D. **Corpos de passagem**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SFEZ, L. **La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie**. Paris: Seuil, 1995.

SILVA, F. M. D. **Assistência aos pacientes em crise em um centro de referência em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, F. S. P de C.; FERREIRA NETO, J. L. **“NÃO HÁ ABISMO EM QUE O BRASIL CAIBA”**: a crise na política nacional de saúde mental a partir da Nota Técnica 11/2019 e a expansão das Comunidades Terapêuticas brasileiras. In: *Revista Contemporânea*, v.3, n.9, p.4-12, 2023.

SILVA JUNIOR, N. **Epistemologia psiquiátrica e marketing farmacêutico**: novos modos de subjetivação. *Stylus Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, n.33, 2016, p.227-239.

SILVA, F. M. Da. **Assistência aos pacientes em crise em um centro de referência**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Planejamento e Gestão de

Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ): Rio de Janeiro, 2009.

SILVEIRA, N. **Uma mulher de muita vivência e que tem a idade das ilusões.** Psicologia. Ciência e profissão, 14(1), 1994, p.22-27.

SHORTER, E. **The History of DSM.** In: PARIS, J.; PHILIPS, J. (eds). *Making the DSM-5: Concepts and Controversies.* New York: Springer, 2013, p.03-19.

SOUZA, P. J. D. C. **Resposta à crise: experiência de Belo Horizonte.** In: NILO, Kelly et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

TORRES, F. D. **Acompanhamento terapêutico:** redescobrimos a vida. In: NILO, K et. al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais:** identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VASCONCELOS, E. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa:** um debate em aberto. In: *Temáticas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 10 fev. 2023.

WOODBIDGE-DODD, K.; FULFORD, B. **Good Practice?:** Values-based practice in Mental Health. *Mental Health Practice.* v.7, n.2, 2003, p.30-34.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. ENSP- Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006,

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZORZANELLI, R. **Sobre os DSM'S como objetos culturais.** In: ZORZANELLI, R., BEZERRA, B. J., COSTA, J. F. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea.* Org Rafaella Zorzanelli, Benilton Bezerra Jr, Jurandir Freire Costa. – 1. ed – Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

N.º Registro CEP: CAAE68156523.6.0000.5137

Título do Projeto: Os impactos da Reforma Psiquiátrica em um hospital psiquiátrico mineiro

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará **sobre os efeitos ocasionados pelo Reforma Psiquiátrica brasileira e mineira nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte.**

Você foi selecionado(a) porque faz ou fez parte da equipe de saúde mental dos hospitais psiquiátricos públicos estaduais sediados em Belo Horizonte, como o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Velloso.

sua participação nesse estudo consiste em participar de uma entrevista semiestruturada que será registrada por meio de anotações e uso de gravador.

Os riscos (e/ou desconfortos) envolvidos nesse estudo podem ser apresentados ao serem realizadas perguntas a respeito do seu campo de trabalho e seus modos de atuação enquanto profissional. Como forma de minimizar os riscos/desconfortos adotaremos, indubitavelmente, o sigilo ético. Não haverá identificação dos participantes que aceitaram participar da presente pesquisa.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá

pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder as questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será destruído.

Os resultados dessa pesquisa servirão para **compreender a estruturação, organização e procedimentos técnicos adotados pelos hospitais investigados, visando compreender de que modo a Reforma Psiquiátrica afetou tais instituições.**

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável:

Nome: Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva

Telefone: (98) 99179-1999

Endereço: Rua Tulipa, 398, bairro Esplanada. Belo Horizonte – Minas Gerais

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof.^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatada em caso de questões éticas, pelo telefone (31)3319-4517 ou e-mail cep.proppg@pucminas.br

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para

o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte, .

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO E UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, Fernanda Soares Pereira de Carvalho Silva, abaixo assinado(s), pesquisadora envolvida no projeto “ Os efeitos da Reforma Psiquiátrica nos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte” me comprometo a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos documentais do Instituto Raul Soares, bem como a privacidade de seus conteúdos, conforme preconizam as Resoluções CNS nº 466/12 e CNS nº 510/16, do Ministério da Saúde.

Declaro (amos), ainda, conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que serão utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa, e que o tratamento dos dados deverão ocorrer de acordo com o descrito na versão do projeto aprovada pelo CEP PUC Minas.

Belo Horizonte.....dede 2022

Nome :

R.G:

Assinatura: