

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA (IPUB)
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

BEATRIZ DA SILVA

**A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE ITAGUAÍ/RJ:
A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS ENTRE 2000 A 2006.**

RIO DE JANEIRO

2019

BEATRIZ DA SILVA

**A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE ITAGUAÍ/RJ:
A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS ENTRE
2000 A 2006**

Dissertação de Mestrado apresentado ao
Curso de Mestrado Profissional em
Atenção Psicossocial – IPUB/ UFRJ,
como requisito parcial para a obtenção
do Grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra.Cristiana Facchinetti

**RIO DE JANEIRO
2019**

BEATRIZ DA SILVA

**A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE ITAGUAÍ/RJ:
A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS ENTRE 2000 A 2006**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada em 12 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Cristiana Facchinetti (IPUB/UFRJ) – Orientadora

Profª. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (IPUB/UFRJ)

Prof. Dr. Carlos Eduardo de Moraes Honorato (Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro/SES)

CIP - Catalogação na Publicação

S369h Silva, Beatriz
A história da saúde mental de Itaguaí/RJ: a construção de uma rede de cuidados entre 2000 a 2006 / Beatriz Silva.
- Rio de Janeiro, 2019. 188 f.

Orientadora: Cristiana Facchinetti. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2019.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Itaguaí. 4. Repertório. 5. Apropriação. I. Facchinetti, Cristiana, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Cristiana Facchinetti, pela dedicação, amizade, respeito ao meu tempo de escrita, e compreensão das minhas limitações frente ao estudo da História e historiografia, até então por mim desconhecidos.

Ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

Aos professores, Cristina Ventura e Carlos Eduardo Honorato pelas observações e sugestões que contribuíram muito para o enriquecimento desta pesquisa.

Ao grupo de orientação do Programa de Pós-Graduação em História da Ciência e da Saúde da Fiocruz, por me acolherem com tanto carinho e generosidade.

Aos entrevistados, que contaram suas histórias e me ajudaram a compor este trabalho.

À equipe da Gerência de Saúde Mental da SES/RJ, pela ajuda com as fontes primárias e sempre tão prestativos nas minhas dúvidas em busca de mais informações.

Ao Rodrigo Japur, pela disponibilidade em me auxiliar no levantamento das fontes.

À querida Cátia Mathias pelas incansáveis leituras e apoio nos momentos mais difíceis do meu processo de escrita.

À coordenação do Caps Bem Viver, por ter viabilizado a pesquisa e compreendido a importância do fazer em História para a saúde mental do município.

À minha família por todo apoio quando eu precisava de tempo para escrever. Em especial à minha mãe Elizabete, pela ajuda tão necessária com meus filhos, Sofia e Fidel.

Ao meu esposo Lisâneo, pelo companheirismo, a torcida desejante e a compreensão das diversas privações que passamos para eu me dedicar a pesquisa.

Aos colegas de trabalho, pacientes e familiares do Caps Bem viver de Itaguaí.

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo investigar a história da constituição dos serviços de saúde mental no município de Itaguaí, cidade de médio porte do estado do RJ, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. São escassos os estudos sobre a história recente da assistência em saúde mental em municípios do interior do Rio, em especial nas cidades da Baixada Fluminense que discutam as especificidades locais. Como início do recorte temporal elegemos o ano 2000, quando a implementação da rede de atenção psicossocial teve início em Itaguaí, com as estratégias que foram traçadas a partir do projeto de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. Como recorte final de análise selecionamos o ano de 2006, quando foi inaugurada a residência terapêutica no município. Inserido em uma perspectiva historiográfica do tempo presente, foi realizado um levantamento de fontes primárias constituído por documentos da prefeitura de Itaguaí, e por entrevistas com ex coordenadores do Programa de Saúde Mental do município e da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Para as fontes secundárias foi realizada uma revisão de literatura com dados históricos e sociais sobre o território de Itaguaí. Os dados obtidos foram problematizados a partir dos conceitos de apropriação de Roger Chartier e repertório proposto por Ângela Alonso. A reconstrução nos indicou estratégias políticas utilizadas à implementação da assistência em saúde mental em momentos distintos de apropriação da atenção psicossocial no município.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, Itaguaí, repertório, apropriação.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to investigate the mental health constitution history services in the city of Itaguaí, a medium-sized city in the state of Rio de Janeiro, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform. There are few studies on the recent history of mental health care in municipalities in the interior of Rio, especially in the towns of the state of Rio de Janeiro that discuss local specificities. As the beginning of the time cut, we elected the year 2000, when the implementation of the psychosocial care network began in Itaguaí, with the strategies that were drawn from the deinstitutionalization project of the Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. As a final analysis, we selected the year 2006, when the therapeutic residency was inaugurated in the city. Inserted in a historiographic perspective of the present time, a survey of primary sources was made consisting of documents of the city hall of Itaguaí, and by interviews with ex-coordinators of the Mental Health Program of the municipality and the Mental Health Counseling Department of the State Health Department from Rio de Janeiro. For the secondary sources, a literature review with historical and social data on the territory of Itaguaí was carried out. The data obtained were problematized from the concepts of appropriation of Roger Chartier and repertoire proposed by Ângela Alonso. The reconstruction indicated the political strategies used to implement mental health care at different times of appropriation of psychosocial care in the municipality.

Key words: mental health, psychiatric reform, Itaguaí, repertoire, appropriation.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Internações em hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, por natureza do hospital, no período de 1996 a 2005.....	47
Tabela 2 - Hospitais psiquiátricos na Baixada Fluminense, por natureza do hospital e número de leitos.....	48
Tabela 3 - Evolução populacional em Itaguaí de 1960 a 2005.....	101

Lista de Quadros

Quadro 1 - Condição de Gestão dos Municípios do Cisbaf de acordo com a NOB/96.....	63
Quadro 2 – Períodos da política estadual de S.M. do Rio de Janeiro.....	67
Quadro 3 - Panorama da Política de Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro e Itaguaí....	118

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fachada restaurada do Chalé de Olinda.....	40
Figura 2 - Vista panorâmica da Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi.....	41
Figura 3 - Hospital psiquiátrico de Coroa Grande em 1966.....	56
Figura 4 - Fachada do Caps Bem Viver (2001 a janeiro de 2005)	108
Figura 5 - Entrada do Caps Bem Viver (dezembro de 2005 a 2006)	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- Agente comunitário de saúde
AIH- Autorização de internação hospitalar
AFDM- Associação de Familiares dos Doentes Mentais
ASM- Assessoria de Saúde Mental
CAT- Comissão de Acompanhamento Técnico
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS Ad- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas
CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial infantil
CENPREID- Centro de Prevenção Integral às Drogas
CIB- Comissão Intergestores Bipartide
CISBAF- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CLIVAPA- Clínica Vale do Paraíba
CSDE-P- Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi
CNS – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNSM- Coordenação Nacional de Saúde Mental.
CPAP- Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS- Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DST- Doença sexualmente transmissível
FBH- Federação Brasileira de Hospitais
FEBEM – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
FUNABEM- Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
G8 – Grupo de Apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde do Rio
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFB- Instituto Franco Basaglia
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
IPASE Instituto de Aposentadoria e Pensões de Serviços Públicos do Distrito Federal
IAPC- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IPUB- Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
HETB- Hospital Estadual Teixeira Brandão

HMSFX- Hospital Municipal São Francisco Xavier
METRO I- Região Metropolitana do Rio de Janeiro I
MS- Ministério da Saúde
MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS- Núcleo de Atenção Psicosocial
NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
PMI- Prefeitura Municipal de Itaguaí
PPA- Plano de Pronta Ação
PMDB- Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMP- Prefeitura Municipal de Paracambi
PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira
PT- Partido dos Trabalhadores
RP- Reforma Psiquiátrica
SES- Secretaria de Estado de Saúde
SISNAD- Sistema Nacional Anti Droga
SISMAD- Sistema Municipal Anti Droga
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
SNAS- Secretaria Nacional de Assistência a Saúde
SRT- Serviço Residencial Terapêutico
RT- Residência Terapêutica
TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido
UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
UPHG- unidade psiquiátrica no hospital geral

SUMÁRIO

	Introdução	13
	Justificativa	14
	Revisão historiográfica	17
	Referencial teórico- metodológico	21
I	Da lógica asilar à reforma psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro e região metropolitana	36
	1.1 O hospital psiquiátrico privado e a ideologia privatista	37
	1.2 O estado do Rio e a construção das condições de governabilidade	47
	1.3 A Reforma psiquiátrica e os seus rumos nos municípios de médio porte do estado do Rio de Janeiro	60
II	A reorientação da assistência em saúde mental em Itaguaí: o processo de implementação da atenção psicossocial	69
	2.1 O processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras	70
	2.2 A ampliação da rede de saúde mental no Estado e Região Metropolitana I	80
	2.3 A constituição da assistência psicossocial em Itaguaí (2000 a 2003)	85
III	A constituição da rede de saúde mental em Itaguaí: o desdobramento das ações	100
	3.1 Sobre o território de Itaguaí	100
	3.2 A ampliação de uma rede de cuidados (2004 a 2006)	104
	3.3 Circulação de idéias, repertórios e apropriações da reforma psiquiátrica em Itaguaí	119
	Considerações finais	127
	Referências bibliográficas	131
	Anexos	140
	Anexo A Fontes primárias divididas por categorias	140
	Anexo B Portarias e leis da saúde mental	144
	Anexo C Aprovação no comitê de ética e pesquisa	145
	Anexo D Termo de consentimento livre e esclarecido	148
	Anexo E Roteiro das entrevistas	150
	Anexo F Entrevistas transcritas	151

Introdução

O interesse no desenvolvimento dessa dissertação surgiu a partir da nossa experiência de trabalho na rede de atenção à saúde mental do município de Itaguaí, local onde fazemos parte da equipe do centro de atenção psicossocial do tipo Caps II¹. Mediante as dificuldades encontradas no cotidiano, o nosso interesse voltou-se às práticas de cuidado que antes eram oferecidas no município e às modificações nas formas de assistência que foram se constituindo a partir do processo da Reforma Psiquiátrica.

Na tentativa de nos aproximarmos do percurso histórico da saúde mental de um município do estado do Rio de Janeiro, buscamos colocar em debate as estratégias propostas para a reorientação da assistência em saúde mental na cidade de Itaguaí, contudo, em uma perspectiva que não pretende ser conclusiva ou totalizante de uma experiência concreta do município. Temos, então, como objetivo, investigar a história da constituição dos serviços de saúde mental no município de Itaguaí /RJ no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dessa forma, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de estudo de caso, com inserção em uma perspectiva historiográfica, cujo referencial teórico utilizado foi aquele indicado por Yonissa Marmitt Wadi (2009) ao discutir as premissas teóricas da história do tempo presente ao investigar a saúde mental. Tomamos também os pressupostos teóricos de análise fundamentados nos estudos de Roger Chartier (1988) sobre o conceito de *apropriação*, e aquele indicado por Ângela Alonso (2002), examinando o conceito de *repertório*.

O percurso temporal que abordamos se inicia no ano 2000, com as iniciativas de implementação do Caps II no município, e termina em 2006, ano em que foi inaugurada a única residência terapêutica do município.

O levantamento das informações foi realizado em dois tipos de fontes primárias. O primeiro se constitui por documentos do arquivo não corrente levantados junto a prefeitura de Itaguaí. O segundo é constituído de entrevistas com personagens-chave dessa história, pessoas que vivenciaram esses processos na saúde mental do município no período abordado, a fim de nos aproximarmos das experiências passadas e alcançar uma compreensão adequada do atual momento

Como fonte secundária, foi realizada uma revisão de literatura com dados históricos, geográficos, econômicos e sociais sobre o território de Itaguaí. Tais informações foram

¹ A portaria GM336/2001 categoriza os centros de atenção psicossocial em três tipos: Caps I, Caps II e Caps III, cuja diferença reside na forma de organização, na abrangência do atendimento e no mandato de responsabilidade de cada serviço (Brasil, 2002).

buscadas nas diversas literaturas disponíveis, tais como site do governo federal, jornais, dissertações e artigos científicos publicados, de modo a contextualizar o município, assim como os recursos que a saúde pública dispunha no período de recorte da pesquisa

O município passou por diversos tipos de mudanças sociais, políticas e econômicas em sua história recente. E, assim como outros municípios da Baixada Fluminense, a implementação da sua rede de saúde mental esteve diretamente ligada ao trabalho de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi.

Portanto, abordamos ainda que de forma breve, as proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira e o eixo norteador da desinstitucionalização, com destaque para o processo de desmonte da Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi (CSDE-P). Ao levarmos em consideração o alcance das ações para que o processo de desinstitucionalização de fato pudesse acontecer na CSDEP, mencionamos, brevemente, a implantação da rede de saúde mental dos municípios da Baixada Fluminense e, em particular a do município de Itaguaí.

Vale destacar que ao conhecermos o percurso da experiência local em Itaguaí, em suas particularidades, trata-se de compreender as nuances de um processo de desinstitucionalização e as articulações necessárias na constituição do modelo psicossocial. A pesquisa com enfoque na história da saúde mental pode oferecer chaves de compreensão do que se tem conformado hoje enquanto direcionamentos do município em sua organização do cuidado.

Justificativa

Quando iniciamos o trabalho no Caps Bem Viver, algo peculiar nos chamou a atenção, a localização e o espaço físico do Caps e do ambulatório de psiquiatria se encontravam no mesmo endereço, compartilhando do mesmo espaço físico.

Por vezes, os profissionais que atendiam no ambulatório também acompanhavam os pacientes do Caps, da mesma forma inversa, a equipe do Caps atendia aos pacientes inseridos no ambulatório de psiquiatria. Ao fim, para os pacientes, não havia distinção dos serviços e todos consideravam que faziam o acompanhamento de saúde no Caps.

A observação desse funcionamento do Caps Bem Viver e desta rede de saúde mental nos inspirou em conhecer o que o passado pode nos indicar sobre a atual dinâmica da assistência em Itaguaí.

A possibilidade de refletir sobre nossas inquietações do ambiente de trabalho, de estudar sobre a história local, e desta dissertação poder reverberar no conhecimento do processo de mudanças na assistência à saúde mental em Itaguaí, motivou nossa inserção no mestrado profissional. Para tanto, acreditamos que uma instituição de ensino e assistência como o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), em que teoria e prática se imbricam cotidianamente e tornam-se indissociáveis, seria o local privilegiado para nossos questionamentos sobre os desafios implicados na implementação das políticas públicas em saúde mental no município de Itaguaí.

Compreendemos que, ao pesquisarmos uma história que tenha por objeto a saúde mental, não temos a intenção de descrever uma evolução progressiva da constituição dos serviços de saúde que foram se instituindo ao longo do tempo. Ao invés disso, a intenção é de buscarmos o concreto das práticas, uma história que leve em conta as condições que contribuíram para que as mudanças nas formas de assistência pudessem emergir e as possibilidades de serem implementadas, considerando as relações sociais e os interesses envolvidos, inclusive os interesses profissionais que atravessam constantemente as práticas de cuidado.

Vale ainda mencionar a escassez de trabalhos que abordem o percurso histórico da saúde mental em municípios do interior do Rio, em especial nas cidades da Baixada Fluminense, que estiveram diretamente relacionadas à intervenção e o desmonte progressivo da Casa de saúde Dr. Eiras, em Paracambi. Guimarães (et.al., 2016), em uma pesquisa sobre a história da saúde mental na Baixada Fluminense, ratifica essa afirmação, ao mencionar as dificuldades e lacunas enfrentadas, uma vez que pouquíssimo material foi encontrado sobre a criação das Redes de Saúde Mental nos municípios, nas Secretarias, ou nos próprios dispositivos. Em Itaguaí nos deparamos com situação semelhante, além das dificuldades em obter material para a pesquisa no município, existem poucos trabalhos que abordem o tema da saúde mental em Itaguaí. No campo da história a produção torna-se ainda mais exígua.

Nesta mesma perspectiva, Yonissa Marmitt Wadi (2009), afirma que existe uma escassez de estudos que discutam as especificidades regionalizadas da história da assistência em saúde mental, principalmente para as problemáticas da história do tempo presente, em um recorte que abarque o tempo no qual vive o próprio historiador. Segundo a autora, boa parte da produção sobre a história da Reforma Psiquiátrica parte de reflexões oriundas de diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo, textos de sociólogos, antropólogos e profissionais das diversas ciências ‘psi’ (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas) ou ainda do campo da

enfermagem ou do serviço social. Neste sentido, Wadi (2009) aponta que são raros os estudos que discutem no campo da História o movimento de Reforma Psiquiátrica, e que tampouco existem estudos que abordam as especificidades da Reforma em uma escala menor, local.

Ao se referir sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica, Yonissa Wadi aponta que historicizar as nuances deste processo no tempo presente é compreender que uma mudança nas formas de assistência não ocorre num golpe só, mas, em um conjunto de acontecimentos que, deflagrados e desdobrados em outros, modelaram mudanças e, contemporaneamente, alicerçam discursos e práticas novas em relação à loucura e aos loucos (Wadi, 2009). Como também Amarante (2007) chama atenção, a Reforma deve ser pensada como um processo social complexo. Enquanto um processo social e complexo, ressaltamos, a importância de cada instância envolvida na reorientação da assistência e ampliação da rede psicossocial no estado do Rio.

Neste processo, vale também mencionar a relevância do empenho dos atores envolvidos, como protagonistas ativos das mudanças, recolocando o acento nas negociações e articulações cotidianas que envolveram o fazer para a constituição dos serviços de saúde mental; enfim, a ênfase nas relações como estratégia de transformação.

Trata-se, portanto, de analisar esses momentos de tensão na história do município de Itaguaí, dando visibilidade às mudanças nas experiências de saúde mental, sem perder de vista as recorrências de velhas práticas que as vezes podem se apresentar como novas. Ressaltamos que, ao se conhecer a história, podemos traçar novos rumos que afirmem e consolidem as proposições da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Dessa forma, neste estudo, buscamos visualizar, destacar e debater a emergência dos serviços de atenção à saúde mental em Itaguaí, que se estruturavam na cidade entre o período de 2000 a 2006, de maneira que, ao problematizar a sua história, temos em vista que esta não pode ser descrita à margem do tempo presente e do que é produzido hoje em saúde mental.

Entendemos que uma história acerca de uma constituição local da rede de atenção psicossocial favorece projetar ações no presente e possibilidades futuras desta rede municipal. A pesquisa se afirma, então, como relevante para o registro e acompanhamento das experiências no processo de reforma psiquiátrica em um município de médio porte do estado do Rio de Janeiro.

Cabe salientar que a partir da presente pesquisa tivemos a oportunidade de participar da categorização e organização do material do Censo de Atenção Psicossocial dos pacientes

internados na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. De forma que o material se encontra agora na biblioteca do IPUB, organizado para futuras consultas e pesquisas.

Vale mencionar também, a participação, junto com nossa orientadora, do processo de organização da fundação de um Centro de Memória da Atenção Psicossocial, que tem como um dos seus objetivos construir uma rede colaborativa de pesquisa em História de Saberes “Psi”, com amplo acesso de fontes primárias e secundárias.² Localizado no IPUB, no Centro de Memória serão disponibilizados os documentos encontrados sobre o município de Itaguaí e que foram referenciados nesta pesquisa.

O acesso aberto dos dados permite a partilha e apropriação do conhecimento gerado, tendo em vista a escassez de trabalhos acadêmicos sobre Itaguaí; facilita a sua circulação, e o reuso de nossas fontes no desenvolvimento de novas pesquisas que abordem o município de Itaguaí. (Santos et. al., 2017).

Por fim, assinalamos, a contribuição da presente pesquisa em dar visibilidade à uma história local e ampliar o conhecimento sobre a história da reforma, com a possibilidade de inserir o material desta pesquisa em prol do Ciência Aberta, com a solicitação de divulgação das entrevistas que foram transcritas e anexadas nesta dissertação, de modo a estarem disponíveis à novas consultas e pesquisas.

Revisão historiográfica

Ao lançarmos o olhar sobre a historiografia da psiquiatria e da loucura, pretendemos fazer, de forma breve, uma revisão de literatura, apontando para alguns caminhos percorridos na produção historiográfica da área.

Neste sentido, recorreremos ao historiador da psiquiatria Rafael Huertas (2012), que em sua abordagem historiográfica, nos apresenta algumas ferramentas do campo da história para compreendermos o presente, permitindo-nos avaliar continuidades e discontinuidades nos direcionamentos e na organização do cuidado em saúde mental. Huertas afirma a importância de conhecermos a história de onde vimos, aonde nos encontramos neste momento e para onde nos dirigimos.

² O Centro de Memória da Atenção Psicossocial visa reunir informações desenvolvidas pela pesquisa acadêmica das áreas de história da loucura, psiquiatria, da saúde mental, da psicanálise, da psicologia, da eugenia, da higiene e similares. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/>. Acessado em: 25 de junho de 2019.

Para este autor, uma história que tenha por objeto o saber e as práticas constituídos no campo da psiquiatria não buscará descrever uma evolução progressiva do conhecimento a partir de novos conceitos e formas de abordagens que foram se instituindo ao longo do tempo. Diferentemente, propõe que as leituras historiográficas possibilitem a reflexão e a construção de um aporte teórico-conceitual coadunado com a clínica que se pratica no cotidiano, assim como permitem ganhar maior visão das mudanças na relação que a sociedade estabelece com a loucura (Huertas, 2002).

Embora a maioria das suas análises diga respeito a história da psiquiatria no contexto europeu (França e Espanha), seu trabalho possibilita a reflexão sobre as instituições, os saberes e os atores que envolvem a psiquiatria no Brasil, como nos afirma Ribeiro (2015).

Vale ressaltar as diversas possibilidades de fontes que Huertas nos apresenta, como histórias clínicas, livros de registro, cartas e outros documentos, fontes que tratem do cotidiano das instituições psiquiátricas e que possam contribuir com novas questões, a partir de uma história vista por diversos atores sociais e não apenas por aquela defendida por médicos em seus tratados e artigos científicos (Ribeiro, 2015).

Em termos da historiografia da psiquiatria e da saúde mental no Brasil recorreremos à Yonissa Marmitt Wadi (2009) para quem quando se enfatiza a história da assistência psiquiátrica no Brasil, as reflexões remetem frequentemente à Reforma Psiquiátrica, em trabalhos que buscam estabelecer as transformações da assistência e de seu aparato institucional, enfatizando a ação de movimentos, militância e de setores, ou mesmo com uma perspectiva macro, abarcando uma mudança nacional. De fato, encontramos isso em nossa pesquisa.

Como exemplo, em Amarante (1995) podemos observar uma abordagem das políticas públicas no Brasil e as principais influências no âmbito internacional que possibilitaram a trajetória de mudanças na assistência brasileira. Ao trazer para o debate uma perspectiva do âmbito nacional, Amarante traz uma visão macro sobre a lógica manicomial e também os projetos de Reforma Psiquiátrica ao nível mundial, não tratando das especificidades de cada região e municipalidade dos estados brasileiros.

Muitos outros autores (Resende, 1998; Tácito, 1993; Brasil, 2005a) contribuíram para a história do processo da Reforma Psiquiátrica no cenário nacional, dando a conhecer em suas abordagens a implementação das políticas públicas, mas estes também não abordam as especificidades da assistência em termos mais locais, tal como pretendemos abordar nesta pesquisa.

Encontramos em Tenório (2002) uma revisão historiográfica que debate sobre alguns conceitos de experiências internacionais antecedentes da reforma psiquiátrica brasileira, como por exemplo, comunidade terapêutica, o Caps, a noção de Reforma Psiquiátrica; assim como a importância de um arcabouço normativo que regulamente os novos modos de cuidar em saúde mental. Neste trabalho, podemos destacar, ainda que de forma breve, o relato de duas experiências regionais: o NAPS de Santos e o CAPS Luis Cerqueira, que inspirou a criação dos diversos CAPS existentes hoje no país, estabelecendo assim um novo tipo de serviço de saúde mental.

Se pensarmos em uma história das instituições psiquiátricas e do contexto em que se constituíram, Hirdes (2009) em seu artigo, A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão, propõe contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira a partir da revisão dos marcos políticos, teóricos e práticos. Ela situa a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, em 1989, como um marco zero nessa história. Segundo a autora, esta pode ser considerada a primeira experiência concreta de uma intervenção numa estrutura asilar e de construção de serviço substitutivo.

No artigo de revisão historiográfica da história da psiquiatria no Brasil, Lima & Holanda (2010), identificam como um dos temas mais privilegiados pelos estudiosos da história psi, a reforma psiquiátrica. Além de outros temas de interesse para o campo, como a constituição do pensamento 'psi', a história institucional e o processo de institucionalização dos loucos, a psiquiatria e os processos de subjetivação. Os autores mencionam também que a produção historiográfica está concentrada, em sua maioria, no eixo sul-sudeste e que a mesma se encontra voltada para o estudo da história das ideias e tendem a não assinalar os contextos territoriais como um estado, uma região ou um município em particular, nos processos de instalação e, desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. A produção ocorre no âmbito específico dos cursos de pós-graduação em história e por profissionais de diferentes áreas de formação, fato que nos remete à uma interlocução e à complexidade que constituem o campo da saúde mental.

Neste sentido, podemos observar em Venancio & Facchinetti (2016) que a história da psiquiatria e de suas instituições ao longo do século XX se caracteriza por uma pluralidade temática e de enfoques interpretativos, em contextos mais amplos, cujo objeto não se limita as instituições e suas práticas, mas se analisa a participação de outros profissionais da saúde, dos pacientes, do seu cotidiano e diagnóstico, em que a dimensão sociocultural e científica são consideradas e se relacionam.

Também, segundo as autoras, especialmente desde o século XXI se verifica trabalhos que contemplam novos períodos históricos e a construção de histórias locais da psiquiatria. Fato que compreende a psiquiatria e suas instituições em um processo histórico e complexo, cujas peculiaridades locais fazem saber práticas e movimentos diferentes. Lançando assim um novo olhar às leituras que focalizavam a psiquiatria e a reforma psiquiátrica como um processo histórico único em todo Brasil.

No que se refere a produção historiográfica que versa sobre o estado do Rio de Janeiro, embora existam muitos autores da arena política e dos saberes psi tratem da reforma psiquiátrica, são poucos trabalhos no campo da história propriamente. Contudo, podemos mencionar algumas pesquisas que tratam da história local e das instituições.

Temos, por exemplo, Guitton (2010) que discute o trabalho realizado pela equipe de saúde mental da secretaria estadual de saúde na experiência de desinstitucionalização de dois hospitais psiquiátricos que se localizavam no estado do Rio.

Podemos mencionar também, Guljor (2013) que aborda uma experiência local do processo de fechamento do hospital psiquiátrico Dr. Eiras de Paracambi, e sua repercussão na constituição dos serviços de atenção psicossocial para este município. Já Fernandes (199) busca reconstruir a história da instituição Casa de Saúde Dr. Eiras localizada no bairro de Botafogo, em sua trajetória e peculiaridades.

Na seara da historiografia, encontramos em Lazari (2018), uma pesquisa sobre o hospital psiquiátrico de Jurujuba, atravessada pela narrativa da história oral, envolvendo a memória e a reconstrução da história da saúde mental no município de Niterói.

No que se refere a trabalhos que abordem a história da saúde mental nos municípios da região da Baixada Fluminense, temos, em Guimarães (et.al, 2017), os aspectos que envolveram a constituição dos serviços da atenção psicossocial em Nova Iguaçu, em especial ao Centro de Atenção Psicossocial Jair Nogueira. Vale mencionar também, a pesquisa de Miranda (et.al. 2014) que apresenta um estudo sobre os serviços e as estratégias criadas na atenção em saúde mental desenvolvidos pelo município de Seropédica.

Sobre o município de Itaguaí, encontramos um único trabalho, Sousa (2015), que apresenta o serviço Caps Bem Viver, e discute as possibilidades do serviço social na atenção psicossocial.

Temos em mente que são mais de trinta anos de reforma psiquiátrica e mudanças significativas nos modos de atenção, das práticas e da gestão; tais processos fundamentados por críticas ao modelo centrado no hospital, pela implementação da rede extra hospitalar e

consolidação das políticas públicas da área. Vale mencionar que uma revisão historiográfica das mudanças no campo da saúde mental possibilita compreender os itinerários e orientações das práticas e políticas de saúde mental brasileira pelo viés da história constituída.

Referencial teórico- metodológico

Enquanto estudo de um período recente, a implementação da rede de serviços em saúde mental no município de Itaguaí se inscreve no que os historiadores chamam de História do Tempo Presente, por compreender pesquisas que tem como característica a presença de testemunhos vivos que podem vigiar e contestar o pesquisador, afirmando sua vantagem de ter estado presente no momento do desenrolar dos fatos (Ferreira, 2018).

O Historiador Francês Henry Rousso, em uma entrevista dada a Arend (2009), explica o surgimento da História do Tempo Presente pela necessidade de recuperar o sentido do termo História Contemporânea, uma vez que etimologicamente contemporâneo significa aquilo que pertence ao nosso tempo, mas tradicionalmente, na França e em outros países, o início da Idade Contemporânea foi delimitado a partir da Revolução Francesa (Arend, 2009).

Rousso situou a História do Tempo Presente na França, entre 1978 a 1980, e fundou o Instituto de História do Tempo Presente (IHTP). O autor cita influências inglesas (no sentido de que a história contemporânea é, a grosso modo, a história próxima) e principalmente alemãs (com o debate de determinar qual era o ponto de partida dessa história recente, para a ideia de criação do Instituto) (Arend, 2009)

Ao refletir no que seria contemporâneo a nós, ou seja, que evento-chave reconhecido deve ser adotado como marco inicial da história do tempo presente, Henry Rousso considera que a História do Tempo Presente é aquela que corresponde ao tempo de vida do próprio historiador, com testemunhas *vivas* e com uma memória que pode ser a elas,

(...) a *partir* de uma compreensão sobre uma época que não é simplesmente a compreensão de um passado distante, mas uma compreensão que vem de uma experiência da qual ele participa como todos os outros indivíduos (Arend, 2009: 202).

Neste sentido, torna-se importante a existência de uma quantidade razoável de testemunhas vivas, pessoas com memória dos acontecimentos que o historiador pretende relatar e analisar. Também não é o caso de dizer que a História do Tempo Presente é mais ou menos objetiva porque trata de eventos e processos recentes. A questão é que o historiador do

Tempo Presente, tenha ele próprio ou não memória viva dos acontecimentos que estuda, precisa confrontar aqueles que a possuem:

O historiador do tempo presente sabe o quanto a sua objetividade é frágil, que o seu papel não é o de uma chapa fotográfica que se contenta em observar fatos, ele contribui para construí-los. (Remond, 2006: 208)

Assim, o tempo presente faz referência a um passado atual, próximo, ou em permanente processo de atualização, com fontes históricas que participam dos processos de transformação em curso, cujas experiências analisadas podem intervir nas projeções de futuro. Neste sentido, o regime de historicidade do tempo presente é bastante peculiar e inclui essas diferentes dimensões (Ferreira & Delgado, 2013:22).

De acordo com o historiador François Bédarida (2012) a noção de história do tempo presente comportaria uma ideia de um conhecimento provisório, que pode sofrer alterações ao longo do tempo. Ou seja, a história se reescreve constantemente, utilizando-se do mesmo material, a partir de novos estudos, acréscimos, revisões e também correções.

Para a historiadora brasileira Yonissa Wadi (2009), a historiografia brasileira abraçou o termo História do Tempo Presente principalmente a partir da experiência francesa. Segundo a autora, a compreensão do tempo presente se relacionada não apenas ao tempo em que vive o pesquisador, mas também aquele tempo em que o pesquisador vivencia determinados fatos e acontecimentos, em que também é possível reconstruir e problematizar tais fatos que se circunscrevem enquanto históricos, valorizando, assim, o diálogo e a relação entre pesquisador/objeto de estudo.

Levamos em conta que, ao abordarmos uma historiografia dos saberes e das práticas da saúde mental no tempo presente, essa se constitui em uma história inacabada, em constante movimento; sendo assim, quem se propõe a contá-la é “... *contemporâneo de seu objeto e, portanto partilha com aqueles cuja história ele narra as mesmas categorias essenciais, as mesmas referências fundamentais*” (Chartier, 2006: 224), tendo em vista a proximidade do historiador em relação aos acontecimentos, quando se partilha de inquietações e dos caminhos futuros do material que é narrado.

Em seu artigo “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”, Wadi (2009) considera que a história recente da loucura no Brasil, pelo menos a parte que se refere à assistência, teve início com o movimento da Reforma Psiquiátrica. E situa, em uma pequena nota de rodapé, a relação que estabelece entre o período da Reforma Psiquiátrica e a história do tempo presente:

Sendo assim, estou denominando como “história do presente ou história contemporânea da loucura” a correlata à deflagração do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujo início é comumente situado entre 1978 e 1980 e cujo processo continua até os dias de hoje (Wadi, 2009: 69).

Neste sentido, ao circunscrevermos nosso projeto enquanto um estudo da história do tempo presente, o percurso da reforma psiquiátrica no município de Itaguaí, se faz necessário articular um referencial de análise que possa tanto compreender a relação existente entre os elementos de inovação e aqueles herdados, como também as contradições e as estruturas que se encontram presentes em um aparente discurso de atualidade no processo de Reforma vivenciado nessa localidade.

Segundo Ferreira (2018), as discussões sobre as relações entre passado e presente na história abriram novos caminhos para o estudo da história do século XX, por meio de debates sobre a memória e suas relações com a história inspirados pela historiografia francesa, que se abriu para o valor dos testemunhos diretos como fonte.

Neste sentido, a história contemporânea ou do tempo presente ganhou a contribuição da história oral, reconhecendo o seu uso e legitimidade. A história oral passa a ocupar, então, um novo espaço nos debates historiográficos atuais, a partir das transformações ocorridas no campo da história (como o valor positivo da análise qualitativa, dos estudos do cotidiano e das experiências individuais e singulares), que geraram uma nova discussão sobre o papel das fontes históricas (Ferreira, 2018).

Ferreira (1998) menciona, ainda, duas linhas de trabalho predominantes no campo da história oral: a primeira considera os documentos orais como instrumentos adequados para preencher as lacunas deixadas pelos documentos escritos, garantindo objetividade aos depoimentos através de entrevistas bem roteirizadas, por meio do confronto dos depoimentos orais com outros documentos; a segunda abordagem procura compreender os testemunhos orais como representações do passado, em que as omissões, distorções e silêncios sobre o passado constituem indícios para compreender seus usos políticos.

Nossa abordagem inclui as duas linhas de investigação: buscamos documentos que pudessem oferecer referências dos fatos históricos para, em seguida, considerarmos os testemunhos, bem como suas omissões, distorções e silêncios como indícios centrais do imaginário que articula memória e história. Deste modo, concordamos com Ferreira, no

sentido que o trabalho com a fonte oral³, como método, produz uma fonte especial, que se constitui como

(...) um instrumento importante, no sentido de possibilitar uma melhor compreensão da construção das estratégias de ação e das representações de grupos ou indivíduos em uma dada sociedade (Ferreira, 1998:12).

Ao utilizarmos como fonte primária de pesquisa documentos e entrevistas, compreendemos a importância da história oral para a história do tempo presente, que lhe dá consistência e a legítima.

Para fundamentarmos os pressupostos teóricos de análise dos documentos escritos e mesmo do material transcrito das entrevistas, recorreremos, então, a Roger Chartier e a um enfoque histórico-cultural.

Cabe destacar que o historiador francês Roger Chartier ocupou em 2007, o cargo de professor do Collège de France, na cadeira de “escrita e culturas na Europa moderna”, onde desenvolvia pesquisas sobre a história do livro e das práticas de leitura na época moderna. Seus primeiros estudos, em conjunto com o também historiador francês, Dominique Julia, foram sobre a história da educação e conduziu Chartier ao questionamento do papel da circulação e da apropriação dos textos.

Este historiador “tem por principal objeto identificar o modo como em diferentes lugares e momentos uma determinada realidade cultural é construída, pensada, dada a ler” (Chartier, 1988: 17).

Delinearemos de modo preliminar a História Cultural, a partir do enfoque dado pela História Cultural Francesa, em especial dos aportes conceituais mais frequentes de Chartier. Antes de tudo, vale mencionar que a noção de História Cultural no campo historiográfico se torna mais evidente nas últimas décadas do século XX a partir de uma importante expansão de objetos historiográficos.

A “cultura popular”, a “cultura letrada”, as “representações”, as práticas discursivas partilhadas por diversos grupos sociais, os sistemas educativos ou a quaisquer outros campos atravessados pela noção de “cultura” passa a designar um campo da historiografia que se tem

³ Segundo Ferreira (1998), na arena da história oral, há diversas críticas realizadas pelos historiadores sobre as terminologias de história oral e fontes orais. O uso da expressão fonte oral, embora tenha uma aceitação maior, é uma denominação ampla e pode ser aplicada a qualquer depoimento oral, produzido por qualquer indivíduo e em qualquer circunstância, sem nenhuma preparação prévia. Já a história oral pressupõe a produção de uma fonte oral específica que resulta de um processo de elaboração e pesquisa por um especialista.

voltado para o estudo da dimensão cultural de uma determinada sociedade historicamente localizada.

A própria linguagem e as práticas discursivas que constituem a substância da vida social embasam esta noção mais ampla de cultura. E isto já implica na duplicidade reconhecida entre cultura oral e cultura escrita.

Roger Chartier interessa-se pelas transferências entre a cultura oral e cultura escrita, e nos apresenta como indivíduos não-letrados podem participar da cultura letrada através de práticas culturais diversas (leitura coletiva, literatura de cordel).

Para o autor a era moderna possibilitou aos indivíduos um maior acesso à escrita e à leitura. Os gestos culturais da vida íntima e da vida coletiva foram determinantes no processo de apropriação da leitura. Nesse contexto, na Europa, a dicotomia entre a sociabilidade da leitura – representada pela leitura oral dos saraus, salões da corte e tabernas – e a privatização do ler – representada pela leitura silenciosa da intimidade doméstica, isolada – proporcionou uma maior variedade nas relações que os atores sociais estabeleceram com a escrita. As práticas de leitura proporcionaram, de certa forma, novos modelos comportamentais e novas prescrições de conduta. Essas prescrições, no entanto, não se difundiram por toda a Europa no mesmo ritmo.

Ao fazer estudo sobre os diferentes modos de leitura e as relações que os indivíduos estabelecem com o livro, Chartier (2006) propõe um novo olhar para essa modalidade, em que as práticas são instrumentos primordiais no processo de apropriação da escrita e da leitura. De acordo com Chartier (1988: 136), essa apropriação precisa ser pensada a partir das diferenças de recepção que os leitores fazem do livro, ou seja, da “maneira contrastante como os grupos ou os indivíduos fazem uso dos motivos ou das formas que partilham com os outros”. Com o decorrer dos anos, nas sociedades ocidentais europeias, os objetos (livros) e as ideias (leitura) passaram, progressivamente, a não ser apenas disponíveis à camada dirigente, como também a outros segmentos da população. As práticas apropriadas pelos leitores podem ser consideradas como “criadoras de usos ou de representações” (Chartier, 1988: 136). As relações entre os diversos níveis sociais e culturais permitem verificar a diferença do uso partilhado dessas práticas.

A contribuição decisiva de Roger Chartier (1988) para a História Cultural está na elaboração das noções de “práticas” e “representações” que de certo modo corresponderiam respectivamente aos “modos de fazer” e aos “modos de ver” os objetos culturais que são produzidos. Neste sentido, são práticas culturais não apenas escrever um livro, uma técnica

artística ou uma modalidade de ensino, mas também os modos como, em uma dada sociedade, os homens falam, comem, vestem-se, adoecem, como tratam os loucos ou estrangeiros.

As noções de “práticas e representações”, além de serem complementares, nos permitem examinar tanto os objetos culturais produzidos como os sujeitos produtores e receptores de cultura. Também contribuem para analisar os processos que envolvem a produção e difusão cultural, os sistemas que dão suporte a estes processos e sujeitos, e por fim, as normas a que se conformam as sociedades quando produzem cultura, inclusive mediante a consolidação de seus costumes.

Neste sentido, a internação psiquiátrica inscreve-se em uma prática cultural, e, ao mesmo tempo, inculca naqueles que a ela se submetem (pacientes, familiares) determinadas representações destinadas a moldar um padrão no “modo de ver” o louco e a loucura e no “modo de fazer” (das práticas), cujo tratamento passa pela via da internação e viabiliza um determinado repertório que se estende para a vida social, com a aceitação da internação como a forma de tratamento necessária.

Vale mencionar que essa cultura da internação psiquiátrica, pelo menos tal como concebemos acima, passa por práticas e representações que são resultado de determinadas motivações (dos empresários das clínicas privadas) e necessidades sociais (construídas historicamente a partir da dificuldade de se conviver com a diferença que a loucura encarna e de um perigo em potencial que ela poderia oferecer).

As representações inserem-se em um campo de concorrências entre tantas outras representações e que geram inúmeras “apropriações” possíveis das representações, de acordo com os interesses sociais, com as imposições advindas das classes dominantes e resistências políticas, com motivações e necessidades atravessadas de acordo com as relações de poder exercidas.

Em *A história cultural entre práticas e representações* (1988), Chartier, ao trabalhar aspectos da leitura, busca realizar uma investigação sobre as formas pelas quais os indivíduos e grupos constroem um sentido para os fatos históricos e como o historiador exerce o seu ofício para compreender tal realidade.

Pode-se dizer que a apropriação está ligada à forma como compreendemos, no sentido amplo do termo, a leitura, desde o meio como vemos os possíveis usos dos textos até as informações neles contidas. Ela também está ligada às diversas práticas e interpretações do conteúdo escrito, que podemos dar aos textos, assim como conferimos sentidos e significações às coisas do nosso dia-a-dia.

Chartier critica uma corrente da história que pensa o texto como algo que existe em si mesmo. Em contrapartida, afirma que as interpretações não estão intrínsecas no texto, elas são produtos das tensões entre os sentidos dados e as apropriações feitas pelos leitores. Dessa forma, a interpretação do que se tem escrito e a prática subsequente é determinada por um variadíssimo conjunto de aspectos sociais, culturais e institucionais. É necessário na análise, portanto, considerar que cada um interpreta o que está escrito de acordo com determinado contexto e levar em conta também o emprego que se faz disso, sem reduzi-lo a seu conteúdo semântico (Chartier, 1988).

Ao situarmos o tripé conceitual de Chartier, apesar da complexidade que os envolvem, podemos compreender de uma maneira simplificada que se a representação estaria relacionada a forma de dar sentido e se vê o mundo, são as práticas que constroem o mundo como representação; seguindo esta linha de raciocínio, a apropriação põe em evidência a pluralidade das leituras que se pode fazer das diversas representações.

É imprescindível marcar ainda na História Cultural que os historiadores tomam para objeto de pesquisa o discurso científico, e o discurso historiográfico em particular, consolidando uma linha de reflexões que teve alguns de seus textos pioneiros, como por exemplo Michel Foucault, que revolucionou a forma de se fazer história no seu tempo.

Assim, não se trata de identificarmos a aplicabilidade das ideias à prática, Chartier (1988), propõe lermos as práticas como uma realidade contraditoriamente construída, ou seja, a produção histórica se dá pela articulação de práticas que constroem as representações da realidade.

Comprendemos então que na análise das entrevistas realizadas, os relatos das práticas podem nos indicar, a partir da trajetória de cada entrevistado, aspectos que conformavam uma experiência que passa pelo âmbito do coletivo, e que nos dão pistas das apropriações da conjuntura de estabelecer a atenção psicossocial no município.

Para Chartier (1988: 77) , a “leitura é sempre apropriação, invenção, produção de significados”, e foi por conta dessa compreensão, afirmada pelo autor, que podemos, a partir de suas leituras conceber que “ler” pode também representar as relações e interpretações que se deram no processo de reforma psiquiátrica em Itaguaí, em diversos momentos de sua história.

Seguindo uma linha de raciocínio no âmbito da circulação das ideias e das práticas em saúde mental no município de Itaguaí, ou seja, discutir as apropriações e apresentar suas inter-relações, influências e consequências para o entendimento do seu aspecto histórico;

identificamos na obra da historiadora brasileira Ângela Alonso o conceito de repertório. A partir de sua proposta podemos compreender o conceito de *repertório* como um conjunto de recursos políticos e intelectuais utilizados como ferramentas para compreender uma determinada realidade e intervir sobre ela.

Dessa forma, repertórios são criações culturais aprendidas, elas *emergem da luta (...) e designam (...) um conjunto limitado de esquemas que são aprendidos, compartilhados, postos em prática através de um processo relativamente deliberado de escolha* (Alonso, 2002: 39).

Segundo Alonso (2002) um *repertório* é um conjunto de recursos disponíveis numa dada sociedade em certo tempo, sendo composto de padrões analíticos, noções, argumentos, conceitos, esquema explicativos. Não importa a consistência teórica entre os seus elementos, o seu arranjo é histórico e prático. E por arranjo prático, compreende-se que os repertórios são criações culturais apreendidas, contudo não são delimitadas apenas por uma dada teoria, mas constituem-se no jogo das relações políticas e sociais, nos embates perpetrados pelos agentes sociais e definem uma série de esquemas apropriados. *São os agentes sociais que fazem uso das ideias, que as selecionam, que as tomam como orientação de sua ação.* (Alonso, 2002: 35).

Este conceito contribuiu como complementar para analisar os depoimentos das pessoas entrevistadas, auxiliando na compreensão dos recursos utilizados que circunscreveram a política de saúde mental do município de Itaguaí no período de recorte da pesquisa.

Em sua tese de doutoramento *Idéias em movimento: a geração 1870 na crise do Brasil Império*, a historiadora Ângela Alonso descarta uma abordagem mais tradicional sobre essa geração específica e trabalha na perspectiva de que esta deve ser compreendida a partir de um marco analítico que destaque a experiência compartilhada de seus membros. Com essa guinada de trabalhar com a experiência compartilhada, há uma compreensão de um movimento que, para a autora, nunca teria sido propriamente "intelectual" (como tradicionalmente é abordado), mas antes uma ação coletiva animada por um profundo desejo de intervenção política. E, o que unificaria os diversos membros da famosa geração de 1870 seria uma coleção de críticas novas ao *status quo* imperial.

Ângela Alonso traz uma leitura inovadora desse período histórico e nos provoca a refletirmos sobre as diversas apropriações e leituras possíveis de temas que nos são familiares; assim como nos apresenta um enquadramento que abarca a complexidade da formação de um movimento coletivo, cujo elo de solidariedade entre seus integrantes era algo frágil, já que

construído não em torno de identificações profissionais ou intelectuais, mas por uma situação histórica contingente.

Dito isso, podemos compreender que é possível considerar que o estudo de uma situação histórica requer mais do que a aplicação de um modelo teórico estabelecido, mas impõe precisar qual perspectiva ou combinação de perspectivas permite iluminar o objeto em questão.

Neste sentido, devemos levar em conta a interpretação dos agentes que participaram do processo de implantação dos dispositivos da reforma psiquiátrica no município de Itaguaí, sem deixar de lado os constrangimentos que as formas de gestão e as apropriações locais sobre o tratamento em saúde mental lhes impuseram.

Ao trabalhar com as reflexões sobre a circulação de idéias e como estas entram em movimento, podemos inferir que as "idéias novas" são ferramentas, mobilizadas seletivamente a partir dos critérios que organizavam a política de saúde mental em Itaguaí.

Assim, ao analisarmos uma instância local, uma escala menor, micro, pensamos em quais estratégias foram utilizadas pelos agentes que se dispunham a agenciar o processo da Reforma psiquiátrica no município, considerando que todos compartilhavam de um mesmo repertório de conhecimento, a saber, a circulação de ideias sobre a atenção psicossocial.

Metodologia

Ao buscarmos compreender os fatores que se apresentavam na construção histórica da saúde mental de um município, a investigação se inscreve no método do estudo de caso, tendo em vista que procuramos compreender e descrever acontecimentos em contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. O estudo de caso tem por objeto a identificação de um caso que possa ser delimitado dentro de alguns parâmetros, como um local e momento específico, que pode ser um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização ou um município (Creswell, 2014). Como método de investigação qualitativo, o fenômeno e contexto estão firmemente imbricados.

Neste sentido, ao compreender como as configurações dos serviços de saúde mental se constituíram em uma rede local e analisar os fatos dando importância também aos personagens que participaram desse processo, entendemos, a partir de Revel (2010), que se trata de uma escala reduzida de análise, onde o historiador pode narrar sob uma visão dos

pequenos detalhes, da parte que toma cada ator envolvido na trajetória do município. O que está em jogo em uma micro-abordagem da história é a escolha de uma escala de observação e análise dos fatos específicos daquela realidade local, priorizando a percepção dos sujeitos que, de forma direta, têm construído esta realidade (Revel, 2010).

Assim, ao tomarmos o objetivo desse projeto, que é fazer emergir a trajetória da saúde mental no município de Itaguaí (RJ) no contexto da Reforma, temos, então, que é possível na pesquisa indagar detalhadamente seu objeto, valendo-se de uma gama de fontes, a partir de detalhes do cotidiano, para se compreender a rede complexa de relações, mas sem perder de vista a realidade mais global (Revel, 2010). Dessa forma, na observação histórica, o que está em jogo é uma centralidade do indivíduo sem perder de vista o contexto social, econômico, cultural que ele se integra, possibilitando uma relação entre o local e o global que se engendram e se articulam.

Para atingirmos o objetivo da pesquisa, compreendemos dois momentos distintos na organização das fontes primárias: o primeiro de coleta de documentos e outro de análise dos documentos.

Para a organização do material levantado no município de Itaguaí e na secretaria de saúde do estado do Rio foi realizada a leitura de todos os documentos para que fosse possível selecionar aqueles que apresentam dados importantes para a investigação, seguido de um fichamento sobre a descrição dos dados presentes.

Vale mencionar que neste processo de organização do material tivemos a oportunidade de ter acesso a documentação do Censo Psicossocial da Casa de Saúde Dr. Eiras (Brasil, 2001a), quando foi realizado a higienização do material, organização, acomodação em caixas-box, e disposto em estantes adequadas para a guarda do acervo. Entendemos a importância desse processo, onde agora muitos outros profissionais poderão ter acesso a esse material em suas pesquisas. O acesso a documentação e aos manuscritos nos deu a dimensão do processo de desinstitucionalização ocorrido naquele lugar, pois os impasses, as dificuldades e os ganhos relatados nos indicam a complexidade deste trabalho que mobilizou diversos profissionais, familiares e municípios do estado do Rio.

Pudemos compreender que Itaguaí fazia parte de um processo que envolvia toda uma região e que naquele momento se colocava como uma direção de trabalho no estado do Rio, e de uma política pública nacional, a desinstitucionalização dos hospitais de grande porte. Nesta perspectiva, o desenho desta pesquisa que inicialmente abordava apenas o município de Itaguaí ganhou um outro contorno, agora contextualizada na região metropolitana I do estado.

Cabe salientar em nossa pesquisa das fontes primárias a falta de alguns materiais sobre o processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi (como os livros de ocorrência da equipe de intervenção que figuraram um importante instrumento de denúncia ao Ministério Público) que infelizmente não conseguimos encontrar na SES/Rio.

Para os documentos que encontramos, no processo de análise das fontes primárias promovemos uma categorização. As categorias consideraram os temas de cada capítulo da investigação, os objetivos que foram explicitados na divisão dos capítulos e nas subdivisões, procurando atingi-los, respondê-los. Tais categorias foram divididas em: Fechamento da Eiras, implantação da atenção psicossocial em Itaguaí, constituição da rede de serviços e implantação da rede na Baixada Fluminense. As categorias observam o processo que envolve a prática local na implementação das políticas públicas de saúde mental. Disponível no Anexo A.

Tais procedimentos constituem um processo sistemático de pesquisa. Parte-se de um amplo e complexo conjunto de dados para se chegar a elementos manipuláveis em que as relações entre eles são estabelecidas.

Na organização do segundo tipo de fonte primária, ao utilizar o depoimento oral como um instrumento necessário, empregamos como ferramenta a entrevista semiestruturada, pois esta nos possibilita reconstruir as trajetórias das pessoas entrevistadas mediante os fatos estudados e, assim, compreender em um foco bastante aproximado o que ocorreu.

Para pôr em prática o procedimento da entrevista, as mesmas foram previamente agendadas e os relatos orais gravados pela pesquisadora, a fim de que não haja perda de informações relevantes.

Neste tipo de entrevista as perguntas comportam uma flexibilidade, e se no decorrer da entrevista algumas questões se revelarem improcedentes, é possível refazê-las à medida que as respostas fornecerão novas pistas e possibilitarão completar o questionário. Sendo assim, as perguntas do roteiro elaboradas anteriormente são apenas um guia. Dessa forma, na construção das perguntas que se encontram no roteiro, optamos por questões mais gerais e que abrangesse todos os entrevistados como um guia norteador, cujas perguntas específicas para cada entrevistado surgiam no desenrolar da própria entrevista.

Na entrevista semiestruturada as informações do entrevistado fluem mais naturalmente ao expressar o que se considera significativo, usando os próprios critérios e palavras, assim, cria-se um ambiente de espontaneidade, enriquecendo a investigação. Na medida em que se trata de um estudo de caráter qualitativo, a forma de estabelecer a entrevista como

semiestruturada, preserva a maneira singular da fala do entrevistado e evita obter respostas para meramente satisfazer o entrevistador (Minayo, 2001).

Na pesquisa, o depoimento oral, possibilita que os diferentes protagonistas envolvidos na organização do cuidado em saúde mental possam trazer para o conhecimento científico as histórias vividas, os processos de construção envolvidos, os saberes produzidos e os sentidos dados às práticas de saúde (Voldman, 2006).

Dessa forma, o trabalho com a fonte oral, pode ser apontado como instrumento de ligação entre os fatos ocorridos e os agentes que os vivenciaram e podem testemunhar com suas narrativas.

Os conteúdos obtidos por meio das entrevistas gravadas foram inicialmente transcritos na sua íntegra e o entrevistado identificado com as letras iniciais em maiúsculo, conforme disponível no anexo F. A partir das entrevistas transcritas, pudemos constituir uma coleção de fontes orais sobre a história da saúde mental de Itaguaí que será destinada à biblioteca do IPUB, a fim de disponibilizar à outros pesquisadores acessarem o material. Em seguida, será realizada uma leitura detalhada e cuidadosa de todo o material, a fim de destacar os conteúdos que possam responder de forma mais direta às perguntas iniciais da pesquisa.

Outro passo importante, a partir da leitura dos conteúdos transcritos, foi buscar relações nas falas dos entrevistados, a partir das articulações que os próprios realizam buscando localizá-las com as fontes documentais levantadas anteriormente, criando assim um caráter material com maior concretude para subsidiar o trabalho.

Por fim, uma última parte relacionada à análise dos dados envolve a articulação de todos os dados obtidos na etapa anterior, das fontes primárias, com o levantamento das informações da fonte secundária de pesquisa, composta por livros, artigos científicos e trabalhos escritos sobre a temática desta investigação.

Levantamento das fontes

Como instrumento metodológico para o levantamento de dados foram empregues dois tipos de fontes primárias. Esses materiais foram utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos a partir do trabalho de análise que está sendo empreendida na pesquisa. Neste sentido, as fontes primárias de investigação são dados originais, partir dos

quais se tem uma relação direta com os fatos que estão sendo analisados, não havendo um tratamento científico anterior.

O primeiro tipo é constituído por documentos oficiais que foram levantados junto à prefeitura de Itaguaí, e encontravam-se arquivados no setor administrativo do Caps II Bem Viver e na Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Tais fontes retratam alguns momentos na implementação dos serviços, como seus avanços e dificuldades, a partir dos relatórios técnicos dos profissionais que atuaram no fechamento da Clínica de Saúde Dr. Eiras; ou mesmo, relatórios da gestão do programa de saúde mental municipal, com os impasses e negociações frente à implementação dos serviços substitutivos à internação no município em questão.

O segundo tipo de fonte é constituído por entrevistas com personagens-chave dessa história, pessoas que vivenciaram esses processos na saúde mental do município durante o período abordado. Foram incluídos ex-coordenadores do programa municipal de saúde mental de Itaguaí e ex-coordenadores da assessoria de saúde mental da secretaria de saúde do estado do Rio, por constituírem diferentes perspectivas de gestão na reforma psiquiátrica do município.

Tal proposta de entrevistas foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) designado pela Plataforma Brasil, obedecendo à determinação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 2012, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes da pesquisa, sendo aprovado em 24 de julho de 2018 com o nº CAAE 90182618.8.0000.5263 e Parecer Consubstanciado no 2.782.833 (Anexo C).

O contato com os participantes ocorreu após a autorização do comitê de ética para realização da pesquisa e a participação na investigação estava subordinada à livre decisão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D). O TCLE foi apresentado em duas vias, e após assinado uma ficou com o participante e outra com a pesquisadora.

Para a realização das entrevistas obedecemos a mesma lógica da categorização dos documentos. Para o período de desmonte da Eiras e implantação da rede em Itaguaí, selecionamos a coordenação municipal de saúde mental de Itaguaí e a coordenação da assessoria de saúde mental do estado no intervalo do ano 2000 a 2003. Cabe mencionar que mesmo após diversas tentativas, a coordenação do programa municipal de Itaguaí, deste período, optou por não participar da entrevista.

Seguindo a mesma forma, na categoria de implantação dos demais serviços da rede de Itaguaí, que corresponde ao intervalo do ano 2004 a 2006, observamos a coordenação do programa de saúde mental de Itaguaí e da assessoria de saúde mental do estado deste período.

Consideramos importante para a investigação dos processos de transformações ocorridos nos tempos recentes no município de Itaguaí, contar com um recurso que dá a palavra aos agentes envolvidos, constituindo-se em um material que vai além da análise de documentos frios arquivados.

Na pesquisa, o depoimento oral possibilita que os diferentes protagonistas envolvidos na organização do cuidado em saúde mental possam trazer para o conhecimento científico as histórias vividas, os processos de construção envolvidos, os saberes produzidos e os sentidos dados às práticas de saúde (Voldman, 2006).

Como fonte secundária, realizamos um levantamento bibliográfico com dados históricos, geográficos, econômicos e sociais sobre o território de Itaguaí. Tais informações foram buscadas nas diversas literaturas disponíveis, tais como: sites do governo federal, dissertações, teses e artigos científicos publicados de modo a contextualizar o município, assim como os recursos que a saúde mental pública dispunha no período de recorte da pesquisa.

Também foram utilizados levantamentos em jornais de grande circulação, tendo em vista que estes permitem acrescentar a dimensão do tempo para o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Vale mencionar a escassez de bibliografia que aborda o tema da saúde pública no município de Itaguaí, situação que se agrava quando se trata da saúde mental, havendo uma lacuna teórica de estudos sobre a temática. Notamos que a escassez se estende também para outros municípios da região da Baixada Fluminense, fato que ocasiona pouca visibilidade e falta de conhecimento divulgado sobre o cenário da saúde local.

Finalmente, no que se refere à estrutura dos capítulos, esta dissertação foi organizada de maneira a evidenciar o campo da saúde mental contextualizado em seus determinantes históricos e principais aspectos frente ao modelo de atenção asilar, discutido a partir da assistência prestada na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi; Assim como, apresentar as mudanças substantivas na assistência psicossocial dos municípios da Baixada Fluminense no

estado do Rio de Janeiro a partir do processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, e em especial, o surgimento dos serviços que compõe a rede de saúde mental do município de Itaguaí; e, finalmente, analisar as continuidades e descontinuidades resultantes da mudança do modelo assistencial, bem como as especificidades locais de Itaguaí que conformaram o seu percurso, trazendo para o centro do debate a apropriação da política nacional de saúde mental no município.

Com este objetivo, no primeiro capítulo, apresentamos o modelo de tratamento em psiquiatria pautado na lógica de internação asilar. Para tanto, abordamos a Casa de saúde Dr. Eiras em Paracambi, considerada uma das maiores instituições dedicadas à internação psiquiátrica do estado do Rio de Janeiro. De modo similar, ao contextualizarmos o município de Itaguaí, abordamos a forma como se organizavam os serviços voltados à clientela com grave sofrimento psíquico no município sob a lógica do modelo centrado na internação hospitalar em psiquiatria. Estudamos também, de forma sucinta, sobre as proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira na acepção da desinstitucionalização, enquanto uma noção fundamental na reorientação da assistência em saúde mental.

No segundo capítulo, debatemos sobre a importância do processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras, localizada em Paracambi (CSDE-P), para o processo de reforma ocorrido no interior do estado do Rio de Janeiro. Assim como, os anos iniciais do seu processo de fechamento impactou na construção das redes de atenção psicossocial dos municípios da região da Baixada Fluminense, quando foram pactuados e implementados os serviços substitutivos à internação psiquiátrica naquelas localidades. Destacamos ainda, os atravessamentos e as articulações necessárias para implementar o serviço tipo Caps no município de Itaguaí e a organização de uma rede em saúde mental, no intervalo de tempo do ano 2000 a 2003, período inicial de negociações junto ao município frente ao desmonte progressivo da CSDE-P.

No terceiro capítulo, apresentamos dados e informações sobre o município de Itaguaí, em um contexto social e histórico. Debates sobre os serviços que foram inaugurados na conformação da rede de atenção psicossocial do município, no período de 2004 a 2006. Por fim, analisamos sobre a forma de apropriação das políticas públicas de saúde mental pelo município de Itaguaí, a partir das especificidades locais que conformaram esse percurso.

-Capítulo I-
Da lógica asilar à Reforma Psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro e região metropolitana

A vereança de Itaguaí, entre outros pecados de que é argüida pelos cronistas, tinha o de não fazer caso dos dementes. Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua. Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a Câmara lhe daria quando a família do enfermo o não pudesse fazer (Assis, 2008: 1)⁴.

Constituir novas práticas na assistência e novos modos de relacionar-se com a loucura tem sido um grande desafio da reforma psiquiátrica. Em que pese as mudanças na assistência, há ainda hoje a necessidade de que nos atentemos para as dificuldades de implementar o modelo psicossocial de atenção à saúde mental. Se por um lado são inegáveis as conquistas que foram obtidas, por outro, é necessário um olhar atento para compreender que elos das antigas correntes ainda permanecem nos dias atuais. Para tal empreitada temos o uso da história como um instrumento central na luta contra as repetições da assistência.

Fazer história nesta perspectiva, comportaria, então, compreender as sequências de acontecimentos que se justapõem, ter acesso aos estratos acumulados no cotidiano do trabalho com a saúde mental, mas que não permanecem fixos ao longo do tempo. Não há, portanto, uma sucessão contínua de fatos que digam respeito a uma evolução garantida do cuidado em saúde mental, mas, conjunções e descontinuidades. Não é à toa que o projeto da reforma psiquiátrica acaba por se constituir por diversos momentos, ora perpassado por movimentos simultâneos de construção e ora de desconstrução; mas sempre marcado com um tensionamento de forças e de interesses.

Consideramos também importante não refutar o apoio na história em busca de certas continuidades para reconstituir a tessitura na qual se sustenta as mudanças da assistência em saúde mental. Assim, este capítulo pretende contribuir com o debate que se inicia em um momento anterior à reforma, buscando trazer um olhar sobre um período que é tradicionalmente delineado como um momento histórico de abandono nas instituições voltadas à psiquiatria e da compra de leitos em instituições particulares. E, seguimos, em

⁴ Ebook. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf> . Acessado em: 10 de junho de 2019.

direção à construção de possibilidades para que a reforma pudesse ocorrer no estado do Rio, e em especial, no município de Itaguaí.

Para tanto, abordaremos a trajetória da internação hospitalar enquanto um negócio em saúde, e em especial, a Casa de Saúde Dr. Eiras dada sua importância histórica na constituição da reforma psiquiátrica no estado do Rio. Localizamos Itaguaí neste cenário local da região metropolitana do estado, assim como, o seu percurso nas políticas públicas estaduais rumo à reforma psiquiátrica.

Entendemos que se faz necessário situarmos também as proposições da Reforma Psiquiátrica na acepção da desinstitucionalização, em consonância com a política nacional de saúde mental e seus efeitos para a organização da rede de cuidados.

O nosso esforço de colocar em foco um município de médio porte, contextualizado na região metropolitana à qual pertence, implica também, em indicar a reconstituição e preservação da memória de um importante processo histórico, a saber, as trajetórias da constituição da rede de saúde mental no estado do Rio de Janeiro, cuja riqueza e relevância serão aqui apenas brevemente anunciadas.

Uma história recente, cujos desdobramentos podemos verificar que ainda se apresentam para nós no cotidiano do trabalho em saúde mental. Nossa tentativa de sistematização buscará apenas se aproximar da diversidade de eventos e atores sociais envolvidos nos processos aqui narrados. Nossa proposta não poderia deixar de ser modesta, apresentar uma versão, e, portanto, necessariamente incompleta, dessa trajetória.

1.1- O hospital psiquiátrico privado e a ideologia privatista no Estado do RJ

Em um artigo que discute a reconstituição histórica do período imediatamente anterior àquele que se denominou Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, de Paulin e Turato (2004), intitulado *Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970*, menciona que a instituição psiquiátrica particular mais antiga do país é a Casa de Saúde Dr. Eiras. Criada pelo médico otorrinolaringologista Dr. Manuel Joaquim Fernandes Eiras, na cidade do Rio de Janeiro, no bairro de botafogo, em 1860.

Os autores, Paulin e Turato (2004), ao abordarem de forma contextualizada os anos 70 fazem um recuo na história da saúde mental brasileira até 1940, com informações necessárias à compreensão do período abordado no artigo. Em nosso caso, voltaremos não à uma data em especial, mas à um fato: a fundação da Casa de saúde Dr. Eiras (CSDE), como forma de

compreender a privatização da assistência psiquiátrica no sistema público de saúde. Com isso, trazer à cena a expansão da Eiras e o seu posterior declínio.

Em um estudo intitulado *A Casa de Saúde Dr. Eiras: uma história dentro da História*, Pedro Fernandes em sua monografia na área de museologia, pela Unirio em 1998, relata que em 1852, o Imperador havia inaugurado o Hospício Dom Pedro II, em Botafogo e Manuel Eiras, médico particular da princesa e empreendedor, viu ali uma oportunidade de negócio: um hospital psiquiátrico privado com uma equipe de especialistas renomados para tratar gente diferenciada, que pudesse pagar pelo luxo e pela exclusividade.

Podemos intentar que o médico, visionário, percebeu que tal empreendimento pioneiro seria importante à medida que os hospitais públicos estavam lotados, e possivelmente haveria demanda para o particular. Segundo Resende (2001), as internações psiquiátricas viraram solução para todos os males no Brasil. Pessoas eram recolhidas em hospícios por qualquer motivo.

A literatura retratou, com certa ironia, tal acontecimento no conto “O Alienista”, de Machado de Assis, publicado originalmente em 1882, e que se passava na cidade de Itaguaí, prosaicamente a mesma cidade em que nos debruçamos nesta pesquisa.

A CSDE, além de possuir um setor dedicado a especialidade de seu fundador, dispunha de uma área de cirurgia e outra destinada a doentes mentais. A área de psiquiatria iniciou-se com 50 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo, para os mais abonados, entre outras benesses, direito a um copo de vinho às refeições (Piccinni, 2008).

Com o passar dos anos outras casas de saúde psiquiátricas particulares foram surgindo. Embora dotadas de conforto e com baixo índice de mortalidade, tinham a mesma função social que os asilos, ou seja, isolar o paciente da comunidade, resguardando do perigo que ele supostamente representava.

Segundo Pedro Fernandes (1998) e o médico-psiquiatra Piccinni (2008), em seu artigo *Casa de saúde Dr. Eiras Crônica do seu desaparecimento*, quando fundada em 1863⁵, na Rua da Ajuda, ainda como Casa de Saúde N.S. da Ajuda, a Casa sempre prestou serviços médicos em Clínica Geral e Cirúrgica. Porém, no início de 1864, o Dr. Eiras muda o nome para Casa Imperial de Saúde e de Convalescença ao comprar a Casa na Praia de Botafogo número 26, e introduziu o tratamento com banhos e quartos especiais para alienados.

⁵ Embora Fernandes (1998) e Piccinni (2008) localizem a fundação da Casa de Saúde Dr. Eiras, ainda com o nome de N.S. da Ajuda, no ano de 1863; em referência, assim, ao serviço anterior que funcionava no mesmo endereço; Já os autores Paulin e Turato (2004) localizam sua fundação no ano de 1860. Podemos notar então que não há um consenso sobre a data exata da fundação da Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo.

Posteriormente, a Casa Imperial de Saúde e Convalescença é fechada; período em que o médico Dr. Eiras compra o estabelecimento de saúde, Casa de Saúde Dr. Peixoto, em 1865, que era dedicada desde sua inauguração até então à especialidade do tratamento ortopédico. Localizada na Rua Marquês de Olinda, ainda no bairro de Botafogo, O Chalet Olinda, que desde 1843 já tinha suas instalações adaptadas para atendimento hospitalar, com sua aquisição pelo Dr. Eiras, o seu funcionamento voltou-se ao tratamento dos alienados (Porto, 2008).

Ao lado do Chalet Olinda foi construído um prédio anexo, onde funcionava o estabelecimento Hidroterápico. O Chalet iniciou o seu funcionamento com um cirurgião francês, que era especialista em Traumatologia, e foi aos poucos desenvolvendo os serviços de Doenças Nervosas e Clínica Geral, vindo posteriormente a priorizar o serviço de Doenças Nervosas, pois na época, o Hospício Pedro II e a Casa de Saúde Dr. Eiras, eram os dois principais centros de atendimento a doentes mentais, sendo dirigidos para este último o maior contingente de pacientes particulares (Piccinni, 2008).

No Chalet na Rua Marquês de Olinda, em Botafogo, com capacidade para cinquenta leitos, eram oferecidos atendimentos em Clínica Médica, cirúrgica e maternidade.

Figura 1 – Fachada restaurada do Chalet Olinda



Fonte: Biapó construtora.⁶

⁶ O edifício Chalet Olinda foi tombado como patrimônio histórico da cidade do Rio de Janeiro pelo decreto municipal nº 6934 de 9 de setembro de 1987 (Rio de Janeiro, 1987). Já a preservação do Pavilhão Santa Clarice foi determinada pelo decreto municipal nº 22643 de 10 de fevereiro de 2003 (Rio de Janeiro, 2003). O projeto de restauração da fachada ocorreu de junho de 2008 a julho de 2010 com a construção do condomínio de luxo Les Palais Botafogo situado no local da antiga Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo. Disponível em: www.biapo.com.br

Com a morte de seu pai, assume a direção da Casa o Dr. Carlos Fernandes Eiras de 1889 a 1920. Nessa época Francisco Franco da Rocha fez estágio na Casa de Saúde. Em nove de abril de 1920, o Dr. Waldemar Schiller compra a Casa de Saúde Dr. Eiras, onde já atuava como colaborador, vindo a falecer em junho de 1940 e assumiu a direção da Casa o seu filho mais velho Maurício Brandon Schiller, até 1943 (Fernandes, 1998).

De 1943 a 1986 assume a direção o Dr. Leonel Tavares Miranda de Albuquerque⁷ que fez modificações na estrutura física e na área de saúde.

Com a criação dos diversos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na década de 1930, que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal, cuja filiação ocorria por categorias profissionais, em seis de junho de 1944 é firmado o primeiro convênio para assistência médica psiquiátrica e previdenciária no Brasil, assinado entre a Casa de Saúde e a Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Públicos do Distrito Federal (Piccinni, 2008).

Posteriormente outros convênios ocorreram, como: a Caixa de Aposentadoria e Pensões de Serviços Públicos do Distrito Federal (Ipase- 19 de agosto de 1946), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários da Central do Brasil (1 de outubro de 1946), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais (1 de setembro de 1947) e a Prefeitura do Distrito Federal. À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais (IAPC) concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse ali construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciantes e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro. Este convênio pode ser considerado o marco inicial das internações em hospitais particulares, por meio da hospitalização de previdenciários (Paulin e Turato, 2004).

As modificações físicas compreenderam um projeto do arquiteto Oscar Niemeyer, quando foram construídos 3 pavilhões: o de Santa Tereza, com dez andares, destinado aos pacientes masculinos, o Pavilhão N.S. de Fátima, com cinco andares, para atendimento as pacientes femininas; e mais tarde foi construído o Pavilhão São José, complementando este complexo hospitalar (Piccinni, 2008).

⁷ Leonel Tavares Miranda de Albuquerque era médico com especialização em clínica cirúrgica. Em março de 1967 assumiu como Ministro da Saúde. Implantou o Plano Nacional de Saúde, criou a Empresa Brasileira de Medicamentos (Embramed) , e realizou uma reforma administrativa do Ministério da Saúde. Deixou o Ministério da Saúde em outubro de 1969. Foi diretor-presidente da Casa de Saúde Dr. Eiras (Rio de Janeiro/RJ) e criador do Instituto Clínico Madureira (Rio de Janeiro/RJ). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/galeria-de-ministros>. Acessado em: 20 de junho de 2019.

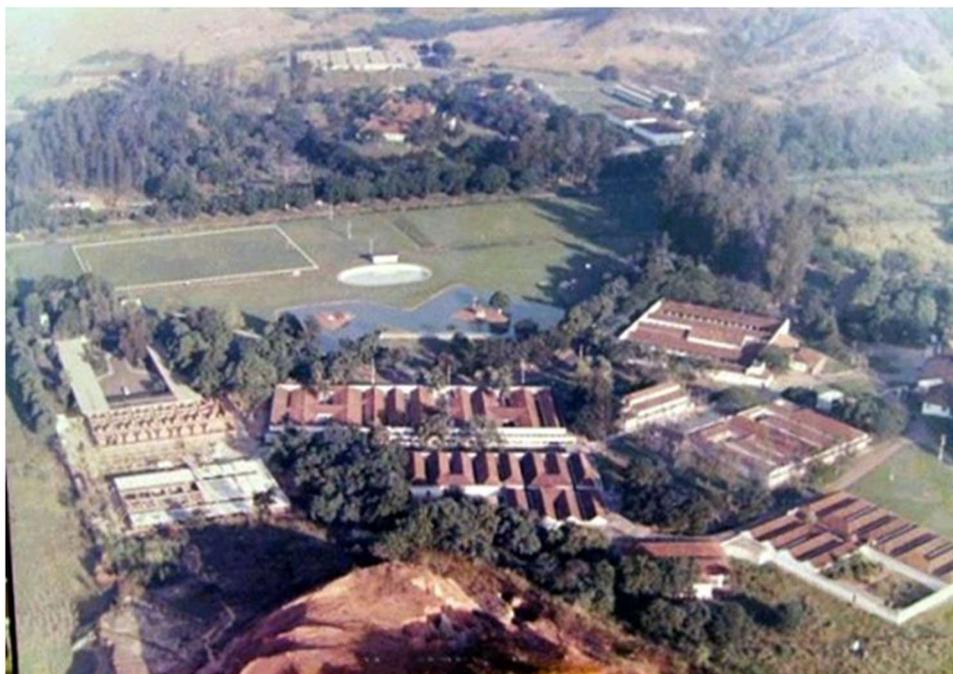
Em 1951, foi instalada a Clínica de Neurocirúrgica do Prof. Paulo Niemeyer, médico que ali realizou inúmeras cirurgias, sendo algumas pioneiras, fazendo com que a Casa de Saúde se tornasse um centro formador de profissionais da área, inclusive merecendo reportagens em revistas médicas internacionais.

Segundo Walmor Piccinni (2008) na década de 1960 a Casa de Saúde Dr. Eiras havia se tornado, uma potência, graças aos vários convênios firmados com as empresas públicas. O amplo terreno da clínica em Botafogo tinha novas especialidades, centros de pesquisa e até uma revista mensal. Essa grande expansão foi obra do paraibano Dr. Leonel Miranda.

Ainda segundo Pedro Fernandes (1998) no ano de 1962, durante a administração do Dr. Leonel Miranda, foi fundada a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. Para a sua instalação foram comprados os sítios: Barreiros, Antas, Terras do Carneiro e Vila Atlas, perfazendo um total de 8.809.600 m² e com capacidade para 2.550 leitos.

Exclusivamente voltada à psiquiatria, a unidade de Paracambi tinha o seu funcionamento voltado inicialmente para atendimento aos pacientes considerados crônicos, sem possibilidades terapêuticas, transferidos da Casa de Saúde Dr. Eiras - Botafogo, e era baseado no modelo de Comunidade Terapêutica.

Figura 2- Vista panorâmica da Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi.



Fonte: Guljor (2013: 155).

A experiência das comunidades terapêuticas, que, no Brasil, vicejou na virada da década de 1960 para a de 1970, surgiu como uma reação às estruturas tradicionais do aparato asilar psiquiátrico, uma nova forma de assistência em psiquiatria. Calcada nessa proposta, a Casa de Saúde Dr. Eiras Paracambi apresentava um discurso atualizado sobre o que era produzido naquele momento como tratamento em psiquiatria. A proposta da comunidade terapêutica era considerada inovadora.

Como forma de acesso, a Casa de Saúde construiu uma estação ferroviária, até a sua porta, dando-lhe o nome de Estação Dr. Eiras e a integrou ao sistema ferroviário existente que cortava o seu terreno vindo da estação terminal Central do Brasil.

No local, foram construídos pavilhões bem distanciados uns dos outros, com uma capacidade máxima de 400 leitos cada um. O primeiro pavilhão a ser construído foi o de São Miguel (Piccinni, 2008). A casa de saúde foi crescendo e também aumentava a demanda interessada na internação como forma de tratamento. Foram construídos ao total, 8 pavilhões⁸ para internação e uma Unidade Clínica. Podemos considerar que era uma empresa de serviços médicos hospitalares promissora.

Vale mencionar que a partir de 1964 foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, culminando com a fusão de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação deste trouxe em seu contexto duas correntes opostas: a favorável à compra de serviços de terceiros pelo instituto e a que defendia a opção pelo aumento dos hospitais da rede própria e contratação de profissionais para o quadro saúde pública (Oliveira e Teixeira, 1986).

No processo de unificação dos institutos previdenciários, com a criação do INPS, a extensão da assistência médica atingiu setores cada vez mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a previdência social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Os hospitais da rede pública permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados (Paulin e Turato, 2004).

Esta relação entre Estado e o produtor privado, propiciado pelo INPS, deu condições para que a área médica se tornasse altamente lucrativa, além dos interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Assim, progressivamente, os serviços hospitalares comprados de terceiros representou quase a totalidade dos gastos com a

⁸ Pavilhão Santa Rosa, Ottino, Santana, Maria Helena, São Carlos, São Joaquim, São Miguel, e Pavilhão Aparecida.

assistência médica previdenciária. De 1969 a 1975 os gastos com o serviço hospitalar contratado chegou a 90% da despesa geral do INPS (Oliveira e Teixeira, 1986).

Nesse período chamado “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construíram hospitais cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. Para Amarante (1995), os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado.

A situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao ‘discurso da competência’, exposto pelos empresários privados. Foi nesse processo que tanto o campo da saúde geral como o da assistência psiquiátrica caminharam para o amplo movimento de privatização. Esse crescimento do setor privado ganhou força com a indicação, em 1967, do proprietário da Casa de Saúde Dr. Eiras – Dr. Leonel Miranda, para o Ministério da Saúde no governo Costa e Silva (Menezes, 2012).

Para Amarante (1995), a indicação de Leonel Miranda como Ministro da Saúde visava, entre outras coisas, defender os interesses dos empresários do setor privado em saúde, que eram representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

Enquanto ministro, Leonel Miranda tentou uma proposta radical de privatização da assistência médica, eliminando-se o setor público de serviços médicos previdenciários, cujas instituições seriam repassadas aos produtores privados. Ao estado caberia somente o papel de financiador. O plano não foi viabilizado graças às resistências por parte da população e dos setores próprios do INPS. Estes se opunham à entrega total de recursos estatais para as mãos da iniciativa privada (Amarante, 1995).

No entanto, a situação da assistência psiquiátrica no país, na época, apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama, dormindo no chão, e hospitais psiquiátricos sem especialistas. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era altíssimo. Era necessária uma atitude por parte do Ministério da Saúde, pois a política previdenciária, ao priorizar a compra de serviços dos hospitais privados, levou a um déficit financeiro, obrigando a previdência social a buscar soluções saneadoras para melhor utilização da rede pública e modernização de suas unidades (Paulin e Turato, 2004).

Como já destacamos anteriormente, neste período, o início da década de 1970, havia uma crescente influência de propostas que se apresentavam efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária. A partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental.

Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos (CPAP-GBM), com o objetivo de averiguar a assistência psiquiátrica no estado. A comissão, na qual o psiquiatra Luiz Cerqueira participou, fez uma análise sobre os serviços prestados. No relatório apresentado em 1970, foi descrito a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica no Estado. O setor ambulatorial funcionava principalmente como encaminhador de laudos para internação, e o hospital psiquiátrico se colocava como a única opção de tratamento (Paulin e Turato, 2004).

Devido a repercussão deste relatório, o CPAP-GB, em 1971, foi convidado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para estudar, em âmbito nacional, as bases de uma reformulação da assistência psiquiátrica. Dois anos depois foi lançado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica.

O manual privilegiava, segundo Paulin e Turato (2004), a assistência psiquiátrica oferecida, sempre que possível, na comunidade, com uso de recursos extra hospitalares. Seu intuito era o de recuperar rapidamente o paciente para que este retornasse às suas atividades normais. Nos casos em que fosse necessária a internação, esta deveria ser feita próxima à residência do indivíduo, com uma ampla e diversificada rede de serviços, evitando-se a internação em hospitais com mais de 500 leitos. Na alta, o paciente seria imediatamente encaminhado para atendimento ambulatorial.

O modelo preventivista, que inspirou o manual, surgiu como alternativa ao modelo psiquiátrico clássico organicista. Almejava-se não apenas a prevenção da doença mental, mas, fundamentalmente, a promoção da saúde mental.

Na época, algumas portarias foram expedidas pelo Ministério da Saúde, a fim de normatizar a área da assistência em saúde mental. Se por um lado foi expedida a portaria 32, que apresentava o mesmo conteúdo do Manual de serviço para a assistência psiquiátrica, mas que nunca entrou em vigor, por outro, havia o Plano de Pronta Ação (PPA), que tinha por objetivo uma política de atenção médica curativa e individualizada nos atendimentos de emergência (Oliveira e Teixeira, 1989).

Esse plano trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público, o que gerou uma intensa onda de produção de serviços assistenciais, nem sempre necessários ou racionais. Para Amarante (1995) havia um cenário altamente favorável à corrupção na prestação de serviços contratados, devido ao pagamento ser de acordo com a quantidade de tarefas executadas. Neste contexto de altos custos, de crise previdenciária, da insatisfação da

população com o sucateamento do serviço público cresceu a oferta de serviços privados como uma saída viável no âmbito da saúde.

Paulin e Turato (2004) sinalizam que este período poderia ser caracterizado pelos inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica. Contudo, tais prerrogativas não encontraram espaço em uma política que privilegiou o setor privado, por meio da contratação, pela Previdência Social, de serviços de terceiros, expandindo significativamente o modelo hospitalar no Brasil.

Nos encontros anuais de psiquiatria do Inamps⁹, entre 1976 e 1978, foi demonstrado que as propostas dos manuais não se aplicavam na prática. As recomendações apresentadas eram a repetição integral dos programas elaborados pela própria Previdência, mas nunca viabilizados. Propunha-se ênfase na assistência extra-hospitalar, reestudo para a funcionalidade de modelos assistenciais, como pronto-socorros e hospitais-dia, além de uma revisão do orçamento gasto. A falta de verbas para executar os serviços extra-hospitalares, já que elas se destinavam às hospitalizações, levou a uma política orçamentária, em 1977, em que os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do total da Previdência Social, contra 4% para os demais recursos extra-hospitalares, dos quais o mais significativo era o ambulatório (Amarante, 1995).

A expansão da cobertura via compra de serviços do setor privado foi desenvolvendo-se, criando uma situação de crise e de reformas do complexo previdenciário. Neste ínterim a Casa de Saúde Dr. Eiras vinha resistindo no funcionamento como tantas outras empresas de saúde conveniadas.

Contudo, segundo Piccinni (2008) no fim da década de 1970, a Casa de Saúde Dr. Eiras já havia iniciado o seu declínio. A aposta de Leonel Miranda no hospital de Paracambi ia contra a nascente ideia dos movimentos de reforma psiquiátrica que ganhavam força em nosso país, e que pregava a desospitalização e o fim dos manicômios.

Com a ditadura militar e a ideia de uma indústria da loucura, foi forjado um cenário favorável ao surgimento de múltiplos movimentos sociais que combatiam os maus tratos aos pacientes das instituições psiquiátricas no país. Em tempos de reconstrução democrática da sociedade, com o fim da ditadura militar, era necessária uma reforma também no setor da saúde mental.

⁹ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) era a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social.

Só em 1978 podemos destacar, segundo Amarante (1995), a reunião de diversos trabalhadores da área de saúde mental, que criaram um movimento social contra os maus tratos nos manicômios, passando a ser denominado de: Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este, num primeiro momento, incorporou críticas ao hospitalocentrismo, às más condições de trabalho e de tratamento aos pacientes e a privatização da assistência psiquiátrica.

Ainda em 1979 o MTSM promoveu o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Copacabana Palace, no qual participaram convidados internacionais como Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Ronald Laing, Donald Cooper, Thomas Szasz dentre outros¹⁰. Segundo Amarante (1995), as vindas de Franco Basaglia ao Brasil (retornou duas vezes ainda), contribuíram para que fosse construído aqui um pensamento crítico sobre o saber da psiquiatria e de suas instituições de tratamento¹¹, até que suas posições foram incorporadas a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a noção de desinstitucionalização. À medida que o movimento de reforma psiquiátrica ganhava força e visibilidade, maiores eram os tensionamentos de forças contrárias e da manutenção do hospital psiquiátrico como a forma de tratamento necessária.

Como veremos a seguir no próximo capítulo, no estado do Rio, a Casa de saúde Dr. Eiras mobilizou diversos atores a seu favor, desde políticos, federação brasileira de hospitais, associação de familiares, profissionais contratados da casa de saúde, entre outros. A internação psiquiátrica era um negócio altamente lucrativo e, enquanto que aos empresários era preciso defender o capital; à saúde mental pública, era preciso defender uma forma de tratamento de que se acreditava digna e eficaz.

¹⁰ Tais autores influenciaram com suas obras um pensamento crítico sobre o saber psiquiátrico, o tratamento em instituição asilar e as formas de exclusão da loucura e da diferença.

¹¹ Franco Basaglia critica o saber da psiquiatria que estava fundado em um paradigma da doença, e neste sentido, a loucura seria irrecuperável. O manicômio imputava a segregação, o estigma e a periculosidade à pessoas que tinham uma existência marcada sofrimento. Basaglia rompeu com esse paradigma da doença e trabalhou com noção de era preciso inventar uma instituição a altura da complexidade que é uma existência em sofrimento. Constituir um conjunto de novos serviços comunitários com estratégias e caráter de permanente construção, produzindo cuidado e favorecendo novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica (Rotelli, 2001b).

1.2 – O estado do Rio e a construção das condições de governabilidade

O estado do Rio de Janeiro concentrava (assim como o estado de São Paulo) um dos maiores parques manicomiais do país, tendo em vista que, além da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi, outros hospitais entre públicos e privados estavam sediados no estado.

Os pacientes internados, a maioria vivendo há muitos anos nos hospitais, possuíam pouco ou as vezes nenhum vínculo social. Tal fato exigiu a presença de serviços que garantissem sua reinserção social e o cuidado em seu sofrimento psíquico que muitos não tiveram, mesmo ao longo de tantos anos de internação.

Na realidade vivenciada pelo estado, é sabido que o município do Rio concentrava a maior quantidade de hospitais voltados à psiquiatria. Tal situação decorre pelo fato do município ter sediado a capital do país até a década de 60, quando esta foi então transferida para Brasília. Neste sentido, tinha-se hospitais federais, estaduais e municipais, além dos serviços privados.

Como exemplo disso, no artigo “Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005”, Mello e Furegato (2007) tomam para análise o município do Rio, em especial, e constataram que a origem dos leitos utilizados pelo SUS eram prioritariamente privados: cerca de 54% dos leitos eram privados, os serviços públicos foram responsáveis por 43% e os universitários por 3% da oferta de leitos psiquiátricos. Todos custeados pelo SUS. Segue abaixo a tabela com tais informações.

Tabela 1- Internações em hospitais psiquiátricos no município do Rio de Janeiro, por natureza do hospital, no período de 1996 a 2005.

Ano	Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	universitário	Total
1996	13.067	445	3.542	3	882	1.186	19.125
1997	11.473	253	3.563	16	1.450	1.433	18.188
1998	9.939	934	1.628	52	1.290	1428	15.271
1999	9.288	1.203	2.301	3.234	1.451	1.434	18.911
2000	8.356	2.073	2.202	4.831	1.649	1.485	20.596
2001	6.905	1.058	1.737	4.737	1.096	1.451	19.984
2002	2.304	1	1.336	3.970	2.460	1.107	11.178
2003	2.796	346	1.139	4.399	3.080	416	12.476
2004	2.234	872	1.215	3.134	2.489	*	9.944
2005	1.856	682	1.298	3.425	2.364	*	9.625

Fonte: Mello e Furegato (2007: 178).

(*) Os números referentes aos hospitais universitários foram contabilizados juntamente às instituições federais.

Como podemos observar na tabela, no ano 2000 o município do Rio contava com 8.356 internações no serviço privado contratado pelo SUS. A grande questão é que a internação psiquiátrica não cumpria uma função de tratamento e sim de isolamento social. Além de passarem internados por anos a fio, era tamanha a desassistência e violência institucional.

Na região metropolitana da Baixada Fluminense a situação também era alarmante. Os hospitais psiquiátricos existentes eram todos de origem privada com os leitos utilizados e pagos pelo SUS.

Tenório (2002) ao debater sobre o modelo de assistência com a prevalência da internação, destaca as internações em instituições privadas que são para isso remuneradas pelo setor público (via INPS, depois Inamps, depois SUS).

As clínicas contratadas funcionavam, em sua maioria, totalmente a expensas do erário público, com a internação psiquiátrica remunerada na forma de uma diária paga para cada dia de internação de cada paciente. Contudo, os repasses do Ministério da Saúde para os leitos contratados não se traduziam em condições dignas de tratamento.

Segundo Tenório (2002), nas clínicas contratadas a lógica do lucro predominou sobre qualquer intenção de assistência, assim, quanto maior o número de pacientes internados, o tempo de internação e, quanto menor o gasto da clínica com a manutenção do paciente internado, maior é o lucro.

Tabela 2- Hospitais psiquiátricos na Baixada Fluminense, por natureza do hospital e número de leitos.

Hospital psiquiátrico	Município	natureza	nº leitos
Casa de Saúde Vilar dos Telles	São João de Meriti	Privada	240
Sanatório Duque de Caxias	Duque de Caxias	Privada	240
Casa de Saúde Santa Cecília	Nova Iguaçu	Privada	200
Casa de Saúde Dr. Eiras	Paracambi	Privada	1494*

Fonte: Elaborado pela autora com base em Guitton (2010: 108).

*Ano 2000.

Como podemos verificar na tabela 2, a Baixada Fluminense dispunha no ano 2000 em torno de 2.174 leitos, todos de instituições de saúde de origem privada contratadas pelo SUS. A maior concentração de leitos se encontrava no município de Paracambi com a Casa de

Saúde Dr.Eiras. Neste período com a indústria da loucura¹² em evidência na mídia, surgiram uma série de reportagens que abordavam a contratação de leitos com verba pública e o tipo de tratamento que era dispensado aos pacientes:

Nesse pavilhão, o São Joaquim, um dos oito em atividade, há 53 doentes crônicos, todos homens, com as cabeças raspadas compulsoriamente, sob a alegação de norma higiênica. Maltrapilhos, dificilmente não seriam considerados mendigos se vistos nas ruas. Muitos exibem cicatrizes no couro cabeludo, consequência de quedas, de acordo com os médicos (*Folha de São Paulo*, 2001).

Os dormitórios parecem baias, o espaço reservado para recolher o gado num estábulo. Não há janela nem porta nos vãos livres que dão para o pátio. O frio é intenso nas noites de inverno. Sobre um bloco estreito de alvenaria em 'L' grudado na parede, são colocados cinco colchonetes, onde dormem os doentes, protegidos por cobertor (*Folha de São Paulo*, 2001).

A reportagem da Folha de São Paulo de 01 de julho de 2001 publicou as condições dos internos em que pacientes tinham as cabeças raspadas, sob alegação de norma de higiene, e dormiam em locais parecidos com baias para gado. O mesmo jornal publicou em 16 de janeiro de 2002 sobre o descaso com pacientes e a situação sanitária da instituição; mencionou uma auditoria feita pelo Ministério da Saúde em 2000, segundo a qual, o Estado exigia providências imediatas (abordaremos melhor este assunto no próximo capítulo).

Com o grande aporte financeiro, a casa de saúde funcionava totalmente a expensas do financiamento público, cuja única fonte de receita era a internação psiquiátrica. Vale mencionar que em plena década de 1980, a Dr. Eiras Paracambi possuía duas mil quinhentas e cinquenta (2.550) pessoas internadas. Constatamos, também, que o setor da saúde se configurava como um grande empregador nessa cidade (Guljor, 2012).

A cidade que havia se mantido economicamente ativa devido a uma Siderúrgica instalada (Lanari S/A) em 1954, e que até então era a grande empregadora local; na década de 70, em decorrência da sua falência e fechamento, deixou um grande número de desempregados. Com a fundação em Paracambi da Casa de saúde Dr. Eiras em 1963, e posteriormente, em 1976, o Hospital Paracambi Ltda. (Cascata) com 76 leitos, o setor de

¹² O termo *indústria da loucura* refere-se, segundo Amarante (1995), ao fato de que a doença mental havia se tornado um objeto de lucro, uma mercadoria, a partir dos empresários de serviços hospitalares; cujo objetivo não estava necessariamente voltado à terapêutica, e sim visando o lucro.

saúde em psiquiatria passa a ocupar o lugar de grande empregador, com 800 empregos diretos (Guljor, 2012).

A importância da instituição psiquiátrica para a cidade era tamanha que, na área pertencente a Casa de Saúde aconteciam as festividades da cidade, como por exemplo, na comemoração do dia da independência, o desfile cívico; festa junina, passeios de domingo e piqueniques das famílias. Havia uma abertura da instituição à cidade, que se utilizava dela, e que, de forma inversa, a instituição também penetrava na cidade. A rotina dos moradores do entorno da instituição era marcada pelo som de uma sirene que era acionada em vários horários fixos do dia, marcando a hora das refeições, de saída e entrada nos pavilhões, do turno de trabalho. Este som estava incorporado à vida dos moradores do bairro que também, a partir dele, estabeleciam suas rotinas de sair para o trabalho e escola, dentre outras (Guljor, 2012).

No início de 1979 o Hospital de Paracambi dispunha de um serviço de hospital-dia que foi cadastrado no sistema de saúde brasileiro, com 60 vagas, embora fosse uma instituição privada. Em sua proposta terapêutica, o Hospital de Paracambi oferecia atenção ambulatorial, hospital dia e atenção hospitalar integral. Não podemos deixar de notar que à época a proposta estaria afinada com o que se pensava como um tratamento inovador de cunho extra-hospitalar e de base comunitária.

Contudo, na prática o que se tinha era um círculo vicioso entre o paciente e a instituição: *os dispositivos institucionais se retroalimentavam na manutenção de uma clientela institucionalizada na assistência psiquiátrica* (Guljor, 2012: 152).

Ao voltarmos nosso olhar à Dr. Eiras de Paracambi, além desta receber pacientes de vários municípios do estado do Rio, também recebia de outros estados brasileiros. Na década de 1990, foi o destino da clientela de duas instituições psiquiátricas públicas. Em 1997, de uma instituição estadual, o Hospital psiquiátrico de Vargem Alegre, no município de Barra do Piraí, que havia fechado; e outra dos portadores de deficiência mental que estavam institucionalizados na Funabem-Febem¹³ de Botafogo (Guitton, 2010; Guljor, 2012).

Como já foi mencionado anteriormente, a função inicial da Dr. Eiras de Paracambi era a de abrigar aqueles pacientes considerados crônicos, sem condições terapêuticas. Mas, toda

¹³ Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, criada pela Lei Federal 4.513 de 01/12/1964 em substituição ao Serviço de Assistência ao Menor - SAM. À Funabem competia formular e implantar a Política Nacional do Bem-Estar do Menor em todo o território nacional. A Febem – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor competia observar a política estabelecida e de executar, nos Estados, as ações pertinentes a essa política. Disponível em: http://www.fia.rj.gov.br/content/institucional/institucional_historia.asp . Acessado em 10 de junho de 2019.

sorte de pessoas chegavam à Casa de Saúde (adultos e crianças), seja através de outras instituições ou da própria família, em busca de um abrigo e suporte para algum tratamento. O local apresentava então uma possibilidade de abrigo àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social, contudo, como já foi dito, a situação em que os pacientes viviam nestas instituições privadas eram as piores possíveis.

Dentre os municípios do estado do Rio que mais internavam na Dr. Eiras de Paracambi estavam aqueles da região metropolitana conhecida como Baixada Fluminense e o município do Rio de Janeiro. No estado do Rio, a preocupação com as suas regiões metropolitanas¹⁴ e a criação de mecanismos governamentais para o trato de problemas comuns dessas regiões ocorreu a partir do processo de regionalização e descentralização em saúde.

Com a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) os estados assumiram atribuições importantes na coordenação dos sistemas de saúde locais. A descentralização e a municipalização orientadas pela Lei Orgânica da Saúde, e algumas normativas nacionais (Normas Operacionais da Saúde de 1991, 1993, 1996) possibilitaram a consolidação de uma gestão estadual e das responsabilidades municipais no âmbito da saúde.

Vale lembrar que no processo ainda de tensão visando a redemocratização do país, em 1983 foi criada a área técnica de saúde mental no estado do Rio (Assessoria de saúde mental/ASM na Secretaria de Estado de Saúde/ SES).

A área técnica de saúde mental do estado do Rio de Janeiro se manteve em um momento inicial de organização pelo menos até o final da década de 1990. Vale mencionar que o período de 1994 a início de 1999, a Assessoria de Saúde Mental (ASM) esteve sob a condução de uma coordenação conservadora, não alinhada aos princípios da reforma e contrária à diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos, fato que constituiu um momento de grande esvaziamento da área no interior da secretaria e do próprio estado (Guitton, 2010).

Em fevereiro de 1999 com a mudança da gestão em saúde mental no estado, dessa vez alinhado com o projeto da reforma psiquiátrica, com o médico Pedro Gabriel Godinho, foi possível desenhar um projeto político com estratégias de construção para viabilidade da

¹⁴O estado do Rio conta com nove regiões de saúde, segundo a NOAS-SUS de 2001, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte, Serrana. De acordo com esta norma, as regiões de saúde foram divididas em microrregiões e módulos assistenciais. A Região Metropolitana I (METRO I), em 2001, possuía 9.773.143 habitantes, correspondendo a 62,8% da população total do Estado. Para esta Região foram previstas cinco microrregiões: Microrregião Metro I.1 (Rio de Janeiro), Microrregião Metro I.2 (Itaguaí e Seropédica), Microrregião Metro I.3 (Duque de Caxias e Magé), Microrregião Metro I.4 (Nova Iguaçu, Japeri, Queimados e Mesquita) e Microrregião Metro I.5 (São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis).

reforma psiquiátrica. A Secretaria de Saúde do Estado se encontrava pela primeira vez sob a gestão de um médico psiquiatra, Gilson Cantarino, na época do então governador Anthony Garotinho (1999 a 2002), e depois da Rosinha Garotinho (2003 a 2006). Sua permanência garantiu uma continuidade da proposta política em saúde mental e de governabilidade da ASM.

A própria Assessoria de Saúde Mental em outubro de 2000, com a psicóloga Paula Cerqueira tomando a frente da coordenação,¹⁵ deu início a um processo de constituição efetiva de uma política estadual de saúde mental (SM) e sua implementação. Também, a coordenação de saúde mental em nível nacional com o médico psiquiatra Pedro Gabriel Godinho, ofereceu as condições necessárias para que a governabilidade do estado pudesse acontecer, pois, até então, apesar de todas as especificidades das regiões do estado, em especial as metropolitanas e da Baixada Fluminense, não se constituía políticas públicas específicas em saúde mental para essas áreas.

Segundo a entrevista realizada com uma gestão da época, antes de 1999 a Assessoria de Saúde Mental possuía um trabalho em curso junto aos municípios a fim de implantar os serviços extra hospitalares. Contudo, a morosidade deste processo estava relacionada a pouca governabilidade do estado junto as instituições psiquiátricas aliadas a falta de vontade política dos municípios.

[...] a gente tinha três ou seis programas municipais implantados e a nossa meta era noventa e dois programas municipais implantados [...] era uma questão de fragilidade técnica e política. Então, assim o coordenador (municipal de saúde mental), ele não tinha. Se a gente fosse esperar o fortalecimento, a governabilidade do coordenador pra que ele tivesse autonomia suficiente para implantar normativas, a lei, 'né', ele não ia ter. Então ele precisava do Estado como forte mediador e indutor dessas políticas (P., 2019:2).

Nesse período apenas 20% dos municípios contava com programa de saúde mental, com uma rede mínima precária e centrada no hospital psiquiátrico. Os hospitais detinham tamanha autonomia de funcionamento que por vezes o paciente ia direto para a internação em um hospital psiquiátrico e este só depois mandava a autorização de internação hospitalar (AIH) para o município (Guitton, 2010).

¹⁵ Embora já participasse da equipe da ASM como doutoranda com orientação de Pedro Gabriel Godinho, em outubro do ano 2000 Paula Cerqueira assumiu oficialmente a coordenação da saúde mental do estado. O Pedro Gabriel que estava na gestão do estado desde fevereiro de 1999, aceitou o convite para a coordenação nacional de saúde mental; assim, naquele momento se tinha o Pedro Gabriel na instancia nacional; Gilson Cantarino na saúde do estado e Paula Cerqueira na saúde mental do estado; de acordo com a entrevista realizada com P. (2019).

Como pudemos ver a partir da Dr. Eiras de Paracambi, historicamente, os hospitais psiquiátricos eram os responsáveis pelo tratamento a partir da internação de pacientes com transtornos mentais. A internação se apresentava como necessária à medida que se acreditava que não haveria tratamento que proporcionasse uma mudança significativa na qualidade de vida destes pacientes. Todavia, com os avanços na área dos psicofármacos e na área de reabilitação psicossocial praticadas já em outros países, foi possível dar início a experiências alternativas à internação também no estado do Rio.

No município do Rio de Janeiro (RJ), a primeira experiência de um serviço que pudesse em sua proposta vir a substituir a internação psiquiátrica foi um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no bairro de Irajá, inaugurado em 1996, privilegiando ações dirigidas ao cuidado do paciente com transtornos mentais severos e persistentes (Cavalcanti et.al.; 2009). Também na década de 90 outras ações ocorreram no município do Rio, como o 1º Censo da População dos Internos em Hospitais Psiquiátricos, realizado em 1995. E, a instalação da primeira residência terapêutica (RT), implantada em 1998, vinculada ao Instituto Phillippe Pinel, na época ainda sob gestão federal.

A ideia do tratamento de base comunitária se tornava atrativa para os gestores, pois até então grande parte dos recursos na área de Saúde Mental era consumida pelo tratamento hospitalar. Em tempos de restrição econômica, os gestores passam a ver com simpatia a transferência de recursos que eram destinados aos hospitais a outros tipos de tratamentos de base comunitária, principalmente sob a gerência dos estados e municípios. Contudo, na prática, o financiamento para a manutenção do tratamento de base comunitária tornava-se uma questão importante, pois são necessários diversos serviços para dar conta do que a clientela demanda.

No caso da experiência do Hospital de Paracambi S/A, segundo Guljor (2012), a existência do hospital-dia e do ambulatório, acabava por retroalimentar a necessidade do hospital psiquiátrico; ou seja, existia uma lógica de funcionamento que direcionava o paciente à internação.

Neste cenário, a Assessoria de Saúde Mental/SES iniciou em 1999 uma trajetória para a mudança do quadro da saúde mental do estado. Uma primeira medida foi a construção de um mapa de migração das internações dos hospitais psiquiátricos.

Uma vez que os hospitais psiquiátricos serviam a determinadas regiões, foi possível identificar quais municípios faziam a internação e onde ela era feita. E assim, os dados das internações foram ganhando corpo e um controle por parte do estado.

Um ponto importante também neste processo foi a discrepância no que se refere aos dados do Ministério da Saúde junto ao DATASUS e os dados informados pelos boletins médico hospitalares. Os números informados eram incompatíveis e favoreciam os hospitais privados com lucro a partir do financiamento público.

A partir dessas informações foi realizado um diagnóstico situacional com o levantamento da realidade em que se encontrava a saúde mental nesta unidade da Federação. Afinal, em seus 92 municípios, as necessidades não poderiam ser as mesmas, para a construção de uma política de saúde mental condizente com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O diagnóstico apontou para a necessidade de investir em formação permanente junto aos municípios, para que o projeto da reforma ganhasse consistência nos programas municipais e fosse possível viabilizar a construção de uma rede assistencial extra-hospitalar. Depois de um tempo, compôs-se um mecanismo de gestão coletiva com os municípios através de fóruns, colegiado regional de coordenadores, reuniões sistemáticas, a fim de, inclusive, potencializar as figuras dos coordenadores municipais (Guitton, 2010).

Em 14 de dezembro de 1999 foi criado um Grupo de trabalho da Comissão Intergestores Bipartite¹⁶ do Rio de Janeiro (através da CIB nº 50) com vistas a tratar dos meios financeiros e operacionais para promover a mudança do modelo assistencial. Na CIB nº 50 havia a constatação de que não havia serviços substitutivos à internação psiquiátrica nas Regiões Metropolitanas (exceto no Rio de Janeiro e Niterói) e no interior do estado (exceto Angra dos Reis, Santo Antônio de Pádua, Barra Mansa, e, ainda em implantação, Itaocara, Bom Jesus de Itabapoana e Volta Redonda). As cidades não tinham outras respostas a oferecer senão as internações, fato que caracterizava uma situação de grave desassistência para a população com transtornos mentais severos. O grande desafio do estado foi, então, implantar uma assistência comunitária nos municípios, com serviços de saúde mental que pudessem dar conta da demanda em cada localidade, em substituição da orientação focada apenas no hospital psiquiátrico. Nos municípios do entorno da Dr. Eiras de Paracambi, da região da Baixada Fluminense, o que se tinha de serviços extra hospitalares eram os ambulatórios de saúde mental criados na década de 90.

Vale mencionar que a proposta do ambulatório de saúde mental, como um serviço de assistência extra hospitalar, foi estimulada na década de 70, a partir dos diversos manuais

¹⁶ As comissões intergestores bipartite (CIB) se configuram no âmbito estadual como uma instância privilegiada nos aspectos operações do SUS e do planejamento integrado entre as instancias municipais e estaduais de governo. Desde 1994 todos os estados da federação apresentavam CIB. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br>. Acessado em 11 de julho de 2019.

divulgados na época, baseados em uma ideia preventivista (Paulin e Turato, 2004). Nos anos 80 ocorreu a disseminação dos ambulatorios, mas, posteriormente, já no início dos anos 90, ele foi duramente questionado, sendo acusado de cronificar uma clientela em tratamentos sustentados por consultas médicas esparsas e repetição burocrática de prescrições medicamentosas.

Contudo, em 1992, a portaria 224¹⁷ (uma das primeiras regulamentações para a organização dos serviços de saúde mental) dividiu o atendimento ambulatorial em dois tipos de serviço: o ambulatório propriamente dito, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Além de categorizar o tratamento como do tipo hospitalar e ambulatorial.

No estado do Rio de Janeiro, podemos notar que na região da Baixada Fluminense, a implantação dos ambulatorios ocorreu de forma tardia, quando já se mostrava ineficaz à pacientes graves. O ambulatório sofria duras críticas em seu modo de funcionamento, pois não alterava as frequentes (re)internações psiquiátricas. Os ambulatorios de saúde mental acabavam centralizando suas atividades no atendimento médico. Dessa forma, mesmo inseridos em uma política assistencial fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS, estes serviços apresentavam alguns problemas, entre os quais a pouca resolutividade para os pacientes graves e a baixa articulação com os demais serviços da rede comunitária e social do paciente. O que favorecia o circuito crise-internação-alta-crise-reinternação e a cronificação dos pacientes que ficam presos nesse ciclo de atendimento.

Itaguaí e o tratamento em psiquiatria

Assim como em outros municípios da região metropolitana do Rio e da Baixada Fluminense, em Itaguaí o único atendimento público em Saúde Mental disponível à maioria da população até fins da década de 1980 era o da internação psiquiátrica.

Como na maioria dos municípios não havia em Itaguaí um controle do fluxo de encaminhamento para as internações. Embora a cidade não sediasse um hospital psiquiátrico, em um dos seus distritos existia um hospital filantrópico e privado, o Hospital psiquiátrico de

¹⁷Segundo a portaria 224/1992, o ambulatório, no âmbito da reforma psiquiátrica, deve seguir as diretrizes do SUS, podendo englobar unidades básicas/centros de saúde e ambulatorios especializados inseridos ou não em policlínicas. A assistência oferecida pode ocorrer por meio de atendimento individual ou em grupo, visita domiciliar e atividades comunitárias, sendo função do gestor local definir seu papel na rede de saúde (Brasil, 1992).

Coroa Grande¹⁸. Esta instituição era administrada pela Congregação Servas de Maria desde 1966 e seguia a lógica do serviço privado com financiamento público. O hospital era um dos principais destinos para as internações psiquiátricas dos moradores de Itaguaí.

Figura 3- Hospital psiquiátrico de Coroa Grande em 1966



Fonte: Arquivo da Congregação Servas de Maria

No decorrer de nossa pesquisa, encontramos certo dia em Itaguaí uma senhora que havia trabalhado no hospital de Coroa Grande ao longo de 7 anos, até o seu fechamento por volta de 1987. Deste encontro inusitado registramos nossa conversa/entrevista que se encontra disponível em anexo.

Com os seus 70 anos de idade, D. Teresinha nos relatou com entusiasmo a época que trabalhava com as freiras no hospital. Este recebia apenas mulheres para internação, ao todo eram 120 internas. D. Teresinha, que trabalhava com o serviço de apoio na cozinha, lembra que havia no total 40 funcionários e mais 6 freiras. Em sua narrativa, falou-nos da rotatividade de funcionárias no hospital, também só trabalhavam mulheres ali, devido as dificuldades de se lidar com a loucura. A instituição se caracterizava por um tipo de funcionamento já conhecido pela psiquiatria, com internações em tempo integral e de longa duração, com funcionários insuficientes para atender à demanda e sem a oferta de recursos terapêuticos.

¹⁸ O distrito de Coroa Grande apenas em 1993 é integrado ao município de Itaguaí. Um adendo importante é que assim como no caso de Coroa Grande que era um distrito de Itaguaí, Paracambi também pertencia ao território de Itaguaí, constituindo um dos seus distritos; parte de suas terras pertencia também a Vassouras. Apenas em agosto de 1960, com junção dessas duas partes, Paracambi se tornou município independente através da lei 4.426. Conforme já mencionamos anteriormente, a Casa de Saúde Dr. Eiras foi construída em 1962 já no recém-criado município. Disponível em: itaguai.rj.gov.br/200anos/.

O hospital rescindiu o seu contrato de prestação de serviços em psiquiatria, vendeu o prédio para a prefeitura de Itaguaí, e as Servas de Maria voltaram para a sede no bairro de Jacarepaguá, no município do Rio. Com o fechamento da instituição, o prédio se tornou pouco tempo depois um local para abrigamento de jovens, ou nas palavras de D. Teresinha uma escola para crianças carentes.

Até fins da década de 1980 outro destino das internações era a CSDEP, que passou a concentrá-las cada vez mais. Segundo D. Teresinha, com o fechamento do Hospital de Coroa Grande as internas foram transferidas para o Hospital de Paracambi (Cascacata).

O tratamento extra-hospitalar

Podemos considerar que a partir da década de 1990, foi possível observar um processo de reorientação do modelo assistencial no campo da saúde mental em Itaguaí, com a criação de condições técnicas (a partir das normativas federais) que garantissem o direito ao tratamento de base comunitária.

A iniciativa de tratamento extra-hospitalar teve lugar na década de 1990, com a abertura de um ambulatório público de psiquiatria. Este iniciou o seu funcionamento dentro do *Instituto de Neurologia de Itaguaí*¹⁹, de que era de natureza privada, mas que atendia aos pacientes do município por meio de convênio com o Inamps, sob a lógica do atendimento individual (Sousa, 2015).

Em 1996 foi criado o programa municipal de saúde mental, que buscou, então, imprimir um atendimento ambulatorial que não fosse centrado apenas na consulta médica e individualizada. Em 1997, o ambulatório foi transferido para uma unidade pública, no Posto de Saúde de Piranema. O bairro de Piranema estava localizado em uma região de divisa entre o município de Itaguaí e o distrito de Seropédica. A transferência para essa localidade não foi por acaso. Seropédica havia se emancipado em 1995 e se tornado um município independente. O bairro de Piranema encontra-se então no meio de uma disputa de posse de território, e de forma estratégica, ambos os municípios dispuseram o seu ambulatório de psiquiatria na mesma unidade de saúde compartilhando da mesma equipe.

Poucos meses depois de passar a funcionar no bairro de Piranema, o ambulatório de psiquiatria teve sua assistência pautada em um caráter de ambulatório ampliado. E, na assistência oferecida por ambos os municípios havia a recepção e acolhimento inicial realizado pelos profissionais da equipe formada por assistente social, técnico de enfermagem

¹⁹ O Instituto de Neurologia de Itaguaí se localizava no centro da cidade e trabalhava com diversas modalidades de atendimento em reabilitação, como psicologia, psiquiatria, fonoaudiologia e neurologia.

e terapeuta ocupacional antes do atendimento com o médico psiquiatra (Sousa, 2015). A ideia era de implantar um único serviço de tratamento extra-hospitalar, com atenção comunitária.

No entanto, com a posse do novo coordenador de saúde mental em Itaguaí– Dr. Marcos Barreto – a proposta passou a ser de expandir a assistência para outros postos de saúde, nos bairros do Engenho, Mangueira e Chaperó, além do de Piranema. Eram quatro miniequipes multiprofissionais de saúde mental, compostas por assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem e médico psiquiatra; cada profissional ou dupla de profissionais trabalhava em dias alternados e em postos de saúde diferentes; ou seja, não havia um posto que reunisse em um só dia todos os profissionais na sua assistência (Sousa, 2015).

Segundo um dos poucos trabalhos que abordam a saúde mental em Itaguaí, a monografia de Jenifer Machado de Sousa, *Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Intersetorialidade: contribuições para um estudo*, do ano de 2015, o que se constituiu na prática desses postos de saúde foi a lógica de consulta médico psiquiátrica espaçada, com repetição de receitas e encaminhamento frequente para internação psiquiátrica.

O modelo escolhido de equipes mínimas seguia princípios advindos do movimento de reforma sanitária, assim como a ampliação da rede ambulatorial e um incentivo para o caráter multiprofissional eram também resultado dessas diretrizes. Com elas, o que se fazia presente era o referencial da psiquiatria preventiva norte-americana, que apostava na criação de uma rede de tratamento em uma lógica preventiva na comunidade, e presumia-se que isso seria suficiente para reduzir o número de internações em hospitais psiquiátricos.

Mas esses ambulatórios nos postos de saúde em pouco tempo mostraram suas fragilidades. Em Itaguaí, como em diversos municípios, as equipes de saúde mental acabaram selecionando e atendendo pacientes considerados neuróticos, encaminhando para internação os casos daqueles considerados graves e/ou psicóticos, a cada episódio de crise ou intensificação dos sintomas.

Em pouco tempo, algumas miniequipes se extinguíram, seja pelo custo da sua manutenção, seja pela proposta da utilização do modelo de reabilitação psicossocial²⁰, que vinha ganhando força no estado do Rio. Destas mini-equipes, em 1999 restava apenas aquelas situadas no posto de saúde do bairro Chaperó e a unidade Centro, que também havia sido

²⁰ A reabilitação psicossocial é descrita por Benedetto Saraceno (1999) como um exercício de cidadania e de abertura de espaços e contratualidade. Implica oportunidades de troca de recursos, afetos, em esferas distintas como o habitar, as relações sociais e o trabalho. Ana Pitta (1996) compreende a reabilitação psicossocial como um processo que facilita a autonomia do paciente e sua circulação na comunidade.

aberta concomitantemente às outras e que recebeu o nome de Casa de Saúde Mental, onde concentrava os pacientes mais graves (Sousa, 2015).

Àquela altura já havia a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no município do Rio de Janeiro, em funcionamento desde 1995, e que havia sido concebido a partir das propostas da psiquiatria democrática italiana. A desinstitucionalização italiana estava em franca difusão pelo país com a ideia de uma assistência em saúde mental sem o hospital psiquiátrico. A proposição de uma rede de atenção substitutiva a internação prolongada como forma de tratamento ganhava uma força cada vez maior.

Na proposta italiana, um desses dispositivos de atenção substitutiva é o Centro de Saúde Mental, que se caracterizava por ser de base comunitária e atender qualquer situação relacionada a sofrimento psíquico, funcionando 24h e os 7 dias da semana, em um território com uma população adscrita (Rotelli, 2001b). A proposta extrapolava a área da saúde e buscava articular metas de bem-estar, que incluíam oportunidade de trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer e cultura.

A reforma psiquiátrica brasileira possui uma inspiração marcante da experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria em sua crítica radical ao manicômio, e da possibilidade de ruptura com o modelo asilar de tratamento. Para Franco Rotelli (2001a), que atuou diretamente neste processo ocorrido na Itália, a desinstitucionalização é concebida como um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos e a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições. Há um sentido de produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico a partir de sua desmontagem e reorientação dos recursos materiais e humanos.

Assim, a Secretaria estadual de saúde do Rio passou a arregimentar modos de levar adiante a reforma psiquiátrica no estado. E nesse movimento, ainda no final dos anos de 1999, foi criada a Casa de Saúde Mental em Itaguaí, que passou então a centralizar os atendimentos de miniequipes de saúde mental dos postos de saúde.

A Casa tinha por objetivo funcionar nos moldes de um Centro de atenção psicossocial (Caps)²¹, ofertando atividades diversas – oficina de artesanato, de dança e luta marcial, por

²¹ O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos pacientes pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos

exemplo – além do atendimento com o médico psiquiatra e a equipe multiprofissional. Era um primeiro momento de estruturação na direção da implantação do modelo psicossocial no município.

Após um ano de funcionamento, no final do ano de 2000, a coordenação municipal do programa de saúde mental foi trocada. Em seu Relatório de Gestão, a nova coordenadora Dalva, identificou que o acompanhamento psicossocial que a instituição de saúde mental vinha oferecendo não passava do velho atendimento ambulatorial dividido por especialidades e com algumas oficinas. No relatório é possível verificar também que as diversas reinternações em hospitais psiquiátricos continuavam recorrentes. Na prática, era o velho ambulatório de psiquiatria com mais ofertas agregadas.

Desde a década de 1990, quem recorria à internação psiquiátrica em Itaguaí, ou mesmo nos momentos de crise, era então encaminhado para diferentes municípios vizinhos. Dentre os hospitais que de forma recorrente se encaminhava, encontra-se a Clínica Vale do Paraíba – (CLIVAPA), em Quatis; a Casa de Saúde Cananéia, em Vassouras; a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi e o Hospital Paracambi²².

Em resumo, é possível afirmar que na década de 1990, o município de Itaguaí experimentou algumas iniciativas de uma assistência na qual a internação psiquiátrica não era mais a forma exclusiva de tratamento. Entretanto, muito embora tais iniciativas buscassem conciliar as normativas do Ministério da Saúde com o seu programa de saúde mental, atravessado pelas demandas da gestão municipal, pelos interesses profissionais e pela dinâmica da própria assistência aos pacientes graves; em última instância a internação ainda se constituía como um recurso central no tratamento psiquiátrico na cidade.

1.3 – A Reforma psiquiátrica e os seus rumos nos municípios de médio porte do estado do Rio de Janeiro

Como vimos anteriormente, a unificação dos sistemas de saúde existentes e que eram de responsabilidade de vários ministérios, ocorreu a partir da criação e implantação do SUS em 1990. A saúde deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por estados e municípios²³ que tiveram que viabilizar, em todos os setores da

laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004a: 13).

²² O hospital de Paracambi também é conhecido como Cascata, devido a sua localização no bairro cascata.

²³ O SUS é regulamentado pelas leis 8080/1990 e 8.142/1990, denominadas leis orgânicas da saúde e que traziam em seu bojo o processo de municipalização da atenção à saúde. Tal processo foi reforçado pelas Normas

saúde, a assistência necessária. E especialmente no caso dos municípios, esses passaram a ter que desenvolver serviços extra-hospitalares em saúde mental que atendessem à demanda real da população, tornando-se premente a condução da política do sistema de saúde em uma lógica fundada no espaço local.

Como vimos, a opção de privatizar a assistência e gerar lucro para o empresariado a despeito das péssimas condições oferecidas àqueles pacientes que nem direito de escolha de outro tratamento possuíam era o que se tinha até então. Sem equipe e sem estrutura física, o estado não colocava em debate a questão do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico.

Vale mencionar que a região metropolitana do Rio de Janeiro é a segunda maior do Brasil, portanto, caracterizá-la e situar suas condições sanitárias e de saúde mental não é uma tarefa fácil. No estado do Rio, era preciso construir um projeto institucional no novo modelo para a área de saúde mental.

A região metropolitana I, em especial a região da Baixada, passou por um processo de desmembramento marcante na década de 1990, foram cinco emancipações na região: Belford Roxo, Queimados, Japeri e Mesquita se desmembraram de Nova Iguaçu, e Seropédica se desmembrou de Itaguaí. O desmembramento de municípios fracionou a rede de serviços públicos que já eram mal distribuídos, levando a um prejuízo na oferta de serviços à população (Dieguez, 2011).

Neste cenário, marcado por baixa oferta de serviços de saúde, precária capacidade instalada, falta de recursos humanos especializados, surgiu um Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (Cisbaf). Com a responsabilidade de cada município em implementar os serviços de saúde, o consórcio se tornou um instrumento de gestão a fim de encontrar soluções conjuntas e captação de recursos para investimento²⁴. Criado em fevereiro de 2000, ele foi composto por onze municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

Operacionais Básicas (NOB) de 1996 e Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001, que abordavam o financiamento e autonomia dos gestores, e definiam a responsabilidade dos municípios na assistência prestada (Ugá et.al., 2003).

²⁴ O Cisbaf apresenta como missão a gestão regional na promoção de investimentos, otimização de recursos buscando melhor custo benefício, fortalecimento da prestação de serviços solidária e pactuada, implantação de inovações na gestão da saúde, reestruturação da Rede Regional de Saúde, bem como capacitação permanente de recursos humanos. Disponível em: http://cisbaf.org.br/pagina/115_Quem-Somos.html . Acessado em 11 de junho de 2019.

O consórcio emergiu na oportunidade de uma situação de vazio sanitário que precisava ser coberto pelo setor público. (Dieguez, 2011). Inicialmente chamada de Associação dos Prefeitos da Baixada Fluminense, a CIBAF foi presidida na época pelo prefeito de São João de Meriti Antônio Pereira Alves de Carvalho (PFL), também presidente da associação, tendo como vice o prefeito de Paracambi, Rogério Ferreira (PMDB). Como secretária executiva, estava Rosângela Bello, que aproveitando a sua proximidade com os prefeitos da região, estabelecida quando exerceu o cargo de secretária estadual de saúde (1997-98), propôs a criação desse consórcio (Dieguez, 2011).

De acordo com o documento do Plano Diretor do Cisbaf²⁵, essa iniciativa de um consórcio na Baixada Fluminense data de um momento anterior. Já em 1995 a região havia assumido um *Termo de Compromisso entre os Governos dos Municípios* da região, o do Estado e Federal, que previa a organização da rede de serviços de saúde em torno do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu. Com base, então, na experiência anterior, onze municípios da região ingressaram no Cisbaf. Destes, cinco estavam habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e os outros seis aparecem na relação como recebedores do Piso de Atenção Básica. O Quadro 2 especifica a condição de cada município na época.

Quadro 1: Condição de Gestão dos Municípios do Cisbaf de acordo com a NOB/96

Municípios	Condição de Gestão NOB/96
Belford Roxo	Plena do Sistema Municipal de Saúde
Duque de Caxias	Plena do Sistema Municipal de Saúde
Itaguaí	Plena do Sistema Municipal de Saúde
Japeri	Plena da Atenção Básica
Magé	Plena da Atenção Básica
Mesquita	Plena da Atenção Básica
Nilópolis	Plena da Atenção Básica
Nova Iguaçu	Plena do Sistema Municipal de Saúde
Paracambi	Plena do Sistema Municipal de Saúde
Queimados	Plena da Atenção Básica
São João de Meriti	Plena da Atenção Básica

Fonte: Plano diretor do Cisbaf²⁶

Salientamos que a Norma Operacional Básica (NOB/96) referida no título do quadro acima, incidindo da condição de gestão de saúde dos municípios, promoveu um avanço na

²⁵ Disponível em: <http://cisbaf.org.br/plano-diretor/> . Acessado em 11 de junho de 2019.

²⁶ Disponível em: <http://cisbaf.org.br/plano-diretor/> . Acessado em 11 de junho de 2019.

descentralização à medida que estabeleceu as competências do estado e municípios, e suas responsabilidades sanitárias.

A condição de gestão plena do sistema de saúde trouxe como necessidade que o município possuísse a responsabilidade da organização, execução e assistência à todas as situações de saúde e dos mais variados serviços. Já a gestão plena da atenção básica indicava que o município não teria condições de se responsabilizar pela assistência para mais além dos serviços da atenção básica. E efetivamente, no que concerne a saúde mental, o consórcio Cisbaf teve pouca efetividade, à medida que o que então se privilegiou para esse grupo de gestores municipais foi a oferta de serviços comunitários de atenção básica. A atenção especializada em saúde mental, portanto, ficou a cargo de cada município e do estado em acompanhar.

Para que a saúde do estado do Rio pudesse constituir as condições necessárias de governabilidade e de implantação dos novos serviços foi lançado em dezembro de 1999 a CIB nº 50, como já aventamos anteriormente. E, em março de 2000, a CIB nº 54 foi lançada como instrumento de negociação junto aos secretários municipais para a construção da rede de atenção comunitária. A CIB nº 54 aprovou o programa de implantação de serviços residenciais terapêuticos (SRT) para pacientes psiquiátricos de longa permanência. Os recursos financeiros correspondentes à internação passaram a ser integralmente utilizados para o Serviço Residencial Terapêutico, onde o paciente iria residir. Era necessário assegurar o retorno dos pacientes de longa institucionalização aos seus municípios de origem e dar andamento à reforma psiquiátrica no estado do Rio.

A participação do estado tornou-se fundamental na formulação e adaptação regional da política, na construção de uma rede extra hospitalar de serviços. Principalmente com a edição da Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2001 (NOAS/2001), quando os estados assumiram papel mais ativo no cenário da política de saúde mental.

Neste sentido, já em 2002 foi construído o primeiro plano estadual de saúde do Rio (Rio de Janeiro, 2002a), onde a Assessoria de Saúde Mental foi propositiva na consolidação dos serviços extra-hospitalares como os CAPS e unidade psiquiátrica no hospital geral (UPHG). Neste plano eram apresentadas as metas da gestão de forma planejada e regionalizada em saúde, de forma que a saúde mental ganhava espaço na proposição de políticas públicas para uma assistência comunitária. Dentre tais ações, a Cisbaf auxiliava aquelas que afetavam diretamente a atenção básica e hospitalar, como projetos de qualificação da atenção básica. Na prática, os serviços de saúde mental passaram a ficar a cargo de cada

prefeitura e daquilo que as secretarias priorizavam enquanto tratamento. O consórcio passou então a operar nas capacitações voltadas à atenção básica e que incluíam, dentre outros vários temas, a saúde mental.

Era preciso conduzir esse processo junto às prefeituras, e esse era o empreendimento que o estado do Rio buscava sustentar. Tais metas visavam uma reorientação do modelo de assistência em saúde mental onde, as coordenações de saúde mental, estaduais e municipais passaram a se envolver em diferentes graus.

Em nível nacional, como a oficialização da reforma era continuamente postergada, a coordenação nacional de saúde mental do Ministério da Saúde passou a criar diversas portarias visando a reduzir o tempo de internação e criando outros procedimentos relativos à saúde mental, além dos serviços ambulatoriais, exigindo, ao mesmo tempo, a existência de equipes multiprofissionais nos dispositivos de cunho extra hospitalar. Essas portarias pretendiam, além de normatizar as ações no país, incentivar a criação dos novos serviços comunitários e alternativos aos hospitais especializados, “tendo um serviço, o Centro de Atenção Psicossocial, como paradigma para a mudança” (Yasui, 2010:73).

Ainda no ano 2000, por meio da portaria 106/2000, foi criado um importante serviço substitutivo à internação, as residências terapêuticas, para abrigar pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não pudessem voltar para suas famílias (Brasil, 2000). Com o desenvolvimento dos serviços substitutivos e a demora da tramitação do projeto de lei de reforma psiquiátrica, o movimento dos profissionais de saúde e as manifestações sociais se intensificaram.

Vale destacar que a pressão política do setor privado contribuiu para a demora da aprovação da lei da reforma psiquiátrica e gerou alterações no texto inicial do projeto PL3657 de 1989 do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG)²⁷.

Por fim, após 12 anos de tramitação, em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216, cuja versão aprovada baseou-se no substitutivo apresentado pelo então Senador Sebastião Rocha²⁸, no qual foram suprimidos os artigos sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos privados.

²⁷ Paulo Gabriel Godinho Delgado é sociólogo, foi eleito deputado federal em 1987 e obteve seis mandatos consecutivos pelo Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais. Ao longo de seus mandatos trabalhou em diversas leis que versam sobre o processo de transformação dos Serviços em psiquiatria e saúde mental. Disponível em: <https://paulodelgado.com.br/dados-pessoais/>. Acessado em 08 de junho de 2019.

²⁸ Sebastião Rocha é médico ginecologista, foi eleito deputado estadual em 1990 pelo Partido da Social Democracia Brasileira no estado do Amapá. Em 1994 foi eleito Senador da República pelo Partido Democrático Trabalhista. Elegeu-se deputado federal em 2006. Em 2010 foi reeleito Deputado Federal. Disponível em:

A lei oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos à internação e o funcionamento destes, assim como, regulamentava as internações compulsórias. Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatorios de saúde mental, NAPS²⁹, residências terapêuticas, hospitais-dia³⁰, unidades de psiquiatria em hospitais gerais³¹, centros de convivência e cultura³² (BRASIL, 2001b).

Com a lei, a reforma psiquiátrica deixou a condição de movimento social tornando-se política pública nacional. As proposições da Reforma na acepção da desinstitucionalização tornaram-se, então, uma referência fundamental na reorientação da assistência em saúde mental.

Diversos autores (Nicácio, 2003; Heidrich, 2007; Yassuí 2010), ao discutirem a desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica brasileira, destacaram que esta se constitui em um processo de crítica e de reorientação prática de todos os elementos constitutivos do trato com a loucura, que se pautava até então em um modelo de exclusão e de estigmatização social. O que estava (e ainda está) em jogo não era apenas a retirada dos pacientes internados nos hospitais, mas sim, a construção de um cuidado de base comunitária, de forma contínua e nos diversos momentos de vida daqueles que necessitassem de atenção e tratamento em saúde mental.

Quando pensamos, então, no processo de desinstitucionalização da loucura está se falando, segundo Lancetti (2006), não apenas das formas de assistência, mas na intensa luta pela transformação da relação com a loucura no corpo social. Para o autor as mudanças não são apenas a forma de se pensar ou organizar um serviço, mas espera-se que, no processo, a vida de cada um dos atores envolvidos também se transforme- os pacientes, as famílias, os

<http://www.fgv.br/Cpdoc/Acervo/dicionarios/verbete-biografico/rocha-sebastiao>. Acessado em 08 de junho de 2019.

²⁹ Núcleo de atenção psicossocial (NAPS) foi uma experiência de atenção psicossocial

³⁰ O hospital-dia é uma assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, cuja permanência é de no máximo 12h. Os hospitais-dia existem no Brasil desde a década de 60, mas foi apenas desde 1992 que passaram a figurar oficialmente entre as possibilidades de atendimento em saúde mental. Podem constituir diferentes modalidades: alternativos à hospitalização psiquiátrica, continuidade à internação fechada, extensão ao tratamento ambulatorial, reabilitação e apoio a crônicos (Lima e Botega, 2001: 196).

³¹ A unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG) consiste num conjunto de serviços de saúde mental situados em uma estrutura hospitalar geral. O principal deles é a enfermaria psiquiátrica. A criação das UPHG representa uma alternativa à internação nos hospitais psiquiátricos (Lucchesi e Malik, 2009: 162).

³² Os Centros de Convivência e Cultura compõe a rede de atenção em saúde mental como uma forma de cuidado que oferece às pessoas com sofrimento mental espaços de sociabilidade e produção cultural (Alvarez e Silva, 2016).

profissionais dos diferentes serviços, sociais, culturais, assistenciais, articulados em uma rede que se conecte também a outros espaços da cidade.

Ao se estabelecer como política pública nacional, a perspectiva comunitária da reforma psiquiátrica passou a ser discutida também – e principalmente - no âmbito dos governos municipais. Os municípios ficaram encarregados da gestão dos serviços de saúde mental e se tornaram responsáveis pela implementação das políticas públicas da área.

Muito embora as diretrizes da reforma tenham sido direcionadas a todos os estados da federação, no âmbito local, o trabalho de criar serviços extra-hospitalares nos municípios não aconteceu sem o enfrentamento de dificuldades. Pelo contrário, as histórias dessas experiências indicam resistências significativas e o seu funcionamento apresentou frequentemente dificuldades para atingir o nível preconizado pela reforma psiquiátrica, motivo de tanta luta.

Neste trabalho junto aos municípios a governabilidade do estado era fundamental para que as prefeituras se apropriassem das políticas em saúde mental e da sua responsabilidade. Neste sentido, Guitton (2010) dividiu para fins acadêmicos a atuação da Assessoria de Saúde Mental em momentos distintos, a fim de uma melhor compreensão dos objetivos e das proposições em cada período. No quadro que segue abaixo, tomamos apenas o período de recorte de nossa pesquisa.

Conforme podemos observar no quadro 2, a partir do estabelecimento de três recortes diferentes na ação da SES, Guitton observou que o primeiro esteve constituído por ações que visavam produzir condições técnicas para auxiliar na reorientação do modelo assistencial nos municípios do estado, a partir da desinstitucionalização da CSDEP, principalmente naqueles municípios que mais internavam e eram desprovidos de rede pública eficaz (Guitton, 2010).

O segundo momento, de intervenção federal, esteve relacionado à intervenção oficial do Ministério da Saúde na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi a partir de uma ação do Ministério público que colocou a prefeitura de Paracambi como interventor, o estado do Rio e o Ministério da Saúde como participantes desse processo. Tal decisão permitiu que a equipe da SES permanecesse na intervenção e de um lugar com maior flexibilidade e mobilidade para organizar junto às prefeituras os serviços para receber os pacientes que ainda estavam internados (Guitton, 2010).

Quadro 2 – Períodos da política estadual de S.M. do Rio de Janeiro

Momentos dos Períodos da Política Estadual de S.M.	Construção de condições	Intervenção Federal	Acúmulo de condições institucionais
	1999/2003	2004	2005/2006
Momentos dos Períodos da Política Estadual de S.M.	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico situacional 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constituição de fato político - Eiras Paracambi 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fechamento HETB
	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenção branca/ estadual na Casa de Saúde Dr. Eiras -Paracambi 	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenção vertical pelo MS 	<ul style="list-style-type: none"> ● Instalações das Centrais de Regulação Regionais (CRR) - Del. CIB 203/05
	<ul style="list-style-type: none"> ● Estímulo à formação e capacitação de equipes municipais 		<ul style="list-style-type: none"> ● Definição das portas de entrada públicas
	<ul style="list-style-type: none"> ● Constituição de fóruns, colegiados e reuniões 		<ul style="list-style-type: none"> ● Efeito de portarias editadas - PNASH/PRH
	<ul style="list-style-type: none"> ● Estratégia de formação de programas em rede nos municípios 		<ul style="list-style-type: none"> ● Dois processos de avaliação (PNASH) concluídos
	<ul style="list-style-type: none"> ● 1º PESH 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Negociação/pactuação com prestadores de serviços 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Criação da CIB 54 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Resol. Estaduais 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● 1º PNASH 		

Fonte: Guitton, (2010:72).

O terceiro momento foi considerado por Guitton como aquele de maior governabilidade do estado do Rio, à medida que foi possível uma experiência exitosa de desinstitucionalização no Hospital Estadual Teixeira Brandão. Também foi constituído um sistema de regulação e controle das internações psiquiátricas. Neste período, as negociações junto às secretarias municipais se acirraram, pois a determinação do Ministério Público de retirar os pacientes internados pressionava os municípios para que os serviços residenciais terapêuticos estivessem instalados (Guitton, 2010).

Como buscamos demonstrar até aqui nos anos de 1999 a 2003 em que se buscava construir as condições de governabilidade, com práticas e políticas para a reforma psiquiátrica no estado do Rio. Vimos que a Assessoria de Saúde Mental reconheceu o vazio de serviços de saúde mental na região da Baixada Fluminense, o que caracterizava uma total desassistência à

população. Com a proposta de um plano estadual com metas específicas para cada área do estado, neste caso, a Região Metropolitana I, teve início uma efervescência com muita tensão e atores envolvidos na implementação da agenda do estado do Rio, a saber, fazer a reforma psiquiátrica acontecer.

- Capítulo II -

A reorientação da assistência em saúde mental em Itaguaí: o processo de implementação da atenção psicossocial

Ao tomarmos para estudo a reorientação da assistência em um município de médio porte como Itaguaí, inserimos as mudanças ocorridas nesse contexto social mais amplo descrito no primeiro capítulo e, que acabou por impactar a expansão da rede de atenção psicossocial de diversos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Não é por outro motivo que é possível observar a concomitância desse processo em diferentes municípios. Por exemplo, com a Portaria Ministerial de nº 2.103, de 19 de novembro de 2002 (Brasil, 2002b), foram habilitados de uma só vez cinquenta Caps em quarenta municípios do Rio de Janeiro, nas diversas modalidades, ampliando a rede de assistência de todo estado.

Neste capítulo, nos dedicamos a investigar as mudanças substantivas ocorridas na assistência psicossocial dos municípios da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, na qual o município de Itaguaí está inserido. Para tanto, abordamos o período inicial da reorientação da assistência na Dr. Eiras de Paracambi do ano 2000 a 2003, o mesmo período em que ocorreu a implantação dos serviços tipo Caps nos municípios dessa região. Destacamos, em especial, o surgimento dos serviços que compuseram a rede de saúde mental do município de Itaguaí. Tratamos também da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, um macro-hospital que tradicionalmente recebia para a internação pacientes de diversos municípios vizinhos, possuindo grande relevância à história da transformação da assistência em saúde mental do estado, e que foi fechado para novas internações a partir do ano de 2000.

Apesar de sua importância histórica, existem poucos trabalhos que abordam o processo de Reforma Psiquiátrica ocorrido naquela instituição. Exceção a essa regra, a dissertação de mestrado de Enara de Carvalho Vieira, *A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi: uma questão paradoxal* (2013), que analisou as formas pelas quais o município do Rio de Janeiro lidou na prática com o processo de desinstitucionalização da Dr. Eiras, focando na transinstitucionalização, ou seja, na transferência dos pacientes que estavam internado em Paracambi para outras instituições de internações psiquiátricas.

Destacamos também a tese de mestrado de Ana Paula Guljor, *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um*

estudo de caso (2012), que tratou detidamente sobre o processo desinstitucionalização da CSDE e a reorientação da assistência no município de Paracambi.

Salientamos, finalmente, a dissertação de mestrado de Ana Paula Aparecida de Lima Guitton, *Trajétórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico* (2010), que buscou analisar o processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro ocorrido nos anos 2000, e abordou, entre outros, o processo da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi.

Embora os trabalhos mencionados se refiram à história da instituição e o seu desmonte progressivo, falta um estudo que se utilize de um método sistemático de pesquisa apoiada em fatos históricos comprováveis por meio de fontes primárias e organizado no tempo e no espaço de modo a respeitar as circunstâncias em que os acontecimentos foram produzidos, evitando-se a descontextualização e o julgamento do passado fora de sua própria conjuntura.

Dessa maneira, nos esforçamos na direção de construir uma história sobre o processo de desinstitucionalização da Dr. Eiras de Paracambi e os seus desdobramentos nos municípios vizinhos que respeite tais referenciais. No contexto da saúde mental da Baixada Fluminense, acreditamos que o registro de um processo tão rico quanto difícil, de muitos embates e encontros, as ações, os caminhos percorridos e também as lacunas, podem nos auxiliar a refletir sobre a complexidade que é lidar na prática com a construção dos serviços da atenção psicossocial, das diversas mobilizações necessárias e arranjos políticos para dar conta das situações encontradas.

Assim, antes de tudo, nossa intenção nas linhas que seguem, é de pensar sobre os elementos de uma ação que se desdobrou na reorientação da assistência em saúde mental em diversos municípios do estado do Rio e, como veremos de forma mais detalhada, na rede de saúde mental do município de Itaguaí, nosso objeto de estudo.

2.1- O processo de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras

A Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi (CSDE-P) havia se tornado um polo de internações psiquiátricas para todo o estado do Rio, no ápice de uma cultura em que o modelo hospitalocêntrico era considerado como solução dos problemas para pessoas com sofrimento psíquico, especialmente nas ocasiões consideradas de crise. Em consequência desse modelo, o processo de internação por vezes se prolongava por muitos anos.

Fundado como uma entidade privada em 1963, essa instituição prestava assistência a pacientes conveniados ao antigo sistema de previdência social³³. Portanto, um serviço privado, com enorme concentração de leitos, que durante décadas recebia verba pública da União por meio de um convênio que visava tratar de forma asilar pacientes com transtornos mentais. No ano 2000, a Casa de Saúde Dr. Eiras dispunha de 1510 leitos com pacientes internados e recebia verba do Ministério da Saúde para manter internos para tratamento psiquiátrico.

Segundo as autoras Guljor (2013) e Guitton (2010), embora houvesse diversas denúncias de maus tratos e desassistência em momentos anteriores, foi a partir do ano 2000 que, de fato, o poder público conseguiu intervir na prestação de serviços de saúde que ocorria ali. Embora tivessem ocorrido diversos tipos de tentativas anteriores, sendo aquela uma instituição privada, a Casa de Saúde Dr. Eiras conseguira até aquele ano se resguardar de uma intervenção pública.

Mas desde abril de 1999, a Política Estadual de Saúde Mental passara a ter como eixo principal a reversão do modelo exclusivamente centrado nas internações psiquiátricas, e em seu lugar, preconizava a oferta de serviços de atenção psicossocial extra hospitalar, como a principal referência para o tratamento e acompanhamento dos pacientes³⁴ em sofrimento psíquico considerados severos e persistentes (Brasil, 2001a). E foi com apoio nessas diretrizes que, entre os dias de 14 a 24 de maio de 2000, foi constituída a *I Caravana da Cidadania - Uma Amostra da Realidade Manicomial Brasileira*, que tinha o objetivo de visitar os locais onde as violações ao direitos humanos eram praticadas mais frequentemente, a partir de um projeto da Câmara dos Deputados denominado de *Projeto das Caravanas Nacionais de Direitos Humanos*. A caravana passou por sete estados brasileiros e visitou vinte hospitais psiquiátricos, a fim de obter uma amostra da realidade das internações psiquiátricas no país (Câmara dos Deputados, 2000).

No estado do Rio de Janeiro foram visitadas a Clínica da Gávea, a Clínica Amendoeiras, em Jacarepaguá e a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi. A partir delas foi produzido um Relatório com a descrição minuciosa da situação de diversas instituições psiquiátricas em que os direitos humanos vinham sendo violados. Neste Relatório da Câmara

³³ A Casa de Saúde Dr Eiras Paracambi foi fundada como filial da Casa de Saúde Dr. Eiras de Botafogo (no município do Rio). A unidade Paracambi, exclusivamente psiquiátrica, recebia pacientes considerados crônicos, e sem possibilidades terapêuticas. O seu funcionamento atravessou a mudança do Sistema de Saúde brasileiro baseado na previdência social e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sem alterar, contudo, a forma de financiamento público que recebia (Tenório, 2002).

³⁴ O termo “paciente” foi mantido como consta nos documentos e textos.

de Deputados de 29 de junho de 2000, além das denúncias, foram apresentadas também sugestões, tais como: a necessidade de aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (em trâmite desde 1989); a elaboração de um auxílio financeiro às famílias de pacientes longamente institucionalizados, para que esses fossem acolhidos em suas casas; a expansão a experiência de lares abrigados para pacientes que perderam seus vínculos familiares; e formas de se fiscalizar as diversas clínicas de internação psiquiátrica. O Relatório foi apresentado no plenário da Câmara dos Deputados, e entregue ao então Ministro da Saúde José Serra (Câmara dos deputados, 2000).

Após a publicação do relatório da Comissão dos Direitos Humanos, em agosto de 2000, foi realizada uma auditoria pelo Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS), do Ministério da Saúde (Guljor, 2013). O relatório final dessa auditoria apontava a gravidade da situação encontrada nos asilos, com quadros de desnutrição, condição higiênica e sanitária precária e complicações de saúde, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica nos pacientes internados nas diversas instituições. Além disso, constatou-se a deterioração física das estruturas asilares, o que se ajustava à “ideia sobre o portador de transtornos mentais severos e persistentes como um não humano”, como foi descrito posteriormente no *Plano emergencial para a reorientação da assistência prestada na casa de saúde Dr. Eiras* (Rio de Janeiro, 2000b). O relatório endossava a necessidade de melhoria da qualidade e à impossibilidade de manutenção do funcionamento institucional sem a intervenção do poder público.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde, com Pedro Gabriel Godinho na coordenação nacional da saúde mental, que já conhecia a realidade do estado do Rio, publicou a Portaria GM nº 1218, de 12 de Novembro de 2000, que no caso de Paracambi desabilitava o município da condição de gestor pleno do sistema municipal de saúde, habilitando-o como gestor da atenção básica³⁵. Foi desse modo que o estado do Rio de Janeiro, por meio da Assessoria de Saúde Mental, adquiriu a função de regulação das ações de assistência da Dr. Eiras de Paracambi, ao mesmo tempo em que pactuava com o município e com o governo federal as ações a serem implantadas (Guljor, 2012).

Vale mencionar que a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB/SUS 01/96), que estava em pleno vigor, e definia sobre a cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal colocava também na responsabilidade da gestão plena municipal a

³⁵ Na Gestão plena da atenção básica, o município gere todos os serviços de atenção básica à saúde existentes em seu território; já na Gestão plena do sistema municipal, o município gere todos os serviços de saúde existentes em sua área territorial (Brasil, NOB/SUS 01/96).

prestação de serviços de saúde e da gestão do SUS (Brasil, NOB 96). Neste sentido, coube ao estado, de forma provisória, a responsabilidade de garantir à população o acesso integral à saúde, enquanto o município não tinha condições de efetivar a gestão.

No contexto deste processo, foi preciso garantir a assistência da clientela internada e iniciar um trabalho de preparação para a reinserção psicossocial. Assim, foi criada a *Comissão de Acompanhamento Técnico ao Programa de Reintegração (CAT)*³⁶ dos pacientes internados na Dr. Eiras de Paracambi (Rio de Janeiro, 2000c). Tal equipe passou a monitorar as ações técnico-assistenciais da instituição, além de preparar a reinserção psicossocial dos internos, o que foi feito em parceria com diversos municípios do Estado.

Em paralelo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), por meio da Resolução n.º 1555 de 8 de novembro de 2000 constituiu o *Plano Emergencial para o Redirecionamento da Assistência em Saúde Mental* na Dr. Eiras de Paracambi. O plano incluía o fechamento de novas internações e a realização de um diagnóstico socioeconômico e clínico com vistas a estabelecer um perfil da clientela e construir um projeto terapêutico adequado (Rio de Janeiro, 2000b).

Assim, em 20 de novembro de 2000 foi realizado o censo clínico e psicossocial dos pacientes internados. O Censo se configurou uma ferramenta clínica e de gestão, pois permitiu conhecer as condições dos internos, e dessa forma, estabelecer um mapa epidemiológico com o quadro psicossocial da clientela. Segundo Gomes (et al, 2002) em quarenta dias de trabalho foram recenseados um total de 1.494 pacientes internados, sendo este considerado o primeiro passo para a reorientação da assistência na instituição.

Embora tivesse o objetivo no projeto de redirecionamento da assistência realizar um diagnóstico e conhecer a população, o Censo tinha um objetivo implícito a mudança do modelo centrado nas internações psiquiátricas, e com isso o desmonte progressivo daquela instituição, com a oferta de serviços extra hospitalares de base territorial. Neste processo o que se colocava era a desinstitucionalização de pacientes internados há anos naquele lugar. As estratégias de cuidado deveriam, então, levar em conta as peculiaridades da clientela internada. Segundo o Censo, os internos estavam em condições de saúde geral severamente deteriorada, com condições sociais profundamente desfavoráveis e com laços familiares muitas vezes tênues ou inexistentes (Brasil, 2001a).

³⁶ A Comissão de Acompanhamento Técnico ao Programa de Reintegração (CAT) era composta por quatorze profissionais que atuavam em duplas, um médico psiquiatra e outro profissional com atuação na saúde mental. Tal organização permitia o acompanhamento das condutas médicas e multiprofissionais no interior da instituição.

No período de 2000 a 2003 houve uma efervescência de ações da Assessoria de Saúde Mental/SES, com ampliação das estratégias para fortalecer os coordenadores municipais e potencializar os programas. Neste sentido, logo após a realização do Censo clínico e psicossocial foi criado o *Grupo de Apoio Técnico ao Programa de Reintegração dos pacientes internados na Dr. Eiras de Paracambi* (reconhecido como G8, pois era composto por oito profissionais)³⁷, pelo período de novembro de 2000 até abril de 2004. O grupo tinha como objetivo atuar junto aos municípios da Baixada Fluminense e em outras regiões, com a finalidade de construir condições para a montagem de uma rede de Caps capaz de acolher a clientela reinserida. (IFB, 2001).

Como desdobramento das ações que se estabeleciam, foi sendo criada as condições para garantir a legitimidade da implantação de um processo de desinstitucionalização dos pacientes internados. Se por um lado havia um protagonismo do Estado, em conjunto com o município de Paracambi; por outro, havia a articulação com os outros municípios, que tinham pacientes internados em Paracambi. Essa articulação foi determinante na ampliação da rede de saúde mental do Estado (Brasil, 2001a) e na viabilização do processo de recebimento dessas pessoas de volta a seus municípios de origem.

Em uma estratégia de oferecer suporte às coordenações municipais, para que houvesse o convencimento dos secretários de saúde e prefeitos sobre a implantação dos novos serviços, a SES oportunizou reuniões frequentes com coordenadores municipais de saúde mental. Estas voltaram-se para discutir e promover a alta, orientar quanto a implantação da Residência Terapêutica³⁸, também, na oferta cursos de capacitação para os profissionais da saúde mental e curso para os gestores.

A reunião promovida pela Assessoria de Saúde Mental (ASM) do Estado com os coordenadores municipais, tornou-se um espaço para debates das estratégias políticas e das situações clínicas. Tendo como um dos objetivos principais a responsabilização dos municípios pela desinstitucionalização de seus munícipes, buscou-se igualmente que eles

³⁷A criação do Grupo de Apoio técnico ao programa de Reintegração psicossocial dos pacientes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi (G8), possuía duração prevista para 12 meses, e trabalhava nas negociações diretamente com o município, para implantar a rede de atenção psicossocial naqueles de maior internação na CSDE-P. Entre outras ações realizavam a formação permanente junto aos municípios, como meio de investir na montagem do programa de saúde mental e iniciar a construção de uma rede assistencial extra hospitalar. A equipe participou também do acompanhando aos egressos durante esse período, juntamente aos serviços municipais, de forma a garantir uma assistência de qualidade e a reinserção social (Rio de Janeiro, 2001g)).

³⁸ Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), também conhecidos como Residências Terapêuticas (RT), são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas (consideradas na época a partir de 2 anos consecutivos ou tempo superior) e se tornam por isso impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem (Brasil 2005a).

garantissem que os programas de saúde mental não reproduzissem novas formas de institucionalização em sua assistência.

Outra ação, considerada fundamental pela Assessoria de Saúde Mental para oferecer condições aos municípios que possibilitassem o regresso dos pacientes à cidade de origem, foi a revisão do empreendimento financeiro para a implantação das Residências Terapêuticas. A reorientação dos recursos financeiros do teto hospitalar passou a ser redirecionado para o teto ambulatorial dos municípios de origem dos pacientes que retornassem após a alta da internação, assumindo sua assistência psicossocial de base comunitária, como delimitava a CIB Nº 54 de 14/03/2000. Essa normativa, assinada pelo então secretário de saúde Gilson Cantarino, e anterior a ação da Dr. Eiras, colaborava fortemente para viabilizar o projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica no estado.

Segundo Guljor (2012), uma outra importante estratégia foi a participação do Ministério Público na garantia dos direitos dos pacientes internados, que funcionou como forma de exigir o cumprimento das estratégias definidas no Plano de Reorientação do Estado. O Ministério Público convocava e tensionava as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) na estruturação de maneiras viáveis e consistentes para efetivar a desinstitucionalização, e imputava às três instâncias a responsabilidade pelo quadro de precariedade da Dr. Eiras de Paracambi, por terem deixado a instituição chegar ao ponto de insalubridade e precariedade em que se encontrava.

Vale mencionar ainda que, o relatório da Assessoria de Saúde Mental da SES/RJ sobre o trabalho de desinstitucionalização realizado, informa que existiram várias tentativas anteriores de intervir na Dr. Eiras de Paracambi e no tipo de tratamento que era ofertado ali, ao longo dos anos. Contudo, as investidas do Estado tiveram uma proporção tímida em relação às dimensões da estrutura da instituição, com pouca capacidade de interferência e sem resultados efetivos de mudança na assistência.

Em uma reportagem do Jornal do Brasil de 13 de março de 2001 intitulada *Estado muda tratamento psiquiátrico*, a jornalista Luciana Cabral informa que somente então o estado passaria a aplicar um novo modelo de tratamento em psiquiatria na rede privada. Segundo a jornalista: “*A clínica Dr. Eiras de Paracambi (...) é o primeiro a ser enquadrado no Plano para reorientação da assistência aos doentes mentais*” (Jornal do Brasil de 13 de março de 2001:16).

Ana Paula Guljor (2013), em sua pesquisa, nomeou o período de 2000 a 2003 como de “intervenção branca,” isto é, quando foram envolvidas diversas instâncias (Ministério da

Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Município de Paracambi, Municípios vizinhos, Ministério Público, etc.) na correlação de forças para sustentar a desinstitucionalização em curso e a reorientação do modelo assistencial. Já Ana Paula Guitton (2010) reconhece esse período como o de uma “intervenção estadual”, ao levar em conta o protagonismo da Secretaria Estadual de Saúde e o potencial técnico do trabalho da equipe durante esses anos.

No artigo “Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares” (Gomes et. al.; 2006), os autores, que também participaram do processo de recenseamento dos pacientes, consideram que a estratégia utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde naquele momento de intervenção estava sustentada em quatro eixos principais de trabalho, que, articulados, direcionaram toda ação: o eixo do campo assistencial, do financiamento de recursos, o campo jurídico-normativo e o campo político. Eram estes eixos que teriam garantido as pactuações da Secretaria Estadual com as diversas instâncias.

Podemos observar, nesse período a utilização de vários artifícios institucionais pelos agentes (do Estado) que defendiam a Reforma Psiquiátrica e interessados em fazer a desinstitucionalização acontecer, tais como as resoluções, portarias, normativas vigentes e aquelas que entraram em vigor, como forma de fortalecer esse processo de reorientação da assistência. Desejava-se, assim, enfraquecer as investidas contrárias vindas da gestão da Dr. Eiras de Paracambi que defendia a manutenção da instituição. Foram muitas as investidas contrárias, como por exemplo, a organização, pelo gestor do complexo psiquiátrico de Paracambi, de uma caravana composta por três ônibus, com familiares de pacientes, que foi até Brasília para uma audiência com o governo. O interesse era a manutenção do sistema de internação (Guljor, 2013).

Outra forma de movimento contra a reorientação da assistência dos pacientes internados foi a mobilização, a partir da Dr. Eiras de Paracambi, de proprietários de clínicas psiquiátricas privadas conveniadas ao SUS, junto com a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM)³⁹, composta por familiares de pacientes internados em defesa do modelo assistencial de internação. Finalmente, havia também, a participação de profissionais da Dr. Eiras de Paracambi que atuava junto às famílias de maneira a defender os interesses da

³⁹ A AFDM surge em maio de 1991, no Rio de Janeiro, pela ação de familiares cuja a motivação foi a preocupação com os efeitos da aprovação do Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG) em 1989. Portanto anterior a lei 10.216 aprovada em 2001. Este projeto de lei propunha a extinção progressiva do tratamento com base em internação nos hospitais psiquiátricos e a sua substituição gradativa por serviços extra-hospitalares e regulamenta a internação compulsória. Tal projeto tinha em vista contribuir para a proposta da Reforma Psiquiátrica em andamento no país (Souza, 1999).

clínica e da continuidade da internação; vale lembrar que os seus empregos também estavam em jogo com o fechamento da casa de saúde.

Neste sentido, encontramos no manuscrito *Relato de Ocorrências* da Dr. Eiras de Paracambi, de 29/04/2002 (Rio de Janeiro, 2002b), a narrativa de uma situação vivenciada por um integrante da equipe da Comissão de Apoio Técnico (CAT) da Secretaria Estadual de Saúde, que teria testemunhado uma ocorrência em que uma profissional da casa de saúde teria coagido familiares para não concordarem com a alta de um paciente internado e regressá-lo para Caxias, seu município de origem:

Ao meio dia desta segunda feira ao chegarmos na cantina da clínica e surpreendemos Dra. G⁴⁰., médica psiquiatra da CSDE-P conversando com os familiares do paciente A., não assistido por ela, em tom de ameaça: se vocês transferirem ele, depois de 45 dias ele terá alta e irá para a casa de vocês, mesmo vocês não tendo condições, e depois vocês não vão conseguir reinterná-lo em lugar algum, porque não tem vaga em lugar algum da Baixada e vocês não poderão mais internar aqui (Rio de Janeiro, 2002b: 2).

Situações como essas se repetiram, e por vezes ressoavam na fala de alguns familiares quando se aproximava o momento da alta do paciente. Ainda no mesmo relato de ocorrência, há a informação de que a irmã de um paciente internado, em conversa com a assistente social, mencionava que ela “*não seria obrigada a transferir o paciente, que é mentira o fato do fechamento da clínica e que sentiu que ela estava sendo pressionada pela equipe do município*” (que participou também da intervenção) “*a retirar o C. da CSDE-P*” (Rio de Janeiro, 2002b). A irmã do paciente C. nunca mais retornou e inviabilizou a alta do paciente.

Entendemos que se fazia presente um jogo de interesses, cuja dimensão extrapolava o setor psiquiátrico, pois a Dr. Eiras de Paracambi era a maior empregadora do município. Ao todo seiscentas pessoas trabalhavam na instituição, e a comunidade mais ampla se beneficiava financeiramente dela. Vale mencionar que, nesta disputa de forças, houve também pressão de federações hospitalares na Câmara dos Deputados, a fim de defender a internação psiquiátrica (Guljor, 2013).

Destacamos que ao longo desse período foram publicadas diversas portarias que normatizavam os meios para que a Reforma Psiquiátrica pudesse se concretizar enquanto prática no SUS. Observamos, também, a importância de um alinhamento político da Reforma e uma articulação entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental, ocupada pelo psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, que antes era assessor de saúde mental do estado do Rio de Janeiro e

⁴⁰Para preservar a identidade dos profissionais e pacientes envolvidos que constam no Relato de Ocorrência da CSDE-P de 29/04/2002 (Rio de Janeiro, 2002b), e ao mesmo tempo identificar os relatos, atribuímos nomes fictícios com letra inicial maiúscula.

a psicóloga Paula Cerqueira, que era membro de sua equipe no Estado, e que assumiu, em seu lugar, a assessoria de saúde mental do Rio de Janeiro.

Segundo o documento da *Síntese Final do Censo* (Brasil, 2001a), a questão do financiamento se colocava como uma dificuldade, pois diversos pacientes tinham sua origem nos municípios próximos de Paracambi, principalmente em municípios menores, com menor disponibilidade de recursos e com um histórico de escassez de investimentos na área de saúde mental. Assim, o valor pago pelas internações acompanharia o paciente em sua reinserção no município de origem, auxiliando a custear a implantação dos serviços residenciais terapêuticos nos municípios e a construção dos Centros de Atenção Psicossocial.

Outros instrumentos normativos também deram impulso às ações de desinstitucionalização, como a Lei Federal 10.216 de 2001, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, embora não deixasse claro os mecanismos para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Do mesmo modo, a publicação da Portaria/GM 336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002a), estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; e a Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Estabeleceu ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deveriam ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

Uma outra normativa importante publicada neste período foi a Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio tornou-se parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Podemos referir então, o plano emergencial de reorientação da assistência que instituía o fechamento de novas internações por tempo indeterminado, o mapeamento realizado pelo censo foi possível construir um panorama da clientela internada, com detalhamento do suporte

familiar e das necessidades de cuidado. Mas, também se estabeleceu um panorama dos municípios com pacientes internados na instituição, permitindo assim que muitas altas ocorressem e que os ex-internos regressassem à sua cidade de origem.

Segundo Guljor (2012), na “intervenção branca”, uma teia de cuidados em saúde mental estava sendo desenvolvida na Baixada Fluminense e nos municípios do entorno de Paracambi, muitos pertencentes a região da saúde denominada de Metropolitana I.

Identificamos, neste sentido, que as estratégias para a desinstitucionalização dos pacientes superava a noção de uma mera desospitalização e inclusão dos sujeitos em uma moradia; mas, o que se estabelecia era um processo com pactuações políticas, envolvendo algumas dimensões, atravessando desde o financiamento até as práticas do cuidado cotidiano, como constava no Plano de Financiamento das ações de desinstitucionalização e Qualidade de atenção aos internos, do decreto de Paracambi.

A Secretaria de Estado de Saúde participava ativamente da desconstrução do aparato manicomial implantado há mais de 30 anos em Paracambi, desde o ano de 2000. Segundo o documento *Minuta de Ofício* da SES de 14/07/2005 (Rio de Janeiro, 2005a), foram reinsertados neste período 400 dos 1494 pacientes recenseados (no ano 2000), para 952 pacientes (em 2004).

Temos, assim, entre 2000 e 2003 a criação de uma rede de cuidados que foi determinante para o desdobramento deste primeiro momento de intervenção. Com a ação na CSDE P, a SES/RJ ampliou o quantitativo de catorze Caps no ano 2000 para setenta e quatro no ano de 2005, (Rio de Janeiro, 2005a).

Em *Nota Oficial* do Ministério da Saúde, de 18 de junho de 2004, foi decretada a intervenção oficial na Dr. Eiras de Paracambi, tendo em vista que as três instâncias do SUS (federal, estadual e municipal) já vinham trabalhando para diminuir a situação de grave desassistência dos pacientes, mas esbarravam sempre com dificuldades estruturais e com a pequena colaboração da direção do hospital. O interventor era a Prefeitura municipal de Paracambi, com a incorporação de profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, junto à equipe de intervenção. Também, alguns profissionais designados pela própria Coordenação Nacional de Saúde Mental acompanharam diretamente a intervenção.

A intervenção oficial foi impulsionada também pela Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 (Brasil, 2004b), que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Propôs que o processo de mudança do modelo assistencial deveria ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, e que a redução dos leitos

hospitalares seria planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

Segundo consta no *Relatório da Equipe Técnica de Intervenção do Município de Paracambi na Casa de Saúde Dr. Eiras* (Rio de Janeiro, 2006b), o principal fator da morosidade das altas se referia a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos nos municípios de origem. Situava a particularidade do trabalho clínico ali realizado, com pacientes profundamente institucionalizados e que apresentavam importante dificuldade subjetiva para viver fora do ambiente institucional.

Ressaltamos a importância do processo de desinstitucionalização da Dr. Eiras, em Paracambi, para a construção das redes de atenção psicossocial nos municípios da região metropolitana I do Estado, em especial à Baixada Fluminense, cujo destino dos pacientes era a internação como forma de tratamento.

2.2- A ampliação da rede de saúde mental no estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana I.

Como vimos, a ampliação dos serviços em saúde mental no estado do Rio teve início a partir do ano 2000, com estratégias que foram traçadas com vistas à política de redução de leitos de psiquiatria nos macro-hospitais do Estado⁴¹. Desse modo, dois grandes hospitais tiveram o processo de desinstitucionalização deflagrados, quando a SES/RJ iniciou um amplo processo de reorientação da assistência. A Dr. Eiras de Paracambi e, em 2001, o Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), no município de Carmo. Este último teve efetuadas nesse processo 280 altas, e, em ambas, a implantação de uma rede complexa de serviços substitutivos.

Na Casa de Saúde Dr. Eiras-Paracambi, segundo os dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, havia uma maior concentração da clientela proveniente dos municípios da região metropolitana, como Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e

⁴¹O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Instituído em 2002, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) se configurou como um instrumento de avaliação, auxiliando aos gestores na construção de um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos, descredenciando aqueles sem qualquer qualidade na assistência prestada. Em 2004, o Ministério da Saúde aprova o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), cuja estratégia era de promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (acima de 600 leitos), e hospitais de grande porte (com 240 a 600 leitos psiquiátricos), (Ministério da Saúde, 2005a).

São João de Meriti, seguidos por Nilópolis, Queimados, Belford Roxo, Itaguaí, Paracambi e Japeri (SES, 2006).

Segundo alguns autores (Guitton, 2010; Vieira, 2013; Guljor, 2012) e diversos relatórios da SES, para que o desmonte no complexo psiquiátrico da Dr. Eiras pudesse acontecer era imprescindível o trabalho conjunto entre as gestões locais, a federal via Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio. A estratégia da Secretaria Estadual de Saúde nesse período foi a de negociação e abertura para o diálogo com os municípios, com o objetivo de trazê-los para o debate, possibilitando condições para a constituição de uma rede mínima em saúde mental.

Para tanto, a Assessoria de Saúde Mental realizava reuniões com todos os coordenadores de saúde mental dos municípios da Região Metropolitana I que recorria com maior frequência à Dr. Eiras de Paracambi para a internação, visando a garantia da assistência em saúde mental e definindo o fluxo de encaminhamento dos municípios.

No mesmo sentido, seguiram-se reuniões com os secretários de saúde municipais, com vistas a garantir o atendimento dos pacientes egressos na rede de saúde mental, existentes nos municípios, além de comunicar oficialmente a determinação da suspensão de novas internações na Dr. Eiras de Paracambi.

Podemos verificar, a partir dos relatórios de acompanhamento do Grupo de Trabalho de Apoio Técnico (G8), que em grande parte dos municípios que compuseram a região Metropolitana I, em especial da Baixada Fluminense, o Programa de Saúde Mental encontrava-se desestruturado, com poucos profissionais, sem uma rede organizada e com baixo investimento da gestão municipal.

Segundo Guitton (2010), nesse período apenas 20% dos municípios tinham programa de saúde mental. Em muitos, o que havia era uma rede mínima e precária, centrada no hospital psiquiátrico que ficava geralmente em outro município. Se constatou também que não havia serviço de porta de entrada para internações, faltava controle sobre as emissões das autorizações de internação hospitalar (AIH) e não havia visibilidade acerca desses números.

As cidades não tinham outras respostas a oferecer se não as internações, e o grande desafio foi exatamente descentralizar o cuidado outrora focado no hospital psiquiátrico para uma assistência em rede diversificada na comunidade (Guitton, 2010:78).

No cenário encontrado no município de São João de Meriti, por exemplo, o Caps II havia sido implantado em setembro de 2000, contudo, funcionava em um posto de saúde, ao lado de várias outras especialidades. O funcionamento das atividades era às terças e quintas,

no período da tarde. O ambulatório funcionava com dois médicos, que atendiam e dividiam a carga horária também com o Caps (Rio de Janeiro, 2001b).

Segundo os relatórios do G8 de 2001 (que tratam do acompanhamento de Belford Roxo, Queimados e Japeri), situações semelhantes foram encontradas em outros municípios. No município de Belford Roxo, o funcionamento do Caps II ocorria também em apenas dois turnos. Já em Queimados, o Caps II havia sido inaugurado dentro de um centro de saúde municipal em funcionamento. No município de Japeri, foi constatado um número reduzido de profissionais, fato que dificultava o trabalho a ser realizado, como por exemplo, às visitas domiciliares, embora o Caps tivesse uma viatura própria.

Em outros casos, como no município de Nova Iguaçu, o direcionamento para os casos mais graves era prontamente a internação em hospital psiquiátrico. O município dispunha de um ambulatório de psiquiatria que atendia em horários irregulares, com retorno para 90 dias, e medicação oferecida não era suficiente para cobrir o período até o retorno. Vale mencionar que, até o ano 2000, Nova Iguaçu ocupava o segundo lugar no estado do Rio em internação psiquiátrica de adultos (Rio de Janeiro, 2001d).

No município de Nilópolis, segundo o Relatório do profissional do G8, Íris Guerrero, responsável por essa localidade (2001b), o panorama encontrado foi de um serviço ambulatorial de psiquiatria com horários de atendimento irregular e sem nenhuma oferta terapêutica. A equipe do Programa de Saúde Mental local era bastante reduzida: uma psicóloga - coordenadora do programa, uma técnica de enfermagem, um psiquiatra e um neurologista. Segundo a Assessoria de Saúde Mental não havia suporte político ao programa. Sendo assim, a organização do serviço na produção de saúde mental estava aquém às necessidades da população.

Em cada município a realidade encontrada pelo profissional do G8, guardadas as devidas particularidades, era a mesma: a falta de investimento nos recursos extra hospitalares da saúde mental se fazia presente. No município de Caxias, a situação foi praticamente semelhante às demais. Embora o Programa contasse com 08 psiquiatras no município, não havia os serviços de base territoriais implantados, os atendimentos eram realizados em ambulatórios e postos de saúde. Para os pacientes mais graves e em quadros considerados agudos, o caminho indicado era a internação em hospital psiquiátrico (Rio de Janeiro, 2001d).

Mediante esse cenário, as constantes reuniões de coordenadores com a Assessoria de Saúde Mental fortaleciam a construção de um colegiado de gestores municipais de Saúde Mental. Este se constituiu em um importante mecanismo de articulação e negociação,

contribuindo para a construção de estratégias à implantação das políticas de saúde mental nos municípios, considerados de pequeno e médio porte no Estado.

Na reestruturação da assistência que ocorreu nesses municípios, a produção normativa e as portarias em saúde mental, com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial, tiveram grande importância. Enquanto a política nacional deu a direcionalidade do processo, a equipe G8 atuou diretamente nos municípios para a construção de uma rede substitutiva de serviços. Na perspectiva da implementação das políticas foi levado em consideração as especificidades e dificuldades locais, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional nos municípios.

Vale mencionar, no que diz respeito à implantação de serviços nos municípios da Região Metropolitana I seria necessário a constituição de um Caps em cada Município da Baixada, com exceção do município do Rio, que possuía maior quantidade de pacientes internados, necessitando de 09 Caps serem implantados (Rio de Janeiro, 2004b).

No que tange à disponibilização de moradias assistidas àqueles pacientes sem vínculos familiares ou àqueles cujos vínculos encontravam-se rompidos, segundo consta no documento citado anteriormente, seriam necessárias três Residências Terapêuticas para cada um dos municípios de Itaguaí e Japeri. Já nos municípios de Belford Roxo e Queimados seriam necessárias quatro e cinco Residências Terapêuticas respectivamente.

O contingente de serviços se tornava maior, proporcionalmente, à quantidade de pacientes internados. Nesta perspectiva, no município de Nilópolis seriam necessárias oito residências Terapêuticas para acolher a demanda, enquanto que em São João de Meriti e D. de Caxias seriam necessárias dez e quatorze respectivamente. A quantidade necessária de serviços aumentava vertiginosamente para os municípios de Nova Iguaçu (vinte e três Residências Terapêuticas necessárias) e Rio de Janeiro (trinta Residências Terapêuticas), ambos com os números mais elevados de pacientes internados.

Neste panorama, a implantação dos serviços substitutivos à internação nos municípios se tornou um desafio para equipe do G8, pois não havia mecanismos de financiamentos diretos para a instalação dos serviços extra hospitalares. No entanto, a equipe do Estado contou com algumas normativas federais, como a Portaria 189/91⁴² e a Portaria 224/92⁴³, para auxiliar na implantação de alguns CAPS.

⁴² O Ministério da Saúde incluiu na tabela de procedimento do SIH/SUS vários grupos e procedimentos da área de saúde mental, como os NAPS/CAPS, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e outros.

⁴³ Regulamenta o funcionamento dos serviços da saúde mental e define como corresponsáveis os níveis estadual e municipal pelo sistema de saúde.

Vale ressaltar, o *Relatório Técnico sobre o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica*, que foi deliberado a CIB⁴⁴ nº 54 de março de 2000 (Rio de Janeiro, 2000b) da Secretaria Estadual de Saúde, teve grande importância como instrumento de negociação junto aos secretários municipais para a construção dos serviços de base comunitária por assegurar o retorno dos pacientes com internação prolongada aos seus municípios de origem, por meio da realocação de recursos financeiros (antes destinados à internação psiquiátrica), para a implantação e para o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos.

Neste momento ainda ficou estabelecido que, na ausência de mecanismos de regulação das internações, as coordenações municipais teriam como função conhecer as condições de funcionamento dos hospitais e fiscalizá-los (Guitton, 2010).

Posteriormente, a SES estabeleceu como estratégia, um sistema de regulação da porta de entrada da Baixada Fluminense no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), e a implantação de 30 leitos no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, conforme as normas da portaria nº 224 de 1992 (Brasil, 1992), após reunião com todos os polos de emergência psiquiátrica da região metropolitana. A função desses leitos era estratégica e também provisória, poder garantir que houvesse continuidade na assistência prestada aos pacientes que procurassem a Dr. Eiras de Paracambi, oriundos da Baixada Fluminense (IFB, 2001).

Consideramos importante ressaltar que, para a continuidade do processo de desinstitucionalização foi fundamental a adesão dos profissionais nos vários níveis e instâncias que acreditaram na proposta, fazendo cada qual a sua parte. A promulgação de leis e portarias não garantia por si só a efetivação prática de seu conteúdo. Estes atores que conduziram o processo de desinstitucionalização no cotidiano, realizavam um trabalho político de negociações que permitiram a articulação necessária para o projeto em curso pela Assessoria de Saúde Mental.

Assim, em junho de 2001, todos os municípios da Baixada Fluminense estavam com os seus programas de saúde mental implantados e em franca expansão, totalizando seis serviços já em funcionamento nos municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Belford Roxo, São João de Meriti, Paracambi e Itaguaí. Estava então previsto para inaugurar em julho de 2001, os Caps de Nilópolis e Duque de Caxias (Rio de Janeiro, 2006a).

⁴⁴ CIB - Comissão Intergestores Bipartite, é um fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS.

Também já estavam em fase final de implantação as Residências Terapêuticas de São João de Meriti, Queimados, Belford Roxo, Paracambi.

A rede de atenção psicossocial do Estado experimentou assim uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, e em locais onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (Brasil, 2001a).

A rede necessária a ser implantada nos municípios da Região Metropolitana I a partir dos dados de 2001 do Censo Clínico e Psicossocial (Brasil, 2001a), quanto à distribuição dos pacientes por município de residência, existia uma maior concentração da clientela proveniente do município do Rio de Janeiro e da região metropolitana, como Nova Iguaçu, Duque de Caxias e São João de Meriti⁴⁵.

Temos, dessa forma, que durante o período de 2000 a 2003, considerado como um primeiro momento de intervenção na Dr. Eiras de Paracambi, foram estruturados diversos serviços de saúde mental em toda região da Baixada Fluminense, e, embora Itaguaí não pertencesse a esta região em específico, a sua localização fronteiriça e os pacientes que se encontravam internados na Dr. Eiras de Paracambi possibilitaram participar de tal ação.

2.3- A constituição da atenção psicossocial em Itaguaí (2000 a 2003)

No município de Itaguaí, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou corpo no ano de 2000, impulsionado pela intervenção da Secretaria do Estado na casa de saúde Dr. Eiras em Paracambi (CSDE-P) e pelas estratégias que foram traçadas junto aos municípios vizinhos, da Baixada Fluminense, para que o desmonte desse complexo psiquiátrico pudesse acontecer.

Segundo o Censo Psicossocial com os pacientes internados na Dr. Eiras de Paracambi (Brasil, 2001a), haveria cerca de quarenta internos na instituição advindos do município de Itaguaí no ano 2000. Destes, vinte e quatro pacientes encontravam-se internados há mais de dois anos e tiveram suas altas mediadas pela equipe da Comissão de Apoio Técnico no que diz respeito aos agenciamentos necessários; enquanto que os outros dezesseis voltaram mais rapidamente para o município de origem.

⁴⁵ Lembramos que o município do Rio também está circunscrito na região metropolitana I da saúde do Estado, e experimentou uma ampliação expressiva da sua rede de saúde mental com o processo de desinstitucionalização em curso na Dr. Eiras de Paracambi, onde 42,4% dos leitos de pacientes considerados de longa permanência (mais de dois anos internados) eram ocupados pelos pacientes do município (Ministério da saúde, 2001).

Assim, como no caso dos demais municípios envolvidos com o processo de desinstitucionalização da D. Eiras de Paracambi, o município de Itaguaí também contou com a presença de uma profissional da equipe do G8, a psicóloga Mônica Pinto, como forma de auxiliar na constituição dos novos serviços de base territorial.

Podemos observar a partir do Relatório de Gestão 2000-2003 com a coordenação da Dalva Pires em Itaguaí, que a presença da integrante do G8 Mônica Pinto possibilitou a abertura de espaço à discussão e introdução de propostas inovadoras na saúde mental do município. A chegada de Mônica ocorreu em janeiro de 2001, mês no qual o prefeito de Itaguaí recém-reeleito, José Sagário Filho⁴⁶ (PSDB), estava reorganizando o seu quadro de pessoal. Em sua percepção deste momento, a profissional relatou ter encontrado o programa de saúde mental bastante fragmentado, passando por mudanças políticas, perda da maior parte dos profissionais já integrantes do processo, e, os que ali permaneciam, pareciam ameaçados e desestimulados.

Sobre o programa de saúde mental, Mônica descreveu suas impressões no relatório de trabalho:

(...)a própria SMS vinha passando por mudanças, desde a troca do secretário de saúde ao espaço físico. A coordenação de saúde mental encontrava-se paralisada e sem autonomia para responder questões ligadas ao programa. Existia apenas uma casa onde eram realizados alguns atendimentos ambulatoriais e que não supriam as muitas situações que apareciam como demanda (Rio de Janeiro, 2001e: 01)

No documento *Plano de trabalho para Itaguaí* (Rio de Janeiro, 2001f) desenvolvido por Mônica Pinto estavam previstas diversas ações cujas linhas gerais foram previamente definidas pela Secretaria Estadual de Saúde, como direção de trabalho. Também se fazia presente a expectativa sobre dificuldades de ordem política a serem encontradas no município, e que foram vivenciadas também em outros lugares, conforme relata o documento.

Nesse plano, Mônica Pinto falava da necessidade de implantação de serviços estratégicos para a conformação de uma rede de assistência psicossocial que pudesse ser resolutive, como a inauguração do Caps “Bem Viver”, prevista para junho daquele ano; a parceria com a atenção básica, através do programa de saúde da família e do agente comunitário de saúde; a supervisão clínica e acompanhamento dos pacientes provenientes da CSDE/P; a promoção de espaços de discussão, com a organização de eventos (fórum, seminários, debates etc.); a inauguração de oficinas terapêuticas infantis, também previstas para junho de 2001; e, finalmente, o agenciamento do Programa de Educação Continuada,

⁴⁶ José Sagário Filho teve seu primeiro mandato como prefeito de Itaguaí em 1997, sendo reeleito em 2001.

voltado para o atendimento psicossocial e a organização da rede ambulatorial (Rio de Janeiro, 2001f).

Inicialmente, em sua chegada ao município, Mônica Pinto apresentou as propostas de reorientação da assistência da Dr. Eiras à secretária de saúde da época (Maria Teresa Sagário Filho⁴⁷) e sua equipe. Este momento tinha a intenção de oferecer maiores esclarecimentos sobre o projeto em curso e buscava ampliar o diálogo, de maneira a favorecer uma maior captação de recursos para o programa da saúde mental do município.

Na ocasião, segundo dados do *Relatório Municipal de Gestão 2000-2003* (Pires, 2003a), o que se tinha em termos de assistência em saúde mental no município era o atendimento no ambulatório de psiquiatria (sobrecarregado, com uma imensa fila de espera e sem uma forma de triagem definida) e a internação hospitalar em municípios vizinhos, tendo em vista que Itaguaí não possuía hospital psiquiátrico.

Tal situação foi alvo prioritário no processo de mudança, obtendo como resultado uma avaliação situacional pela coordenação interina do programa de saúde mental já no final do ano 2000. Esta consistiu na elaboração de um diagnóstico da situação com o suporte técnico da profissional de referência no município a psicóloga Mônica Pinto, da Assessoria de Saúde Mental do Estado.

No documento consta que aquilo que era denominado como atendimento psicossocial no município não passava de uma repetição do tradicional modelo ambulatorial. Setorizado por especialidades, com recepção e acolhimento inicial ofertado por uma miniequipe (geralmente composta por um psicólogo e um assistente social), antes do atendimento médico psiquiátrico, no qual se centrava o tratamento aliado a medicação. Tal ambulatório atendia toda sorte de pacientes (adulto, infantil, dependentes químicos), sendo necessário então a criação de um perfil para a clientela atendida (Pires, 2003a).

Decerto, tais momentos de avaliação de ações posteriores com vistas a mudanças estruturais foram acompanhados pela equipe técnica da SES de forma a potencializar a articulação entre a gestão local (coordenadores municipais de saúde mental, os secretários de saúde, prefeitos) e a Assessoria de Saúde Mental do Estado. Para alicerçar a mudança na lógica de atenção à saúde mental, a então coordenadora da saúde mental em Itaguaí, Dalva Pires, elaborou um projeto para a criação do Caps e reorientação da assistência.

No projeto, a coordenadora municipal indicava a criação do Caps Bem Viver, para que o paciente e familiar tivessem um referencial para o atendimento. No projeto, o Caps era

⁴⁷ Maria Teresa Sagário Filho assumiu a Secretaria de Saúde em 2001 na segunda gestão do prefeito José Sagário Filho. Em 2006 tentou eleger-se para deputada estadual pelo PSDB.

descrito como um serviço que tinha como objetivo a ampliação da atenção à saúde mental como ação preventiva contra internações, e como um serviço que oferecia acompanhamento terapêutico alternativo à internação; também, o objetivo de um intercâmbio entre a comunidade e o hospital, visando diminuir as internações psiquiátricas e favorecer o processo do indivíduo exercer a sua cidadania (Itaguaí, 2001b).

Também ficava clara a preocupação com o processo de desinstitucionalização em curso na Casa de Saúde Dr. Eiras, e que a oferta de serviços do Caps viria absorver essa população de pacientes que precisava de um serviço específico:

Intensificar o suporte terapêutico aos egressos das unidades hospitalares que perfazem no município um total de 190 ao ano (exercício de 2000) além da necessidade de construir suporte psicossocial aos pacientes atualmente internados na Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi, em vias de reintegração ao Município (total de 40 pacientes) sendo um facilitador de forma que ele sinta o Caps Bem Viver como seu novo referencial de atendimento (Itaguaí, 2001b: 3).

A organização do Caps foi ocorrendo após a avaliação da assistência em saúde mental realizada pelo município, conjuntamente com a Assessoria de Saúde Mental (ASM/SES), quando foi possível definir o perfil dos pacientes que frequentavam o ambulatório de psiquiatria existente. Em uma observação na introdução do Projeto do Caps de Itaguaí, a coordenadora do programa mencionou:

Observou-se que vários pacientes [do ambulatório] eram egressos de internações psiquiátricas, aliás procedimento quase rotineiro no Município, já que o atendimento emergencial era feito por médico plantonista. Sem uma visão fidedigna da situação e dos dispositivos extra hospitalares (Itaguaí, 2001b: 1).

Com a clientela inicial de cinquenta e cinco pacientes foi se estabelecendo uma nova forma de se construir o cuidado em saúde mental no município. A organização inicial do trabalho voltado à atenção psicossocial incluía procedimentos de triagem, um contrato inicial de avaliação (com duração de 15 a 30 dias), grupos, oficinas e visitas domiciliares. Além dos pacientes matriculados no programa, aqueles que necessitavam de pronto atendimento e emergência psiquiátrica também poderiam ser atendidos no serviço, tendo em vista a sua localização no centro do município e o atendimento diário de médico psiquiatra.

Contudo, notamos uma particularidade neste processo, o Caps foi implantado no mesmo espaço físico onde funcionava o ambulatório de psiquiatria, e os atendimentos eram realizados pela mesma equipe.

No relatório de gestão 2000-2003, foram apontadas algumas benesses dessa configuração, sendo considerada como ideal para um município das proporções de Itaguaí, tais como a facilidade para o gestor em organizar os serviços, trazendo vantagens não só administrativas como também financeiras, tendo em vista de que se trataria apenas uma única unidade assistencial e uma equipe.

(...) estando o ambulatório diretamente ligado ao Caps, que é a principal modalidade assistencial na organização do Programa de Saúde Mental, seu funcionamento torna-se mais eficaz e menos dispendioso (Pires, 2003a: 2).

Foi sugerido também vantagens na clínica que ali se estabelecia, pois com tal opção não se corria o risco do isolamento entre as equipes, fato que poderia acontecer se fossem em unidades distintas. Também, facilitava a passagem do paciente (e, por conseguinte o acompanhamento) entre as duas modalidades de assistência (atenção diária e ambulatório).

Outras estratégias de atendimento ao paciente também foram criadas neste mesmo molde, à medida que buscava apresentar vantagens para o gestor e as benesses clínicas para o paciente. Como o “ambulatório de crise” que atuava dentro do Caps e no mesmo horário de atendimento do serviço, contando com quatro leitos dentro do serviço, quando “*o paciente é atendido, medicado e observado, caso seja indicado é encaminhado para a internação psiquiátrica*”. (Pires, 2003a: 4).

O funcionamento do Caps em suas atribuições prescritas no projeto inicial, incorporava o atendimento dos pacientes também do ambulatório, um “ambulatório de crise e o atendimento ao público infanto-juvenil.

Podemos notar que, se até o ano de 2001 havia apenas um único serviço voltado ao público da saúde mental no município (o ambulatório de psiquiatria) para toda sorte de pacientes, a proposta da implantação de uma rede de suporte à saúde mental caminhava no sentido de concentrar todas as ações em uma mesma equipe e no mesmo espaço físico. O espaço físico encarnaria “a saúde mental”⁴⁸ do município, resumindo toda uma rede de atenção a um único serviço.

Compreendemos que havia a vontade política da SES e o empenho da coordenação municipal de saúde mental em estabelecer os novos serviços. Havia uma preocupação de implementar serviços, recursos e ações de modo a se configurar uma rede efetiva de suporte e cuidado, apesar das dificuldades com o investimento municipal. A reorientação da assistência em Itaguaí buscava melhorar a qualidade do cuidado e a participação do paciente na

⁴⁸ Como era designado pelos profissionais da saúde e da população em geral

comunidade, mas sem perder de vista a relação de custo-benefício na implementação das ações/serviços. Mas os gestores de Itaguaí faziam parte de um grupo que relutava em assumir a responsabilidade pelo cuidado em saúde mental dos pacientes que eram originários de seus municípios, mas que se encontram internados na Dr. Eiras de Paracambi (Pires, 2003a).

Se a constituição de uma rede integrada de serviços substitutivos à internação e articuladas com outros serviços da comunidade era algo imprescindível para o avanço da reforma psiquiátrica local, podemos notar que essas foram as condições possíveis para que o Caps pudesse ser implementado e posto em funcionamento o quanto antes no município. À medida que os serviços se estabeleciam, também se conformavam os desafios dessa rede tal como ela estava sendo implementada. Podemos entender que um dos desafios estava relacionado à tentativa de conciliar os interesses da gestão municipal (de recursos humanos, financeiros, administrativos) e a necessidade de se implementar uma política pública em saúde, fato que culminou na busca da redução de gastos e concentração de diversos serviços em um único local.

O processo de organização dos serviços e ações de saúde mental ocorreu com forte envolvimento da coordenação do programa municipal. Em seu engajamento, a coordenação ingressou em uma especialização em saúde mental com o objetivo de formular estratégias e ações para subsidiar a efetiva implantação do programa e fazer avançar a política de saúde mental do município (Pires, 2003a).

Nas constantes interlocuções entre a equipe técnica do Estado com representantes do município, propôs-se ações que eram discutidas em âmbito nacional na conformação da rede de assistência em saúde mental.

Contudo, podemos identificar que nesse momento do município, para que ocorresse a implantação das políticas públicas em saúde mental, em sua reorientação do cuidado, era preciso mais do que uma mudança de ordem técnica, seria essencial uma transformação na forma como a secretaria municipal lidava com a pasta da saúde mental. Conseqüentemente, a possibilidade de desmembrar os serviços do mesmo espaço físico seria como uma tentativa de romper com a lógica manicomial, visto que o trabalho em rede é considerado fundamental para os serviços comunitários que desejam superar o modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica.

Após mais de um ano de funcionamento, o Caps Bem Viver de Itaguaí foi habilitado pelo Ministério da Saúde como do tipo II, através da portaria ministerial nº 2.103, de 19 de novembro de 2002. Na mesma portaria foram habilitados também uma gama de serviços tipo

Caps em diversas cidades do interior e capital do Estado. Observamos que nesta portaria se consolidava a expansão dos serviços psicossociais também em outros Estados da Federação, designando a franca expansão de uma política pública que caminhava a passos largos.

No *Relatório de Gestão Municipal 2000-2003* (Pires, 2003a), notamos que, em linhas gerais, a condução do plano de trabalho estabelecido inicialmente pela profissional da SES, relacionados com as ações/serviços a serem implantados no município, estavam de alguma forma, encaminhados e com algumas definições:

a implantação efetiva do programa para atendimento psicossocial extra hospitalar contou com o suporte da ASM/SES em ações de supervisão realizada pela, clínico institucional e treinamento em serviço nos diferentes dispositivos: atendimento à crise, ambulatório, PACS/PSF, CAPS, SRT (Pires, 2003a: 2).

Foram implantadas ações de saúde mental na atenção básica com a atuação da equipe do Programa de Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PSF/PACS), que se mostrava potencialmente capaz de um trabalho integrado, ao entrar em contato com as formas como cada paciente e sua família lidavam com o sofrimento psíquico. Também, por sua proximidade com as residências, a equipe auxiliava no acesso do paciente ao serviço de saúde mental, pelo fato de algumas famílias ainda não conhecerem o serviço e o paciente permanecer recluso no meio familiar (Pires, 2003a).

Ainda no trabalho de estruturação de uma rede de atenção extra hospitalar, para o acompanhamento à crise de uma forma substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos convencionais, foi realizado um acordo, em 2002, com o Hospital Municipal São Francisco Xavier, para a utilização de 2 leitos para a psiquiatria.

Vale lembrar que, desde 1992, a Portaria Ministerial n. 224 da Política Nacional de Saúde Mental estabelecia diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental em leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral. Tais leitos se configuravam em “*uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra hospitalares e de urgência*” (Brasil, 1992).

Os leitos eram destinados à oferta de acolhimento integral ao paciente em crise, com articulação e diálogo com os outros serviços de referência do paciente para continuidade do cuidado, pois o seu papel estava direcionado para o atendimento de urgências e emergências. Portanto, a internação deveria ser curta, sem deixar de proporcionar um atendimento integral.

O acordo para a utilização dos dois leitos no Hospital Municipal São Francisco Xavier ocorreu diante de algumas dificuldades. Neste sentido,

Foi realizado um treinamento com a equipe técnica e os maiores obstáculos tem sido o preconceito, a discriminação e a insegurança dos profissionais com relação aos pacientes psiquiátricos, é o “achar” que o lugar de paciente psiquiátrico é na Saúde Mental ou no hospício, e que o único profissional capacitado para atendê-los é o psiquiatra (Pires, 2003a:3).

Contudo, o município enfrentou resistência dos administradores e da equipe dos hospitais em oferecerem leitos para a saúde mental. A resistência estaria relacionada à possibilidade de ocorrer dificuldades na enfermagem por causa de pacientes agitados, ameaçando a tranquilidade; de medo do paciente psiquiátrico, que poderia ser agressivo e representar ameaça para os outros pacientes e à equipe; e pela falta de verba para manter uma equipe especializada e instalações apropriadas (Pires, 2003b).

De acordo com os problemas descritos acima, a admissão dos pacientes da saúde mental em um hospital geral exigiria instalações e equipes especiais para garantir a segurança e a tranquilidade no hospital. Neste sentido, uma das propostas da coordenação do programa municipal para lidar com essa questão, seria a tentativa de sensibilizar os técnicos do hospital que fossem mais resistentes ao leito da psiquiatria, com visitas destes a hospitais psiquiátricos, para que tivessem contato com a realidade de desassistência e de precariedade que se fazem presentes na maior parte das internações asilares.

Podemos notar, apesar de todo empenho e capacitação, a dificuldade na relação com o hospital geral:

(...) a necessidade de uma implementação verdadeira para que o hospital possa realmente ser o suporte na nossa rede psicossocial, possibilitando o tratamento do paciente em crise sem ser necessário que o mesmo seja encaminhado para a internação em outros municípios. Desta forma pode o município oferecer uma cobertura completa e de qualidade ao paciente inscrito no Programa de Saúde Mental (Pires, 2003b: 4).

Embora, no *Plano de trabalho para Itaguaí* (Rio de Janeiro, 2001f) da psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde Monica Pinto no município não tivesse previsto inicialmente a criação de dois leitos no hospital geral, foi reconhecido o papel estratégico que estes poderiam desempenhar, já que teriam a função crucial de prover os meios de internação, quando necessário.

Segundo o documento *Metas para o ano de 2004* (Pires, 2003a), da coordenadora do programa municipal, Dalva Pires, a proposta de leitos no hospital geral continuava premente, ainda que, dessa vez, estivesse delineada como a necessidade de criação de uma enfermagem destinada à saúde mental no hospital geral, com leitos clínicos para dependentes químicos,

separados dos leitos psiquiátricos para o atendimento à crise. Na proposta, eram ressaltadas as vantagens em relação à internação convencional no hospital psiquiátrico, principalmente pela brevidade da internação no hospital geral e de não submeter o paciente às condições traumáticas de um manicômio.

No que se refere à internação em hospital psiquiátrico e aos pacientes que se encontravam ainda internados na Dr. Eiras de Paracambi, aguardando o momento de retornar à Itaguaí, a proposta da criação do Serviço Residencial Terapêutico no município era uma preocupação constante e aparece como um ponto nevrálgico nos documentos da gestão municipal sobre os serviços a serem implantados. Contudo, notamos que a implantação da Residência Terapêutica (RT) não aparece enquanto meta para a SES no período de 2000 a 2003 ressaltando-se apenas a importância de finalizar a estruturação dos serviços que garantissem o suporte necessário no acompanhamento aos pacientes egressos (Pires, 2003a).

Segundo a SES (Rio de Janeiro, 2000b) era preciso primeiramente capacitar os municípios para o recebimento e reinserção da clientela. O grande desafio estava em desconstruir um modelo de atenção centrado na internação hospitalar e construir uma rede de cuidados que possibilitasse o retorno e a reintegração dos pacientes internados à sua cidade de origem.

Foi só no ano de 2004 no documento que traçava as *Metas para 2004* (Pires, 2003b), que a implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) aparece no programa municipal enquanto um serviço necessário ao município, e é mencionado como uma ação preventiva contra reinternações e residências em hospital psiquiátrico.

Enquanto uma meta a ser alcançada, a gestão apresentava o Serviço Residencial Terapêutico⁴⁹ como fundamental para o programa, pois possibilitava que muitos pacientes que se encontram em internação prolongada (dois anos ou mais de internação ininterruptos), pudessem receber alta. Vale lembrar ao leitor que, em muitos casos, a falta de suporte social era o que mantinha o paciente por longos anos internado. O documento *Metas para 2004* (Pires, 2003b), informava, ainda, que a equipe mínima necessária para o Serviço Residencial Terapêutico, era composta por dois profissionais de nível médio (cuidadores) e um de nível superior, salientando não ser necessária a presença de um técnico nas 24 horas.

⁴⁹ Esses serviços, em linhas gerais, são propostos como modalidade de cuidado às pessoas com história de longa internação em hospital psiquiátrico, na possibilidade de construir uma vida na cidade, de habitar numa casa, de circular livremente pelos espaços públicos, de receber assistência por técnicos cuidadores e acompanhamento ambulatorial pelo Caps. O suporte necessário está relacionado à dependência institucional do paciente egresso da internação, logo, quanto maior a dependência, maior o suporte.

Ao propor a implantação da RT, a coordenação do programa apresentava, de antemão, uma forma de viabilizar a organização de mais um serviço novo, ao buscar demonstrar que o município não necessitaria investir um valor além do quantitativo já direcionado ao Programa, de forma a não onerar o erário municipal, destacando que,

Devemos lembrar que de acordo com a portaria (ministerial nº 106 de 11/02/2002), para cada paciente inserido no SRT deve ser realocado o valor da AIH correspondente para o teto orçamentário do município, implicando em vantagens óbvias sobre o ponto de vista de financiamento do Programa de Saúde Mental (Pires, 2003b: 1)

Neste sentido, em março de 2004, após a reunião de coordenadores municipais com a Assessoria de saúde mental do Estado, foi solicitado à coordenação do programa a implantação da primeira Residência Terapêutica (RT) no município, com o intuito de retirar 24 pacientes de longa permanência internados na Dr. Eiras de Paracambi (Itaguaí, 2004).

Essa solicitação, ia ao encontro das metas já traçadas no Programa para o ano de 2004 e haviam sido definidas juntamente com a profissional da SES, Mônica Pinto, que acompanhava o município. A necessidade de implantar o serviço, tendo em vista certa pressão da SES para tal, motivou um levantamento inicial das condições necessárias para a organização da RT e um informativo à Secretária de Saúde (Itaguaí, 2004 memo. n.70), onde se aguardava um posicionamento da mesma.

Ainda nesse ano, a Secretaria Municipal de Saúde realizou um diagnóstico situacional dos serviços de saúde, complementando os dados já levantados na Secretaria Estadual de Saúde. Entre as ações sugeridas como necessárias constava a criação de duas RTs, como forma de reduzir o número de cidadãos de Itaguaí em regime de internação prolongada. Outras situações também aparecem enquanto dificuldades enfrentadas, como por exemplo, garantir medicamentos de depósito (Haldol Decanoato) na grade municipal disponível à população. Tal situação também havia sido relatada no documento *Metas para 2004* (Pires, 2003b), enquanto um aporte necessário ao programa. A Secretaria ressaltava também a falta de uma viatura oficial da saúde mental para as visitas domiciliares, que muitas vezes eram realizadas no carro particular do técnico ou mesmo no da coordenadora do programa. Assim, era também frequente que a remoção e resgate de pacientes em crise, assim como o transporte da alimentação, fossem feitos por pacientes e técnicos do Caps em seus próprios veículos.

Na reorganização da assistência no município, o documento citava, ainda, diversas ações como, por exemplo: a implementação de treinamento em serviço; a notificação de

internação involuntária; ampliação das ações em saúde mental para crianças e adolescentes, assim como avaliação e controle das internações psiquiátricas e infanto-juvenil; implantação do programa de volta pra casa, situado “*como bônus para as famílias que assumirem o doente mental em casa*” (Pires, 2003b).

Um ponto importante diz respeito à clientela infanto-juvenil que era atendida no ambulatório de psicologia e em consultas individuais. Havia na mesma fila de espera a demanda relacionada ao processo de aprendizagem e os casos considerados mais graves, que certamente se beneficiariam da ampliação de oferta de cuidados em saúde mental, como a implantação de oficinas terapêuticas infanto-juvenis (Itaguaí, 2006).

Como se observa no *Relatório de Gestão 2000 a 2003* (Pires, 2003a) as oficinas foram implantadas em 2001, às quintas-feiras (neste dia os pacientes realizavam atividade externa de lazer assistido), no mesmo espaço físico do Caps. As oficinas terapêuticas eram formadas por pequenos grupos de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou deficiência mental. Os grupos eram assistidos por um terapeuta ocupacional, com atendimento médico psiquiátrico quando necessário. Posteriormente, em 2002, tais oficinas passaram a funcionar aos sábados, quando não havia atividades direcionadas aos pacientes adultos. A implementação e funcionamento das oficinas terapêuticas infanto-juvenis nesse tipo de organização era considerada favorável.

Vale ressaltar que as negociações locais começaram a ganhar impulso com o *Plano Emergencial para Restruturação da Assistência Psiquiátrica da Casa de Saúde Dr. Eiras em Paracambi* (Rio de Janeiro, 2000b), que tinha como estratégia a ampliação da rede de saúde mental no Estado a fim de assegurar o acompanhamento dos egressos de responsabilidade dos municípios e que se encontravam internados na Dr. Eiras de Paracambi.

Outra estratégia a ser mencionada foi a organização da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Itaguaí realizada em 11 de outubro de 2001, cuja finalidade era avaliar a situação da Saúde Mental do Município e sua relação com o Estado e o País, estabelecer as diretrizes da Política Municipal de Saúde e as mudanças necessárias. Tal conferência teve o fomento da SES, a fim de ampliar o debate da Reforma Psiquiátrica nos municípios acompanhados pela equipe do G8 na ocasião do trabalho de desinstitucionalização da CSDE-P. (Itaguaí, 2001a). A conferência representou um importante momento para o município, pois trazia temas centrais voltados para a reorientação da assistência em saúde mental. A plenária foi dividida em dois momentos, com palestras e oficinas. No primeiro foram debatidas a atenção na emergência psiquiátrica; o controle social, alocação de recursos e

financiamento do SUS; porta de entrada; atenção à criança e adolescente. Com relação aos temas, foram proferidas palestras, onde, inclusive, na questão da infância a profissional do G8 no município efetuou a exposição das prerrogativas da SES e do MS para essa população.

No segundo momento, foram debatidas e apresentadas propostas concernentes aos temas visando melhorias na assistência prestada, entre elas destacam-se propostas como a garantia de leitos de acolhimento à crise no hospital municipal, com acompanhamento e comunicação entre as equipes do Caps e do hospital, e capacitação da equipe do hospital; manutenção do Caps no mesmo espaço físico que era denominado como a Casa de Saúde Mental, mas com atendimento 24horas. Outras propostas como a contratação de um especialista em neurologia para o programa de saúde mental, um carro exclusivo para o programa, a garantia de medicação na grade municipal, contratação de pessoal, passe livre no transporte público municipal para o paciente e acompanhante a fim de facilitar o acesso e a divulgação do trabalho que se realizava no Caps para os profissionais de outros setores também se fizeram presentes (Itaguaí, 2001a).

No que concerne à infância e adolescência, discutiu-se, na Conferência, a ideia de expandir o serviço para outro espaço físico, a fim de aumentar o número de atendimentos. Também, algumas propostas merecem atenção, pois dizem respeito ao pensar e tratar do sofrimento psíquico naquele momento, como capacitar professores para lidar com a loucura, oferecer algum tipo de benefício para que o professor se deslocasse até o serviço de saúde mental (Itaguaí, 2001a).

Vale lembrar que a Conferência Municipal de Saúde Mental não foi uma solução local apenas, mas estava inserida na agenda do Estado, junto aos demais municípios, a fim de mobilizar Itaguaí para as discussões da plenária estadual. Tais eventos preparatórios tiveram culminância na III Conferência Nacional de Saúde mental, realizada de 11 a 14 de dezembro de 2001 (Rio de Janeiro, 2001f).

Observamos que embora o tema da assistência aos pacientes de álcool e outras drogas não estivesse contemplado explicitamente na I Conferência Municipal de Saúde Mental, no *Relatório de Gestão de 2000 a 2003*, o tema se fez presente. No ano de 2001, a *Secretaria Municipal de Saúde criou a Coordenação de Dependência Química, subordinada a Saúde Coletiva, que foi atuar num espaço físico diferenciado do nosso* (Pires, 2003a: 1).

O que podemos depreender neste relatório de gestão é que a atenção à clientela de dependentes químicos não fazia parte do programa de saúde mental, estando, portanto, em

uma outra coordenação com um programa próprio.⁵⁰ Regulamentado em 23 de novembro de 2001, o Sistema Municipal Anti-Drogas (SISMAD)⁵¹, fazia parte da Política Municipal Anti-Drogas. Na mesma oportunidade também foi criado o Centro de Prevenção Integral às drogas (CENPREID).

O CENPREID correspondia a um serviço de atenção diária que trabalhava como resultado final a abstinência, embora houvesse também atividade relacionada a redução de danos, conforme consta no documento de Dados Estatísticos do CENPREID e Programa da sexualidade humana (Itaguaí,2005).

No tocante a assistência, o paciente assinava um contrato no início do tratamento, em concordância de que o critério para a alta era a abstinência. As atividades desenvolvidas eram compostas por grupos, encontros psicoeducativos, atendimentos individuais, reuniões comunitárias, atendimento familiar entre outras.

Nos grupos eram trabalhados, de forma escalonada, o programa de abstinência dos 12 Passos, assim como abordagens motivacionais, informativas em DST's e educativas. Além da oficina de redução de danos, havia a oficina denominada de justiça terapêutica e um grupo voltado ao público jovem de 13 a 18 anos. A coordenação do programa municipal voltado ao uso abusivo de álcool e drogas era constituída por um médico, o Dr. José Soares Barreto, que atendia no ambulatório de psiquiatria e era o fundador do CENPREID, centro de atendimento que carregava o nome do seu pai e ao qual passou a se encarregar (Itaguaí, 2005). Vale mencionar que o serviço surgiu em meio a uma lacuna na organização da rede assistencial do município e que, de certa forma, refletia o vazio nas designações do Ministério da Saúde sobre as normativas de reorientação da assistência em saúde mental.

Observamos que, embora a portaria GM nº 224 de 1992 (Brasil, 1992) tivesse oficializado os Caps como forma de tratamento no SUS, a mesma não menciona em específico uma modalidade de tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas. Na lei 10.216 de 2001, ao redirecionar o modelo assistencial em saúde mental para os serviços comunitários, preferencialmente, também não se distingue esse tipo de serviço em específico. Apenas na Portaria 336, de 2002 (Brasil, 2002a), o Ministério da Saúde instituiu as diferentes

⁵⁰Vale mencionar que até o ano de 2002 as políticas públicas nacionais voltadas à clientela de dependência química e uso abusivo de álcool faziam parte do Programa de Política Nacional Anti Drogas. Instituído em 1998, o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) estava relacionado à política de enfrentamento das questões relacionadas às drogas, na Secretaria Nacional Antidrogas (Machado e Miranda, 2007).

⁵¹ O Sistema Municipal Anti Drogas foi criado a partir do Sistema Nacional Anti Drogas (SISNAD). Este, regulamentado pelo decreto nº 3.696 de 21 de dezembro de 2000, propunha a municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas (Itaguaí, 2001c).

modalidades de CAPS e incluiu o CAPS AD como um dos serviços centrais no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Na mesma época, em 2002, foram criadas mais duas Portarias: a de nº 189/2002 (Brasil, 2002d), que normatizou o cadastramento desses Caps, e a de nº 816/2002 (Brasil, 2002c), que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Pacientes de Álcool e outras Drogas.

A partir da formulação de tais Políticas Públicas de saúde foi possível, então, qualificar o atendimento dessa área de atuação, e no município de Itaguaí, em específico, propor uma articulação inicial com o Programa de saúde mental.

Conforme solicitação da SMS desenvolveremos um protocolo de ações em conjunto com o CENPREID para que seja garantido ao paciente de álcool e outras drogas e a seus familiares um atendimento integral e humanizado, realizado por uma equipe multidisciplinar e de acordo com a realidade local (Pires, 2003b: 3).

Em consonância com as Políticas Públicas Nacionais de Saúde Mental, o CEPREID, necessitava dialogar com o programa municipal de saúde mental. Neste sentido, a coordenação municipal estabeleceu como *Meta para o ano de 2004* uma aproximação com o serviço. A proposta era de pensar a oferta da assistência aos pacientes dependentes químicos no município, pois teria se mostrado insuficiente. Também, a inadequação do organograma, em que o serviço não aparecia como uma ação pertencente ao Programa de Saúde Mental.

Temos, dessa forma, no período de 2000 a 2003, algumas das diversas mudanças que a saúde mental do município de Itaguaí passou no momento de construção de sua rede assistencial. O Programa de Saúde Mental passou a ser constituído por cinco serviços e articulava-se com os demais serviços de saúde, como Programa de Agente Comunitário de Saúde/Programa Saúde da Família, o Hospital Municipal São Francisco Xavier, e o serviço do CENPREID.

Ao final desse período, no *Relatório de Gestão 2000 a 2003*, a coordenadora do programa de saúde mental do município, que participou ativamente desse processo, contribuindo para que uma rede de serviços pudesse se constituir em Itaguaí, escreveu:

Sinto-me satisfeita com o que está sendo conquistado, mas sei que com maior atenção e engajamento poderemos avançar mais. Que a estrada é longa e contínua, que muito ainda se tem a fazer, assim entendo a importância da realização desse estudo, para documentar a evolução e ampliação dos dispositivos à saúde mental no Município de Itaguaí (Pires, 2003a:1).

E, ao descrever o seu empenho às mudanças ocorridas, a ex coordenadora Dalva Pires lembra o conto *O Alienista* de Machado de Assis (2008)⁵²:

Antes de nós, alguém já também preocupado com a Saúde Mental citou Itaguaí com a mesma intensidade de querer, que tento passar aqui. Dr. Simão Bacamarte, maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas, respondendo ao Rei que pedia que ficasse regendo a Universidade, ou em Lisboa os negócios da Monarquia:

— “A ciência, disse ele a sua Majestade, é o meu emprego único, Itaguaí é meu universo”. Dito isto, meteu-se em Itaguaí, e entregou-se de corpo e alma ao estudo da ciência (Assis, 2008:1 Apud Pires, 2003a: 2).

Ao descrevermos neste capítulo datas, locais, a gestão da saúde mental em Itaguaí por Dalva Pires, o trabalho da gestão da SES por Paula Cerqueira, envolvidos na reorientação da assistência em saúde mental em alguns municípios do estado do Rio, buscamos apresentar as mudanças substantivas ocorridas no período na assistência psicossocial da região de saúde metropolitana I. Tomamos como foco os municípios da Baixada Fluminense, a partir do processo de fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, e abordamos, em especial, o surgimento dos serviços que compõe a rede de saúde mental do município de Itaguaí.

Entendemos que a descrição desse período nos possibilita discutir e analisar no capítulo seguinte, em que tratamos das articulações e jogos de forças que constituíram esse processo de mudanças em Itaguaí. Destarte, as nuances encontradas podem revelar algumas pistas para pensar a história do tempo presente na saúde mental de Itaguaí, e fazer uma das possíveis leituras sobre a construção da rede de serviços no município.

⁵² Versão E-book. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf>. Acessado em 17 de abril de 2019.

- Capítulo III – A atenção psicossocial em Itaguaí: o desdobramento das ações

A construção do conhecimento histórico em torno da assistência em saúde mental em um município de médio porte, como Itaguaí, que em 2005 contava com cerca de 93 mil habitantes⁵³, a partir do estudo do tempo presente, nos permite compreender a realidade em que a saúde mental se encontra inserida, podendo, inclusive, modificar a maneira como percebemos os serviços que a compõem no município. Igualmente, a análise permite constatar as relações que eles estabelecem entre si na conformação de uma rede de serviços.

Vimos desenvolvendo no decorrer da pesquisa, a cada capítulo, a reconstrução de uma história que se passa no tempo presente, de modo a conhecer os espaços e os repertórios (recursos intelectuais disponíveis na época, de acordo com a necessidade de se definir linhas de atuação (Alonso, 2002), utilizados nas relações estabelecidas pelos grupos que vivenciaram a gestão da saúde mental em Itaguaí.

Nessa perspectiva, o estudo da história local pode ser concebido como uma estratégia capaz de viabilizar uma reflexão sobre a circulação de ideias relativas a reforma psiquiátrica em Itaguaí, e, como o município, a partir da sua gestão, se posicionava frente a um repertório de ideias da atenção psicossocial na implementação dos serviços.

Neste capítulo, nos dedicamos a analisar as continuidades e descontinuidades resultantes da mudança do modelo assistencial, permitindo vislumbrar as especificidades locais de Itaguaí que conformaram o seu percurso, trazendo para o centro do debate a apropriação da política nacional de saúde mental e as ações regionais para o município.

3.1- Sobre o território de Itaguaí

O município de Itaguaí se encontra localizado na região do estado do Rio de Janeiro compreendido entre a Baixada Fluminense e a região da Costa Verde, e está incluído na área de saúde Metropolitana I do Estado.

O território de Itaguaí sofreu diversas modificações e fragmentações ao longo dos anos. Em 1960, por exemplo, Paracambi, que até então fizera parte do território de Itaguaí, tornou-se um município independente. Em 1993 outro distrito de Itaguaí, dessa vez Coroa Grande, foi integrado ao município, constituindo-se como um bairro da cidade. Já no ano de 1995 o distrito de Seropédica se emancipou de Itaguaí e tornou-se um município independente.

⁵³ Santiago (2014: 20).

Com base na tabela abaixo, podemos observar o crescimento demográfico do município de Itaguaí em consequência das diversas transformações socioeconômicas sofridas nas últimas décadas. E vale dizer, estas transformações estiveram inseridas na dinâmica da recuperação econômica do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 3- Evolução populacional em Itaguaí de 1960 a 2005.

Evolução populacional	
Ano	População total
1960	18.329
1970	29.237
1980	49.238
1991	60.689
2000	65.876
2005	93662

Fonte: Santiago (2014: 20)

Na década de 1990, o Porto de Sepetiba⁵⁴ foi considerado como peça essencial para o escoamento da crescente produção extrativista de petróleo em Campos, e da produção industrial estadual. Na época, faltava ao estado uma saída via mar, um porto com a capacidade de movimentação de carga e com áreas livres destinadas às atividades industriais para a produção metropolitana. Itaguaí se inseriu então dentro da lógica estadual de produção petrolífera.

Como muitos municípios do estado do Rio de Janeiro, pressionados pela política econômica na década de 1990, Itaguaí buscava novos recursos financeiros para poder governar, sendo que qualquer possibilidade de captação dos mesmos era sempre bem-vinda. Com esta inclusão de Itaguaí de uma forma tão direta na economia do estado, *“a política local, tradicional reduto das elites municipais interessadas em manter e expandir seus negócios fazendo uso do poder do Estado (...) se viram diante de novos interesses postos sobre a mesa”* (Santiago, 2014:21).

⁵⁴ Com o nome original de Porto de Sepetiba, por conta da baía de Sepetiba, onde ele se situa. Em 2006 teve o seu nome trocado para Porto de Itaguaí, tendo em vista a associação direta entre o nome da cidade e sua maior fonte econômica. A prefeitura passou a usar como slogan a frase "Itaguaí, a cidade do porto" (Santiago, 2014).

Em um período anterior o município contava com a agricultura para suprir as necessidades da capital, e posteriormente, passou também a investir no turismo como forma de alavancar a economia municipal.⁵⁶

O porto de Sepetiba até então servia aos pescadores que dali tiravam o seu sustento, sua alimentação e seu estilo de vida. A cidade - que apresentava um ambiente ainda bucólico, começou a experimentar um processo de modernização, como consequência do aquecimento da economia. A cidade fazia as modificações necessárias para se adequar à construção de um porto capaz de receber navios grandes, internacionais, o que resultou na criação de um terminal de *contêineres* (Santiago, 2014).

Assim, grande parte das atividades municipais passaram a estar voltadas para viabilizar a construção do Porto de Sepetiba. A partir do ano 2000 o município recebeu novos investimentos e um volume grande de megaempreendimentos. A cidade foi atingida intensamente pelo projeto de reestruturação econômica do estado. Um enorme contingente populacional foi atraído para o município em função das propostas de empregos temporários ou apenas pela perspectiva destes.

Enfim, resumindo, o chamado Porto de Sepetiba tornou-se um dos vetores para a recuperação da economia fluminense, e os acontecimentos da década de 1990 se desdobraram para a década seguinte, refletindo na cidade de forma determinante: para que se possa ter uma ideia, entre 1991 e 2000 a população cresceu em 27.373 habitantes, maior valor comparativo entre os censos, como podemos observar na tabela 3.

Mas apesar do forte crescimento econômico, os investimentos na cidade não foram acompanhados de um crescimento da qualidade de vida da sua população. O que aconteceu foi uma paulatina desestruturação das atividades econômicas que já existiam, o crescimento desordenado da população, desemprego, favelização, marginalização social e a degradação ambiental (Villela, 2014).

Na região da Baixada Fluminense, assim como em Itaguaí, a carência manteve-se uma marca constante da gestão da população. Segundo Santiago (2014), nos anos 1990 havia uma certa letargia das políticas públicas locais. A saúde pública contava com quatro postos de saúde, um posto de saúde central no centro da cidade de Itaguaí e um hospital municipal com funcionamento precário e com ausência de medicamentos básico, o que ocasionava, segundo Santiago (2014), em todo o tipo de problema de saúde, como constantes infecções hospitalares, por exemplo.

⁵⁶ Temos, por exemplo, a Expo Itaguaí⁵⁶ que teve início nos anos 90 como parte da tentativa de possibilitar um novo patamar do município através do turismo

Vale mencionar que, diante da instituição do SUS, a descentralização e responsabilização dos municípios em assegurar a assistência em saúde, Itaguaí se viu diante do desafio de organizar os serviços para responder às demanda da população.

No caso da saúde mental, desde 1995 a gestão da Assessoria de Saúde Mental do estado estava nas mãos do médico Pedro Delgado, que, como vimos, havia então iniciado um planejamento de reforma para o estado do Rio. Em relação à Itaguaí, especificamente, data de 1996 um programa voltado para a área, o que possibilitou que os atendimentos do ambulatório de psiquiatria fossem realizados em uma unidade da prefeitura, já que até aquele ano eles ocorriam em uma instituição privada. Apesar das mudanças, durante toda a década de 1990, a saúde mental no município de Itaguaí seguia privilegiando o atendimento ambulatorial e para os casos mais graves e à crise, a internação psiquiátrica (Pires, 2003a).

Foi apenas em fins de 1999, com o projeto de saúde do estado levado adiante com o secretário de saúde Gilson Cantarino, que a situação sanitária do município foi se modificando. Ele tomou nas mãos o desafio de fazer avançar o SUS e a construção de uma rede mínima de atenção psicossocial no estado do Rio de Janeiro. Contudo, os gestores municipais, por vezes, não estavam comprometidos suficientemente com a política nacional de saúde, de modo a implantar as propostas do Ministério da Saúde para consolidar o SUS, principalmente no tocante a saúde mental, visto que

[...] cada gestor fosse federal, estadual, municipal eles têm sua autonomia. O estado não pode obrigar o município a executar uma ação, entendeu? O estado não tem poder pra isso. O gestor municipal tem a sua autonomia de decidir o que ele implanta e o que ele não implanta (A.B., 2019:5).

No ano 2000 embora houvesse uma preocupação grande com as obras do porto de Itaguaí, as iniciativas com investimento do erário municipal na saúde mental não haviam se alterado. As dificuldades com o comprometimento para a implementação do projeto da reforma psiquiátrica no município continuavam os mesmos: contando com pouca vontade política e o interesse por baixo custo para os serviços. A partir do ano 2000 houveram diversos empreendimentos e injeção de dinheiro no município e uma das intenções era de abrir uma faculdade em Itaguaí, como nos relata um dos entrevistados:

Queriam botar uma faculdade lá [...]. Primeira faculdade, acho até que ia ser de medicina, sei lá o quê, uma coisa enorme e tinha uma questão do porto, eu acho que aí que começou o problema. [...] eles tinham um foco muito grande em torno desse porto e a saúde mental era um problema... pra que estar mexendo e gastando com saúde mental se eles tinham que gastar era com a logística do porto que vai dar dinheiro (J., 2018: 10).

No município de Itaguaí, passado o momento inicial do ano 2000 a 2003, de abertura do Caps e do leito no hospital geral, é possível compreender os desdobramentos destas ações e a repercussão na prática da saúde mental do município. Abordaremos, a seguir, a continuidade do processo de reforma psiquiátrica em Itaguaí nos anos subsequentes, de 2004 a 2006.

3.2- A ampliação de uma rede de cuidados

No tocante à saúde mental, os investimentos propostos pelo Ministério da Saúde nem sempre foram considerados boas fontes de captação de recursos. Os CAPS em 1991 receberam recursos financeiros específicos do gestor federal para as ações. Foi apenas em 2002, com a Portaria nº189/2002 que o MS normatizou as alterações previstas para a remuneração desses equipamentos, estabelecendo os limites mensais de atendimento para cada tipo de CAPS. O recurso repassado pela União só poderá ser utilizado para o custeio dos CAPS e não para outros fins

A saúde mental nunca teve importância, só quando tinha surto, quando perturbava eles. Aí tinha importância! [...] eu acho que era muito preconceito com a doença mental. Porque eles não podiam mexer no dinheiro. O dinheiro não podia tirar para nada [...] mexer eles não podiam, então eles não podiam botar aquilo em lugar nenhum. (A., 2018: 2)

O prefeito não estava abraçando a causa, porque a saúde mental sempre foi e ainda é para eles vista como um problema. (J., 2018: 2)

Assim, como recorda o entrevistado, as críticas dos gestores municipais ao modelo de financiamento referiam-se principalmente no tocante às limitações dos gastos municipais com despesas de recursos humanos, com o aluguel de um espaço físico para o serviço e outras especificidades que apareceram como justificativas para o pouco interesse dos municípios na implementação dos serviços. Ao contrário, havia uma grande preocupação com o controle do orçamento e com os gastos públicos no que se referia à saúde mental, denotando que a gestão municipal, por mais que compreendesse a importância das políticas públicas, não estava necessariamente comprometida e interessada com o investimento para a assistência.

Podemos notar que Itaguaí não se diferenciava muito das outras cidades de médio porte, localizadas na região metropolitana dos grandes centros urbanos no que tange à gestão municipal da saúde mental. A implementação do Caps e de outros serviços de saúde mental

ocorreu a partir de muita negociação, e o repertório utilizado pelos profissionais da SES e da coordenação municipal engajados nos objetivos da reforma, tinham que ser moldados às necessidades orçamentárias que a prefeitura dispunha e que repercutiam na forma como se apropriava das políticas públicas de saúde mental.

Como pudemos observar no capítulo anterior, por vezes os municípios tinham o programa de saúde mental instalado, mas o seu funcionamento não correspondia àquilo que se considerava por atenção psicossocial.

No caso de Itaguaí pudemos observar que as contingências do orçamento, versus a necessidade de implantação dos serviços, levaram a uma prática que, embora dispusessem de uma liberdade de criação em relação às normativas do MS, sofreram restrições e constrangimentos na proposta inicial de implantação do Caps. Tal afirmativa se faz presente no Relatório de Gestão de 2005 do programa de saúde mental,

Embora Itaguaí tivesse feito o esforço de implantar a Reforma Psiquiátrica, o modelo hospitalocêntrico encontrava-se enraizado na “casinha azul de saúde mental”. Não havia uma preocupação em evitar as internações psiquiátricas, até mesmo porque o Caps não possuía um trabalho estruturado que garantisse a reinserção do paciente às atividades sociais. Por certo, aparentava uma grande demanda, encoberto pelo volume de pacientes do ambulatório e emergência, mas pouco se podia fazer no que se refere a tratamento (Campos, 2005: 4).

Na prática, o Caps se afastava da sua proposta normativa, de se constituir como um serviço substituto à internação psiquiátrica, visando trabalhar com a reabilitação social, como estava identificado nesse relatório de gestão.

Podemos considerar, a partir de Chartier, (1988), que na leitura das normativas do Caps e o uso que faziam desses documentos regulatórios, em Itaguaí havia uma constante tensão e disputa dos interesses do Estado de um lado e as dificuldades do município em aplicá-las do outro. Nas palavras do autor, *abordar a leitura e, portanto, considerar, conjuntamente, a irredutível liberdade dos leitores e os condicionamentos que pretendem refreá-la* (Chartier, 1988: 123). Se há liberdade no entendimento da leitura e na ação posterior de sua aplicabilidade; há também alguns condicionamentos, corporificados pela SES que geravam um campo de negociação.

Assim, era preciso haver um serviço tipo Caps funcionando no município, e o desafio da coordenação do programa de Jaqueline Campos em 2005 se constituía em implementar o modelo de atenção psicossocial no Caps e os demais serviços de suporte à atenção em saúde mental no município que funcionasse de fato e enfrentasse os outros interesses em jogo.

O questionamento feito por Jaqueline Campos sobre o modo como a gestão anterior havia direcionado o programa municipal de saúde mental, imbricou em um novo impulso na conformação da rede de serviços, e de transformá-la.

O município de Itaguaí centralizava o serviço de saúde mental em um único imóvel onde era conhecido como a “Casinha Azul da Saúde Mental”. Nela se aglomeravam: o Caps Bem Viver, o ambulatório e emergência em psiquiatria e as oficinas terapêuticas infantis. Nela se avolumavam os atendimentos de emergência e ambulatoriais, as ações do Caps encontravam-se a cada dia mais reprimida, não podendo atender adequadamente (Campos, 2005: 1).

Podemos compreender que a ideia de se concentrar no espaço do Caps os serviços de uma rede de atenção psicossocial encontrava apoio em uma experiência anterior do município, na Casa de Saúde Mental. Como já vimos anteriormente, na época, ela centralizava os atendimentos do ambulatório de psiquiatria e da atenção psicossocial.

Contudo, as prerrogativas dos Caps enquanto serviços territoriais, se constituem na forma estratégica de articular as forças de atenção em saúde e aqueles existentes no território; visando à promoção da vida do paciente na comunidade, a partir da formação de uma rede de serviços para que se evite a mera substituição de um modelo centralizador por outro.

No período de julho a dezembro de 2004, após a saída da Dalva, uma psicóloga, Antônia de La Cruz, assume de forma inteirina a coordenação do programa de saúde mental. Embora tenha sido uma curta gestão, sua importância foi de sustentar os encontros mensais com a Assessoria de Saúde Mental visando a implantação da residência terapêutica.

Antônia identificava que o serviço de atenção psicossocial do tipo Caps já ocorria no município a partir da Casa de saúde Mental, embora ali também fosse ofertado o ambulatório de psiquiatria.

As psicólogas do posto que foram trabalhar no Caps (quando as mini equipes de saúde mental dos postos se concentraram na Casa de Saúde Mental). Já funcionava como Caps, e aí como veio a exigência de ser Caps, que ia se transformar em Caps. Teve a inauguração prá dizer, prá constar que ali era um Caps. Mas antes ele já funcionava com o atendimento. Assim como o Caps Ad antes de ser inaugurado, já funcionava como Caps Ad. Nós já fazíamos o atendimento aos pacientes que tinham comprometimento com droga lícita, droga ilícita. Nós já fazíamos esse trabalho. Ah, depois ele só foi, na realidade, só foi oficializado, entendeu? Ele se transformou em outro nome quando inaugurou (A.D.C., 2019: 4).

No entendimento de Chartier, a leitura que fizemos ontem e a leitura que fazemos hoje, independente de ser um mesmo trecho, de um mesmo documento, não é a mesma em si. Como uma ação humana, a leitura tem os seus significados e porquês, que se definem em conformidade com aspectos do cotidiano e que fazem parte de uma cultura local. Neste

sentido, a leitura que foi feita sobre a atenção psicossocial acontecia a partir de um repertório de ideias que se propunha sobre um serviço ambulatorial. E, que reconhecia a Casa de saúde mental como uma primeira experiência de atenção psicossocial no município.

Em 2005, com a mudança do prefeito, uma nova coordenação do programa assume. Uma psicóloga, Jaqueline, que não fazia parte do quadro de trabalho do município e que tinha outras vivências, trouxe uma leitura diferente sobre a atenção psicossocial. Para Jaqueline um dos desafios era distinguir e criar o reconhecimento entre o que era serviço de ambulatório e o do Caps, tanto para a comunidade quanto para os profissionais. Também, havia a necessidade de se obter um imóvel para cada serviço, a fim de viabilizar as ações do Caps, que devido à falta de espaço não conseguia realizar as oficinas terapêuticas.

Vale ressaltar que, se no primeiro momento da reorientação da saúde mental no município o estado auxiliou na articulação da implementação do Caps, neste segundo momento, a interlocução constante com a assessoria técnica do Estado também se fazia presente junto à secretaria municipal de saúde.

Tal premissa de negociação com o secretário de saúde se tornava fundamental à medida que o profissional do estado trazia um repertório que instrumentalizava argumentar sobre as possibilidades do município e as necessidades do estado.

Segundo Ângela Alonso (2002) o repertório compreende padrões analíticos, noções, argumentos; conceitos; teorias; esquemas explicativos, todo um conjunto de recursos intelectuais disponíveis conforme a necessidade de se definir linhas de atuação.

Podemos compreender que no repertório constituído durante a implementação do Caps II se apresentava a experiência de um serviço de saúde mental que traria benesses no atendimento à população sem dispêndio financeiro para a prefeitura.

Assinalamos que a preocupação do município estava mais voltada à administração dos recursos financeiros da saúde do que para a mudança do modelo assistencial, tornando-se uma forma de apropriação da política de saúde mental. Era preciso que os serviços e o programa mostrassem sua importância e produtividade para que as mudanças de qualidade necessárias pudessem ser negociadas e assim implementadas. Para tanto era preciso um componente fundamental, a articulação entre a coordenação municipal da saúde mental, a direção municipal especializada e o secretário municipal de saúde, para se chegar ao entendimento sobre a importância do trabalho em rede na saúde mental.

Cabe a gestão municipal, sob a responsabilidade da secretaria municipal de saúde, colocar em prática os princípios do SUS em seu cotidiano. E isso decorre do grau de

conhecimento do gestor de saúde municipal sobre as demandas e propostas da Reforma Psiquiátrica (Yassuí, 2010). É nesse contexto que se destaca a importância da gestão para a administração da saúde mental no município e que localmente pode ser agravado pelo estigma em relação aos pacientes da saúde mental.

Em Itaguaí, o fato de os serviços estarem concentrados por anos em um único espaço físico, trouxe consequências além da forma de gestão e do tratamento, no entendimento sobre o que era a saúde mental e os serviços que eram necessários de acordo com a política nacional. Em uma das entrevistas isso aparece com clareza, quando a coordenadora do programa Jaqueline é chamada para assumir também a coordenação do Caps.

E eles queriam que eu fosse além de coordenadora da saúde mental, eles queriam que eu fosse coordenadora do Caps. [...] eu demorei um pouco, no início, a fazer esse entendimento que eles chamavam o Caps de saúde mental, como se saúde mental fosse apenas o Caps. Aí eu mostrei, que não [...] que a saúde mental não é o Caps. A saúde mental é uma coisa muito mais ampla (J., 2018: 10).

Como podemos notar na foto abaixo, a identificação de que aquela casa é a saúde mental ganha destaque na fachada do Caps. No seu relatório de gestão, a ex coordenadora Jaqueline elegia como uma das prioridades do programa de saúde mental de Itaguaí garantir um espaço exclusivo para o Caps Bem Viver. Fato que ocorreu no final de 2005, após diversas negativas de mudar o Caps para outro endereço com um espaço maior e que comportasse a demanda de uma assistência que se cre em atenção psicossocial (Campos, 2005).

Figura 4 – Fachada do Caps Bem Viver (2001 a janeiro de 2005).



Fonte: Arquivo pessoal de Jaqueline Gonçalves.

A mudança do Caps para outro endereço foi acompanhada pela mudança do ambulatório de psiquiatria para outro espaço físico. Tal separação de serviços, ocorrida em novembro de 2005, permaneceu por poucos meses. Ainda no início de 2006 o ambulatório de psiquiatria retorna para o interior do espaço físico do Caps.

O questionamento da organização dos serviços da rede de saúde mental promoveu uma descontinuidade da prática que ocorria até então, à medida que em 2005 foi possível outra leitura que se contrapõe aquela realizada anteriormente (de 2000 a 2004), mas cabe mencionar que o antigo modelo retornou em 2006; podemos notar, e não é prematuro dizer, que a reforma psiquiátrica em Itaguaí esteve marcada pelas descontinuidades em sua história, pois a organização dos serviços e das práticas decorrentes que se constituíram em cada período e contexto se relacionavam à tentativa de interesses conciliatórios entre a prefeitura e a política nacional de saúde mental.

Figura 5- Entrada do Caps Bem viver (dezembro de 2005 a 2006).



Fonte: Arquivo pessoal de Jaqueline Gonçalves.

Segundo Chartier (1988), a leitura (neste caso da normativa do Caps) é sempre a partir de um repertório de ideias pré-concebidas, que se constituem na ordem da prática. Neste sentido, o processo de apropriação comporta dois vetores: de coerção (que pode ser do estado, da instituição, da opinião alheia) e de liberdade (de criação e invenção a partir da leitura, o entendimento e a prática que se tem). Assim, a cada leitura e entendimento sobre a atenção

psicossocial as ideias se modificavam, tal como os serviços, e circulam produzindo as práticas que foram incorporadas nos serviços, seja no Caps ou no ambulatório.

Nesta perspectiva, outro questionamento realizado pela coordenação do programa em 2005 foi o de transformar o centro de prevenção a dependência química - CENPREID em um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas), sob a ótica da redução de danos.

A equipe do CENPREID, no período de sua inauguração em 2001 até o ano de 2005 era composta por trinta profissionais, em sua maioria de pessoas com grau de parentesco entre si, segundo o relatório de gestão de 2005 (Campos, 2005). Boa parte do trabalho realizado consistia em cursos e palestras ministrados em diversos locais, como por exemplo, em escolas. O tratamento em si era baseado na abstinência, oferecendo o recurso de uma oficina de horta e a internação quando necessário.

Na época de sua proposta inicial o CENPREID estaria de acordo com as orientações da Política Nacional Anti-Drogas, como relata um dos entrevistados:

Quando o CENPREID abriu eu fui prá trabalhar com Marcos Barreto, porque eu tinha feito uma pós em sexualidade e aí ele queria falar a respeito da sexualidade e essa relação com a droga. [...] Fizemos palestras em vários lugares apresentando caso concreto. Era um trabalho bem bacana de conscientização às pessoas. Levando a informação às pessoas [...].

A época inclusive nós usamos aquele, como é que é os 12 passos, que é algo que já nem se usa. Mas era a implantação, era a orientação naquele momento. Então depois nós abandonamos isso e começamos com outras técnicas, aplicação de outras técnicas. Mas nós já fazíamos, nós já estávamos fazendo os grupos terapêuticos lá e o atendimento individual, atendimento em grupo, palestra, atendimento à família, acompanhamento a família, então tudo isso era feito (A.D.C., 2019: 4).

Todavia, segundo o relatório de gestão de 2005, embora houvesse uma compreensão de que a assistência ao paciente de álcool e drogas seguia uma política diferenciada, ela encontrava-se distanciada daquela proposta pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental com a inclusão do Caps Ad como um dos serviços da reforma psiquiátrica. Ao escrever sobre as dificuldades com a montagem do Caps Ad a ex coordenadora relata que,

Este setor foi, sem dúvida, um grande desafio para a Coordenação de Saúde Mental devido a grande “fortaleza” instalada e as divergências na abordagem de tratamento utilizada frente as metas desta coordenação (Campos, 2005: 2).

Era necessária então a reestruturação da equipe e do serviço. Neste sentido, Jaqueline, ao buscar adequar o serviço às determinações do Ministério da Saúde solicitou uma inspeção e orientação da Assessoria de Saúde Mental/SES. E, relata, uma das formas de modificar o trabalho de palestras que o CENPREID realizava:

Entrei em contato com a Secretária Municipal de Educação e interrompi todos os cursos e palestras previstas para este ano com as escolas, deixando claro que qualquer documento deste setor deveria constar a assinatura da Coordenação de Saúde Mental... Alugamos outro imóvel (um sítio) mais adequado para as atividades e com menor custo para Prefeitura, onde o dispositivo passou a se chamar CAPS ad Viva Vida (Campos, 2005:3).

Embora tais ações tenham ocorrido em parceria constante com a Assessoria de Saúde Mental, Jaqueline nos traz sua preocupação com as mudanças que estava promovendo, que rompia com a forma anterior de funcionamento do CENPREID, podendo incomodar alguns gestores do município, assim como os pacientes que faziam uso do serviço. De forma cautelosa, passou a visitar o Caps Ad sempre acompanhada, além de não sair muito tarde do serviço, tendo em vista que o sítio era localizado em um local ermo.

Podemos compreender, a partir de Chartier (2002), que o CENPREID havia se apropriado da política de saúde mental voltada ao público paciente de drogas, não de uma forma errada, as ideias da política nacional não se encontravam fora do lugar em Itaguaí. As ideias haviam sido apropriadas apenas em parte e não na proposta integral do Caps Ad. Tal apropriação sobre o conceito de Caps Ad sofreu modificações de forma a se adequar ao repertório de práticas que já existia no CENPREID. Fato que a ex coordenadora do programa, Aída, que era psicóloga do quadro municipal, ao assumir a gestão em 2006, havia identificado ao mencionar sobre a mudança de local do ambulatório de psiquiatria, que antes era situado no mesmo lugar do Caps.

[...] o Estado podia mandar o que fosse para gente de normatização técnica. Eu seguia a normatização técnica, nunca fugi delas, mas sempre em acordo com paciente, sempre pensando no melhor para eles. E em momento nenhum o melhor para eles era mudar o ambulatório (de lugar) naquele meu período. E a Dalva também tinha isso muito claro. Pelo perfil deles, né? A Jaqueline acabou ficando sem apoio por isso, porque ela queria seguir rigidamente o Estado. (A., 2018: 5).

Embora o apoio que a Jaqueline contasse fosse o da Assessoria de Saúde Mental/SES, o fato de não ter uma história anterior no município teve um peso na sua gestão, pois assim como foi possível uma mudança da forma como os serviços ocorriam, também a falta de apoio no município levou à sua demissão.

Apesar de ter dedicado grande esforço na transformação do CRENPREID para Caps Ad, a coordenação de Jaqueline compreendia que era fundamental a implantação do serviço residencial terapêutico, tendo em vista que esse era um dos motivos do acompanhamento da Assessoria de Saúde Mental diretamente no município, para que a rede de serviços de Itaguaí fosse implementada. Era necessário trazer os pacientes que ainda estavam em Paracambi

internados na CSDE para Itaguaí. Contudo, sobre as dificuldades desse processo de implantação a coordenação menciona a resistência da prefeitura na abertura do serviço:

O prefeito não reconhecia eles como do município para o serviço do Caps (e por conseguinte da RT) porque se eles foram achados numa outra cidade, e não tinha parente que pudesse acompanhar, eles não eram de Itaguaí. Você entendeu? (J., 2018: 9).

Nesse sentido, o trabalho envolvia desde as reuniões mensais com a Assessoria de Saúde Mental/SES, assim como o convencimento junto ao secretário municipal de saúde de que o município de origem do paciente era responsável pelo retorno do mesmo.

Na época da Eiras a gente contava com o apoio de ministério público, né pressão também do ministério público, da justiça pra poder foçar esses municípios. Então não foi só convencimento, mexer com a sensibilidade do gestor não. Tinha uma pressão do ministério público de que aquilo ali tinha que acontecer, de que o trabalho tinha que acontecer (A.B., 2019: 4).

Sobre o retorno dos pacientes ao seu município de origem, em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, por exemplo, a prefeitura recebeu o incentivo para construir a residência terapêutica, mas preferiu devolvê-lo. No final do ano de 2006 muitos pacientes deste município (41 no total) ainda se encontravam de alta, mas internados à espera de uma residência terapêutica.

Na reportagem do Jornal O Globo, de 15 de julho de 2007- *À Espera de abrigos: Prefeituras respondem ação por abandono de pacientes na Casa de Saúde Dr. Eiras, Paracambi*– foi publicado que o Ministério público havia entrado com uma ação civil pública, no ano de 2006, contra sete municípios da Baixada Fluminense: Nilópolis, São João de Meriti, Caxias, Nova Iguaçu, Japeri, Mesquita e Belford Roxo. Essas prefeituras alegavam não possuir condições de receber os pacientes, embora apresentassem propostas de implementação da residência terapêutica, não havia previsão para a inauguração do serviço.

Neste aspecto, Itaguaí se destacava por já ter inaugurado sua residência terapêutica, em abril de 2006, para receber os pacientes que estavam internados na CSDEP, antes dos demais municípios da Baixada Fluminense, e sem a instância de uma ação civil contra a prefeitura. Todavia sua implantação ocorreu em meio a tensão entre os envolvidos.

Segundo o entrevistado A.B., a residência terapêutica se constitui em um serviço cuja implantação é a mais complexa, em relação aos demais serviços.

Então implantar residência terapêutica o desafio era cinquenta vezes maior do que implantar o CAPS, entende? Era muito mais difícil convencer o gestor, era muito

mais difícil conseguir imóvel, era muito mais difícil montar uma equipe de cuidadores, era muito mais difícil. Residência terapêutica não fecha, ela funciona vinte quatro horas por dia, todos os dias do ano, feriado, final de semana. Então a escala desses profissionais era muito mais difícil de fazer. Uma residência terapêutica tem toda uma questão de alimentação dos moradores, coisa que no CAPS... Às vezes o CAPS dá café da manhã e almoço e acabou. Residência não, tem o café da manhã, tem o almoço, tem o lanche, tem o jantar, tem não sei que, entendeu? Então assim, a logística de funcionamento de uma residência terapêutica é muito mais complicada do que a logística de um CAPS (A.B., 2019:6).

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) surgiu de forma a concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Constituindo-se como alternativa de moradia para um grande contingente de pessoas que estavam internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não mais contarem com suporte familiar e social adequado para garantir uma moradia.

No ano de 2004 o Ministério da Saúde lançou a cartilha *Residências terapêuticas: o que são, para que servem* (Brasil, 2004a), com a proposta de tornar mais claros os caminhos a serem trilhados para a implementação de novos SRTs no País. Tal cartilha havia sido lançada em um momento oportuno, tendo em vista que em 2004 o Ministério Público oficializou uma intervenção dos órgãos públicos de saúde na CSDEP, fato que acarretava a saída de cerca de quase mil pacientes que ainda se encontravam internados na instituição.

As residências terapêuticas⁵⁸ (RT) são casas localizadas no ambiente comunitário, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. De forma geral, as moradias são apoiadas por cuidadores que auxiliam os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos que envolvem morar em uma casa. Os cuidadores dão o apoio necessário para quem viveu durante anos em internação hospitalar, e que irão residir junto com outras pessoas, também portadoras de transtornos mentais que eram ou não institucionalizadas. A inserção de um paciente em um Serviço Residencial Terapêutico é o início de um processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (Brasil, 2005a).

Temos, ao final do trabalho realizado pelo Censo de Atenção Psicossocial da SES/RJ no final do ano 2000, 40 pacientes com indícios de serem munícipes de Itaguaí (Brasil, 2001a). Destes, passado o primeiro momento da intervenção branca (2000-2003), restaram

⁵⁸ A portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, normatiza os SRTs no âmbito do SUS, essa importante iniciativa de desinstitucionalização. O número de pacientes de cada moradia pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. As RTs estão referenciadas aos Caps, local aonde o paciente realiza o seu tratamento.

apenas 08 pacientes aguardando o retorno à Itaguaí, a partir do suporte de uma RT, pois seus vínculos familiares haviam se perdido com a longa internação. Pelo quantitativo de pacientes, era necessária a implantação de apenas uma moradia no município.

Embora a perspectiva inicial fosse de inaugurar a RT em junho de 2005, tal fato ocorreu somente em abril de 2006.

Com uma profissional da Assessoria de Saúde Mental no município, voltada a auxiliar na implantação da RT, as negociações com o secretário de saúde passavam sempre por uma questão trivial, o financeiro.

A saúde mental ainda é vista como um grande problema financeiro, porque eles já veem o que gasta, né, quanto é o aluguel da casa, quanto tem que colocar de comida, quanto tem que gastar de dinheiro, não sei o quê. [...]fiz o projeto (da RT), esse de custos [...] para poder amparar; eu convenci o secretário de saúde que aquilo ali (a RT) era uma bola de neve [...] que não ia atrapalhar as finanças. [...] e eu cheguei a falar para ele (secretário de saúde) que naquele início ia ter um gasto sim com aluguel, etc., mas que poderia chegar, sei lá, até vinte e mil reais na época. (Porém)[...] as coisas não aconteciam (J, 2018:7).

Na política de financiamento dos Serviço Residencial Terapêutico, observamos uma proposta de reorientação do modelo assistencial da rede hospitalar para a rede de atenção psicossocial, acompanhada de reorientação financeira. O Serviço Residencial Terapêutico está relacionado com a proposta de diminuição dos leitos hospitalares.

Segundo a portaria 106 de 2000: “a cada transferência do paciente do hospital psiquiátrico para o Serviço Residencial Terapêutico, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando os recursos da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental”.

O incentivo financeiro passou a ter um valor fixo e normatizado a partir de 2005 com a portaria nº 246 (Brasil, 2005b), com o investimento para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos no valor de R\$10.000,00, transferindo para os tetos municipais e estaduais para cada residência com 8 vagas.

O Projeto para implantação de Residências Terapêuticas no município de Itaguaí foi elaborado em 2005 ela coordenadora da época, Jaqueline Gonçalves, para onde iriam seis pacientes internados na Eiras de Paracambi e um internado no município de Vassouras.

Na fase inicial de implantação do projeto, durante a análise e seleção das casas, algumas dificuldades foram imediatamente detectadas para a aquisição das mesmas. A casa precisava ser próxima do Caps, pois facilitaria a locomoção dos mesmos, mas naquela região

as casas possuíam um valor alto para realização do contrato de aluguel, isso quando encontrava alguma para alugar adequada às necessidades dos pacientes.

Outra questão que dificultava o aluguel dos imóveis se pautava na resistência das imobiliárias e dos proprietários que não desejavam ter como locatário um órgão público como a prefeitura. Havia o receio do não cumprimento do contrato, sobretudo no pagamento do aluguel, e nas possíveis dificuldades para o rompimento do contrato e disponibilização imediata de seu imóvel.

O recurso financeiro destinado à implantação da residência terapêutica havia sido solicitado em março de 2005 e em 30 de novembro do mesmo ano o incentivo já se encontrava disponível à prefeitura. O imóvel foi alugado em outubro de 2005, mas com a necessidade de pequenos reparos e a inspeção da vigilância sanitária, a previsão e liberação da RT era para 10 de janeiro de 2006 (Rio de Janeiro, 2006c).

Contudo, com a resistência do prefeito Charlinho e do secretário de saúde Carlos José Guimarães Graça na implantação da RT, o projeto foi inaugurado apenas na coordenação da Aída, já em 2006. Cabe ressaltar um fator que auxiliou muito para que ocorresse a implantação da RT: a iniciativa da Aída de acionar o ministério público de Itaguaí para o cumprimento de uma política pública pela prefeitura.

Tal parceria com o ministério público proporcionou que na casa alugada fosse realizada as adequações necessárias aos futuros moradores. A casa necessitava de alguns reparos e do mobiliário para proporcionar condições básicas de conforto. Recebendo 5 moradores oriundos da CSDEP em abril de 2006 e em junho uma moradora oriunda da Clínica São José de Vassouras. (Rio de Janeiro, 2006c).

Segundo o relatório da Vera Helena Pereira⁵⁹ de supervisão e acompanhamento do serviço de residência terapêutica de Itaguaí de 22 de novembro de 2006 da secretaria estadual de saúde (Rio de Janeiro, 2006c), os moradores se caracterizavam por serem crônicos, regredidos com alto grau de dependência e dificuldade para se expressar. Sintomas em decorrência da longa permanência institucional e do seu sofrimento psíquico. Posteriormente, recebeu mais uma moradora oriunda da CSDEP. Uma paciente cega, com dependência total para as atividades da vida diária. Fato que trouxe novas questões com os cuidadores; assim como a necessidade de contratação de uma equipe maior. A casa dispunha de dois cuidadores

⁵⁹ A psicóloga Vera Helena J.Pereira fazia parte da equipe de acompanhamento do estado junto aos municípios na implementação das políticas públicas em saúde mental. Em Itaguaí, a profissional acompanhava o processo de implantação da Residência Terapêutica no município.

(um diarista e um plantonista). Ainda, segundo o relatório de supervisão e acompanhamento do serviço de residência terapêutica de Itaguaí de 22 de novembro de 2006:

Os moradores chegaram à residência trazendo, quase que literalmente, apenas a roupa do corpo, pois durante o período que permaneceram internados perderam os seus pertences pessoais, documentos, vínculos sócio- familiares, hábitos de higiene, recursos financeiros, etc. Em contrapartida adquiriram hábitos institucionais, mostravam-se intolerantes, desconfiados, acostumados ao isolamento, à falta de troca e convívio social [...] (Rio de Janeiro, 2006c:1).

Como muitos pacientes institucionalizados, em Itaguaí os moradores necessitavam desconstruir os comportamentos institucionais adquiridos. Com alto grau de dependência, eles não saíam sozinhos e também não ficavam sozinhos em casa. Alguns apresentavam hipertensão, obesidade e limitações físicas importantes.

Também, era necessário providenciar os documentos pessoais dos moradores, como a certidão de nascimento tardia e o registro geral, a fim de que os mesmos tenham acesso ao benefício a que tem direito, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Volta Para Casa (Rio de Janeiro, 2006c:1).

Como parte da reestruturação da política de saúde mental foi criado pelo Ministério da saúde o programa “De volta para Casa” a partir da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que destina uma bolsa-auxílio reabilitação psicossocial na época com o valor de R\$ 240,00 para o portador de transtorno mental que ficou internado por um período de dois anos ou mais em instituição psiquiátrica. Tal benefício possibilita o acesso a bens de consumo pessoal e outras aquisições que podem favorecer o exercício de sua cidadania (Brasil, 2005a).

A abertura de novas residências terapêuticas é acompanhada de fechamento dos leitos em psiquiatria. A nível nacional, do ano de 2004 para 2005 houve um significativo aumento de implantação de Serviço Residencial Terapêutico passando de 265 no ano de 2004 para 393 em 2005, considerando todos os estados da federação (Freire, 2012). Esse período foi identificado como de maior expansão desses serviços no período de recorte da pesquisa. Vale mencionar que esse período de expansão coincide com o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação da RTs.

Contudo, na reportagem do jornal O GLOBO de 12 de dezembro de 2004, intitulada *Os seres invisíveis dos sanatórios do Brasil* (O globo, 2004), o jornalista Chico Otávio aborda em sua reportagem sobre os pacientes abandonados nas instituições de internação psiquiátrica e a morosidade de implantação das residências terapêuticas. É um dado importante da

reportagem é que a quantidade de RTs existentes se encontravam aquém daquelas necessárias para o projeto de desinstitucionalização dos pacientes de longa internação.

Como pudemos observar as dificuldades encontradas na implementação da residência terapêutica em Itaguaí não difere muito das tantas enfrentadas em outros municípios da Baixada Fluminense. Vale mencionar que a necessidade de implantação de apenas uma residência terapêutica tenha sido um facilitador do processo. Diferente de Itaguaí, outros municípios da Baixada Fluminense tiveram necessidade de implementar um quantitativo maior de serviço residencial terapêutico. Fato que necessitava de maior investimento da prefeitura local. Não é à toa que ao final de 2006 os municípios da baixada ainda contavam com pacientes internados na CSDEP aguardando a inauguração da RT no seu município de origem. (O globo, 2007).

Temos, então, que a rede mínima de saúde mental de Itaguaí finaliza a sua constituição no ano 2006, com a inauguração da Residência Terapêutica, no que tange ao cuidado de pacientes adultos. O público infantil, em 2005 e 2006 continuava a ser atendido ambulatorialmente, todas as quartas-feiras, em um espaço cedido em outras unidades de saúde. Ainda no final de 2006 foi constituído um projeto para um Capsi em Itaguaí, cuja inauguração ocorreu alguns anos mais tarde (Diniz, 2006).

Podemos verificar no quadro que segue abaixo alguns períodos que marcaram a constituição da rede de saúde mental em Itaguaí. Onde, estão inclusos também, os períodos que marcaram a atuação da secretaria estadual de saúde na reorientação da assistência no estado do Rio.

No quadro, observamos que o processo de reorientação da assistência em Itaguaí, a partir dos serviços instituídos pelas normativas do MS, atravessou 4 gestões do programa municipal de saúde mental. Entendemos que o quantitativo de gestão do programa no tempo de 06 anos estava diretamente relacionado às demandas que eram destinadas ao cargo de coordenação municipal neste período.

Como vimos, o coordenador respondia à ASM/SES pela rede de saúde mental que estava sendo implementada em seu município. Como nos relatou a entrevistada A.D.C. havia a responsabilidade nas não havia a autonomia municipal na execução das políticas públicas. Em Itaguaí a saúde mental compunha um dos programas da direção especializada de saúde. Na prática, significa que era necessário o aval de diversas instâncias municipais para que um serviço fosse aprovado na prefeitura.

Quadro 3- Panorama da Política de Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro e Itaguaí.

Gestão Nacional de S.M.	Ana Pitta (?/1999 a 06/2000)	Pedro Gabriel G. Delgado (07/2000 - 2010)				
Gestão SES/RJ	Gilson Catarino	Feitosa	Gilson Cantarino		Sérgio Cortes	
ASM/ SES	Pedro Gabriel G. Delgado	Paula Cerqueira		Cristina Loyola (até 04/2006)	Adriana Gaudêncio	
Momentos dos Períodos da Política Estadual de S.M.	Construção de condições		Intervenção Federal	Acúmulo de condições institucionais		
Momentos dos Períodos da Política Estadual de S.M.	● Estímulo à formação e capacitação de equipes municipais		● Constituição de fato político - Eiras Paracambi	● Fechamento HETB		
	● Constituição de fóruns, colegiados e reuniões		● Intervenção vertical pelo MS	● Ápice com as instalações das Centrais de Regulação Regionais (CRR) - Del. CIB 203/05		
	● Estratégia de formação de programas rede nos municípios			● Definição das portas de entrada públicas		
	● 1° PESH			● Efeito de portarias editadas - PNASH/PRH		
	● Negociação/pactuação com prestadores de serviços			● Dois processos de avaliação (PNASH) concluídos		
	● Criação da CIB 54					
	● Resol. Estaduais					
	● Intervenção Branca					
● 1° PNASH						
Coordenação de S.M./Itaguaí	Marcos Barreto (11/2000)	Dalva Pires		Antônia de la Cruz (03/2004)	Jaqueline Gonçalves	Aída Diniz
Períodos da Política Municipal de S.M.		<u>1º PERÍODO - Implantação do modo de atenção psicossocial</u>		<u>2º PERÍODO - Consolidação da rede psicossocial</u>		<u>3º PERÍODO - Consolidação da rede psicossocial</u>
		Projeto Político do Programa Municipal de Saúde Mental		Projeto Político do Programa Municipal de S. M.		Projeto Político do Programa Municipal de S. M.
	● Casa de Saúde Mental	● Fortalecimento do programa municipal de saúde mental	● Reunião de coordenadores municipais de SM pela ASM			
		● Implementação do Leito de psiquiatria no hospital geral	● Pressão para implementar a Residência Terapêutica	● Ampliação de espaços de negociação		● Implementação da Residência Terapêutica
		● Implementação do Caps II		● diretrizes da reforma psiquiátrica		
	● Implementação do CENPREID		● Implementação do Caps AD			
	● Reunião de coordenadores municipais de SM pela ASM/ SES		● Reunião de coordenadores municipais de SM pela ASM			

3.3- Circulação de ideias, repertórios e apropriações da reforma psiquiátrica em Itaguaí

Ao tomarmos como opção teórica dois conceitos *repertório* (Alonso, 2002) e *apropriação* (Chartier, 1988), compreendemos que em ambos há a incorporação do contexto histórico e cultural na explicação dos processos políticos. Neste sentido, a reconstrução que esboçamos até o momento está voltada à dar visibilidade à circulação das ideias da reforma e à apropriação dessas ideias por atores locais de maneira articulada com os repertórios de conhecimento em circulação naquele contexto. O intuito foi o de entender o papel ativo dos agentes na apropriação dessas ideias, os sentidos particulares que ganharam naquele contexto e as consequências de tal apropriação para o modo como se expressaram na organização das políticas públicas em saúde mental desdobradas em práticas em saúde mental no município.

Ao longo dos anos de 2004 a 2006, período que vimos trabalhando neste capítulo, aconteceram muitas mudanças. Neste sentido o ano de 2005 marca uma mudança discursiva potente, já que a partir desse período uma compreensão mais hegemônica da reforma ganha concretude impedindo a via conciliatória das benesses de se oferecer um serviço do tipo Caps no município que reproduzia o atendimento ambulatorial por especialidades, como ocorreu em um momento anterior na implantação do Caps. Vejamos mais detalhadamente como essa mudança foi possível.

Segundo Santiago (2014), no ano de 2005 o prefeito recém-eleito Carlos Busatto (PMDB), conhecido como Charlinho, trouxe uma forma de gestão tida como empresarial ou profissional ao município. Charlinho, que já havia sido prefeito reeleito na cidade vizinha de Mangaratiba, conseguiu se eleger em Itaguaí, ganhando com isso longa permanência no poder, e, desta vez, em um município economicamente e politicamente ainda mais relevante.

Para Santiago (2014), Charlinho encarava a gestão municipal a partir da perspectiva profissional, o que significa dizer que para ele *a cidade é tida mais como uma empresa em busca mais de investimentos externos* (Santiago, 2014:100). Na sua gestão, a pasta da saúde ficou a cargo de Márcio Pereira Guimarães, um médico que havia tentado se eleger vereador por Itaguaí em 2004, sem sucesso.

Para a ex coordenadora Jaqueline Campos, o então secretário de saúde, Dr. Márcio Guimarães, foi um personagem importante neste cenário, por ter compreendido a proposta da reforma psiquiátrica tanto no que diz respeito aos serviços oferecidos, quanto do ponto de vista dos recursos financeiros e por ter interesse na articulação com a Secretaria de Saúde do Estado.

No período, a mudança das ações da gestão da saúde mental contava com um instrumento decisivo para as negociações junto ao secretário municipal de saúde: a ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público que questionava a atuação da CSDEP, cuja decisão determinava que os pacientes deveriam continuar o seu tratamento nos serviços de base comunitária em seus municípios de origem.

A decisão do Ministério Público foi fundamental para a construção de novos paradigmas de atendimento, ampliando o repertório de conhecimento sobre a assistência e a gestão em saúde mental. Embora, também houvesse resistência da prefeitura de Itaguaí com relação às mudanças que deviam ser implantadas pelo dispêndio financeiro que acarretariam, esta foi paulatinamente vencida com ações de convencimento e a partir da decisão judicial supracitada. Como exemplo disso podemos citar a apresentação de planilhas explicativas produzidas pela então coordenadora do Programa Municipal de Saúde Mental, Jaqueline Campos, que demonstrava o pareamento da despesa no caso dos dois modelos, custeio da internação em hospital psiquiátrico e, principalmente no tocante às Residências Terapêuticas.

Compreendemos que a profissional da Assessoria de Saúde Mental que compunha o grupo de apoiadores do estado e auxiliava nas pactuações locais em Itaguaí Monica Pinto, e na implementação da Residência Terapêutica, Vera Helena Pereira, foram atores determinantes neste processo também, pois ao mesmo tempo em faziam as articulações entre a equipe de Saúde Mental e o secretário municipal, qualificavam o gestor da saúde mental.

Podemos considerar, portanto, que as ideias da reforma foram inscritas nos jogos de força política da Secretaria de Saúde do município, e, que tal jogo de forças impactou a organização local dos serviços e a sua remodelação. Assim, é possível constatar que um processo histórico determinado (aquele que acabou por resultar na desinstitucionalização da CSDEP) lança luz sobre o processo de reforma psiquiátrica em Itaguaí.

Vale mencionar que essas relações de negociações e acordos não são lineares, e que os jogos de força nem sempre se mantêm equilibrados. Após desentendimentos entre o secretário de saúde, Dr. Márcio Guimaraes, e o prefeito Carlos Busatto, o primeiro foi dispensado, assim como toda sua equipe, no ano de 2006. O processo foi o mesmo que havia levado à exoneração do cargo a coordenadora do Programa de Saúde Mental Jaqueline Campos, ainda no final de 2005.

Com a saída da antiga coordenadora, a psicóloga Aída Diniz assumiu a coordenação, retomando uma forma de gestão que buscava conciliar os interesses do programa com a secretaria de saúde municipal. Contudo, apesar de um dos entrevistados ter informado que a

prefeitura do período havia autorizado verbalmente as ações em saúde mental, também houveram momentos de tensão, como na atuação do Ministério Público de Itaguaí para pressionar a implementação de alguns serviços.

Então eu chegava lá dizia o que estava emperrado e ela (a promotora) ia lá e empurrava para eles. Aí, a Residência foi assim e o CAPS infantil também foi assim (A., 2018: 6).

Podemos verificar, então, a inclusão de mais um instrumento no repertório utilizado. Agora, o ministério público de Itaguaí era acionado a fim de pressionar o cumprimento determinado pelo próprio ministério público na ocasião da ação civil da CSDEP. O que a princípio, segundo um dos entrevistados, a inclusão da justiça no repertório também não seria garantia de cumprimento da constituição dos serviços como foi estabelecido.

Você sabe que nem todos têm medo da justiça ou do Ministério Público e entende que realmente tem que executar. Tem muitos que vão enrolar, que vão arrumar um bom advogado pra dar milhões de justificativas, desculpas pra ficar adiando[...] (A.B., 2019: 6).

Ao trazermos para o centro do debate as ideias e práticas que concorreram para a implementação dos serviços na constituição da rede de saúde mental em Itaguaí e as atividades políticas decorrentes dessas ações, pretendemos sublinhar alguns aspectos sobre os jogos de interesses que sempre estão presentes na aplicação de uma política pública

Ao invés de trazer uma história vista de cima, caracterizada por apresentar grandes eventos – que nada mais são do que o resultado de longos processos e batalhas – nosso propósito foi o de trabalhar com a narrativa de personagens que vivenciaram diretamente a experiência de Itaguaí, na conformação dos serviços de saúde mental chamando atenção para toda a costura que foi cerzindo o tecido da saúde mental local e suas bordas e costuras com outras instâncias do governo estadual e federal. Tal redução de escala nos possibilita compreender de que modo as experiências locais sofrem, e exercem influência na produção da Saúde Mental do país; molda, mas também é moldada. Nesse nível de análise é possível verificar essa articulação da escala com outros níveis da política mais ampla, mas é também possível vislumbrar, no nível mais micro, a realidade do município e o seu trato específico com a questão do sofrimento psíquico.

Ao optarmos por uma escala de observação e análise dos fatos específicos de Itaguaí, priorizamos a percepção dos atores que, de forma direta, auxiliaram a escrever a história da saúde mental do município. Para Roger Chartier (1988), a produção de um texto e a sua

recepção no ato da leitura, são interdependentes. Isso significa que a recepção do repertório constituído e utilizados localmente, em Itaguaí, é o produto de leituras anteriores das normativas da saúde mental e que se constituíram como práticas. Chartier considera que a leitura é uma prática que envolve gestos, espaços e hábitos, ou seja, a recepção do repertório é permeada o tempo todo pela cultura local, cujos investimentos em saúde mental, como pudemos verificar, são marcados 'pelas discontinuidades.

Para nós, é importante chamar atenção para o fato de que em vários municípios da Baixada Fluminense do Estado Rio emergiu no mesmo contexto histórico o modelo de rede de serviços. Essa produção esteve intimamente associada ao desmonte da Dr. Eiras de Paracambi.

Em Itaguaí, igualmente, a intervenção na Dr. Eiras foi determinante na constituição da sua rede de saúde mental, pois embora houvesse experiências anteriores de serviços comunitários relacionadas à tentativa de descentralizar os serviços em postos de saúde, ou mesmo a experiência da casa de saúde mental, manteve-se ao longo delas uma cultura de internação. Certamente, o município também era influenciado pela memória de um hospital psiquiátrico em um dos seus distritos (Hospital Psiquiátrico de Itaguaí, que se localizava em Coroa Grande e fechou) e a proximidade com Paracambi, destino certo das internações dos moradores itaguaienses.

Como pudemos verificar, desde sua implementação, o serviço do tipo Caps dependeu da articulação a certos repertórios científicos e a negociações que em alguma medida desmapearam a proposta inovadora que ele trazia em alguns momentos do percurso. Isso, inclusive, já foi largamente estudado pela literatura especializada sobre os serviços de base comunitária e os seus recursos locais do território. Como salienta Nunes (et.al.2016: 1216), *a implantação de um modelo não suprime de imediato o anterior. Ao contrário, ambos podem conviver simultaneamente, apesar de suas contradições e antagonismos.*

Assim, a adaptação do modelo do Caps para conciliar com os diferentes interesses e jogos políticos acabou por produzir uma prática de rede de saúde empobrecida, concentradora dos serviços e sem o vigor das ideias originais advindas das normativas dos serviços do tipo Caps. Ou mesmo, a ênfase recaí para os significados novos que ganharam as ideias da reforma no contexto e realidade local de Itaguaí. Como pudemos verificar na experiência do Caps no período de 2000-2004 e do CENPREID de 2001-2004.

Contra esse contraponto de uma cópia mal-arranjada do que seria o Caps em Itaguaí e a ideia original⁶⁰ (quando foi concebido inicialmente e impulsionou a portaria 224/92, e posteriormente a portaria 336/2002), vale ressaltar que as ideias inspiradas nas normativas não tinham um caráter inteiriço, que se supõe para qualificar as outras versões de Caps como desajeitadas ou erradas. Como conclui Ramminger & Brito (2011), *em contraponto à conhecida afirmação de que “conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer a todos”, hoje temos o discurso de que “cada Caps é um Caps” (grifo do autor).*

Podemos compreender, dessa forma, a partir de Chartier (1988), que não só cada contexto ajusta as ideias presentes nas normativas à sua realidade social; mas também, são cambiantes os modos em que se apropria de tais ideias. Quando se faz a leitura de um texto, ou de um documento, existe uma atividade produtora de sentidos que não se reduz às intenções de quem escreveu; por outro lado, quando um documento é escrito, é pensado que deve haver um sentido único, uma leitura correta (Chartier, 1988: 123),

Neste aspecto, a historiadora Ângela Alonso (2012) utiliza um conceito que identifica a ligação entre a conjuntura local e o que está além dela, o conceito de repertório. Não importa a consistência teórica dos seus componentes, o relevante é que eles tenham uma orientação geral que permitam aos agentes transformá-lo em instrumento de luta em uma certa conjuntura.

O movimento da reforma em Itaguaí adveio das ideias que foram incorporadas seletivamente e interpretadas, dando lugar a diversas versões do que seria a atenção psicossocial no município, ora centralizada, ora em rede; e que surgem como ligadas pelo passado, desde 1996 com a criação do programa de saúde mental e das diversas investidas do município à reforma psiquiátrica.

Entendemos que o programa de saúde mental do município experimentou, no período de 2000 a 2003, uma situação de baixo investimento político na implementação dos serviços. Fato que não ocorria na gestão anterior, tendo em vista que do período de 1996 a 2000, com a coordenação do médico psiquiatra e militar do exército Dr. Marcos Barreto, havia certa força política para a construção do programa no município, de implementação de serviços e contratação de pessoal. Com sua saída, em fins do ano 2000, e a passagem da coordenação para a Sra. Dalva Pires, o poder contratual e de negociação da saúde mental diminuiu.

⁶⁰ O primeiro Centro de atenção psicossocial do país foi a experiência de São Paulo Caps Prof. Luís da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva, foi inaugurado em 1987 numa antiga construção localizada na esquina da Rua Itapeva. O trabalho desenvolvido serviu como modelo de reabilitação psicossocial no acompanhamento aos pacientes graves da saúde mental.

Devemos também levar em consideração a instabilidade que se encontrava a prefeitura no ano de 2001. Naquele momento, o prefeito reeleito, José Sagário Filho, estava organizando o seu novo quadro de confiança, e avaliando as possíveis demissões de pessoal. Como podemos observar, tudo girava em torno de uma certa conjuntura com o tensionamento no interior das secretarias (Rio de Janeiro, 2001e).

Portanto, neste sentido, nossa análise incide também sobre o modo como o jogo político no município afetou a ação da saúde mental, com seus constrangimentos e oportunidades, que ocasionaram a inclusão de serviços na assistência psicossocial mediante o que era possível, no período histórico considerado. Ou ainda, no jogo político, com a mudança do prefeito e de sua equipe, surgiu a oportunidade de uma coordenação de saúde mental externa ao município, que pôde trazer novas oportunidades para a inserção dos serviços na assistência até então oferecida (Campos, 2005).

Ao tratamos do jogo político que envolve a reforma psiquiátrica, entendemos, a partir de Ângela Alonso (2002), que as ideias e as práticas são duas faces da mesma moeda, duas dimensões da vida social. E é neste sentido que buscamos compreender o tensionamento das ações utilizadas visando as práticas de saúde mental e o repertório que foi constituído sobre a Reforma Psiquiátrica. A questão passa a ser o formato com o qual a experiência local se vinculou à lógica dos serviços de atenção psicossocial, ao tomarmos as apropriações feitas pelas coordenações do programa de saúde mental do município, sem deixar de lado os condicionamentos e os limites que a Secretaria de Saúde lhes impôs.

Assim, apreendermos o movimento da reforma em uma história local como a de Itaguaí, impõe ir além da reconstrução da lógica interna dos textos concernentes às fontes primárias, produzidos pelos profissionais que atuaram no município; mas incluir uma análise contextual a partir das entrevistas realizadas, com a história que nos foi narrada pelos protagonistas desse movimento nessa cidade.

Com apoio das entrevistas, e do apoio teórico-metodológico de Alonso (2002), pudemos compreender que as formas de se pensar localmente a reforma estariam imersas não apenas nas práticas já em curso ou nas já experimentadas, mas também naquelas por vezes relatadas por outrem em redes de sociabilidades. Podemos considerar, dessa maneira, que a iniciativa da Assessoria de Saúde Mental/ SES de realizar encontros mensais com os coordenadores dos programas municipais favoreceu à uma experiência compartilhada na implementação de uma rede mínima de serviços Caps e RT na Baixada Fluminense e na região metropolitana I.

Ainda com Ângela Alonso (2002), podemos compreender que a experiência era compartilhada pelos profissionais que atuaram na conformação local dos serviços (coordenadores dos programas, apoiadores da Assessoria de Saúde Mental, gestores da ASM) que selecionavam e utilizavam das ideias, que se apropriavam daquilo que seria adequado, mediante a realidade da pactuação política em cada município.

Dessa forma, como pudemos observar, tanto os coordenadores do Programa de Saúde Mental de Itaguaí, como os profissionais da Assessoria de Saúde Mental elegeram trabalhar inicialmente com a noção de uma assistência do Caps que centralizava a saúde mental do município por uma questão prática: era preciso encontrar meios eficazes para uma ação política que estava em curso, alcançar a implantação de uma rede mínima de saúde mental em funcionamento para que o desmonte da casa de saúde Dr. Eiras pudesse acontecer. E, a troca com outras unidades da região demonstrou que essa adaptação vinha ocorrendo em outros locais também, como por exemplo, no município de Nova Iguaçu, cujo Caps II Jair Nogueira também divida o espaço físico com o ambulatório de psiquiatria (Guimarães et. al., 2016).

Assim, podemos compreender, nos encontros mensais promovidos pela Assessoria de Saúde Mental com as diferentes coordenadorias da região metropolitana I, e que tinham como objetivo primeiro viabilizar o desmonte da Eiras de Paracambi, acabaram por constituir um coletivo de pensamento voltados para a reforma que foram selecionados e mobilizados nos diferentes locais conforme as necessidades dos profissionais nas articulações políticas.

Conforme relatou um dos entrevistados, em uma das reuniões mensais da Assessoria de Saúde Mental na época da implantação das RTs, nos municípios da região metropolitana I, o compartilhamento de experiências forneceu os subsídios necessários para a articulação política no seu município:

(Na reunião) perguntava, “vem cá teu município ganhou tanto por quê que ainda não implantou a residência terapêutica? [...] Muitos respondiam como: não sei! Até porque você como coordenador [...] não sabe para onde o dinheiro vai. [...] Você tem que solicitar. [...] na época nós solicitávamos à Secretaria de Saúde: “Olha está tendo uma exigência...” (A.D.C., 2019: 1).

Contudo, tais encontros não eram simples importação de ideias (cobranças, explicações, instrumentos informativos) aplicadas localmente, era preciso uma adequação às formas de se pensar a reforma e de se apropriar desse discurso, como também de formas de agir localmente.

[...] essas ações elas eram formativas, elas eram um apoio ao coordenador, ao gestor municipal de saúde mental a implantar; inclusive para que ele desenvolvesse ferramentas e tecnologia de gestão que os desse governabilidade pra fazer a rede do território; e a presença do Estado constantemente nessas reuniões e nessas regiões acaba, eu não gosto muito dessa palavra, mas vou usa-la, que empoderava (P., 2019: 3).

Entendemos que a ação de desinstitucionalização da Dr. Eiras de Paracambi foi mais do que uma ação única, mas produziu uma rede por toda a região, favorecendo a consolidação da reforma psiquiátrica na região da Baixada Fluminense, acabando por constituir uma ação política coletiva nos primeiros anos do século XXI.

Os repertórios sobre a importância da Reforma, sua viabilidade e sua verdade sobre a loucura eram mobilizados de diferentes formas para dar conta de assuntos, situações e formas de interação que caracterizam uma determinada região em cada momento diferente. Como um coletivo de pensamento, o repertório instrumentalizou os gestores de saúde mental da região na construção de uma rede de serviços comunitária, como pudemos analisar detidamente nesta pesquisa, no caso do município de Itaguaí.

Considerações Finais

Essa dissertação de mestrado foi realizada com o objetivo de fazer emergir a trajetória da saúde mental no município de Itaguaí no contexto da Reforma Psiquiátrica. A nossa preocupação de escrever uma história, em contraponto às grandes narrativas da história da reforma psiquiátrica, nos conduziu a uma escala de observação associada às especificidades locais. Mais que do isso, nos debruçamos nas estratégias políticas que aconteciam no cotidiano da reforma psiquiátrica deste município em questão.

Para alcançarmos nosso objetivo atravessamos, ainda que rapidamente, a contextualização da saúde mental no estado do rio e dos municípios da Baixada Fluminense. Para contextualizar nosso objeto no tempo e no espaço, demos lugar a reflexões mais longas acerca de algumas histórias, como a da Casa de Saúde dr. Eiras de Paracambi, devido a sua importância para a ampliação e consolidação da assistência em atenção psicossocial em todo o estado do Rio. É interessante: o maior hospital psiquiátrico do país parece ter sido também, no seu desmonte, aquele que mais favoreceu a constituição de redes de saúde mental em tantos municípios do estado do Rio.

Nesse processo de desinstitucionalização da Eiras, vimos que em uma primeira etapa foi possível tirar um número grande de pacientes que tinham pouco tempo de internação, a partir de um trabalho realizado junto às famílias. Se havia uma perspectiva inicial de reorientação da assistência naquele hospital, tal idéia se constituía em uma estratégia política para uma ação planejada de desmonte progressivo, através da alta e o encaminhamento para os serviços de reinserção social.

Contudo, em um dado momento, o que foi possível sob a gerência do estado, dos recursos utilizados, haviam sido feitos. Era preciso um tensionamento maior de forças, uma ação civil e a intervenção do Ministério Público de forma mais direta na direção do hospital. Como nos diz um dos entrevistados: *A Eiras não tinha noção do tamanho que a coisa ia ficar e acho que nem mesmo a Assessoria de Saúde Mental pensou* (A.B., 2019: 5). Mas, se havia uma direção de trabalho em curso esta imbricava para o fechamento progressivo da instituição. E, vale ressaltar, tal direção do trabalho de fechar a instituição, não podia ser expressada de forma direta pela ASM/SES devido a delicadeza de se tratar de um serviço privado de saúde.

Vimos que a participação do Ministério Público foi utilizada também como uma ferramenta no conjunto de ações para pressionar os municípios mais resistentes, que pouco se

interessavam pela implementação dos serviços de saúde mental. Itaguaí era um desses casos. Até a promotoria do município foi acionada a fim de pressionar o secretário de saúde na implantação da Residência Terapêutica.

Compreendemos que o repertório constituído e a negociação política da saúde mental nos municípios tem uma dimensão relacional, sua constituição passou pela experiência compartilhada dos gestores da saúde mental de diversos municípios entre si e com a Assessoria de Saúde Mental.

Em Itaguaí, no período de recorte da pesquisa, a cada governo que tomava posse, substituíam-se os integrantes da coordenação de saúde mental, levando a descontinuidades na conformação da rede local. Não havia um viés linear na conformação de uma rede articulada de serviços. Tais processos eram acompanhados de diferentes formas de apropriação da atenção psicossocial. A argumentação na implementação dos serviços também variava e se adequava a cada período e necessidade.

Como vimos, os diversos tensionamentos no que envolvia a implementação de uma política de saúde estavam relacionados, na administração pública municipal, à questão do financiamento. Este acabava por tornar-se a diretriz nas negociações realizadas e a preocupação primeira e última do gestor de saúde mental. Vale mencionar que historicamente o financiamento em serviços de psiquiatria já se constituía como uma questão importante para o erário público. Neste sentido, vimos no decorrer deste trabalho, desde os interesses financeiros na contratação de serviços em hospitais privados com dinheiro público federa, até a escassez de investimentos municipais, ainda que houvesse o incentivo financeiro inicial e o repasse de verba mensal do ministério da saúde para as secretarias municipais.

Para nós, o fundamental na perspectiva local de Itaguaí é, portanto, a ideia de que todas as negociações políticas foram em algum aspecto construídas, disputadas politicamente, e então, acordadas. Esse processo que localmente no trato com a gestão da secretaria de saúde foi complexo, abriu possibilidades de ação e constituição dos serviços e trouxe limites decorrentes do orçamento municipal e de aspectos referentes a apropriação da atenção psicossocial na assistência prestada.

A pesquisa permitiu-nos compreender que foi a partir do repertório de ideias ligadas à Reforma e das negociações políticas e de gestão que a cidade de Itaguaí pôde se apropriar da atenção psicossocial, no sentido de apreendê-la e compreendê-la como uma prática, que era aquela possível a cada período estudado.

Contudo, a cada período de gestão, com a expansão e retração dos serviços da rede de saúde mental no território, pudemos observar como foi difícil para a saúde mental do município estabelecer uma prática assistencial que pudesse dialogar com o território e o afetar, no sentido de atingir o imaginário social sobre a loucura e o convívio com a diferença, e assim, se constituir de fato enquanto uma rede de atenção psicossocial.

Assim, foi possível demonstrar como as práticas foram historicamente produzidas tanto no tempo quanto no espaço, e como o estudo delas nos permitiu descobrir as relações que as constituíram e que foram constituídas por elas, assim como as barreiras que limitavam a ampliação do processo da atenção psicossocial em direção à reforma psiquiátrica no município. Além disso, esperamos ter sido possível apresentar as diversas formas de apropriação dos conceitos da atenção psicossocial e de suas aplicações, de acordo com a época, com os interesses de cada gestão, da SES, dos diferentes grupos sociais envolvidos e com o Ministério Público.

Finalmente, esperamos ter explicitado que o processo político da reforma psiquiátrica em Itaguaí, assim como pelo menos em toda região metropolitana I, ganhou impulso a partir do momento em que se estabeleceram oportunidades na SES e na Coordenação Nacional de Saúde Mental⁶¹. Estas, apesar de terem sido necessariamente articuladas à burocracia da gestão pública e de um cargo formal, como o de secretário de saúde do Rio, na figura do Sr. Gilson Cantarino, por exemplo, também dependeram do engajamento pessoal dos profissionais que atuaram na ação da CSDEP e na reorientação da assistência no estado. Ainda que não houvessem tantos recursos formais, o trabalho de desinstitucionalização na Eiras e o seu desdobramento junto às prefeituras foi eminentemente empreendido pela via política.

Assim, ao final desta dissertação pensamos ter demonstrado, em uma perspectiva sistemática e historicamente estruturada, uma ação que envolveu não apenas o município de Itaguaí, mas também todos os demais pertencentes à Baixada Fluminense. Apesar de estarmos voltados para apresentar especificidades locais, pudemos, ao mesmo tempo, forjar instrumentos para a compreensão da historicidade que cercou a reorientação da assistência durante o mesmo contexto histórico da reforma psiquiátrica no estado do Rio. Entendemos que as experiências são diferentes em cada localidade, mas que a história local ultrapassa os

⁶¹ Vale observar que Pedro Gabriel e Paulo Delgado, figuras importantes para a constituição da reforma psiquiátrica brasileira, eram professores do IPUB/UFRJ. Neste sentido, outra figura importante para o estado do Rio, o Gilson Cantarino, também trabalhou no IPUB como médico psiquiatra residente, dada a importância desta instituição de ensino em fomentar uma prática crítica no trabalho com as políticas públicas em saúde mental.

limites do município e se integra à história mais ampla, geral, como parte de um todo mais complexo.

Através da realização desta pesquisa pudemos dar visibilidade às mudanças da assistência em saúde mental em Itaguaí e conhecer as especificidades de sua história. E, dessa forma, retorná-la ao município como forma de conhecimento e possibilitar a construção de novos sentidos sobre o cuidado em saúde mental e a reforma psiquiátrica em Itaguaí. Vale ressaltar a escassez de trabalhos que abordem a história da assistência em saúde mental nesta localidade.

A reconstrução do tempo presente torna-se importante pela possibilidade de introduzir e de prenunciar as composições realizadas mediante a realidade social de Itaguaí. Tal envolvimento nos conduziu a deslindar alguns sentidos da realidade concreta da assistência no município. Neste sentido, contribuiu para uma melhor compreensão do ponto de vista processual da implementação de uma rede de serviços comunitários e das dimensões políticas diretamente relacionadas com a saúde mental do estado do Rio de Janeiro.

Referências Bibliográficas

Fontes primárias:

DOCUMENTOS FEDERAIS

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. *Resolução nº 273*, de 17 de julho de 1991. Norma Operacional Básica/SUS/91.

BRASIL.. *Portaria nº 189*, de 11 de dezembro de 1991.

BRASIL. *Portaria 224* de 29 de janeiro de 1992.

BRASIL. *Portaria nº 545*, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica/SUS/93.

BRASIL. *Portaria nº 2.203*, de 5 de novembro de 1996. Norma operacional Básica/SUS/96

BRASIL. *Portaria nº 106*, de 11 de fevereiro de 2000. Ministério da Saúde: Brasília, 2000a.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *I Caravana da Cidadania - Uma Amostra da Realidade Manicomial Brasileira*. Brasília, 2000.

BRASIL, *Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes Internados na Casa de Saúde Dr. Eiras - Paracambi - Síntese dos Dados*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Fundação PróUni-Rio. Núcleo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde Mental - IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro, junho de 2001a.

BRASIL *Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001*. Ministério da Saúde: Brasília, 2001b.

BRASIL. *Portaria GM nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde: Brasília, 2002a.

BRASIL. *Portaria nº 2.103*, de 19 de Novembro de 2002. Ministério da Saúde: Brasília, 2002b.

BRASIL. *Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002*. Ministério da Saúde. Brasília, 2002c.

BRASIL. *Portaria nº 189, de 20 de março de 2002*. Ministério da Saúde. Brasília, 2002d.

BRASIL. *Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003*. Ministério da Saúde: Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem*. Brasília, 2004a.

BRASIL. *Portaria nº 52*, de 20 de janeiro de 2004. Ministério da Saúde. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Documento apresentado à Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 2005a.

BRASIL. *Portaria nº 246/GM* de 17 de fevereiro de 2005b.

BRASIL. *Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil*. Seminário Internacional de Saúde Mental: *Documento Técnico Final*. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES) DO RIO DE JANEIRO – ASSESSORIA DE SAÚDE MENTAL

PMP.PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACAMBI. Nota Oficial. *Intervenção na casa de saúde Dr.Eiras*. Paracambi.18/06/2004.

RIO DE JANEIRO. Comissão intergestores bipartite. *Deliberação CIB-RJ n° 0050* de 14 de dezembro de 1999.

RIO DE JANEIRO. Comissão intergestores bipartite. *Deliberação CIB-RJ n° 0054* de 14 de março de 2000a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução n.º 1555* de 8 de novembro de 2000. Plano Emergencial para o Redirecionamento da Assistência em Saúde Mental na CSDE-P. Rio de Janeiro, 2000b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução n° 1554* de 07 de novembro de 2000c.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Anteprojeto: criação de uma equipe de apoio técnico para ações de reorientação da assistência a pacientes de longa permanência*. Rio de Janeiro, 2001a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório de acompanhamento técnico G8 - Município de São João de Meriti e Nilópolis*. Rio de Janeiro, 2001b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório de acompanhamento técnico- Município de Japeri, Queimados, Belford Roxo*. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001c.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório de acompanhamento técnico- Município de Nova Iguaçu, Caxias*. Rio de Janeiro. 2001d.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório de acompanhamento técnico- Município de Itaguaí*. Rio de Janeiro. 2001e.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano de trabalho para Itaguaí*. Rio de Janeiro, 2001f.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Ofício ao procurador da república 1682/2001*. Rio de Janeiro, 2001g.

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de planejamento e desenvolvimento. *Plano estadual de saúde . Rio de Janeiro 2001-2004*. Março de 2002a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde Manuscrito. Relato de ocorrência da Dr. Eiras de Paracambi de 29/04/2002. Rio de Janeiro, 2002b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano de financiamento das ações de desinstitucionalização e qualidade de atenção aos internos*. Intervenção técnica e administrativa na casa de saúde Dr. Eiras. Rio de Janeiro, 2004a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de saúde. *Ação de Desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras. Diagnóstico Situacional*. Competência março de 2004. Rio de Janeiro, 2004b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Minuta de Ofício para Prefeito de Paracambi*. Rio de Janeiro, 2005a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Ofício CVE/ASM/143/2005*. Referente a intervenção na casa de saúde Dr. Eiras. Rio de Janeiro, 2005b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Ofício nº DIRC2005*. Carta à procuradora da república. Rio de Janeiro, 08/07/2005c.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Ação de Desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência da casa de saúde Dr. Eiras. Relatório de atividades*. Rio de Janeiro, 2006a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório da equipe técnica de intervenção do município de Paracambi na casa de saúde Dr. Eiras*. Rio de Janeiro, 2006b.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório de supervisão e acompanhamento do serviço de residência terapêutica de Itaguaí*. Rio de Janeiro, 22 de novembro de 2006c.

PREFEITURA DE ITAGUAÍ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

CAMPOS. Jaqueline. *Relatório de gestão*. Itaguaí, 2005.

DINIZ, Aída. *Relatório de gestão*. Itaguaí, 2006.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Itaguaí. *Relatório Final*. Itaguaí, 2001a.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto Caps Bem Viver*. Itaguaí, março 2001b.

ITAGUAÍ. Sistema Municipal Anti Drogas. *Programa do Centro de Prevenção Integral às drogas*. Itaguaí, 2001c.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de Saúde Mental do município de Itaguaí*. Itaguaí, 2002.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. *Diagnóstico situacional*. Itaguaí, 2003.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. *Memo nº 70 de 30/03/2004*. Solicitação de implantação de SRT. Itaguaí, 2004.

ITAGUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. *Dados Estatísticos do Centro de Prevenção Integral às drogas e Programa da sexualidade humana*. Itaguaí, 2005.

PIRES, Dalva. *Relatório de Gestão da coordenação municipal de saúde Mental. Itaguaí (2000- 2003)*. Itaguaí, 2003a.

PIRES, Dalva. *Relatório de Gestão: Metas para 2004*. Itaguaí, 2003b.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO. *Decreto municipal n° 6934* de 9 de setembro de 1987. Determina o Tombamento Provisório do bem cultural que menciona. Rio de Janeiro, 1987.

RIO DE JANEIRO. *Decreto municipal n° 22643* de 10 de fevereiro de 2003. Rio de Janeiro, 2003.

JORNAIS DE GRANDE CIRCULAÇÃO

FOLHA DE SÃO PAULO. *Instituto do Rio pode ser fechado*. Chico Santos da Surcusal do Rio, 16 de janeiro de 2002.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Censo revela abandono em manicômio*. Mário Magalhães. 01 de julho de 2001.

IFB. Boletim 18 de maio. *Informativo do Instituto Franco Basaglia*. Ano 8. N° 17. Novembro/dezembro de 2000 e Janeiro de 2001.

JORNAL DO BRASIL. *Estado muda tratamento psiquiátrico*. Luciana Cabral. Rio de Janeiro, 13 de março de 2001.

O GLOBO. *À Espera de abrigos: Prefeituras respondem ação por abandono de pacientes na Casa de Saúde Dr. Eiras, Paracambi*. Reportagem de 15 de julho de 2007.

O GLOBO. *Os seres invisíveis dos sanatórios do Brasil*. Reportagem de 12 de dezembro de 2004.

ENTREVISTAS

A. Entrevista concedida a Beatriz da Silva. Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2018. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo “F” desta dissertação].

A.B. Entrevista concedida a Beatriz da Silva. Rio de Janeiro, 08 de março de 2019. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo “F” desta dissertação].

A.D.C. Entrevista concedida a Beatriz da Silva. Rio de Janeiro, 23 de março de 2019. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo “F” desta dissertação].

J. Entrevista concedida a Beatriz da Silva. Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2018. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo “F” desta dissertação].

P. Entrevista concedida a Beatriz da Silva. Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2019. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo “F” desta dissertação].

Fontes secundárias

ALONSO, ÂNGELA. *Ideias em movimento: a geração 1870 na crise do Brasil Império*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

ALONSO, Ângela. Repertório, segundo Charles Tilly: história de um conceito. *Sociologia & antropologia*, v.02.03:p. 21–41, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sant/v2n3/2238-3875-sant-02-03-0021.pdf>

ALVAREZ, Ariadna P.E.; SILVA, Jéssica O. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. *ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, v. 6 n.1. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14795/2/ArtigoAriadnaPatriciaAlvarez.pdf>

AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AREND, Silvia Maria F.; MACEDO, Fábio. *Sobre a história do tempo presente: entrevista com o historiador Henry Rousso*. Santa Catarina, SC. Revista Tempo e Argumento. V. 1. Nº 1. Nº 1. jan. / jun. 2009, p. 202. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/705/608>. Acessado em 20 de julho de 2018.

ASSIS, Machado. *O Alienista*. E-book. 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bn000012.pdf> Acessado em 17 de abril de 2019.

BÉDARIDA, François. Tempo presente e presença da história. In: FERREIRA, Marieta de M. AMADO, Janaína (Orgs.). *Usos & abusos da história oral*. 3º Ed: FGV Editora, 2006. p.219-229.

CAVALCANTI, M.T.; DAHL, C.M.; CARVALHO, M.C.A.; VALENCIA, E. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, 2009;43(Supl. 1):23-8.

CHARTIER, Roger. *A história cultural entre práticas e representações*. Trad. Maria Manuela Galhardo. Lisboa: Difusão Editorial, 1988. (Col. "Memória e Sociedade", coord. p/Francisco Belhencourt e Diogo Ramada Curto, v. 1).

CHARTIER, Roger. Na visão do historiador modernista. In: FERREIRA, M. M. e AMADO J. (Org.) *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

CRESWELL, John DR. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa; escolhendo entrecinco abordagens*. Porto Alegre: Penso, 2014.

CISBAF. Consórcio intermunicipal de saúde da Baixada Fluminense. Disponível em: http://cisbaf.org.br/pagina/118_Historia.html

DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. *Autonomia, accountability e coesão interna: uma análise político-institucional de consórcios intermunicipais*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Sociologia e Política, 2011.

FERNANDES, P. J. *Casa de Saúde Dr, Eiras; Uma história na História*. Monografia. Graduação em Museologia. UNIRIO, Rio de Janeiro, 1998.

FERREIRA, Marieta de Moraes (Coord.). *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. Rio de Janeiro: Edição da FGV, 1998.

FERREIRA, Marieta de Moraes; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. *História do tempo presente e ensino de história*. São Paulo, Revista História Hoje. V. 2. N° 4, dezembro de 2013.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *Notas iniciais sobre a história do tempo presente e a historiografia no Brasil*. Santa Catarina, Revista Tempo e Argumento. V.13. N° 23., Jan/Mar. 2018.

FREIRE, Flávia Dr. M.A. *Cartografia do financiamento em saúde mental: Modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de saúde Pública. 2012.

GOMES, Maria Paula Cerqueira et. al. *Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares*. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, V. 18, N. 6, P. 1803 – 1807. Dec. 2002. Disponível em: http://Dr.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x200200060038. Acessado em: 23 de janeiro de 2018.

GUIMARÃES, Cristiane Carvalho; MENDONÇA, Juliana Caroline Silva; VALE, Stephany Reis. *Trajetória da atenção psicossocial no município de Nova Iguaçu: conhecendo o território*. *Anais do 3º Fórum brasileiro de Direitos humanos e saúde mental*. Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1488575711_ARQUIVO_RESUMOEXPANDIDOPARA3oFORUM.pdf. Acessado em: 11 de agosto de 2018.

GUITTON, Anna Paula Aparecida de Lima. *Trajetórias do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro: uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado..Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. RIO DE JANEIRO, 2010.

GULJOR, Ana Paula Freitas. *O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

HPCS – História e Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde. *Histórias dos Saberes PSI*. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/>. Acessado em: 25 de Junho de 2019.

HEIDRICH, Andréa V. *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Tese de Doutorado – Porto Alegre: PUCRS, 2007.

HIRDES, Alice. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. Revista Ciência Saúde Coletiva. V. 14. N° 1. Rio de Janeiro, Feb. 2009. Disponível em: http://Dr.scielo.br/scielo.Php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso Acessado em: 13 de setembro de 2018.

HUERTAS, Rafael. *História de la Psiquiatria, ¿ Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiogáficas*. *Nuevas Tendencias*. Frenia- Revista de Historia de la Psiquiatria Madrid, V I, N 1, 2001.

HUERTAS, Rafael. *Outra História para outra Psiquiatria*. In: HUERTAS, R. *História Cultural da Psiquiatria (Re)pensar la Locura*. Catarata: Madrid, 2012.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE Cidades*: Itaguaí. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/itaguaui>

JACÓ-VILELA, A.M.; CARNEIRO, F.D. Psicologia e Saúde no Brasil: interfaces históricas. *Tempos Gerais -Revista de Ciências Sociais e História*. Nº 2. UFSJ, 2015.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LAZARI, Rafael Guimarães Ferreira. *Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*. Dissertação de Mestrado em Atenção Psicossocial – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ , Rio de Janeiro, 2018.

LIMA, M.C.P.; BOTEGA, N.J. Hospital-dia: para quem e para quê?. *Rev. Bras. Psiquiatr.*23(4):195-9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf> . Acessado em 07 de abril de 2019.

LUCCHESI, Maurício; MALIK, Ana Maria. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n. 1, p. 161-168, Feb. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100021 . Acessado em: 07 de abril de 2019.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para pacientes de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, Sept. 2007.

MELLO, R.; FUREGATO, A.R.F. *Internações psiquiátricas no rio de janeiro de 1996 a 2005*. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):176-82.

MENEZES, C.S. *Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara”: políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

NICÁCIO, M.F.S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

NUNES, J.M.S.; GUIMARÃES, J.M.X.; SAMPAIO, J.J.C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1213-1232, 2016.

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.

PICCININI, Walmor J. *Casa de Saúde Dr. Eiras: crônica de seu desaparecimento*. Psiquiatria on line Brasil. Março de 2008 - Vol.13 - Nº 3. Disponível em: <http://Dr.polbr.med.br/ano08/wal308.php>.

PINHEIRO, Roseni.; GULJOR, Ana Paula.; SILVA JR., Aluisio Gomes. Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação da relação entre demanda e oferta de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo; GULJOR, Ana Paula. (orgs.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

PITTA, A. O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

PORTO, Ângela (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicol. Soc.* [online]. 2011, vol.23, n.spe, pp.150-160.

RÉMOND, René. Algumas questões de alcance geral à guisa de introdução. In: FERREIRA, Marieta de M; AMADO, Janáina (Orgs.). *Usos & abusos da história oral*. 3º Ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (org.) *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, p. 15-74, 1987.

REVEL, Jacques. Micro-história, macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado. *Revista Brasileira de Educação*, p. 434-444, 2010.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. *Da história da psiquiatria à construção de uma nova clínica: as contribuições de Rafael Huertas para os debates historiográficos*. História Ciência Saúde – Manguinhos. V. 22. Rio de Janeiro, 2015. 1781-1788. Disponível em: http://Dr.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-9702015001001781&lng=en&nrm=iso Acessado em 05 de janeiro de 2018.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In NICACIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001(a).

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICACIO, Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001(b).

SANTIAGO, Kássia P.M. *Prefeito, já temos um porto. Cadê a cidade? A organização da sociedade civil em Itaguaí –RJ*. Dissertação de mestrado. Uerj, 2014.

SANTOS, P.X.; ALMEIDA, B.A.; HENNING, P. (Org). *Livro Verde - Ciência aberta e dados abertos: mapeamento e análise de políticas, infraestruturas e estratégias em perspectiva nacional e internacional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SARACENO, B. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SOUSA. J.M. *Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Intersetorialidade: contribuições para um estudo*. Monografia. Especialização em Serviço Social e Saúde. Uerj, 2015.

SOUZA, Waldir da Silva. *Associações de pacientes e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991- 1997)*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 1999.

TÁCITO, Medeiros. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: SILVA, João Ferreira; RUSSO, Jane A. (org.). *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume Dumará/UFRJ, 1993.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V. 9. Rio de Janeiro, jan.-abr. 2002.

UGÁ, M. A.;PIOLA, S.F; PORTO, S. M.; VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 8(2): 417-437, 2003.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú; FACHINETTI, Cristina. Historiografias de la psiquiatria em Brasil y sus instituciones. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatria*. V. 27. Nº 177. Buenos Aires, 2016.

VIEIRA, Enara Carvalho. *A transinstitucionalização no caso do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras- Paracambi: uma questão paradoxal*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

VILLELA, L. E.; GUEDES, Cezar Augusto Miranda; VIDAL, M. O.; FRANCISCO NETO, D. *Desenvolvimento versus crescimento: as contradições no município de Itaguaí - RJ*. Cadernos do Desenvolvimento Fluminense, v. 1, p. 61-75, 2014.

VOLDMAN, Daniele. A invenção do depoimento oral. In: FERREIRA, Marieta de M. AMADO, Janaína (Orgs.). *Usos & abusos da história oral*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, p.247-265, 2006.

WADI, Yonissa. Marmitt. *Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná*. Revista Tempo e Argumento. Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2009.

WADI. Yonissa Marmitt. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção de teses e dissertações (Brasil, 1980-2011). *Anais do XXVII Simpósio Nacional de História*. Natal, RN, Julho de 2013. Disponível em: http://DR.SNH2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371308190ARQUIVO_Olharessobrealoucura_YonissaWadi_2.pdf . Acessado em: 10 de janeiro de 2018.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

Anexo A: FONTES PRIMÁRIAS DIVIDIDAS POR CATEGORIAS

Prefeitura Municipal de Itaguaí - PMI			
Título	Assunto	Ano/Data	Capítulo
Relatório de Gestão da coordenação municipal de saúde Mental – Itaguaí	Implantação da atenção psicossocial em Itaguaí	(2000- 2003)	II
1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Itaguaí. Relatório Final		2001	
Coordenação de Saúde Mental. Projeto Caps Bem Viver		Março 2001	
Programa de Saúde Mental do município de Itaguaí		2002	
Metas para 2004 - Relatório de Gestão – Programa de Saúde Mental		2003	
SMS/ Diagnóstico situacional		2003	
Livro de Ocorrências Caps Bem Viver	Constituição da rede de serviços	2004	III
MEMO nº 70 de 30/03/2004. Solicitação de implantação de SRT		2004	
Roteiro para construção do relatório de Gestão do programa Municipal de Saúde Mental/ Itaguaí		2004	
Centro de prevenção integral às drogas– Dados estatísticos		2004	
Ações 2005- Relatório de Gestão – Programa de Saúde Mental		2005	
Relatório de Gestão- Programa de Saúde Mental		2005	
Livro de Ocorrências Caps Bem Viver		2005	
Relatório de Gestão – Passos efetuados para a implantação da residência terapêutica em Itaguaí		26/12/2005	
Circular nº001/05 – Atribuições do serviço de saúde mental/ambulatório de psiquiatria	Constituição da rede de serviços	2005	III
Ofício nº0842/05. Solicitar credenciamento do SRT		2005	
Ofício nº1081/05. Solicitar incentivo financeiro para a implantação do Caps Ad		2005	
Ofício nº 1899/05. Municípios de Itaguaí em Paracambi (Dr.Eiras e Cascata)		2005	
Projeto para implantação do Caps AD VIVA VIDA.		2005	

Projeto para implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental no município de Itaguaí / RJ	Constituição da rede de serviços	2005	III
Projeto para o Programa de qualificação do Caps AD VIVA VIDA		2005	
Ofício 1957/05. Solicitação de incentivo financeiro para implantação do programa de qualificação dos Caps		2005	
Relatório de atividades do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil		15/12/2006	
Relatório de avaliação da equipe técnica- Caps Bem Viver		dez/06	
Relatório de avaliação da equipe técnica - Hospital Municipal São Francisco Xavie		2006	
Relatório de avaliação da gestão		2006	
Relatório de avaliação da equipe técnica- Caps Ad		2006	
Relatório Geral do Caps Bem Viver		2006	
Relatório da Enfermagem Caps AD		2006	
Relatório de supervisão e acompanhamento do serviço de Residência Terapêutica de Itaguaí		22/11/2006	
SES. Relatório de Itaguaí		10/10/2007	
Casa de Saúde Dr.Eiras - Relação de pacientes por município de referência : Itaguaí		2007	

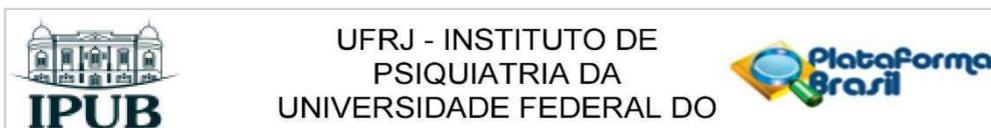
Secretaria Estadual de Saúde - SES			
Título	Assunto	Ano/Data	Capítulo
Anteprojeto: criação de uma equipe de apoio técnico para ações de reorientação da assistência a pacientes de longa permanência	Fechamento da Eiras	2000	II
Censo clínico e psicossocial na Dr. Eiras de Paracambi-Dados preliminares		2000	
Conselho Estadual de saúde. Relato sobre a situação da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi		30/11/2000	
Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação Social. Desabilita o Município de Paracambi da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde		2000	
Plano emergencial para a reorientação da assistência prestada na casa de saúde Dr. Eiras- Paracambi		2000	
Poder Judiciário Federal. Decisão sobre o processo nº 2002.510.1003100-0. Sobre a suspensão de novas internações da Dr.Eiras		2002	
SES. Resolução nº 1555. Determinação da suspensão de novas internações na casa de saúde Dr. Eiras.		2002	
Procuradoria Geral do Estado. Ofício nº19/2002. Solicita relatório sobre os fatos narrados na petição da ação civil pública		2002	
Ação de Desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras. Diagnóstico Situacional.		Março de 2004	

Ministério da Saúde. Nota Oficial. Intervenção na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi. Brasília	Fechamento da Eiras	18/06/2004	II
Prefeitura Municipal de Paracambi. Nota Oficial. Intervenção na casa de saúde Dr.Eiras.		18/06/2004	
Plano de financiamento das ações de desinstitucionalização e qualidade de atenção aos internos. Intervenção técnica e administrativa na cada de saúde Dr. Eiras		2004	
Ofício nº DIRC2005. Carta a procuradora da república		08/07/2005	
Ofício CVE/ASM 143/2005. De assessoria de Saúde Mental para Procuradoria da república		2005	
Plano emergencial para a reorientação da assistência na casa de saúde Dr. Eiras		Maio a dezembro de 2005	
Relatório da equipe técnica de intervenção do Município de Paracambi na Casa da Saúde Dr. Eiras		05/05/2006	
SES. Ação de Desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência da casa de saúde Dr. Eiras. Relatório de atividades de 2006		2006	
Documento do fechamento da Casa de Saúde Dr. Eiras		20/03/2012	
Previsões apresentadas pelo G8 para o PSM de Mangaratiba		Implantação da Rede na Baixada	
Programação para São João de Meriti	2001		
Programação para Seropédica	2001		
Relatório de acompanhamento. Município de Queimados	2002		
Acompanhamento dos municípios do Estado do Rio de Janeiro pela equipe da ASM/SES da intervenção da CSDE	2006		
Minuta de deliberação CIB. Realocação dos recursos financeiros das internações psiquiátricas	19/05/2006		
Relatório de atividades de 2006. Município de São João de Meriti	24/11/2006		
Parecer ASJUR/SESDEC nº0067/2008. Resolução que institui o plano estadual de apoio a desinstitucionalização do Estado do Rio de Janeiro e atrelado a estruturação de rede substitutiva de saúde mental em base territorial.	21/01/2008		

Anexo B: PORTARIAS E LEIS DA SAÚDE MENTAL

Normativas federais - Síntese.	
1991-1999	<ul style="list-style-type: none"> ● PT SNAS nº 189/91 - Inclui Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS e SIA-SUS e altera a forma de financiamento na área de Saúde Mental. ● PT SAS nº 224/92- Regulamenta o funcionamento dos serviços de saúde mental, insere os dispositivos CAPS/NAPS na Política Nacional de Saúde Mental. Estabelece parâmetros para o seu funcionamento, incluindo os recursos humanos mínimos necessários e as atividades que deverão ser prestadas. ● DECRETO LEI nº 2632/98- Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. ● PT GM nº 1077/99 – Implanta Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, condicionando a alocação de recursos federais à contrapartida devida pelos Estados e Distrito Federal.
2000 - 2001	<ul style="list-style-type: none"> ● PT GM nº 799/00 - Institui avaliação dos serviços de saúde mental, hospitalares e ambulatoriais. Em destaque a supervisão e a avaliação dos H.P. através de visitas aos estabelecimentos. ● PT GM nº 106/00 - Cria o Serviço Residencial Terapêutico para egressos de longa permanência em instituição psiquiátrica, com redução proporcional de nº de leitos no H.P. ● PT GM nº 1220/00 - Regulamenta a PT 106/00 para fins de cadastro e financiamento. ● Lei nº 10.216/01 - O Estado se torna responsável pela formulação política e a assistência em S.M., estabelece como prioridade o tratamento com recursos extra-hospitalares, determina política específica para a alta de internos de H.P. longamente institucionalizados, também regulamenta a internação involuntária.
2002 - 2003	<ul style="list-style-type: none"> ● PT GM nº 251/02 (PNASH) - Regulamenta normas para a assistência psiquiátrica hospitalar. Institui a avaliação anual do H.P. através do PNASH, cabendo em última instância o descredenciamento da unidade. Estabelece a porta de entrada das internações psiquiátricas. Trata-se de portaria que visa atualizar e revisar a PT GM nº 224/92. ● PT GM nº 251/02 - Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. ● PT GM nº 336/02 - Estabelece modalidades para o CAPS segundo porte populacional e CAPS específicos. Cria financiamento próprio p/ os CAPS. ● PT GM nº 816/02 – Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. ● PT GM nº 305/02 – Estabelece normas para cadastramento e funcionamento dos CAPS ad. ● PT GM nº 2.391/02 - Regulamenta o controle dos diversos tipos de internação. Estabelece a notificação no caso das internações involuntárias junto ao Ministério Público e instâncias gestoras do SUS. ● Lei nº 10.708/03- Programa de Volta para Casa. Auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas.
2004 - 2006	<ul style="list-style-type: none"> ● PT GM nº 52/04 (PRH) - Estabelece critérios para redução progressiva de leitos psiquiátricos acompanhada pela expansão do modelo comunitário de atenção. A redução de leitos visa reduzir o porte dos hospitais a fim de melhorar a qualidade assistencial. E redirecionamento financeiro das internações para a atenção extra-hospitalar em saúde mental. ● PT GM nº 53/04 - Define novos valores (incrementa) a partir do efeito do PRH, e mantém a remuneração da PT 77/02 para os hospitais que não cumprem as exigências da PT 52/04. ● Lei nº 11.343/06 – Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad.

Anexo C: APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL DE ITAGUAÍ/RJ: A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS

Pesquisador: Beatriz Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90182618.8.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.782.833

Apresentação do Projeto:

Esta investigativo sob o método do estudo de caso, no intento de compreender e descrever acontecimentos em contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos, diversos fatores. O estudo da história da construção da rede de saúde mental do município pode sinalizar as dificuldades da mudança do modelo assistencial, a partir das especificidades locais, no contexto da reforma psiquiátrica em um município de médio porte Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a história da constituição dos serviços de saúde mental no município de Itaguaí /RJ no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira

Objetivo Secundário:

Sistematizar a trajetória histórica da saúde mental em Itaguaí

Debater a implantação da política nacional de saúde mental no município

Apresentar as continuidades e descontinuidades resultantes da mudança do modelo assistencial, bem como as especificidades locais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

avaliados em primeira versão

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.782.833

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

abaixo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma de Execução: ajustado e em conformidade

orçamento: completo

Folha de rosto: em conformidade

Carta de anuência: assinada pela coordenação CAPS Itaguaí Thatyane Vieira

TCLE: ajustado e em conformidade

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP solicita ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 (cinco) anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1085781.pdf	23/07/2018 15:16:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1085781.pdf	23/07/2018 15:05:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_itaguai_novo.docx	23/07/2018 15:00:13	Beatriz Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_pdf.pdf	18/05/2018 14:04:09	Beatriz Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Itaguaui.docx	18/05/2018 14:00:29	Beatriz Silva	Aceito

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.782.833

Investigador	Projeto_Itaguaí.docx	18/05/2018 14:00:29	Beatriz Silva	Aceito
Outros	curriculo.pdf	05/03/2018 15:26:14	Beatriz Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	05/03/2018 15:12:15	Beatriz Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Julho de 2018

Assinado por:

**Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador)**

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

Anexo D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro
Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi convidado para participar da pesquisa intitulada: **“A história da saúde mental de Itaguaí/RJ: a construção de uma rede de cuidados”**. Trata-se de um projeto de dissertação desenvolvido pela psicóloga **Beatriz da Silva** vinculada ao **Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, com a **orientação da Profa. Dra. Cristiana Facchinetti**, que tem por objetivo principal **investigar a história da constituição dos serviços de saúde mental no município de Itaguaí no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira**.

Tal estudo é uma pesquisa qualitativa que prevê a participação de personagens-chave que participaram de alguma forma na constituição dos serviços de saúde mental do município e que possam relatar este processo, entre o período de 2000 a 2006, tais como ex-coordenadores da saúde mental do município e profissionais que na época atuaram na articulação e negociação junto a gestão municipal.

Para tal é necessário que você de se disponha a participar de uma entrevista.

Os dados obtidos na pesquisa são utilizados para fins de publicação científica, ficando assegurado o sigilo quanto à identificação dos participantes. O benefício será a contribuição pessoal para um estudo científico, assim como, colaborar para a atenção em saúde mental no município de Itaguaí.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação. Contatos do pesquisador responsável: Beatriz da Silva, Psicóloga, CAPS II Bem Viver, Rua Luiz Pierre, 16 – Parque Independência - Itaguaí- RJ. E-mail: beatrizsilvarj@gmail.com Telefone: 3781-0508.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ: Av. Venceslau Brás, nº 71 Fundos, 2º andar, Campus Praia Vermelha. Rio de Janeiro. CEP: 22.290-140. E-mail: comite.etica@ipub.ufjf.br - Telefone: (021) 3938-5510.



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro
Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Eu, _____ (nome do participante) fui informado sobre os objetivos do estudo de forma clara e detalhada, a minha participação é voluntária e estou ciente de que não haverá custo ou qualquer compensação financeira.

Declaro estar ciente e de acordo com este TERMO DE CONSENTIMENTO, em participar do estudo proposto e que poderei desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

(Data)

(Participante da pesquisa)

Beatriz da Silva
CPF 08600816726
Mestranda (IPUB/UFRJ)
Cel.: 984730367

Anexo E: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Psiquiatria do Rio de Janeiro
Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Roteiro norteador da entrevista semi estruturada

1. Conte-me sobre sua trajetória profissional em relação a saúde mental...
2. Como você chegou até a gestão municipal do programa de saúde mental?
3. Qual foi o período da sua gestão?
4. Existia uma diretriz política do município voltada para as ações de saúde mental?
5. Quais eram os principais impasses e dificuldades relacionados a gestão do programa de saúde mental?
6. Como estavam organizados os serviços de saúde mental quando você assumiu a gestão?
7. Existiam facilitadores na proposta de reorientação da assistência no município? Quais?
8. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Anexo F: ENTREVISTAS TRANSCRITAS

Entrevista com J.

Ex- gestora do Programa de Saúde Mental do Município de Itaguaí

1. Conte-me sobre sua trajetória profissional em relação a saúde mental...

J: Eu sou psicóloga, trabalhava na APAE e naquela época coordenava uma APAE, dava palestras sobre saúde mental e sobre o trabalho que fazíamos ali.

2. E como você chegou até a gestão municipal do programa de saúde mental?

J: Então, vou te contar como é que aconteceu para mim né, o governo estava mudando a gestão dele. E aí eu fui... convidada não, na verdade uma pessoa que mora lá, que morava lá em Itaguaí, que é o Carlinhos Freire, ele é uma pessoa politizada, mas ele não é de dentro de nenhum órgão da política. Ele falou que estava aberta essa vaga, e com toda experiência que ele já tinha visto de mim, ele me perguntou se eu gostaria de ocupar esse lugar. E aí deu meu currículo para o secretário de saúde. Eu não conhecia o secretário de saúde e isso foi até um problema porque eu fui demitida por causa do secretário de saúde... não ele, porque todo mundo que estava vinculado a ele foi demitido, entendeu?

Beatriz: entendi.

J: Por questões de políticas ali daquele momento, mas eu não deixei para menos não, tá? Eu vou te contar essa história aí que... E aí que que acontece? Então eu aceitei, e aí fui para o Estado para ter todo o suporte.

3. Qual foi o período da sua gestão?

J: O ano de 2005, até dezembro.

4. Mas, existia uma diretriz do município voltada às ações de saúde mental?

J: O que o estado me passou na época, que eles já vinham a mais ou menos uns cinco anos tentando implantar um sistema de saúde mental, sem conseguir, já existia o CAPS, já existia o leito psiquiátrico. Já existia, o ambulatório de psicologia, mas não existia ainda, um CAPS, CAPSI. E existia um setor de drogas, que era trabalhado por um médico psiquiatra e toda família dele, mas não no modelo de CAPS. E esse era meu maior problema. A princípio meu maior alvo, para poder fechar a saúde mental como um todo.

Beatriz: Quando você diz que não existia, uma rede de saúde mental lá, embora o Estado estivesse acompanhando desde o ano dois mil, haviam esses serviços, quando você disse que não existia rede, em que sentido então? porque os serviços aconteciam, tinha o CAPS, tinha o ambulatório...

J: Sim, o que que é rede de saúde mental? Todos eles têm que estar vinculados aos mesmos serviços de assistência ... de... de atenção psicossocial, e por exemplo, esse, e vinculados e agindo entre si. Tipo, eu só posso ter um, um CAPS funcionando de fato, eu implantei o Caps ad... a... Residência Terapêutica que não tinha, não sei nem se ainda tem mais, mas eu fui Paracambi, eu tirei, eu fui investigar quem era os pacientes de lá. `Por que assim, os moradores de lá, porque tem que ser morador de Itaguaí, se eles tinham família, se eles

poderiam retornar à família. Isso já foi um grande problema. Então quando eu falo assim, não existia o serviço, porque o serviço é igual uma teia. Ele tem que estar vinculado, não poder ser entanque, ele tem que estar vinculado e administrado com uma única linguagem; O de álcool e droga não existia, era... Era um... Lá era um naquele modelo antigo de abstinência.

Beatriz: Lá no seu relatório de gestão fala justamente isso assim que funcionava o ambulatório de psiquiatria, o CAPS, oficina terapêutica infantil, ainda tinha um acolhimento a crise e era tudo concentrado ali no CAPS.

J: Tá, o objetivo foi financeiro, enxugar financeiramente, existia um espaço, um espaço que dava pra utilizar, inclusive, por exemplo, ah, tive a ideia quando nos mudamos transformamos em AD, o de álcool e drogas, a ideia era também utilizar um espaço que tem atrás, você já foi lá?

Beatriz: infelizmente não.

Entrevistada: De colocar uma eco terapia lá e usar os pacientes de álcool e droga para auxiliar no tratamento, pra fazer uma coisa mais integrada. Então assim, foi difícil a gente ter que mudar o local, o prefeito não estava abraçando a causa, porque a saúde mental sempre foi e ainda é para eles vista como um problema.

5. Quais eram os principais impasses e dificuldades relacionadas a gestão do programa de saúde mental?

J: Qual foi meu grande desafio? Primeiro, transformar o serviço no modelo de CAPS, em um modelo integrado que a gente pudesse realmente recorrer. O ambulatório, que a gente pudesse tirar os pacientes de Paracambi e ter Residência (SRT), que pudesse ter o modelo do Ad (do Caps Ad); O que que aconteceu? No Ad, por exemplo, era um modelo de redução de danos... Não, redução dos danos é do Estado, era um modelo dos 12 passos... Médico, não é? Eles ficavam internados, não tinha nenhuma atividade terapêutica para ele lá dentro, era um modelo que eles tinham um monitor de dependência química que acompanhavam eles (os pacientes) em alguns lugares. Mas todos (os funcionários) eram da família do dono de lá. Inclusive o nome do local, que aí você tem que me lembrar porque eu não sei mais...

Beatriz: Essa clínica se chamava CEPRIN.

J: Sim, mas era o nome do pai do médico! Então você pode imaginar como é que foi essa transformação? Olha só eu vou pegar o seu serviço, você quer ajuda do estado, a gente vai ter que transformar isso em álcool e droga nesse modelo de CAPS é um modelo de redução de danos, que ele não confiava nesse modelo, é um modelo que a gente vai tirar todos esses seu parentes, foi, eu fiz uma lista a qual o prefeito acha que não foi eu, mas eu elenquei; foram trinta e duas pessoas demitidas desse álcool e droga, tinha trinta e duas pessoas que constavam, marido com mulher, com tio, era só famílias.

(pausa)

J: Um cabide de emprego. E aí depois que isso aconteceu, isso tudo eu fui orientada passo a passo pelo Estado, estava toda hora fazendo: é pra fazer isso. Eu fazia isso, e ai eles me orientaram, que eu posso falar isso, mas era pra não entrar mais sozinha lá.

J: O lugar era distante... Itaguaí é terra de ninguém.

J: Então assim, eu dei uma focada grande nessa transformação inicialmente. Do modelo do álcool e droga. Nós conseguimos demitir essas pessoas que eram agentes de dependência química para contratar terapeuta ocupacional, psicólogo, serviço social. Técnicos profissionais pra dentro do AD, que não existiam, todo mundo era nível de segundo grau, ninguém tinha, é... Tinha um médico que fazia ambulatório e ao mesmo tempo dava suporte e os pacientes iam lá como era grave eles mandavam internar, internar lá em santa cruz, entendeu? Então é um modelo de internação no qual o estado não queria esse tipo de modelo.

Beatriz: Você solicitou recursos para implantar o CAPS Ad, não foi, o recurso chegou?

J: Foi, e infelizmente eu saí no final do ano. Não fui à inauguração, mas todo serviço foi eu que fiz. Todo. Eu contratei as pessoas, terapeuta ocupacional, fui eu. Eu fui no centro da cidade do Rio de Janeiro comprar bijuterias pra fazer oficina, não sei se ainda funciona. Discutimos o que que seria de serviços que teria lá dentro, enfim, então foi dado todo esse início; e aí o Estado começou a achar muito perigoso porque houve uma, uma demissão muito grande e eu estava muito em evidência, fiquei muito em evidência, tanto é que o prefeito também começou a questionar. Ele não me conhecia e eu tinha uma relação melhor com o secretário de saúde por hierarquia.

(pausa)

J: Para mim eu não tenho que ir no prefeito. Para mim eu tenho que ser subordinada a ele. E aí ele (o secretário) teve problemas com o prefeito, então foi essa bola de neve, e aí conclusão: o CAPS Ad, é... O CAPS mesmo, ele estava sem oficinas também, só tinha os servicinhos de horta. Mas tinham pacientes se cronicando, não existia o serviço implantado, eles não tinha suporte do estado e nada. Porque o Estado queria entrar ali antes e mudar, mudar tudo, aí o prefeito não queria investir nas oficinas em nada. Então nada mudava. Então tinha um serviço precário de saúde mental que era só a existência de um CAPS II, não existia Residência Terapêutica, existia o ambulatório. Existia um leito com um monte de problemas, e aí eu comecei também a brigar por esse leito e aí eu cheguei até a tirar paciente que estava com problemas clínicos do leito que era da psiquiatria, que gente precisava internar e não tinha vaga.

J: Eu briguei na época, era a doutora Ana diretora do hospital, enfim nós tínhamos um paciente lá entrando em quadro catatônico e aí teve que fazer uma... Todos os médicos solicitaram que fizesse o choque, o eletrochoque. E é uma coisa que não se usa mais, aí juntamos a banca com os médicos e foi feito esse procedimento, mas quando ele entrou em choque não tinha um leito pra ele da saúde mental, porque tinha um paciente lá ocupando que estava com pneumonia, sei lá o quê, e eles não queriam mudar. Então foi uma confusão danada e a gente precisou pontuar essas coisas. Aí conforme a gente pontuava e dizia o que que a gente podia estar dando apoio com os médicos psiquiatras do ambulatório. Então o ambulatório (os médicos) foram no hospital para poder avaliar todos eles (os pacientes), que eram seis psiquiatras para poder fazer esse procedimento, então as coisas começaram a ficar um pouco mais integradas.

J: Isso começou a acontecer sim, deu uma mudança de, eles se sentiram até mais, acredito eu é... que apoiados, acho que a palavra é essa, porque as pessoas não, não apoiavam o serviço (os profissionais do hospital), e aí o serviço começou a tomar cara, só que aí, eu tive assim um

problema muito grande que aí quando eu precisei ir à Paracambi, que Paracambi ia fechar na época.

J: Estava até fechado para internação, mas tinha uns pacientes ali que tinham que sair. O prefeito de Itaguaí não queria abrir Residência, e aí... Por causa do custo.

Beatriz: Mas tinha um incentivo do ministério da saúde...

J: Tinha não, tem um incentivo. E o incentivo é muito bom. Na época para cada paciente era setecentos e vinte reais que se retirava, fora tipo assim, depois de tanto tempo se não tiver reincidência na readaptação ... você vai ganhando mais alguma coisa. Mas enfim, eu fiz o projeto, esse de custos, se você quiser, eu não sei se deve ter isso lá no Caps ainda. Para poder amparar, eu convenci o secretário de saúde que aquilo ali era uma bola de dinheiro e que a gente poderia... uma bola de dinheiro no sentido de que não ia atrapalhar as finanças.

J: Os dinheiros que estavam entrando tinham que ser revestidos para os custos e pra manutenção daqueles serviços, e eu cheguei a falar para ele (secretário de saúde) que naquele início ia ter um gasto sim com aluguel, etc., mas que poderia chegar sei lá até vinte e mil reais na época.

J: Se a gente conseguisse tudo que a gente precisava, ou seja, se o serviço tivesse andando, funcionando de acordo com o que o estado exigia, a gente teria o apoio de todo o estado. Mas não, a gente não tinha esse apoio porque não, não, não as coisas não aconteciam. E aí eu fui demitida por essa questão, da planilha dos custos e da insistência. Eu não sei o que aconteceu com o secretário de saúde, houve alguma coisa... que aconteceu com ele. E aí eu coloquei (tudo o que estava na planilha dos custos) para o Dr. Márcio, porque ele que me contratou, mas não que eu conhecesse ele.

J: E aí foi um mal entendido, quando o secretário e o prefeito soube. Eu fui demitida eu peguei e falei assim: Não, isso não vai ficar assim porque eu lutei por um serviço. Mas eu também sou uma pessoa muito orgulhosa sabe, mas assim eu vou agora conhecer o prefeito, marquei com ele, fui com todo meu projeto, toda a documentação, eu só falei dizer que ele era um burro. Por que, assim, eu falei pra ele que ele não estava conseguindo enxergar que aquilo ali ia trazer não só benefícios financeiros, como não ia trazer gastos ao qual os pacientes psiquiátricos hoje dão pra ele, que a visão de saúde mental teria sido mudada e tudo documentado... inclusive com valores, eu não sei se você viu isso lá...

J: Um (documento) que eu mandei pra ele tinha todo o orçamento de possibilidades financeiras para poder custear o serviço, aí o prefeito ficou encantado, ah então você dá? Ah sinto muito, você não já contratou outra coordenadora de saúde mental?

J: Todo esse trabalho que tive, ele já foi... era todo trabalho que eu estava fazendo em prol da cidade, agora se você contratou outra pessoa você peça a outra pessoa pra poder te mostrar esse orçamento. Ele queria que eu ficasse, já demitida, mas para poder entregar em uma semana, toda documentação com planejamento, custos, que eu tinha feito... eu falei assim: não, tudo que eu tinha pra entregar já te entreguei. Eu lamento você (o prefeito) ter tido essa visão distorcida, aí ele me falou assim: Ué você tinha que ter vindo então a mim pra poder falar essas coisas, eu falei assim: oh sinto muito se você não confia nos seus secretários.

J: Eu entendo que tenho que ter hierarquia, é a eles que eu tenho que recorrer e eles tem que passar para você, eu não conheço esse serviço pra mim e... é uma cidade pequena que eu tenho que estar falando com o prefeito. Tenho que falar com quem eu sou subordinada direta.

Beatriz: Então você acha que sua demissão teve a ver com a questão do financiamento em si ou com a questão, das demissões e de você querer mexer nessa estrutura da saúde mental?

J: Eu comecei a incomodar. Eu comecei a dar gastos. Mas ao mesmo tempo eu provei que tinha como o Estado... o município estar recuperando e se beneficiando com esses gastos. Tanto é que eu cheguei a implantar oficinas, a Residência Terapêutica. Mas realmente, tiramos os pacientes internados, e aí Itaguaí deve ter recebido esse dinheiro, que aí já não fui eu... foi final de gestão e eu já não tomei pé disso, de quem saiu de lá de Paracambi. É... a mudança no projeto todo falava para ter por exemplo umas oficinas no ambulatório, etc. Era para diminuir a incidência, que o ambulatório estava cheio, e os quadros sem ter nenhum tipo de melhora. Cronificando a situação deles, então eles começaram... Tem gente da época lá, que vai falar: “ tinha isso, tinha aquilo” na saúde mental. Eu não sei como é que está esse serviço agora. Mas assim, o pessoal começou a ficar muito empolgado e ter uma qualidade de vida, e aí diminuindo ambulatório cheio, então, assim, foi tudo meio que interligado.

J: Mas eu fui demitida basicamente pela por acharem que eu tinha um vínculo com o secretário de saúde, o qual não tinha, meu intuito era perturbar mesmo. Preciso da residência, preciso disso... daquilo... Ele estava entendendo, o secretário de saúde, ele conseguiu entender os números. Mas eu acho que como tinha alguma questão com prefeito... o prefeito olhou “ah a saúde mental dá muito problema”... ele não conseguiu também mostrar o lucro que ia dar porque já devia ter diferença ali. Tudo era problema financeiro, quando eu entrei, essas mudanças, (para) eu, (para) eu organizar essas finanças eu precisei comprovar os gastos que a gente ia ter, mas no momento ... isso era um retorno a médio prazo. Não era de imediato, e o prefeito não queria gastar com saúde mental, não queria gastar de alguma forma o secretário de saúde colocou isso.

J: Não foi motivo dele sair... mas foi tipo assim o melhor que ele conseguiu arrumar foi essa casa (do Caps) ... porque eu falei nessa casa não dava pra continuar. Na antiga não dava pra esse serviço. O AD dava pra gente continuar lá, mas a gente tinha monte de coisa pra gente reformar por isso que gente chegou a pensar de formar outro serviço (do CEPRIN para o AD), atrás de alguma terapia pra poder também abastecer o lado terapêutico deles (os pacientes), mas também otimizar espaços para diminuir os custos da prefeitura.

J: entendeu?

Beatriz: entendi

J: A casa foi um problema de início (para o Caps), falou assim: “não posso não, não posso alugar, porque não dá não sei o que, não tem dinheiro”. Eu não sei se o secretario estava com problemas desde já com o prefeito... só podia ser, eu não era amiga dele, mas ele ia muito lá porque eu solicitava muito.

J: Eu precisava transformar, e aí houve de fato a transformação; quando a gente começou a mudar, é... não sei o que que aconteceu diretamente com o prefeito, é nesse sentido, mas ele não queria gastar tanto dinheiro, e eu precisei fazer essa planilha. E eu fiz essa planilha, eu lembro, do que pode alcançar quanto cada paciente pode chagar no teto do faturamento, acho

que uns quarenta mil consegui orçar na época. Eu fiz o contato com a com a secretaria de assistência social, inclusive, que tinha muito paciente psiquiátrico. E aí de quem era o paciente? o serviço estava todo assim, não sei se ainda está assim, todo desmantelado, nada integrado. Então o serviço social não queria apoiar o paciente na rua que era paciente psiquiátrico e a saúde mental não tinha o que fazer para o paciente psiquiátrico porque estava na rua porque não tinha onde colocar porque não tinha um abrigo, algum lugar... e aí ninguém fazia nada por eles e eram listas de pessoas.

7. Existiam facilitadores na proposta de reorientação da assistência no município, quais eram?

J: O Estado me ajudou muito na época... hoje eu já seria mais abusada...

J: Eu passaria por todas as esferas hierárquicas pra ir lá e mostrar, e defender por a mais b, porque assim do jeito que se o serviço for bem organizado o Estado não tem prejuízo, o município não tem prejuízo. Além de não ter prejuízo, ele não tem danos, como por exemplo com morador de rua. Ou qualquer outro dano de, por exemplo, de superlotar o ambulatório. Por que se eles (os pacientes) estão acompanhados, com a mente ocupada fazendo aquele kitzinho do projeto que foi desenhado para o paciente... eles não vão requerer toda hora um leito. Então assim eu ia diretamente ao prefeito pra demonstrar o que eu fiz com o secretário de saúde. Eu acho que eu me apaixonei... foi paixão... eu fui igual um trator, tanto é que a Adriana (Gaudêncio), ela que era a responsável por toda saúde mental do Estado. Ela falava assim para mim: “Caramba, cinco anos sem conseguir implantar de fato o serviço e você veio para conseguir”.

J: Por que? Porque na verdade eu fiz o que eles mandaram e tentei mudar tudo ao mesmo tempo.

J: Eu não fiz assim; Ah a CAPS já está organizado vou deixar o CAPS lá. Mas não está! não tem oficina e preciso espaço maior e para isso não tem... é... técnicos, profissionais. O AD, vamos mudar o AD. O ambulatório também tinha vários problemas, e os médicos também não eram muito colaborativos, entendeu? Eram, eram coisas estanques, pra você falar com médico eram caras e bocas, entendeu?

6. E como estavam organizados os serviços quando você assumiu a gestão?

J: O Caps AD foi um ganho, e eu vou dizer foi um sacrifício muito grande porque esse médico fundador do CEPRIN, ele sofreu muito também com essa transformação, entendeu? você tem um centro de dependência química com do seu pai... do que você acredita. Eles não acreditavam, sei lá, na proposta do Estado, nesse modelo de redução de danos. E eles não acreditavam nesse modelo, eles trabalhavam com o modelo dos doze passos. Da abstinência, e até tinha um cantinho lá para quando eles não estavam bem. Só para dormir de dia, entendeu? dentro do centro psiquiátrico (CEPRIN), mas se não tivesse uma gerência ali, eles (os funcionários) mandavam para o hospital Santa Cruz (Hospital Municipal Pedro II).

J: Tinha o leito no hospital municipal... mas era usado de forma indevida. Sei que um dia eu entrei e falei assim: mas por que esse paciente está aqui (no leito da saúde menta) ? “Ah não

tem outro lugar para estar”, é mais ai se acontece alguma coisa com a questão de surto também não tem onde colocar! Então é complicado... mas assim é muito trabalho, é muito trabalho, mas eu acho que dentro desse trabalho, além de estar faltando serviços eu queria mais fazer essa coisa mais integrada. Os serviços se conhecerem. Saber aonde tem que recorrer. Fazer as parecerias ... eu ainda era responsável por ambulatório de psicologia.

J: Para poder a gente fazer uma coisa só, além disso, de ter um serviço que funcione até para não gerar mais problemas na cidade, né. Mas eu acho que a saúde mental ainda é vista como um grande problema financeiro, porque eles já veem o que gasta, né, quanto é o aluguel da casa, quanto tem que colocar de comida, quanto tem que gastar de dinheiro, não sei o que, não sei o que, não sei o que. Tudo aquilo, quanto aos gastos e não veem e não contabilizam o retorno. Por que o que o estado dá estava entrando para outros fins, na época entrava... Para outros fins... eles não usavam o pacote (recurso financeiro destinado à saúde mental) que chegava do estado, falei assim: Não, mas Itaguaí que recebe x para saúde mental. Esse dinheiro da saúde mental ia pra outra coisa. Então, acabava que a saúde mental virava um gasto, agora você falando isso, pode ter juntado as duas coisas, uma de ter feito essa mudança que aumentou os custos do município, não tenho dúvida disso. Porque você tirar um cara de segundo grau do Caps Ad que só fazia isso...E eles... Gente não sei para que tanta gente trabalhando lá... tinha quarenta funcionários! Nós estudamos e tiramos uns trinta e dois, porque dentre esses quarenta não trabalhava todo mundo lá. Tinha um que acompanha fulaninho em casa, não sei o que ... mas nem aparecia lá no serviço, ou seja, era para ganhar dinheiro em cima, não é?

J: Eu fiquei com essa impressão, embora eles me dessem uma justificativa... eles faziam muito serviço externo. Então acompanhava pacientes, fazia palestras. Então, eles botavam essas pessoas que não apareciam. Eram pessoas que faziam isso ... mas cadê que não está trabalhando? Cadê a carga horária dele que não está aqui?

J: Então assim, você tirar pessoas de ensino médio... eu não sei se tem aqui um livrinho de dependência química desse programa deles, que eles tem um programa. Era um programa, mas um programa com quarenta pessoas que não funciona, gente. E ai botar um terapeuta ocupacional, não sei se a Isabel está lá ainda. Botar o psicólogo lá dentro e ai que é um custo maior. O Estado viu isso. Mas assim, desse trinta e dois que saíram, ficaram seis funcionários, com um custo maior, mas que trabalhavam! Esses outros não fazia tratamento, eles faziam acompanhamento, era acompanhamento o nome que dava. Precisava tratar! Pode ser que tenha incomodado financeiramente...

J: E aí eu comecei a gritar “vai dar dinheiro, vai dar dinheiro”. Mas não estava adiantando... Agora o coordenador de saúde mental, eu vejo que ele precisa ter esse cuidado de também qualificar, de ter esse retorno do dinheiro e qualificar esse dinheiro para o serviço, ele também tem que fazer essa fiscalização da prefeitura. Na época eu tinha, por isso que te falei que estava mostrando números, e aí já está entrando x, e aí por que esse dinheiro não está sendo aplicado? Pelo menos aqui neste serviço? Então tinha que chegar junto ao governante e mostrar que aquele dinheiro era para aquele serviço, era destinado e estava sendo redirecionado para outros lados. Então é isso, foi muito difícil, eu saia as vezes oito horas da noite, do Caps AD... tarde... o Estado comigo “não vai entrar aqui sozinha, diziam, que lá no AD era distante... Eu ia de carro.

(Neste momento a entrevistada solicita que não grave o conteúdo de sua fala, autorizando a continuidade em seguida).

J: E aí falava, ela (a profissional do Estado) falou bem claro, você corre risco de vida, e eu não entendi perfeitamente, porque era um serviço de álcool e drogas, e eu mudei toda uma estrutura. Mudei o nome do serviço... não estou falando que é o médico que ia fazer isso, mas aí o médico chateado comenta com um paciente que ele atendeu... Mexe com todo mundo, ele (o médico fundador do CEPRIN) não estava vendo o benefício em si. E aquilo estava ficando muito complicado... perigoso... até que se implantasse de fato o serviço e as pessoas se acostumassem com aquilo. Tanta gente que foi demitida. Uma família inteira! Fiquei com muita pena, mas assim não tinha como mantê-los trabalhando ali... Não tinha condição... Aquilo realmente estava sendo um gasto, entendeu?

J: Enfim, aí ficou realmente complicado, passei a não sair de lá sozinha de carro, a não ficar tão a noite lá, entendeu? Mas o Estado ficou ali no meu pé. É isso. Foi difícil ajudar né, de o Estado ajudar nessas coisas. O Estado vinha até o município, e eu ia no Estado e falava que eu preciso de alguém aqui hoje, aí vinha alguém para poder me ajudar, para poder dizer como era o serviço porque assim, eu entendia que precisava da estrutura, mas como fazer essa máquina realmente funcionava, o Estado é que estava me dando apoio, entendeu?

J: Olha vamos implantar uma oficina, pode ser de quê? Eu conversei com eles. E com os usuários; que que a gente pode fazer? Aí deram a ideia da bijuteria, tinha gente para poder ensinar. Tinha a questão também que eles queriam fazer com a piscina no Caps Ad. Ainda tem aquela piscina lá? A ideia era tirar a piscina.

Beatriz: O Ad ele mudou de local.

Entrevistada: que era um sitio bem legal

Beatriz: É. Mas ele mudou, não lembro o ano exato agora. Ele foi pra uma rua próximo do centro comercial, da secretaria de saúde.

J: Porque o Ad era no sítio, e aí, agora eu lembrei disso, quando falou essa questão do local. Dos gatos, do Ad, tinha um espaço muito grande de sitio, e caro, que era do CEPRIN. Eles tinham oficina de plantação, oficina de bijuteria, tinha outras coisas, tinha grupo com psicólogo. E aí tinha um espaço atrás que tinha um alagamento grande, e aí eu ia lá com o secretario e falava assim a gente precisa fazer alguma coisa pra ajudar o município a ter dinheiro.

J: Eu lembrei disso agora, que você está falando é que as coisas vão chegando. E aí que veio a ideia da eco terapia. Por que era um lugar de campo e na época estava muito em moda essa coisa, eu falei assim que vai ajudar a todo o serviço. De tratamento e os pacientes poderiam se a gente auxiliasse, poderiam ajudar nesse serviço. O objetivo era... Vamos mudar função o paciente. Vamos dar , também, um bem estar e qualidade de vida no trabalho, mas também vamos ajudar o município a não ter tanto gasto. A eles acharem que está dando prejuízo. Por que eu acho que no início era isso... que era um sítio enorme e era caro, não sei quanto era na época, mas era caro.

Beatriz: Você falou que você foi até a Paracambi conhecer os pacientes que estavam lá ainda internados, porque não tinha como retornar para a cidade, não é? E aí a dificuldade de se implantar uma residência terapêutica mais uma vez por conta do gasto? Embora houvesse incentivo financeiro do ministério da saúde para implantar, para abrir o serviço, mas a manutenção é que fica a cargo do município...

J: Sim, já tinha uma briga para tirar esse, esses pacientes de lá, qual é a briga?

J: O prefeito não reconhecia eles como do município, para o serviço do Caps, porque se eles foram achados numa outra cidade, e não tinha parente que pudesse acompanhar, eles não eram de Itaguaí. Você entendeu?

J: Se ele estava perambulando lá em outra cidade, sei lá ... Muriqui, então Muriqui que tem que assumir ele. E a gente teve que provar, não, não é assim. Olha o que a gente tem dele, a base dele era aqui, a residência, a família era de Itaguaí... que ele morava lá antes de ir para o hospital. Ah, mas ele foi achado em tal lugar, então aquele lugar que se vire com ele. E aí, a gente falou: Não, não é bem assim e aí a gente teve que não sei quantos eram, sete (não é)?

Beatriz: Eram oito pacientes

J: Oito!

J: Foi... É, e aí o Estado declarou estado de calamidade em Paracambi. Dormiam em um lugar horrível. Tipo assim, no espaço, numa sala que tinha aquela cama de alvenaria, que na verdade não tinha um colchão, tinha mofo e goteiras, tinha sujeira, sabe? Parece que está em um sítio desabrigado, largado, sabe? com janelas quebradas, portas... sabe como é que era? Cadeiras jogadas, era assim e tudo no cantinho, enfim, eles estavam sem nenhuma assistência, era... era triste, parecia aqueles drogados cracudos no meio da rua.

J: Parecia ali. E aí a gente levou o nome deles e tomamos providências, se era para fechar

J: Então, naquela época a Adriana Gaudêncio me ajudou muito. Ela foi bem dura comigo, bastante. Sabe assim: tem que fazer isso, bá bá bá, e é assim, por que que você não fez? era uma coisa bem... então não dava para fazer tudo ao mesmo tempo, ela era meio assim, entendeu? Ela queria manter a rédea. Acho que... Mas funcionou, as outras pessoas eram bem acessíveis. Ela também tinha indicado outro curso de saúde mental pra fazer e aí eu fiz de infância porque meu objetivo já era formar o CAPSI.

J: E ela queria que eu tivesse feito de gestão, mas eu estava tão integrada com esses serviços que a gestão para mim já estava incorporado ... entendeu? Sendo que era meio que superficial e eu não entendi que era pra ser a gestão aqueles serviços específicos e ela foi muito braba comigo naquele momento, mas eu falei assim, mas eu estava precisando entender como que funcionava o CAPSI pra poder implantar ele e aí, por isso, que fiz esse curso, mas assim o Estado só foi um pouco firme. Foi excelente, se não fosse o estado nada disso tinha acontecido, eles me deram o apoio total, entendeu?

J: Total mesmo, principalmente os coordenadores, Adriana.

J: Eu acho que fui muito feliz. Na verdade, quando entrou essa gestão (do município), porque assim, eu além do pique eu acho que entrei com uma garra com uma vontade de fazer essa coisa e eu tenho isso mesmo, gosto dessas coisas políticas; mas assim, a gestão estava

começando e o secretário de saúde também queria fazer mudanças para ser bem visto, entendeu? Então eu acho que para mim juntou isso e eu dei pra ele essa idéia de mudar, sabe?

J: Se você fizer você vai agradar o Estado... Vai ser ótimo... O município vai crescer, então ele viu um brilho ali, de que não... Até então na história não tinha acontecido.

J: Então ele deu uma agarrada nessa minha ideia, então eu acho que fui feliz nisso. Talvez se eu já tivesse entrado já com gestor sem essa gana, poderia ser que a minha dificuldade fosse muito maior. Não ia conseguir tão rápido alugar um outro lugar para o Caps, entendeu? perturbei muito ele (o secretário) com esse negócio. Até tinha isso Paracambi estava fechando, as mudanças governamentais eram gerais e que Itaguaí ia ficar para trás. Não podia, já vários municípios já tinham levado seus filhos. E Itaguaí não. Acho que tinha sei lá quatro municípios, tinha poucos municípios que ainda tinha paciente lá em 2005. E um deles era Itaguaí, então é assim, eu cheguei na hora certa, sabe.

J: E aí eu tive muito apoio do secretário de saúde. Eu posso dizer que eu não podia fazer nada financeiramente, só escrever. E essa foi a briga.

J: Isso eu gosto de fazer, gosto mesmo, entendi bem as tramas e assim... E tentei fazer essa coisa da rede de saúde mental porque me parecia que não estava funcionando, essa rede ainda não estava acontecendo. A saúde mental tem que ser vista como uma coisa única.

J: Como uma rede mesmo se não, não funciona gente.

Beatriz: Naquela época, era um momento também que havia alguns investimentos no município, como a construção lá do porto...

J: Sim

J: Queriam botar uma faculdade lá, a faculdade lá de não sei o quê. Primeira faculdade, acho que era até que ia ser de medicina sei lá o quê, uma coisa enorme e tinha uma questão do porto, eu acho que aí que começou o problema.

J: Mas entrou muito investimento. E aí acho que complicou. O prefeito, não sei qual foi o fato na verdade, mas eles tinha um foco muito grande em torno desse porto e a saúde mental era um problema... pra que estar mexendo e gastando com saúde mental se eles tinham que gastar era com a logística do porto que vai dar dinheiro.

J: E eles queriam que eu fosse além de coordenadora da saúde mental, eles queriam que eu fosse coordenadora do CAPS. Nessa época o prefeito, eu demorei um pouco, no início, a fazer esse entendimento que eles chamaram o Caps de saúde mental, como se saúde mental fosse apenas o CAPS.

J: Aí eu mostrei, que não, vamos botar o coordenador no Caps. Aí veio a Ana Claudia, eu preciso de um coordenador no serviço, que a saúde mental não é o CAPS.

J: A saúde mental é uma coisa muito mais ampla. Isso já foi o primeiro baque para o prefeito. Por que ele precisou pagar uma pessoa, fora o coordenador do programa. Eu acho que antes de mim se você fizer uma investigação, o coordenador de saúde mental ele deveria ser o mesmo coordenador do CAPS. Eu acho que sim, porque quando eu cheguei e falei: não, eu não posso ficar aqui, eu preciso ter uma sala aqui na secretaria com vocês. Eu preciso ter uma sala aqui, até arrumaram uma mesinha, mas eu nunca parava lá. Mas assim, eu precisava ter

no prédio da prefeitura um lugar, eu não ia ficar estabelecida no CAPS, mas eu ficava mais no CAPS no AD, eu ficava no serviço.

J: É eu não ia lá ficar, só se tiver que escrever alguma coisa, secretário assinar, mas o que eles queriam é que eu fosse coordenadora do Caps também. Eles não entendiam que tinha que ter... Aí inventaram a história de um outro coordenador, que eu falei assim: não, vamos parar por aí, ia ter tipo um diretor... Iriam me tirar ... para ter tipo um diretor da prefeitura lá no serviço. Eu falei assim: mas ele não vai agir com o olhar da saúde mental. Eu falei assim, só que os problemas da saúde coletiva são outros. Nunca vai ter espaço para olhar (para saúde mental... Então foi um ganho também em se manter o coordenador do programa de saúde mental.

J: Itaguaí estava passando por muitas mudanças e que ela precisava de ter dinheiro para outras coisas, para essas mudanças que envolviam o porto. Aí eu falava assim: sim, então se ela está passando por muitas mudanças tem que ter mudanças nisso também (na saúde mental). A saúde mental tem que deixar de dar problemas.

J: Eu sei que quando sai eu tentei dar meu recado pro prefeito. Foi aí que eu conheci o prefeito pessoalmente, mas também já era tarde demais e também meu orgulho também, não deixava eu retomar. Tipo, ah eu acho que eu fiz o que era preciso, agora né, é tarde.

8. Gostaria de acrescentar alguma coisa?

J: Eu consegui o que precisava, então fiquei muito satisfeita, mesmo tendo sofrido corte com isso (ter sido demitida) e também estava muito preocupada com essa coisa da criminalidade. Lá tinha locais que eram realmente mais perigosos. Tinha um lugar que eu não sei qual era o nome do bairro, mas que era assim tipo um, tipo uma comunidadezinha, entendeu? E que a gente queria ter acesso também à eles (os pacientes) para o tratamento. Mas eu não cheguei nem a conseguir entrar lá porque era perigoso só para você ter ideia...

Beatriz: Esse lugar talvez seja o Carvão que é bastante perigoso...

J: Isso!... bem, é isso...

Entrevista com A.

Ex- gestora do Programa de Saúde Mental do Município de Itaguaí

1. Conte-me sobre sua trajetória profissional em relação a saúde mental...

Eu sempre atuei como psicóloga e antes de vir para Itaguaí, eu trabalhava em Mangaratiba, atendia no ambulatório de psicologia e sempre gostei do fiz. Estudava para me manter atualizada. O serviço público dá uma grande experiência, né.

2. Como você chegou até a gestão municipal do programa de saúde mental?

A: Eu era muito brigona. Eu brigava muito. Eles não me suportavam. Eles me aturavam porque não tinha jeito. Eu tinha alguma entrada por que eles achavam que eu era amiga do prefeito. Eu não era amiga do prefeito. A minha história com o prefeito foi desde Muriqui. Que eu fui demitida em Muriqui e o povo fez abaixo-assinado, fez um monte de coisa, foi assim que o prefeito me conheceu.

Beatriz: Quando ele era prefeito lá em Mangaratiba, né?

A: Ele era prefeito em Mangaratiba. Na primeira gestão dele. Quando ele entrou. Eu já trabalhava antes lá. Aí eles mandaram embora um monte de gente. Quem entra sai mandando todo mundo embora. Aí o povo, tem até caso que tinha abaixo-assinado, tinha... Mandavam carta, iam para a porta dele (do prefeito) um monte de gente pedir. Aí ele mandou me chamar para me conhecer. Me conheceu assim. Ele falou assim: “Eu dei uma pesquisada, você não falta, você não chega atrasada”, e realmente, eu sempre fui meio caxias com trabalho né), aí ele me chamou por conta disso. Aí eu fiquei na psicologia (no ambulatório), continuei atendendo no posto como eu atendia nada demais. Com o tempo entrou uma coordenadora lá que aí queria me tirar do posto, começou a arrumar confusão porque era de fora do município. Queria me tirar do posto para me mandar pra longe. Quando ele soube “Essa mulher não pode fazer isso”, mandou ela embora e me botou no lugar dela. Ele ficou puto porque ela estava fazendo meio que perseguição, né.

A: Porque eles... Tinha gente que achava que eu manipulava as pessoas para ficarem a meu favor. “Não, eu sou técnica, trabalho bem pra cacete. Psicologia é o que eu mais amo fazer na vida.” E eu trabalhava direito. Trabalhava direito e tinha retorno, até hoje tem paciente de lá que me procura aqui. O pessoal de lá...

A: E não tinha essa história de ser amiga. Tinha isso, ele tinha um tremendo respeito por mim.

A: Quando eu fui... Quando a gente... Quando ele (o prefeito) veio pra Itaguaí, eu vim, fiquei na coordenação da psicologia no hospital, fiquei lá nem pensava em coordenação de saúde mental. Aí a Jaqueline começou a brigar com todo mundo. E ela atentava todo mundo, ela era brigona também. Só que ela não tinha respaldo, ela era uma pessoa de fora, ela trabalhava não sei aonde. Ela ia no município uma vez por semana.

A: Não tinha como. No primeiro ano, quando eu assumi, eu fiquei de domingo a domingo trabalhando, um ano. Na época da residência não tinha hora não tinha dia, de madrugada tinha crise estava eu lá. Isso você acaba impondo respeito.

A: Só que não uma pessoa qualquer. Uma vez eu sai de madrugada de casa, foi a Luana que teve crise. Peguei meu carro e vim, quando eu cheguei no posto lá na entrada da Rio Santos para abastecer não tinha nem carteira. Esqueci. Duas horas da manhã. Aí fui para lá (Itaguaí) acabei dormindo por lá mesmo. Então esse tipo de coisa é que fazia com que eles me aturassem: ninguém vai fazer isso que ela faz...

A: Entendeu? E o prefeito sentia isso. Uma vez ele me chamou para me dar uma bronca porque uma enfermeira foi para lá chorando porque queria transferência e eu não dei a transferência. Ela foi para lá, chorou, chorou, chorou. Aí ele ligou para mim para me dar esporro. Falei: “É prefeito quer que eu vá aí chorar no seu colo também? Eu choro. Você tem

noção do que eu passo aqui?” Aí ele falou assim: “É, deixa eu ver o que faço aqui”. Aí uma vez ele me chamou e falou isso: “Você é técnica, eu não posso me meter nessas coisas”. Então esse... respaldo era nesse sentido. Supostamente era meu amigo, não era.

A: O povo, acho fantasiava no imaginário deles era que eu frequentava casa do cara (prefeito). Tinha duas coisas: eles viram a dedicação que eu tinha, que trabalhava direito, eu tinha o conhecimento técnico e tinha o conhecimento teórico, né. A equipe que estava comigo conhecia muito, a Íris sabia muito de legislação também. Então eles não tinham nem o que discutir com a gente, a gente chegava com argumento, argumento técnico, que é argumento legal, não tinha o que dizer. E ainda sim diziam, né.

A: Se eu fosse amiga estava lá agora não é? Mas, também, nem que pagasse dez mil eu não voltava. Não vale a pena, pelo o que eu passei não vale a pena mesmo. Eu digo para você, não voltava nem com dez mil de salário. Tinha ameaça, né. O Ministério Público ameaçava a gente o tempo todo. Na época quando eu saí tinha um termo de ajustamento de conduta. Eu fiquei muito assustada com aquilo, não estou acostumada com isso.

3.Qual foi o período da sua gestão?

Entrei finalzinho dezembro de dois mil e cinco e fiquei até final de dezembro de 2012.

4.Existia uma diretriz política do município voltada às ações de saúde mental?

A: A saúde mental nunca teve importância, só quando tinha surto quando perturbava eles, aí tinha importância. E a questão do dinheiro. Quando eles viam que o dinheiro era... chegava, vinha através do trabalho, que cada paciente tinha um rendimento, então...

A: Eu acho, assim na minha cabeça, eu acho que era muito preconceito com a doença mental. Porque eles não podiam mexer no dinheiro. O dinheiro não podia tirar para nada; que o dinheiro estava lá... No fundo municipal de saúde destinado a abertura dos serviços, por exemplo destinado à abertura do CAPS AD.

A: Mexer eles não podiam, então eles não podiam botar aquilo em lugar nenhum. Aquele dinheiro, está lá. Não sei, eu ouvia tanta coisa. “Tu gostas tanto de maluco assim?” “Tu és maluca?” Eu ouvia isso. “A. tú vai ter muito trabalho com isso.” “Ué, meu trabalho é esse, né?”

A: Muita coisa do que consegui é porque o prefeito dizia assim: “Você é técnica e eu não me meto em mais nada”. “É contigo”. Até me deixava meio largada porque me deixava no meio das feras, né. Havia uma uma direção. Eles colocaram uma direção especializada. Eu não concordava, mas era isso...

A: Foi muito difícil, nossa! me estressei de um jeito porque eu queria a coisa funcionando direito. Eu conseguia, no meu entendimento funcionava. A gente teve acho que foi dois ou três anos seguidos com zero internação, por exemplo. Zero, não tinha uma internação. A gente dava conta de tudo lá. Que dizer, não tinha custo para o município e ainda recebia! Até casos graves. A Esperança quando esfaqueou o Cosmo... Ou foi ao contrário... Foi a Esperança que

esfaqueou o Cosmo. A gente não internou, a Esperança. Ela teve uma crise braba e a gente conseguiu segurar lá.

A: A gente lá na saúde mental, durante a minha gestão, não faltava nada. Não faltava nada. A gente no carnaval, a gente fazia festa, comidas, bebidas, tinha bloquinho que ficava lá na rua do Caps para eles, páscoa, festa junina, essas festas anuais. Medicação não faltava, almoço, os lanches que tinha que ter sempre, não faltava nada na época da gente, porque era tudo justificado. Era o dinheiro para saúde mental, era deles (pacientes). A gente passeava. A gente levava eles para passear, alugava ônibus. E se não fosse o dinheiro, não tinha nada disso.

5.Quais eram os principais impasses e dificuldades relacionados a gestão do programa de saúde mental?

A: O carro foi uma dificuldade muito grande nossa. Tinha verba, mas o carro ele ia para outro lugar. Até eu conseguir ter uma kombi a nosso dispor e um gol... Eu consegui ter uma Kombi para o transporte deles (pacientes) e para VD (visita domiciliar)... E tinha um gol que ficava a nossa disposição. Era para ter três carros e eu ainda consegui os dois.

A: Uma vez eu fui, peguei um pedaço de madeira desse tamanho assim com uma ponta, que tinha uma paciente que queria furar a gente com aquele negócio. Porque ela queria carro para poder ir fazer o tratamento fora e nunca conseguiu o tal carro, né. Eu fui lá e entrei na sala dele sem ninguém anunciar e falei: “vem cá tu vai esperar alguém morrer com esse pedaço de pau pra você liberar o carro que é nosso?” Foi assim, era na briga o tempo todo!

A: O carro foi comprado com o dinheiro do CAPS. Foi comprado com...que cada CAPS quando abre tem uma verba de cinquenta mil, dessa verba pode ser comprado carro. Entendeu? Pode ser comprado carro e é um meio de utilizar esse dinheiro no serviço para o funcionamento do CAPS. Não pode pagar funcionário, não pode fazer mais nada... Esses cinquenta mil foi para o CAPS Ad. A Jaqueline, ela deu entrada no processo. Aí a verba chegou.

A: Eu assumi em dezembro. Acho que foi dia sete de dezembro que eu assumi. E o da Residência (Terapêutica) a mesma coisa, da Residência a gente precisou do Ministério Público para abrir, porque eu(estava lá, estava tudo lá. Faltava o secretário liberar e ele não liberava.

Beatriz: E ele não liberava por quê?

A: Porque (o secretário) não queria o serviço, não queria ter mais problemas, entre aspas, não queria mais... O dinheiro estava lá, os pacientes vindo da Eiras, que a gente estava para receber mesmo. Me lembro que foi dia vinte e um de abril ou dezoito de abril que a gente inaugurou a Residência, mas foi... sabe... na base da briga.

A: Foi dezoito de abril, eu me lembro que era dia do índio e a gente ficava “olha a liberdade não sei o que...”, mas isso foi muita briga e bate boca com ele (o secretário de saúde).

A: Aquele leito do hospital era outra, era outra, outra entrada. O diretor do hospital não queria, era uma briga, sempre dificuldade e eles não... ali a gente nunca teve apoio, nunca teve apoio. Por que era uma normatização técnica que já vem do Ministério, já veio coisa pronta

para funcionar daquele jeito né, mas no município... em geral, a direção do hospital que embarreira. São burros, né, porque minha equipe... a gente propôs minha equipe lá... e na época nada... não tinha nada que fizesse eles mudarem. Eles falavam assim mesmo: “O hospital é meu, já pensou um maluco vim aqui estuprar uma pessoa no meio do corredor”.

A: Mas são burros, né?! porque se tivesse equipe lá, tinha menos problema! Contenção de uma crise seria...

A: Esse aqui é o relatório do Edmar (Oliveira) na época da supervisão. Olha, ele fez questão de carimbar que era diretor (do hospital) nessa época.! As equipes ... está vendo?

A: Aqui a gente já fazia alguma coisa no hospital, tem sobre o hospital, sobre o ambulatório de psicologia. Na época isso aqui estava tudo misturado, ambulatório infantil que atendia no CAPS Bem Viver.

6.Como estavam organizados os serviços de saúde mental quando você assumiu a gestão?

A: Quando eu entrei o Caps Bem Viver estava faturando setecentos reais, que era o valor de uma AIH, aí eu fui procurar junto com o funcionário Antônio, que foi muito parceiro na época, tentar entender o que estava acontecendo. A gente descobriu que havia pela coordenação, eles mandavam os valores, só que mandavam com mês retroativo, tinha uma coisa assim...

A: Aí eu comecei a organizar no primeiro mês a gente já faturou cinco mil. Por que era também era muito complicado, todos os pacientes tinham que ter toda a documentação para poder ser cadastrado no Caps. Então a gente fez um levantamento disso no Estado, eu e o Antônio descobrimos onde estava o erro e começamos a faturar direitinho.

A: Então o primeiro mês foi cinco mil, no segundo mês acho que foi treze mil, isso também a gente tem... Tinha documentado não sei onde está, se estiver alguma coisa comigo eu até disponibilizo para você. Aí treze mil e depois vinte e cinco mil. Foi aumentando à medida que a gente ia organizando, quando eu... no final já faturava acho que era quarenta e dois... não... acho que era uns cem mil o CAPS, só o CAPS Bem Viver.

A: Quando eu saí o faturamento era de... era... eu não vou lembrar esses números, mas eu acho que o CAPS Bem Viver era uns cem mil, o CAPS Ad uns quarenta e dois mil. O CAPSi já tinha também um faturamento... Eu sei que assim, eu me lembro que o pessoal falava assim: “Caramba Aída é muito dinheiro, em um ano é milhão, um milhão de reais de faturamento”, sabe?

A: Então essa parte do financeiro a gente levantou de um jeito, por isso que brigar com a secretaria era fácil, entre aspas. Para transformar a AIH em APAC era isso, tinha que ter toda uma documentação dos pacientes, a gente foi levantando, os que não tinham documentos a gente tirou, né. Refez toda a parte de documentação deles. Eu sei que a gente levantou o faturamento em APAC e por isso a gente tinha como brigar com a secretaria. Entendeu?

A:Eu sei que época da Dalva funcionava bem a saúde mental. O faturamento era direitinho, tinha um funcionamento legal. Aí nesse período que... desse ano que a Jaqueline entrou teve

muita dificuldade, até porque mudança de governo traz isso, né? Então ela sem muito apoio, a prefeitura sem saber muito como fazer, aí ela acabou não ficando... Ela (Jaqueline) não era uma pessoa que tinha conhecimento na área. A Dalva era muito antiga na saúde mental e eu também. Então a gente tinha um manejo diferente com o serviço público. Nosso manejo é diferente, a gente consegue o que quer de uma forma mais... acho que humana, sabe?

A: A gente tem uma visão também mais humana do paciente, aquele ambulatório não se separou no meu período também. Eu sabia que tinha que separar. É, em tese pelo Estado né, a Jaqueline seguia toda a normatização do Estado. E agente seguia sim, mas a gente seguia dando nossos passos... Para mim eu fazia sempre o que era melhor para o paciente.

A: Que o Estado podia mandar o que fosse para gente de normatização técnica. Eu seguia a normatização técnica, nunca fugi delas, mas sempre em acordo com paciente, sempre pensando no melhor para eles. E em momento nenhum o melhor para eles era mudar o ambulatório (de lugar) naquele meu período. E a Dalva também tinha isso muito claro. Pelo perfil deles, né? A Jaqueline acabou ficando sem apoio por isso, porque ela queria seguir rigidamente o Estado.

A: Aí ela não tinha apoio dos técnicos, ela não era conhecida pela prefeitura porque ela era nova no município, inclusive, ela não conhecia o município e isso faz muita importância na coordenação de saúde mental. E ela bateu cabeça com todo mundo, ela confrontava todo mundo. Não durou um ano. No município, se você não tiver jogo... não consegue. Eu que tinha isso tudo às vezes eu tinha que colocar o pé na porta lá na sala do secretário para fazer as coisas acontecerem.

7.Existiam facilitadores na proposta de reorientação da assistência no município, quais?

A: A gente teve muito trabalho com a Residência, mas é o nosso trabalho, era o nosso trabalho. Eu sei que a gente conseguiu com muita... e aí nós conseguimos fazer. Eu não gosto de falar disso porque eles não sabem, um acordo de cavalheiro com o Ministério Público. Então eu chegava lá dizia o que estava emperrado e ela (a promotora) ia lá e empurrava para eles. Aí a Residência foi assim e o CAPS infantil também foi assim.

A: Eu lembro quando ele foi inaugurado (Capsi). Engraçado, né?! foi uma, uma senhora conquista porque eu apanhei muito para abrir aquele CAPS. Aquele ali foi a promotora que, Doutora Elaine, que é promotora da Vara de infância que nos auxiliou, cobrando do secretário de saúde a abertura do serviço.

A: Oficialmente foi o último equipamento aberto. A gente teve a ideia de implantar o CAPS III, já tinha como proposta para o ano seguinte, né. Aí o prefeito não ganhou, saiu toda equipe. Talvez se a gente tivesse continuado tinha... Teria aberto. O CAPS III eles bancaram a proposta por conta do financeiro. O Carlos que era secretário aceitou a ideia depois de muito... isso porque havia a promotora também pressionando... mas... não saiu do papel.

8.Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

A supervisão foi um outro ganho nosso... também briguei muito para ter... esse aqui (mostra o relatório) eu queria que você tirasse cópia, é a única coisa que eu tenho... Essas coisas deve ter lá (no Caps II Bem Viver). Graças a Deus, eu deixei tudo lá! Nossa! Eu estou bem agora, eu trabalho agora dois dias na semana!

Entrevista com A.D.C.

Ex- gestora do Programa de Saúde Mental do Município de Itaguaí

Beatriz - Como você foi trabalhar em Itaguaí?

A.D.C. - Eu já trabalhava em Itaguaí. Eu fui uma pessoa que rodou todos os quatro cantos de Itaguaí. Todos os setores que você possa imaginar de Itaguaí, eu trabalhei. Então, eu trabalhei no hospital de Itaguaí, eu trabalhei na terceira idade de Itaguaí, no posto de saúde, no conselho tutelar até que fui para o fórum de Itaguaí que no fórum de Itaguaí também há uma demanda grande no que se refere ao hospital de Paracambi, tá? Porque quando veio a lei da reforma psiquiátrica que diz que tem que, todos tem que sair dos grandes hospitais e que o Caps deve começar a tomar conta disso daí, o ministério público, ele começa a ter um olhar mais atento até porque está na lei todas as pessoas institucionalizadas hoje deve se comunicar né, ao ministério público sob pena de você responder. Então tudo isso aí, então já é uma demanda e aí eu já tinha passado na época já tinha passado pela saúde mental, estava lá no fórum, mas também acolhendo essas demandas porque passava pelo fórum. Nós tínhamos que ir ver todos que já tinham saído... Entrava-se com um processo contra a instituição, dava um prazo para a instituição, para olhar... até tanto tem que tirar todo mundo daí, não pode ficar por que ... Paracambi foi desmontado. Justamente a partir daí, né porque é aí Itaguaí começou a receber todo mundo. Só que nós não tínhamos residência terapêutica

Beatriz – Você entrou na gestão em 2004 e foi durante o processo de implementação das residências terapêuticas promovido pela ação da Eiras. Como foi isso lá em Itaguaí?

A.D.C. - Não tinha residência terapêutica. Essa era uma questão com a Cristina Ventura. E a época eu era a coordenadora e vinha para as reuniões com ela. Quando chegava a ir nas reuniões... Ai meu deus... Era horrível! Ela pegava... é... uma relação de cada município, quanto que cada município conseguiu do governo federal, quanto que ganhou financeiramente do governo federal.

A.D.C.- E perguntava, “vem cá teu município ganhou tanto por que que ainda não implantou a residência terapêutica? Você sabe como ela pergunta. Então ela perguntava assim. Muitos respondiam como: não sei. Até porque você como coordenador, mas você não sabe para onde o dinheiro vai. Entendeu? você tem que solicitar. Então como era solicitado na época nós solicitávamos à secretaria de saúde. Olha está tendo uma exigência. Então isso era trazer na realidade como funciona. Funciona muito como se fosse um porta-voz e nós tínhamos à época essas reuniões, elas eram constantes. Não eram reuniões...ah de três... Não! Todo mês nós tínhamos reunião, porque ela pegava de todos os municípios e, é me lembro como se fosse hoje! Teve uma vez que até um que deu uma resposta meio que malcriada: “a senhora pergunta ao prefeito do rio de janeiro”. Que era uma coordenadora do rio de janeiro. Não lembro mais o nome dela. Isso já faz muito tempo, a gente não lembra mais. E aí ela falou: “pergunta ao prefeito do rio de janeiro”. Porque na realidade você não tem acesso a esse montante. O que chega você não tem acesso. É mais como um coordenador você tem que

implantar um serviço. Por que isso é uma demanda do governo federal que vem e que aí o estado fiscaliza e o município tem que implantar, né?

Beatriz - Você falou que chegou no município, você trabalhou em vários serviços. Quando você chegou no município, foi mais ou menos em torno de que ano? Se lembra?

A.D.C. - olha eu acho que foi em 1999. Eu não lembro direitinho, direitinho não ... Mil novecentos... Não lembro direito. Assim... o ano eu não lembro. Foi no final da década de 90 talvez. Talvez no final da década de 90. Foi antes de inaugurar o caps isso eu tenho certeza porque na inauguração do Caps eu participei do... desse Caps Bem Viver, eu participei dessa inauguração.

Beatriz – E você sabe responder porque é que se chama Caps Bem Viver? Tem alguns lugares que foram os próprios pacientes que deram o nome do Caps... Escolheram o nome, eu acho que lá em Itaguaí talvez até não tenha sido os pacientes...

A.D.C. - não ...eu não sei porque que colocaram esse nome de Caps Bem Viver. A Maria Tereza na época que era secretaria de saúde junto com a Dalva. Eu não sei se elas combinaram e colocaram esse nome Caps Bem Viver. Por que eu não participei dessa montagem. Quando eu fui prá lá o serviço já estava montado. Ele estava montado, mas não estava montado num todo.

A.D.C. - Nós só tínhamos aquele Caps e o Caps Ad. As residências terapêuticas era uma solicitação do estado através da Cristina Ventura que na época era a coordenadora. Ela solicitava muito isso. Dava prazo para poder montar. Inclusive eu vou te falar uma coisa: essa pressão foi que me fez sair da coordenação. Não dela, a culpa não é da Cristina Ventura, não. O que eu tô te falando é o seguinte: tinha uma exigência, tinha uma necessidade.

A.D.C.- Porque nós tínhamos ainda pacientes dentro lá de Paracambi e essas pessoas ficavam lá ... Existia uma solicitação. O ministério público em cima solicitando e não tendo uma resposta da gestão. E eu lembro uma vez inclusive, como nós não tínhamos Capsi, não sei se hoje tem.

Beatriz – Tem.

A.D.C. - E a época não tinha e tínhamos uma menina do abrigo que necessitava ter um psiquiatra infantil, a princípio não tinha esse psiquiatra, o ministério público exigiu que tivesse sobre pena inclusive de mandar prender, quem estava na gestão, né. Eu lembro na época quem era que estava no ministério público. Inclusive eu fui lá falar, me apresentar dizer que não era, explicar a situação . Ele foi assim bem claro, “se não tiver eu vou officiar, eu estou officiando e eu quero que tenha um (psiquiatra). Prende quem tá no cargo, então é... Você que tá no cargo, você que responde por aquilo, não é o prefeito”. É a pessoa que tá ali no cargo que fica responsável.

A.D.C.– E essa a gente conseguiu, eu encaminhei na época para secretaria de saúde. Maria Tereza (secretária de saúde) solicitando e ela teve o atendimento. Mas a pressão era muito grande na época. Porque nós estávamos implantando...a lei era muito nova... a lei era de 2001... e aí, nesse momento a gente só tinha esse Caps, e é nesse Caps que a gente tentava dar conta de tudo, inclusive dos que vinham lá de Paracambi.

A.D.C. - Exceto aqueles que lá em Paracambi conseguiam ter um contato com alguém da família. Mas assim, era uma luta muito grande, porque sempre tinha aquela contagem : olha , ainda existe cinco lá em Paracambi, tem que sair de Paracambi... Olha, o ministério público tá exigindo, o ministério público tá em cima... Tem que tirar de lá... E aí... Se falava que tinha

que tirar mas infelizmente a coisa assim não andava tão rápido. Aacredito que ainda não ande tão rápido. Principalmente nessa implantação. E as reuniões... Elas eram sistemáticas. Eu lembro que existia uma pressão de todos os lados. Era uma época... terrível! O ministério público solicitando, era o estado solicitando através da Cristina Ventura; e eu pedindo ao município para implantar o serviço. Nós íamos para reunião e a Ventura, tinha todas as informações quanto de dinheiro oficialmente tinha sido entregue ao município, e aí vinha a pergunta: “por que com esse dinheiro não se implantou ainda o serviço”?

A.D.C. - Todo mundo falava a mesma coisa. Porque nós éramos de uma gestão que passava para você a responsabilidade, mas eles não te davam autonomia. Eu acho que isso continua existindo porque você é responsável por aquele setor mas cadê a tua autonomia para poder falar, “eu quero que compre isso e isso e isso”. Olha, entrou tanto de dinheiro, então vamos aplicar aqui, aqui e aqui. E aí sim, você prestar contas. Porque aí você não presta conta. Você não vê esse dinheiro. Esse dinheiro não passa por você. Eu amei quando essa coordenadora, não lembro o nome dela, do município do rio de janeiro, falou: ué, por que você não pergunta ao prefeito? Porque o dinheiro vai prá ele. E ele que tem que ver as necessidades e direcionar o dinheiro para os setores.

A.D.C.- Você fica de pés e mãos atados, não tem como, não tem o que fazer! Isso foi algo que me levou a sair porque é me angustiava muito, eu sofria muito. Eu era cobrada de um lado e chegava no município, a pessoa simplesmente dizia “depois a gente vê”. E aí eu olhava... caramba! Eu vou lá, sou pressionada, e chego aqui digo, e nada... nada acontece. Não dá importância a minha fala e, e aí tu chega no outro mês, tu vai para lá novamente (para a reunião da ASM) mas é porque o município é assim mesmo...

A.D.C. - Então, porque a exigência nesse momento era a implantação das residências terapêuticas para tirar as pessoas dentro da Dr Eiras, que ainda tinha gente lá... eles ficaram um ano... e lá foi ficando vazio. Tanto que a residência só inaugurou em 2006.

A.D.C.– Por que isso tem todo um processo. Isso passa pela justiça porque quando... depois da lei que veio, a lei regulamentando toda a prática com os serviços de saúde mental o ministério público começa a tomar conta, a olhar, a fiscalizar... então, isso tudo existia uma cobrança... até hoje ainda existe. Por que hoje, por exemplo, para você entrar com um impedimento contra uma pessoa, para interditar uma pessoa hoje é muito difícil, porque o que se quer e o que se discute é exatamente a autonomia desse indivíduo por conta desse transtorno, né? e a época nessa transição existia uma dificuldade das pessoas entenderem, quem não era de dentro desse meio, quem não tinha entendimento, quem não tinha lido a lei porquê... embora tivesse uma gestão do próprio município, tivesse a secretária, tivesse o prefeito, não se tinha idéia de como que isso era uma norma e que estava sendo exigida. Talvez eles só tivessem consciência a partir do momento que foi: olha se não fizer, alguma coisa vai acontecer, entendeu... é... prendesse lá o secretário de não sei o quê. Então foi muito assim, nós passamos por isso. Eu passei por isso em dois momentos. Tanto, quando isso aconteceu com essa menina que era abrigada e que dependia desse acompanhamento porque nós não tínhamos o Capsi.

A.D.C. – Então, era só esses dois núcleos, né? Que é o Caps Ad e o Caps bem viver. Então pra aquela região toda, só trabalhávamos com esses dois.

Beatriz – Na época antes do Caps Ad o serviço que tinha se chamava CENPREID, que era do Marcos Barreto. O CENPREID, ele começou a funcionar no ano 2001. Em 2005 é que o CENPREID começou a se modificar, prá se transformar em Caps até porque ele

era lá em Santa Cândida (bairro), né, e então prá ser um Caps o acesso era bem distante.

A.D.C. - Exatamente. Eu trabalhei com o Marcos Barreto lá no CENPREID, trabalhei com ele lá. Nós tínhamos uma demanda muito grande. Mas o Marcos Barreto trabalhava lá todos os dias. Tinham várias psicólogas, eu, Mariângela e outras que eu não lembro o nome. Nós trabalhamos com ele durante muito, muito tempo. Inclusive indo por dentro do município de Itaguaí oferecendo as palestras, dizendo a respeito do uso da droga, como é que era, qual era a reação. Então ele fez muito isso dentro do município de Itaguaí. Era um trabalho bem legal, bem bacana, entendeu?

A.D.C. – Lá no Caps (Bem Viver) tinha um médico psiquiatra que era muito bom. Eu acho que era o Sardão. Eu não lembro, mas eu acho que era o Sardão, uma pessoa fantástica... Aprendi muito com ele. A gente fez uma troca muito boa, de conduzir o paciente sem entrar naquele stress, né. Entrar com sossega leão. Então, dependendo do quadro, avaliar, ver se é necessário entrar com a medicação, sossega leão que a gente chama, né, no senso comum. Tinha esse olhar, então, de entrar na história desse paciente. Saber conduzir através da história. Então eu lembro de um caso de uma paciente. Estávamos fechando o Caps porque ele funcionava de oito e às dezoito. Então ele não funcionava 24 horas devido ao número populacional. Os casos, por exemplo, que ocorriam e que chegavam, caso na emergência, nós encaminhávamos para o hospital. Só que inclusive pela dificuldade que eu estou te falando, pela falta de informação tivemos que brigar muito. tentando informar, falando pro médico.

A.D.C. – No hospital, que a pessoa tinha que tá ali ...porque existia uma norma pela secretaria de saúde. Eu lembro um dia, eu cheia do direito, que aí você se embui do conhecimento que não serve para nada numa situação dessa. E eu falei “mas a portaria 224”. Ditando o número da portaria, diz que tem que ter dois leitos e que essa pessoa... “Mas eu não vou ficar” (responde o médico do hospital). Eu falei: ”mas o senhor tem que ficar porque isso é lei, isso é norma... Eu sou a coordenadora de saúde”... Aí ele olha prá mim e fala assim: “mas a lei sou eu”. E eu falei: “ok!. Então eu vou fazer o seguinte, eu vou deixar essa pessoa aqui e aí o senhor vai ser o responsável. Eu tô anotando que eu vou deixar aqui”. Foi assim, sabe? Um desgaste muito grande porque você tinha que brigar com o médico. Você tinha que brigar com o secretário da saúde para que ele se entendesse com o prefeito. Porque me parece que nem todo mundo entendia qual era a importância da implantação da lei naquele momento.

Beatriz - Até hoje nós temos que brigar com o hospital...

AD.C. – É, e nós passamos por isso. Então foi o momento que eu peguei, que foi um momento de transformação. Eu peguei exatamente um momento de transformação, porque a lei saiu em 2001. É, então, toda essa luta foi nesse momento. E foi uma luta árdua.

Beatriz - Você disse que começou a trabalhar no município em torno de final dos anos 90 e no hospital, certo? Na época que você entrou já tinha psicólogas trabalhando no posto de saúde?

A.D.C. – No posto de saúde... já tinha psicólogas trabalhando.

A.D.C.– Eu trabalhava como psicóloga dentro do hospital de Itaguaí. Quando o CENPREID abriu eu fui para trabalhar com Marcos Barreto. Por que eu tinha feito uma pós em sexualidade e aí ele queria falar a respeito da sexualidade e essa relação com a droga. Como é que ficaria essa relação. Então foi um trabalho que nós fizemos muito tempo, durante muito tempo. Fizemos palestras em vários lugares apresentando caso concreto. Era um trabalho bem bacana de conscientização às pessoas. Levando a informação às pessoas. Esse era um trabalho

bem legal. Quando virou Caps ad eu já não estava mais, e eu já estava fazendo outro serviço dentro do município embora eu estivesse com Marcos Barreto nas palestras, fazendo as atividades junto com a população, conscientizando, então era um trabalho muito cidadão, de cidadania, de levar realmente essa informação para que as pessoas pudessem saber dos seus direitos, dos seus deveres.

Beatriz – Você sabe me dizer mais ou menos se elas começaram a trabalhar na década de 90 ou foi anterior? Porque a gente sabe que a psicologia foi para o posto de saúde por conta da reforma psiquiátrica, que abriu um novo campo de trabalho, que era psicólogo na saúde mental e aí o psicólogo saiu mais do hospital e foi para o posto de saúde. Isso foi na década de 80. Saberá se lá em Itaguaí também foi na década de 80 ou já foi na década de 90?

A.D.C. – Bem, o que eu me recordo, porque eu entrei lá no final de 1990, nós já tínhamos psicólogos dentro do município no posto de saúde, inclusive já tinha algum tempo. Eu já conheci psicólogas à época quando entrei já tinha assim cinco anos dentro do município. Quando inaugurou o Caps, foram as próprias psicólogas que já estavam ali que passaram a atuar dentro do Caps. Então já tinham os psicólogos do próprio município que passaram a atuar dentro do Caps. Mas a época só tinha uma do município concursada. Depois com muita pressão é que eles começaram a abrir concurso para Itaguaí. Que até então não tinha. O restante era contrato, era cargo de confiança. Então esses cargos que nós ocupávamos era cargo de confiança. Não tinha concursado. Depois que abriu, nossa! Muito tempo depois!

A.D.C.- As psicólogas do posto que foram trabalhar no Caps. Já funcionava como Caps, e aí como veio a exigência de ser Caps, que se ia transformar em Caps. Teve a inauguração para dizer, para constar que ali era um Caps. Mas antes ele já funcionava com o atendimento.

A.D.C.- O Caps Ad antes de ser inaugurado, já funcionava como Caps Ad. Nós já fazíamos o atendimento aos pacientes que tinham comprometimento com droga lícita, droga ilícita. Nós já fazíamos esse trabalho. Ah, depois ele só foi, na realidade, só foi oficializado, entendeu? Ele se transformou em outro nome quando inaugurou. ... Porque até então a gente atendia, já fazia o trabalho no Caps Ad só que não tinha um nome e não foi reconhecido pelo município, e foi uma luta isso também. Não teve reconhecimento assim, esse trabalho. Ele começou com a força do Marcos Barreto. A época inclusive nós usamos aquele, como é que é os 12 passos, que é algo que já nem se usa. Mas era a implantação, era a orientação naquele momento. Então depois nós abandonamos isso e começamos com outras técnicas, aplicação de outras técnicas. Mas nós já fazíamos, nós já estávamos fazendo os grupos terapêuticos lá e o atendimento individual, atendimento em grupo, palestra, atendimento à família, acompanhamento a família, então tudo isso era feito.

A.D.C.- Fora isso, a justiça já mandava para nós adolescentes que eram pegos utilizando drogas ou às vezes quando eram pegos com algum tipo de drogas, aí descobria-se que ele era paciente, ele era encaminhado para lá (CENPREID) e nós tínhamos que fazer um relatório que ia pra justiça. Então já tinha isso. Esse trabalho já era oferecido pelo município, tanto é que quando ele veio oficializar dizendo que seria Caps Ad, os psicólogos que lá estavam continuaram trabalhando. O que mudou lá foi o de local porque era muito longe, depois ficou mais ou menos. A última mudança que teve eu não estava mais, eu já não trabalhava mais lá.

Beatriz – E como era o acolhimento à crise? Direccionava para o Hospital Municipal São Francisco Xavier?

A.D.C. – Isso. Na realidade o que se fazia à época era que a gente levava para o Hospital Geral, tentava ver se ele entrava novamente no equilíbrio possível né, e ele voltava pro Caps.

No Hospital São Francisco que ele era medicado e se avaliava se ele voltava para o acompanhamento no Caps. Então nós trabalhávamos assim. Não encaminhava para uma internação psiquiátrica. Ficava ali no hospital geral o tempo necessário para que ele pudesse ter um acolhimento sem passar pela internação psiquiátrica. Então, esse era o trâmite da saúde mental na época que eu trabalhei lá.

A.D.C. - Nós tínhamos discussões de caso que tanto ocorria com o Marcos Barreto como ocorria lá no Caps com o dr. Sardão, eu acho que era assim que chamava. Nós tínhamos uma equipe para trabalhar nas oficinas terapêuticas, que funcionavam todos os dias. Nós tínhamos os funcionários. Infelizmente faltava-se a compreensão da importância de uma residência terapêutica... demorou muito! Faltava dinheiro as vezes para alguma necessidade do serviço, o próprio Caps para dar um conforto maior para as pessoas que frequentava. Então tinha que pedir, ó...tá faltando, tá faltando. Mas, quando você (o serviço) ia receber uma visita, aparecia tudo. Eu acho que continua a mesma coisa, né?

Beatriz – Acredito que tenha mudado pouco...Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

A.D.C. – O trabalho em saúde mental é uma experiência que você passa e que isso marca a sua vida profissional, isso, a todo momento.

Entrevista com T.

Ex- trabalhadora do Hospital Psiquiátrico de Coroa Grande

Beatriz: A Senhora trabalhou no hospital psiquiátrico aqui em Itaguaí, e como era a rotina do seu trabalho?

T.: Eu entrava sete horas, sete e meia o café entrava, aí servia o café pra elas.

Beatriz: O senhora trabalhava em qual função no hospital?

T.: Eu trabalhava na limpeza. E limpava as enfermarias todinhas, posto de enfermagem, consultório médico. Limpava tudo até onze horas, tinha que dar conta até onze horas para subir para pegar almoço pra elas.

T.: O hospital trabalhava só com mulher, eram cento e vinte.

T.: O hospital ficava próximo do trevo de coroa, tem um prédio do lado de baixo que hoje é um colégio. Que na época das freiras fechou, aí depois o prefeito derrubou o prédio e construiu um colégio grande.

T.: Quando eu trabalhei lá eu tinha vinte e oito anos na época. Aí com esse negócio de troca de freira, retiro – que elas fazem retiros né – umas vai pra lá outra vem pra cá. Aí as de Coroa Grande foram para Jacarepaguá. As de Jacarepaguá veio para cá. A que de veio de lá pra cá enquanto ela não fechou o hospital ela não sossegou. Fechou, depois abriu um educandário Santa Juliana que era um colégio de internar crianças. Aí hoje é um colégio das crianças estudar (escola municipal).

T.: Meu marido ajudou a construir o hospital. A história eu não sei direito, porque quando eu fui pra lá já tinha bastante tempo que tinha esse hospital lá. Eu fui pra lá através de falta de pessoas pra trabalhar, porque as pacientes agrediam.

T.: Hoje eu não sei se a polícia pode mais fazer isso, mas na época tinha noite que a polícia pegava três, quatro na rua e levavam pra lá.

T.: Só mulheres. O homem que trabalhava lá era o meu marido que trabalhava na obra, nos reparos pelo lado de fora, e os médicos. Tinha doutora e tinha médico homem.

T.: Eu tinha vinte e oito anos quando eu entrei pra trabalhar, mas já tinha muito tempo... Eu entrei lá porque deram férias pra uma menina lá e a outra que entrou de licença médica.

T.: Tinha mesa no refeitório. O refeitório era como daqui lá, só que era mais largo; tinha uma mesona mais ou menos da largura daquilo ali, só que era mais comprida e tinha aquela carreira de banquinhos de ferro para as pacientes sentar.

T.: Aí entrou uma paciente pra trabalhar lá, eu não sei o que... tal de Damiana, lembro o nome dela até hoje. E essa menina que trabalhava lá, não sei o quê que houve que essa paciente, a Damiana, jogou um banquinho de ferro nela. Ela em vez dela pular, ela levou o braço. Partiu o braço dela, então ela teve que ficar de licença, que engessou o braço, essas coisas. Aí as freiras... Não tinha ninguém. Aí falou assim para o meu marido: Ah nome dele é Jorge, “traz a tua esposa pra cá até a gente ver se consegue uma pessoa”. Quando entrava uma hoje para trabalhar só trabalhava hoje, amanhã não vinha mais. Com medo. Com medo das pacientes. Aí meu marido disse “olha irmã eu vou ver”... Irmã Luiza o nome dela. Tinha duas irmãs Luiza. Tinha a irmã Luiza da Sol e a irmã Luiza Brandona, que é a que veio de Jacarepaguá pra cá. Que fechou o hospital. Aí ele falou: Oh vou ver se minha esposa quer vir, ela só vai ficar aqui também até a senhora arrumar outra, eu não vou deixar ela trabalhar não. Nessa história eu fiquei sete anos.

T.: Aí eu fui pra lá e não tinha documento nenhum, as freiras ajudou a tirar. Tirei meus documentos todo, ela assinou minha carteira.

Beatriz: E as pacientes tinham os documentos com elas?

T.: Levava só pra fazer o cadastro. Que não pode deixar que eles rasgam.

T.: Quando o hospital fechou eu tinha quarenta anos, estou com setenta. Foi a trinta anos atrás quando fechou.

T.: Aí eu fui pro hotel Charles e aí fui lá procurar serviço. Me perguntaram lá: “E a senhora já trabalhou em algum lugar?” “Olha, vai fazer dois meses que eu sai do psiquiatra que era das freiras porque”... “A senhora Saiu por quê? Porque fechou. Mandou quarenta funcionários pra rua, eu fui uma delas”.

Beatriz: Eram quarenta funcionários?

T.: Quarenta funcionários, fora as freiras. Tinha a irmã Maura, tinha a irmã Celina, tinha... Esqueci o nome da outra. Tinha a irmã Luiza. Tinha umas seis. Não tinha mais não.

Beatriz: E naquela época o pessoal daqui de Itaguaí se internava lá?

T.: Internava. Tinha o Dr. Eiras e tinha a Cascata. Os pacientes nosso lá da onde eu trabalhava foi pra Cascata porque dois meses depois eu empreguei no hotel Charles.

T.: E tinha uma senhora que entrou depois de mim uns dois meses, Dona Maria Teixeira, ela mora aqui no Barro do Engenho, que ela tem uma irmã que mora lá em cima da serra onde tem o hospital da Cascata. Aí eu comentando pra ela sobre... Das freiras, das coisas, aí ela: “Sabe T. eu vou marcar com a senhora, eu tenho uma irmã que mora lá, eu visitar minha irmã e a senhora vai comigo pra visitar os pacientes”. Aí cheguei lá o responsável de lá cismou que eu tinha que... As pacientes quando me viram endoidaram “ah tia T., tia T. daquilo” aí eles tiveram que abrir o portão.

T.: Vieram todos me abraçando. “Ah tia T vem pra cá com a gente” mas foi uma chorando porque tinha deixado a gente lá, né. Aí falou assim: A senhora quer vir pra cá? A senhora pode começar amanhã. “Ah, meu senhor, eu quero saber se dá pra eu ir todo dia pra casa, né, eu tenho uma filha de menor e eu moro pra lá de Coroa Grande.” Ai ele falou: não, a senhora vai entrar hoje de manhã e só vai sair amanhã de manhã. “Ah, meu senhor, então pra mim não dá não”.

T.: E na hora de vim embora que as pacientes não me largavam de jeito nenhum.

Beatriz: A senhora não teria em casa uma foto da época que trabalhava no hospital?

T.: Não tenho muita certeza não, me parece que eu tenho uma foto lá em casa de uniforme que tirei junto com as freiras e a outra menina que trabalhava comigo, a Elenice. Mas se eu achar ela eu tiro uma xerox e trago pra você.

Beatriz: Tá bom, muito obrigada!

Entrevista com P.

Ex -gestora da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde

Beatriz: Como é que você chegou na assessoria de saúde mental?

P.: Eu tinha essa trajetória já desde que me formei na psicologia, muito próxima a saúde pública e o meu primeiro trabalho foi no concurso... fiz o concurso publico pra Angra dos Reis, lá eu fiz toda uma trajetória como coordenadora de saúde mental, foi um programa exitoso e ao mesmo tempo, eu comecei o meu doutorado. Meu orientador era o Pedro Gabriel. Eu termino meu doutorado em mil novecentos e noventa e nove, na mesma época que o Pedro já [inaudível] programa de Angra tinha um pacto, já era plebiscito e o Pedro é chamado para ser coordenador de saúde mental do Estado, que era exatamente no governo Garotinho que está aqui no IPUB servindo.

P.: Então, aí Pedro me chama pra fazer parte da equipe dele. Pra gente poder começar a construir uma nova lógica no estado. Eu entro lá como membro da equipe do Pedro Gabriel. Nesse meio tempo, a aquela caravana dos direitos à cidadania foi um movimento que foi feito em várias instituições psiquiátricas. O Serra vira ministro da saúde e chama o Pedro para coordenação nacional. Com essa chamada de Pedro Gabriel, esse convite para coordenação

nacional, a gente conversa na equipe pra que eu assuma coordenação. Aí foi isso. Eu já, na verdade, eu já estava lá. Isso ajudou, 'né'. Porque de novo não teve umas (interrupções), teve uma continuidade.

P.: Quando você chegou na assessoria já havia uma proposta em andamento de reforma no estado, mas havia muita dificuldade de implementar, certo?

P.: Com a ida do Pedro pra lá, o que que a gente fez? Eu era, digamos assim, eu era uma das assessoras que trabalhava com gestão pensando no Estado. Então a gente assim que chegou lá, a gente fez um diagnóstico, a gente fez um levantamento do perfil. Porque com os dados que a gente tinha, eram dados muito frágeis, os dados não... os indicadores... Ele não tinha indicador. Não tinha indicador de acompanhamento, eles não tinham dados. Pra você ter uma ideia, se a gente fosse trabalhar com aqueles dados lá, a gente ia está trabalhando em cima de uma realidade que não existia.

P.: Então a nossa primeira ação foi traçar, fazer um diagnóstico situacional do Estado, dos programas, se de fato tinham programas, porque antes, até a entrada do Pedro, o critério... Quando a gente chegou lá a gente falou: [Nossa! mas todo mundo tem programa de saúde mental? Tem alguma coisa esquisita. Como pode ter programa e não ter rede?], mas a gente descobriu que o antigo coordenador cadastrava como programa pra poder receber. O município pra receber medicamento. Então não tinha rede. Então a gente fez todo um levantamento e nesse levantamento de cara a gente já foi percebendo o diagnóstico situacional do Estado e esses traços conjuntos de ações que iam desde ações de implantação efetivas de programas municipais e, com ele, as suas redes que eram quase nulas ou inexistentes 'né'. Na época eram noventa e um municípios. Dos noventa e um, depois teve mais um que é ... eu estou tentando me lembrar... Mesquita! Até então, a gente só tinha noventa e um municípios e o município de Mesquita foi emancipado depois virando noventa e dois., 'né

P.: Dessas regiões, você tinha assim... que que você tinha desses noventa e um? Os critérios de programas era ter de fato uma rede. Aí você tinha todo lá os critérios, que eu vou passar batido aqui. Mas era só pra você ter uma ideia. Você tinha programa, programa, programa, era Angra dos Reis, Volta Redonda, o município do Rio de Janeiro, Niterói. Eu consigo contar nos dedos. Santo Antônio de Pádua, Bom Jesus de Itabapoana e mais um outro programa 'né', serviço.

Beatriz: Sim.

P.: Então a gente foi criando todas essas ações de incentivo de programa. Então você tinha toda uma grande área que era ações extra hospitalares, uma outra área de formação continuada - nessa época a gente [inaudível] chamava educação permanente de formação continuada - e uma outra, a hospitalar porque também os indicadores que a gente levantava era exatamente esses indicadores hospitalares. O que que a gente viu? A gente viu que com a exceção - que aí tem a ver, te interessa, seu objeto - com a exceção do município do Rio de Janeiro, os demais municípios, a área, a rede hospitalar, ela agregava municípios de diversos locais independentes de serem municípios do outro estabelecimento psiquiátrico que estava colocado.

P.: Isso é muito importante, só o Rio de Janeiro mantinha oitenta por cento dos seus municípes internados aqui, todos os demais recebiam pessoas dos mais variados municípios com um

certo mapa migratório. Então a gente também criou os mapas migratórios. Tudo isso foi muito importante para as ações, 'né', de desinstitucionalização, 'né'.

P.: Mas assim que o Pedro sai... O Pedro sai e a gente inicia a ação da Eiras. Foram as duas grandes ações na minha gestão. A ação da Eiras e de Carmo. Que começa comigo, não termina comigo, mas que bom que depois tem o fim exitoso, 'né'.

Beatriz: Qual foi o seu período de gestão?

P.: Como coordenadora de dois mil a dois mil e quatro.

Beatriz: E nesse período já se tentava algo junto `baixada fluminense?

P.: Então, exatamente. Quando a gente começa, isso não é uma ação isolada, a gente entendia que... qual era o papel do Estado? Isso também era muito importante. O Estado, ele era um indutor de política e a gente entendia não um Estado como um supervisor, mas como um indutor de política e também produzindo monitoramento. Então esse tripé, que era a ação extra hospitalar, ações de trabalho e ação da formação, ele sempre foi, ele caminhou e agente está... e aí a gente junto com estratégias diferenciadas, então por exemplo: quando a gente começa essa ação dos programas independente de tentativa de desinstitucionalização a gente tinha um objetivo, uma ação pensada que era implantação efetiva dos programas municipais. Esse era o indicador, tanto que isso era um indicador mesmo, assim, a gente tinha três ou seis programas municipais implantados e a nossa meta era noventa e dois programas municipais implantados. Então isso já vinha o fortalecimento... O fortalecimento da rede. Então já tinha essa ação, essa direção de trabalho, mas conforme a gente foi assumindo também o protagonismo dessas ações de desinstitucionalização, o que era fundamental, você não pode criar uma ação de desinstitucionalização responsável se você não fortalece a rede. Então por exemplo, ao mesmo tempo que a Eiras de Paracambi, a gente começou a ação da Eiras de Paracambi a gente entendeu que essa ação só seria exitosa se a gente ao... Fizesse parte desta ação aqui também a implantação da rede de atenção psicossocial aqui da baixada. E foi um impacto tão impressionante que um ano depois pelo menos tinha um serviço de atenção psicossocial em cada município desse.

P.: Não é? Mas não foi só por aquela outra ação, ela seria mais morosa porque esse a gente fez todo um mapeamento da Eiras e a gente construiu grupos de trabalho. Então assim, o que que aconteceu ali? Você me perguntou o que que existia que esses municípios não queriam. Não era uma questão de querer, era uma questão de fragilidade técnica e política. Então, assim o coordenador, ele não tinha. Se a gente fosse esperar o fortalecimento, a governabilidade do coordenador pra que ele tivesse autonomia suficiente para implantar normativas, a lei, 'né', ele não ia ter. Então ele precisava do Estado como forte mediador e indutor dessas políticas. E aí a gente tinha uma ação em curso que envolvia o Ministério Público, a gente tinha então dispositivos legais e normativas que também a gente soube usar e foi o indutor. Porque era isso, você tinha lá o mapa, [inaudível], era inimaginável você fechar o hospital, um hospital que não recebia mais pacientes, tinha um fluxo enorme daqueles pacientes, como que aqueles pacientes iam ser atendidos se não tinha serviço? Então a gente tinha essas ações da CAT que a Cristina já deve ter te explicado e do núcleo.

Beatriz: Do G8.

P.: Do G8. Eles foram dispositivos clínicos institucionais porque eles acompanhavam cada caso e iam junto, não só na perspectiva clínica, mas na perspectiva da gestão ajudando a implantar o CAPS. Então você ia lá, mas era negociação mesmo que passava desde como o caso ia ser acompanhado [Secretário temos uma ação aqui a gente precisa do serviço, vai ter que montar uma equipe, como é que monta] você ia articulando isso, então, eu não tenho dúvida que a gente... Por que ela, a formação, ela sempre foi uma ação transversal? Porque essas ações elas eram formativas, elas eram um apoio ao coordenador, ao gestor municipal de saúde mental a implantar, inclusive para que ele desenvolvesse ferramentas e tecnologia de gestão que os desse governabilidade pra fazer a rede do território e a presença do Estado constantemente nessas reuniões e nessas regiões acaba (eu não gosto muito dessa palavra, mas vou usa-la) que empoderava.

P.: E dava uma maior contratualidade, 'né', e isso sempre foi um lema que a gente trabalhou. Quando você não tem governabilidade política a sua saída é ter alta governabilidade técnica, alto [inaudível] tecnológico. Então essa perspectiva do convencimento de usar as normativas até o fim. [inaudível] Olha isso aqui não é questão de querer ou não, tem que fazer. Porque é assim que vem o dinheiro, porque é assim que... isso teve um impacto muito grande, 'né'.

Beatriz: Mas havia vontade política dos municípios em implantar uma rede de serviços de saúde mental antes da ação da Eiras? Pois o ministério publico foi importante nisso...

Paula Cerqueira: Mas então... Vamos lá, vamos ser franca, a vontade política na maioria dos municípios continua não existindo, só que que a gente impôs a técnica, a gente impôs a perspectiva da institucional, política também porque só uma ação política você dizia: [Olha você vai ter que cumprir isso, tem uma política nacional de saúde mental. Só que isso era um terceiro fazendo esse trabalho pra dentro do município e não uma perspectiva de toma que o filho é seu, mas de co-responsabilização, a gente ajuda a implantar, a gente monitora, isso fez toda diferença.

Beatriz: No ano dois mil os municípios da baixada ingressaram em um consócio de saúde, esse consócio de alguma forma trabalhou junto a vocês da saúde mental, nesse período?

P.: Tinha esse consócio, mas esse tema da saúde mental não era... a gente até... eu não me lembro de acionar o consócio pra fazer essa discussão. Isso teve também bastante governabilidade, eu estou dizendo na minha gestão. Acho que depois, provavelmente da Adriana, talvez tenha ocorrido uma mediação.

P.: Até a minha saída de lá, não. A gente tinha lá o consócio... E mesmo assim aquele negócio bem complicado, ele não era um dispositivo de gestão. Eu estou falando pra saúde mental, estou falando pra própria saúde, ele mesmo foi...era pouco explorada ainda

Beatriz: Quando você fala em governabilidade, o que você está querendo falar com isso? O que você quer dizer com isso?

P.: A governabilidade é um instrumental técnico político, 'né' e ético. Que é a ferramenta... você poder ter, de fato, pensando na perspectiva do gestor. Ela vai ter várias dimensões de como você vai operar esse conceito, como é que vira um conceito ferramenta. Na perspectiva da gestão é você de fato ter uma capacidade de colocar o seu planejamento em ação e

monitorar, mas não na perspectiva solitária de que tem um que pensa e que implanta, é você conseguir trabalhar com um conjunto de atores que estão colocados ali naquela cena, ‘né’, a governabilidade ela não é uma coisa pessoal, isso é muito importante também, ela não fica encarnada no indivíduo [inaudível] não sou eu, que tinha governabilidade, as ações e a forma como você desenha a política, o desenho da política é que vai te dar perspectiva de manejo de maior governabilidade sempre em parceria com os atores. Eu te diria assim: quanto maior a capacidade de mobilizar atores sociais distintos no seu campo de ação, maior a sua governabilidade, ‘né’. Tanto que você só consegue pensar essa perspectiva da governabilidade precisa ter muita clareza de quais são os atores sociais. E os atores sociais, esse mapeamento dos atores sociais aí ele não é um mapeamento do com quem você conta, é tudo. É com quem você não... Você precisa identificar. Pra você pensar, por exemplo, eu tenho lá sei lá, vamos fazer um desenho rápido aqui, bem amiga minha... Dez atores, eu tenho um campo aqui que eu consigo mapear dez atores sociais. Não, não adianta mapear só. Desses dez atores, como é que são os pesos? Você conta muito com quem tem uma forte oposição? ele tem uma posição mediana? Ele é um aliado? Você vai precisando mapear isso porque esse é o jogo. Se você tem dez atores, será que desses dez atores, todos os dez não são seus aliados? Você está com uma baixa possibilidade de governabilidade aí você vai introduzir uma outra política de negociação, de ação, de convencimento, mas será então que a ferramenta técnica, a normativa, os dispositivos políticos ajudam a neutralizar? São coisas que você avalia, acho que é isso assim.

Entrevista com A.B.

Ex- gestora da Assessoria de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde

Beatriz: Como você chegou na gestão da ASM?

A.B.- Então, a Paula saiu, né. No final... No início de dois mil e quatro, ‘né’, que você já me falou... Que ela já te falou. E aí então... Na verdade eu fazia parte da equipe, né, da secretaria estadual e fazia parte da assessoria de saúde mental na época e estava na ação da Eiras e na ação de Carmo. Eram as minhas duas atribuições dentro da secretaria. E aí, ninguém da equipe queria assumir, na ocasião, assim que a Paula saiu as pessoas não tinham essa disponibilidade. E aí então foi convidada uma outra pessoa que me parece que a Paula tinha algum contato, algum conhecimento, era uma enfermeira e já tinha alguma experiência com gestão. Então ela assumiu a coordenação de saúde mental. E aí a coisa não funcionou muito bem, não caminhou muito tranquilamente. Enfim, houve aí uma certa dificuldade da interação dessa pessoa com a equipe, com o trabalho.

A.B.: Ela ficou alguns meses e acabou a coisa não caminhando e a equipe então... Ela resolveu sair. A equipe então ficou nessa situação delicada. O Gilson Cantarino, que era o secretário estadual de saúde então queria porque queria que a própria equipe indicasse uma pessoa, assim, que tivesse o apoio da equipe pra poder então o trabalho fluir.

A.B.: A gente estava no meio desse turbilhão da ação de Eiras e de Carmo. E aí foi isso. E aí a própria equipe veio me pedir pra assumir porque eu já tinha essa experiência com Barra do Pirai. ‘Deu’ ter sido coordenadora lá do município, então tinha uma experiência mais de gestão que as outras pessoas da equipe. Embora, muitos experientes lá com todo trabalho que

a gente fazia na SES, não tinha essa experiência de gestão. Aí me convenceram a entrar e assumir interinamente, era só provisório porque a outra tinha saído, era só uma questão de dois, três meses até pensarem em outro nome com mais calma e eu fiquei dois anos. Até o final da gestão do Gilson Cantarino, que aí foi outra eleição, ‘né’, do governo do estado, então mudou o secretário do estado, mudou a superintendência, mudou tudo e aí eu acabei saindo da coordenação. Então foi assim a trajetória como é que eu cheguei lá na coordenação da secretaria estadual.

Beatriz: Havia um trabalho da gerência muito próximo dos municípios, de pessoas que estavam nessa articulação com os municípios de uma forma bem próxima. Você também tinha essa proximidade com os gestores municipais?

A.B.: Esse foi um modelo na verdade muito forte na gestão da Paula, que começou com o Pedro Gabriel. Por que antes do Pedro Gabriel ser coordenador estadual, os coordenadores que passaram na secretaria estadual de saúde eram pessoa muito inexpressivas.

A.B.: Não existia de fato uma equipe lá na SES, que cuidasse da saúde mental dos municípios, ‘né’ do estado. Isso eu posso dizer porque quando eu fui pra Barra do Piraí a gente fez esse contato com a secretaria estadual, até pra pedir uma orientação, como é que seria pra implantar o serviço e tal. E aí não tinha nenhum apoio, não tinha nada, pelo contrario ficava parece uma pessoa no administrativo pegava os telefonemas, pegava os recados, não dava retorno nem nada. Então com a entrada do Pedro já foi diferente, ‘né’, já começou a ter uma cara, ‘né’, a ter uma outra forma de se relacionar com os municípios

A.B.: O Pedro foi coordenador estadual antes da Paula e isso também acho que já foi na gestão do Gilson Cantarino, que ele ficou oito anos, ‘né’. O Gilson pra nossa grande sorte e felicidade ele foi psiquiatra, muito favorável à reforma. Então assim, tudo isso não tenho a menor dúvida que só aconteceu graças ao Gilson ali na gestão do estado, da secretaria estadual de saúde dando todo apoio, confiando na equipe e tal. Então o Pedro assumiu. Quando a Paula assumiu, foi quando o Pedro foi coordenador ele já fazia os fóruns regionais de saúde mental. Eu Cheguei lá... como eu estava em Barra do Piraí, no município de Barra do Piraí eu cheguei a acompanhar o Pedro em visitas em municípios ali daquela região do Médio Paraíba, ‘né’, pra conversar com o secretário de saúde, falar sobre o problema de saúde mental, enfim... Então, já tinha começado esse movimento, ‘né’, de que as regiões se reunissem com os seus coordenadores de saúde mental municipais e aí pensassem na proposta a nível regional, nas articulações, em varias formas dos municípios se apoiarem em ações de saúde mental, ‘né’, trocar experiência. Foi um período assim superinteressante, eu ali na região do Médio Paraíba. A gente chegou a fazer uma série de ações, assim, muito forte. Dezoito de maio a gente ia pras ruas, mas a nível regional pensando em todo em um programa grande, ‘né’, de mobilização, de conscientização da sociedade, enfim, muita coisa. A gente realizou varias ações, assim, diretamente política mesmo, diretamente aos gestores municipais. Então começou isso com o Pedro. Aí a Paula assume depois que o Pedro foi convidado a ser o coordenador nacional, ‘né’, que ele foi pra Brasília, então ele indica a Paula e a Paula então assume essa coordenação e ela monta, amplia mais a equipe lá da saúde mental do estado e foi um momento assim, acho que já... assim que a Paula assume já tinha essa confusão aí da Eiras aí no cenário, se eu não me engano ela deve ter falado isso, mas a Paula, muito ousada como sempre foi, ‘né’, e muito guerreira ela dizia que não tinha como realizar a ação da Eiras se não mexesse em Carmo Teixeira Brandão que era uma vergonha o estado ainda manter um hospital daquele, naquelas condições e a gente ainda querer botar ordem e arrumar a casa, ‘né’, do [inaudível]. Então como [inaudível] uma ação na Eiras sem que tivesse um olhar também pra Carmo e alguma coisa ser feito em Carmo que era um hospital também com condições terríveis ali de assistência a população, aqueles pacientes.

Então foi isso 'né'. Na verdade todas as duas ações exigiram muito esse contato com os municípios porque como a Eiras mobilizou toda uma região, 'né', um hospital com mais de mil e quinhentos pacientes, então tinha pacientes de todos os municípios do estado, fora do estado também, então necessariamente isso implicaria envolver todos esses municípios. Foi uma ação muito rica porque uma grande parte não tinha uma equipe de saúde mental, não tinha coordenação de saúde mental e graças a ação da Eiras... E isso foi inaugurado em vários municípios pequenos e tal, que não tinha nada. A única ação era pegar paciente, pegar pessoas e internar na Eiras. Era a única coisa que os municípios faziam. E Carmo, embora aquela região ali no entorno vários já tivessem saúde mental, programas e tudo mais, alguns outros pequenininhos não tinha e também a gente teve que mobilizar muito a própria cidade, 'né'. E Carmos é um município que teve que montar inúmeras residências terapêuticas porque aí foi diferente. Não tinha como levar pacientes lá pra outros municípios. Então o desafio foi montar as residências, muitas residências no próprio município de Carmo. Então assim, tem trabalho muito rico nesse sentido da gente se aproximar dos municípios, da gestão da Paula eu ainda fiquei um tempo na... no município de Piraí, ainda estava lá coordenando, com essa minha matrícula do estado, que na verdade eu estava cedida pro município de Barra do Piraí. E aí era isso, o pessoal da equipe aqui de saúde mental ia pra lá pra dar uma supervisão pra nossa equipe, ajudar a pensar nas ações, conversar com o secretário de saúde, propor, 'né', uma ampliação da equipe, concurso, uma série de coisas, 'né'. E aí então chegou em um determinado ponto que essas duas grandes ações começaram e a Paula então me convocou pra está entrando nessas ações e foi quando eu sai de Barra do Piraí. E aí esse trabalho lá na Eiras, voltando pra Eiras 'né' que o que mais te interessa, foi um trabalho assim que a gente que estava lá na (CAPS) e fazendo plantão e aquele contato lá com o paciente ao mesmo tempo a gente tinha que está indo aos municípios, tinha que está fazendo uma intervenção junto as famílias, tinha que está pensando né ações dentro de cada município então era esse trabalho muito conjunto, muito ativo diante de cada situação ali. Quando eu fui pra coordenação né, embora eu tenha dito antes de começar a gravar, que a Cristina Ventura foi a grande... Ficou à frente, 'né'. A grande responsabilidade da Cristina enquanto membro da equipe era de pensar em ações de saúde mental para criança e adolescente que também sempre tinha sido a atenção maior dela, mas aí Eiras foi um grande projeto que ela encabeçou, e embora eu não ficasse à frente diretamente desse trabalho da Eiras eu estava participando das reuniões, eu estava sabendo o que estava acontecendo e muitas vezes como coordenadora estadual eu que tinha que ir no município pra discutir com o secretário de saúde, proposta de se montar equipe, Na época de regulação, 'né', de dos leitos da central de regulação e implantação era eu diretamente junto com algum membro ou outro da equipe, nós ia pro município fazer toda discussão lá, 'né'. Implantação de leitos no hospital geral também foi outra ação que a gente ia muito diretamente para cada município. Então assim, era um trabalho muito conjunto. Que na verdade é esse o papel do estado. O estado na verdade ele tem que estar acompanhando, supervisionando, orientando, apoiando essas ações municipais, entende? O estado não tinha como abrir serviço, não tinha como... Isso foi um caso excepcional lá em Carmo porque era um hospital estadual, né? Mas em relação a Eiras, em relação a esses outros municípios, o estado na verdade estava ali apoiando, supervisionando, acompanhando, mas sem ter uma ação mais direta de atendimento na ponta, de montar serviço, de contratar equipes e tudo mais, entendeu?

A.B.: O SUS lá na organização dele, na maneira como ele foi pensado, foi criado, foi constituído era isso. Quer dizer, as três esferas participam do SUS com recursos financeiros, mas cada um tem um papel nessa história, 'né', então a ideia na verdade é isso é que a nível federal como é que o governo federal o ministério da saúde entra nessa participação aí das... Todas as atividades que se propõe pra saúde da população qual a função do estado qual é a

função do município. Então a função do estado na verdade não o de oferecer serviço de saúde, ‘né’ de apoiar de outras formas, financeiramente, em termos de qualidade de serviço acompanhar a qualidade de serviço, a prestação como é que isso está acontecendo, ‘né’, mas não estar na ponta realmente é [inaudível].

A.B.: E por que isso ‘né’? E tem uma explicação que eu acho bem compreensível porque o município na verdade é aonde acontece de fato a vida da população, ‘né’. O quê que é o estado? O quê que é o estado, ‘né’? Na verdade geograficamente é algo que está lá no mapa desenhado, agora a vida da população o dia a dia dessa população é que tem que conhecer de fato essa população, quem tem que conhecer bem é o gestor municipal, ‘né’ pra propor não só na área de saúde, na área de educação, na área de assistência social todas as áreas propor ações que tem muito mais a ver com a aquele município, com aquele cidadão que vive naquela cidade. O estado ele tem uma visão muito mais ampliada, ‘né’, de uma região maior. Então quando eu falo pra você dos fóruns que a gente fazia regionais lá quando eu estava lá na coordenação de Barra do Piraí, então eu me reunia com os municípios do Médio Paraíba, que era Volta Redonda, Barra Mansa, Barra do Piraí, Valença, Rio das Flores, Rio Claro e tinha uma diferença enorme de um município pro outro. Você imagina um município como Volta Redonda comparar com Rio das Flores, ‘né’, Barra do Piraí com cento e vinte mil habitantes e Piraí com trinta mil. Então assim não tem como.

A.B.: Quando a gente se reunia ali regionalmente a gente pensava: “ah é importante a gente ter um coordenador, como é que convence o secretário de colocar um serviço, uma coordenação de saúde mental como é que briga pra conseguir um concurso pra contratar, como é que monta o serviço, vamos ver uma casa, vamos ver isso, vamos ver aquilo.” Mas a especificidade de cada município não tem como a gente colocar no mesmo pacote. Não da pra pensar num município como Piraí com trinta mil habitantes e Rio das Flores que é muito menor ainda, sei lá, com quinze mil habitantes comparar com barra mansa e volta redonda e Rezende

A.B.: Entende? Então por isso que essas ações tem que ser ações municipais mesmo, porque aí sim, inclusive o recurso financeiro que é transferido da esfera federal e estadual para o município vai ser diferente de acordo com número de população.

A.B.: Então, assim, é muito específico. É o município que tem que dá conta na verdade, ‘né’, apoiado pelo estado e pelo governo federal.

Beatriz: Pensando lá em Itaguaí, os gestores faziam parte de um grupo que não estava muito disposto de investir em saúde mental, até porque as pessoas estavam internadas em outro município e aí trazer os pacientes e ainda criar serviço para isso teve muita resistência, né?

A.B.: Sempre. A saúde mental não interessa, ‘né’. Na verdade se a gente pensar, você esta dizendo aí que esta se interessando pela história, se a gente pensar na história da loucura, isso é loucura ‘né’, história da humanidade. Acho que hoje em dia existe uma visão mais humanizada dessa loucura.

A.B.: Mas, historicamente a loucura era algo feio, era algo vergonhoso, ‘né’, que tinha que ser escondido, que tinha que ser trancafiado, que não podiam ser vistos, as famílias tinham vergonha de ter um doente mental, ‘né’ como membro da família. Eu sou de uma família que varias pessoas, ‘né’ que tiveram essa trajetória e como minha família era lá de Barra do Piraí, várzea Alegre era o lugar que se escondia, assim como aqui no Rio é o Pinel lá em Barra do Piraí era vargem alegre. Então assim, muito triste, mas essa era a realidade.

A.B.: A loucura assustava, a loucura envergonhava, a loucura constrangia, ‘né’, A gente encontrou tanto em vargem alegre, quanto na Eiras, quanto em Carmo, historia de pessoas, assim, que famílias riquíssimas e que na ocasião também pensando lá no século passado a orientação da medicina, da ciência era uma doença que não tem cura, não tem nada pra fazer a não ser deixar aqui trancado no hospital, ‘né’. A princípio nem recebia visita porque pode agitar o paciente, enfim, então era isso as pessoas deixavam lá, nunca mais voltava pra buscar, nunca mais ia visitar ‘né’, escondiam. Então essas pessoas eram claramente excluídas das famílias.

A.B.: E passavam a ser excluídas da sociedade, ‘né’. Era isso, ninguém quer ver, um louco é feio, ninguém quer ver. É muito parecido com a história da [inaudível] tinha esses grandes também hospitais, esses grandes lugares onde eram depósitos de pessoas. As pessoas ficavam lá escondidas, ninguém quer ver, é feio. E ainda tinha isso não tem cura, não tem como conviver em sociedade, não tem como a pessoa ter um comportamento razoavelmente normal pra esta no meio das pessoas ou estudando na mesma escola ou trabalhando no mesmo lugar, enfim. Então assim, para o gestor de saúde, primeiro que eu acho importante deixar claro o seguinte: Acho que a grande, grande, grande maioria dos gestores, e aí eu me arrisco a dizer no Brasil, não é só aqui no estado do Rio a grande maioria não tem noção nenhuma de gestão, né. Ou é um médico, geralmente um médico que assume a secretaria de saúde, ‘né’, do município que pode ser um ótimo médico, um ótimo cardiologista, um ótimo ortopedista, um ótimo neuro, mas que não entende nada da máquina publica, ele não entende nada de gestão, ele não entende nada ‘né’ de saúde publica, de um modo geral ele entende da área específica dele. E é isso, quando um médico entende daquela área específica ele geralmente puxa para aquela área específica. Eu brinquei quando falei que foi ótimo quando Gilson Cantarino foi o secretário estadual porque ele era psiquiatra. Com certeza todo apoio tudo que a gente conseguiu fazer em oito anos foi graças ao fato dele ser psiquiatra, ‘né’ porque quando entrou o ortopedista depois dele o cara só engessava tudo. É porque a especialidade do ortopedista é engessar, ‘né’ então essa é a nossa realidade. Eu em Barra do Piraí quando eu era coordenadora, foi um município que mudou não sei quantas de vezes de secretario de saúde e quando eu fiquei lá na coordenação de saúde mental pra cada secretario que entrava a gente tinha que fazer o trabalho todo de novo, falava da equipe, falava a proposta, de falar pra quê que servia e só falar, falar, falar e só interessava o médico lá que não entendia bulhufas de saúde mental, só interessava quando se falava assim: o que que o município pode ganhar financeiramente com isso. Quando começou todo esse redirecionamento financeiro ‘né’ de tirar o dinheiro da internação de colocar no município pra poder então montar serviço e tal aí sim aí os secretários começavam a ficar interessados... Porque se não fosse isso não tinha a mínima possibilidade deles não fazerem nada.

A.B.: Pra você ter uma ideia em Barra do Piraí quando eu assumi o período que fiquei na coordenação o secretário que mais ajudou a equipe de saúde mental foi um dentista, porque assim, os médicos primeiro que eles têm um saber absoluto de tudo ‘né’ e aí era isso cada um estava olhando só área que ele conhecia mais, que ele dominava que ele se interessava. Já o dentista não. O dentista era um cara que pra área da saúde de um modo geral, a não ser a saúde bucal, ele não entendia muito. Então quem fosse um bom vendedor de peixe ‘né’ no caso eu lá como coordenadora, se eu soubesse usar argumentos interessantes, ele percebia o engajamento da equipe. A gente trouxe gente... Levou gente do rio de janeiro ‘né’ Domingo [inaudível] ‘né’ levou esse povo todo em Barra do Piraí pra falar de tudo aí pronto o cara se rende porque via realmente a seriedade do trabalho vê que vale a pena e tal. E que caso contrário Beatriz, não se iluda ninguém está interessado em doente mental, na saúde mental e na loucura, ‘né’. Era muito interessante ali sim, eu acredito que para muitos políticos e tudo mais. Na época muita gente enriqueceu com a abertura de hospital psiquiátrico, né, de clínicas

obviamente conveniadas com o SUS. Era só isso, depositar gente e ficar recebendo dinheiro em cima disso. Aí era interessante, era igual um negócio, né.

A.B.: Quando a história mudou, que não era pra ser negócio e era pra ser tratamentos, saúde, recuperação, reintegração dessas pessoas na sociedade, reinserção, aí pronto, aí aquilo já foi demais, né.

Beatriz: Para implantar o CAPS primeiro tinha que ter o serviço depois que chegava o financiamento e ficava difícil de convencer um gestor a montar um serviço pra depois receber uma quantia, né?

A.B.: Exatamente, ainda tinha tudo isso, tinha que montar um espaço físico, tinha que contratar equipe, tinha que fazer concurso, né, contratar a equipe pra poder então começar a receber pacientes e aí começar a faturar né pelos atendimentos. Isso sempre foi um trabalho muito de formiguinha.

A.B.: na época da Eiras a gente contava com o apoio de ministério público né pressão também do ministério público, da justiça pra poder foçar esses municípios. Então não foi só convencimento, mexer com a sensibilidade do gestor não. Tinha uma pressão do ministério público de que aquilo ali tinha que acontecer, de que o trabalho tinha que acontecer.

A.B.: porque o quê que aconteceu? No primeiro momento da gestão da Paula a gente conseguiu tirar um número grande de pacientes que tinham pouco tempo de internação.

A.B.: Pacientes que de alguma maneira foi fácil localizar a família. Então isso não ameaçou muito a Eiras porque eram pacientes que não eram tão crônicos e que tinham tido um surto, uma crise ali mais recente, mesmo que já tivesse uma crise repetitiva, mas tinha o contato ainda com a família, então até então acho que a Eiras não tinha noção do tamanho que a coisa ia ficar e acho que nem mesmo a assessoria de saúde mental pensou.

A.B.: No primeiro momento, a ideia não era fechar a Eiras. No primeiro momento era tornar aquele hospital em menos trágico possível, ou seja, um hospital que tivesse um número x de pacientes, um número muito menor, uma equipe que realmente pudesse cuidar e acompanhar que tivesse uma visão de alta né, pacientes que pudesse ser feitos trabalhos de reinserção e tal. Então no primeiro momento na gestão da Paula foi uma limpeza geral desse grupo que estava lá a pouco tempo e que era fácil a gente conseguir agilizar essas altas.

Chegou um momento que não, que tudo que se tentou fazer de negociação com os diretores do hospital, nada acontecia em termos de, assim, de aumentar o número de equipes, de rever os plantões lá da equipe do hospital, de ter principalmente a parte de enfermagem, cuidadores suficientes, de técnico, mas o hospital não se mexia pra entrar em contrapartida né, no sentido de melhorar a qualidade de assistência lá. E aí depois entrou pra briga, não teve jeito né, que aí realmente precisou a intervenção do ministério público, precisou de uma ação muito mais direta da própria direção do hospital não conseguir mais intervir nada. Teve realmente que ser bloqueado, isso porque se não a gente não conseguiria andar com esse tipo de acordo de que a ideia era no primeiro momento melhorar as qualidades de assistência lá dentro, entendeu?

Beatriz: Acho que essa intervenção do ministério público ajudou não só a Eiras, mas também até junto aos municípios né, porque tinha o cumpra-se da justiça também.

A.B.: Exatamente. Foi uma forma também de pressionar os municípios mais resistentes né, que se interessavam menos, que não queria saber, que ninguém se mexia né, apesar de várias visitas do estado ninguém se mexia. Então chegou um momento que era isso que o ministério público batendo o martelo junto, entendeu?

Beatriz: Desse momento de negociação, do protagonismo da assessoria, nesse primeiro momento junto a Eiras, criando condições para que o trabalho fosse acontecendo de reforma aqui do estado. Foi preciso vir o ministério público, preciso vir a justiça para o estado ter uma gerência, ter uma governabilidade junto aos municípios para que a reforma pudesse acontecer?

A.B.: porque também é de acordo com o SUS, cada gestor fosse federal, estadual, municipal eles têm sua autonomia. O estado não pode obrigar o município a executar uma ação, entendeu? O estado não tem poder pra isso. O gestor municipal tem a sua autonomia de decidir o que ele implanta e o que ele não implanta, entendeu. Então não tem essa hierarquia de que o ministério (da saúde) pode chegar aqui no estado do rio e oh tem que fazer isso, não. Por exemplo, na outra área que eu atuo atualmente que é a da questão LGBT, o ministério implantou o Brasil contra homofobia né um programa nacional com linhas muito gerais do que deveria acontecer no Brasil e tal. Isso sugere que cada estado implante seu programa estadual, pouquíssimos estados implantaram. O ministério não tem como obrigar os estados a fazerem isso, entendeu? Então é isso, o estado do Rio implantou, o Rio sem homofobia. Dentro do estado dos noventa e dois municípios do estado que município que fez ações nessa área? Entende? Não existe esse poder essa hierarquia do estado obrigar o município a realizar determinada ação em área nenhuma. O gestor municipal ele tem a sua autonomia por isso, principalmente por isso, porque tudo isso, porque assim a gente está falando que o gestor tem autonomia, mas é óbvio que ele recebe recursos, ne, para executar as ações.

Isso tudo tem que ser aprovados em câmaras de gestores estaduais e municipais. Mas acontece o que ‘não vou fazer isso não, não é prioridade pro meu município’; “não vejo que isso é urgente, eu quero usar o recurso do SUS pra investir na área x, ou quero usar na área de saúde mental” “ah tá bom mas você é responsável lá pelo seu cidadão lá pelo seu municípe que pode entrar num surto psicótico” “ah eu faço uma parceria com o município vizinho que tenha um hospital ou que tenha um CAPS”, entendeu? Então assim a negociação era por isso, era você convencer o gestor da qualidade da assistência que ele poderia oferecer pro municípe dele, essa vantagem e desvantagem financeira, social e etcetera e tal. Porque o estado não poderia dizer você esta proibido de mandar um paciente seu internar em um hospital psiquiátrico, você é obrigado a tratar dele, você não tem como obrigar, né, e aí a justiça tem, ministério público tem. Ministério público diz tem que cumprir e está acabado. Não tem o que discutir, e dá prazo pra cumprir, dá multas se não cumprir. O estado para o município não pode fazer isso.

A.B.: Seria muito bom se não precisasse desse apoio. E assim, pra ser muito sincera, muito sincera mesmo com isso, mesmo a justiça tendo esse poder ainda vai ter município que não cumpre, ‘né’.

A.B.: Você sabe que nem todos tem medo da justiça ou do Ministério Público e entende que realmente tem que executar. Tem muitos que vão enrolar, que vão arrumar um bom advogado pra dar milhões de justificativas, desculpas pra ficar adiando, adiando, adiando então também não é tão... O resultado não é tão cem por cento assim como a gente gostaria, entendeu? Mas pelo menos é uma forma, mais uma forma de pressão. Gestão pública é muito difícil.

Beatriz: Na região da Baixada Fluminense, tamanha era a dificuldade de implementar os serviços, que a residência terapêutica em Itaguaí, por exemplo, só foi inaugurada em 2006. Qual era o maior entrave neste aspecto?

A.B.: A residência terapêutica é o serviço, é dispositivo mais difícil de implementar. Mais difícil, por quê? Um CAPS ele um... Ele é um serviço dispositivo dia, a menos que seja um CAPS III, né, que teria o turno da noite, mas a princípio é um serviço dia que você contrata uma equipe de saúde mental, psicólogos, psiquiatras tal, tal, tal, pra trabalhar lá durante o dia, geralmente de segunda a sexta, e fecha, né.

A.B.: E aí é mais modelo de saúde. Então é tudo que um gestor conhece mais, identifica mais como é que funciona, embora não seja um ambulatório tradicional de saúde mental, mas é mais fácil pro gestor entender e é mais fácil, inclusive, de contratar equipe a princípio, né, psicólogo, psiquiatra enfim mesmo precisando de uma supervisão uma orientação e ter uma certa ideia de como a coisa vai funcionar. A residência terapêutica foge desses moldes, né, não é local de tratamento, é um local de moradia, né.

A.B.: A equipe que precisa para um trabalho desse não é a equipe de psicólogo, de psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social é cuidador, né. Aí na verdade, os cuidadores com os coordenadores das residências, que às vezes tem um psicólogo e tal, mas a base forte lá dentro da casa são cuidadores que não é pessoal da equipe de saúde, não deveria ser equipe de enfermagem, né, pra não transformar aquilo em enfermagem, em ambulatório, mas ser realmente residência. Então a formação dessas pessoas, a contratação dessas pessoas, inclusive no quadro da saúde, não existe esse profissional cuidador dentro de um organograma de uma saúde, de uma secretaria municipal de saúde. Então isso era ter um problema, como contratar cuidador? Não existe isso. Quem é esse cuidador? Qual a formação dele? 'Né? Como é que a gente faz concurso pra contratar cuidador? Qual é o perfil desse... Então assim, isso tudo foi extremamente complexo para os municípios executarem. A questão das casas, a gente não queria um prediozinho com cara de hospital, de clínica pra botar um monte de gente morando. A gente não queria um monte de casinha tudo juntinha. A gente queria espalhar essas pessoas, que essas casas fossem mais comunitárias possível, em um bairro aqui outro bairro ali, né, no centro da cidade. Enfim, de fácil acesso, pra essas pessoas se readaptarem de circular pela cidade. Então você imagina conseguir pessoas que quisessem alugar, né, casas – que elas poderiam alugar pra qualquer inquilino -, mas alugar pra uma secretaria de saúde e alugar pra maluco morar.

A.B.: Então implantar residência terapêutica o desafio era cinquenta vezes maior do que implantar o CAPS, entende? Era muito mais difícil convencer o gestor, era muito mais difícil conseguir imóvel, era muito mais difícil montar uma equipe de cuidadores, era muito mais difícil. Residência terapêutica não fecha, ela funciona vinte quatro horas por dia, todos os dias do ano, feriado, final de semana. Então a escala desses profissionais era muito mais difícil de fazer. Uma residência terapêutica tem toda uma questão de alimentação dos moradores, coisa que no CAPS... Às vezes o CAPS dá café da manhã e almoço e acabou. Residência não, tem o café da manhã, tem o almoço, tem o lanche, tem o jantar, tem não sei que, entendeu? Então assim, a logística de funcionamento de uma residência terapêutica é muito mais complicada do que a logística de um CAPS.

A.B.: Então assim, Nova Iguaçu um dos maiores municípios da Baixada e que obviamente tinha uma maior número de pacientes internados na Eiras, né, então tinha que receber muita gente. Nova Iguaçu foi um processo assim bem complicado, bem trabalhoso. Eu estou achando que não foi só em dois mil e seis (que inaugurou) porque eu lembro assim na minha gestão de eu ficar muito tempo envolvida em montagem de residências em Nova Iguaçu. Só que era isso, às vezes a gente conseguia uma casa, montava uma. Aí daqui a pouco dava um problema naquela casa e o paciente tinha que sair. Então antes de estar aquela casa e aquela residência cadastrada pelo SUS e ser anunciada como dispositivo de saúde já estava funcionando, entendeu? Mas ainda com uma dificuldade aqui outra ali. Então teve casa que a

gente passava meses negociando com o proprietário. Então a nossa equipe lá da SES, né, voltada pra isso ia pra lá com o gestor municipal, com o secretário de saúde, com o proprietário da casa e justificava, e explicava e orientava. Aí depois de muita trabalhadeira de convencimento o proprietário concordava em alugar aquela casa, aí tinha que fazer reforma na casa porque muitas vezes tinha que fazer adaptação dependendo do morador que ia pra lá, às vezes era um cadeirante, tinha que mudar porta de banheiro tinha que colocar apoio, que fazer um monte de adaptação na casa e aí então como é que paga essa reforma? Aí até sair... Então assim, eu acompanhei inúmeros trabalhos de montagem de residências e fui a varias inaugurações de residências. Então eu acho que não deve ter sido só no mês que eu estava saindo não. Quer dizer... Mas enfim, não tenho essas datas, mas eu cheguei a acompanhar a residência de Nova Iguaçu, de Caxias, de Japeri, se eu não me engano. Eu fui em residência montada em Japeri. Em Itaguaí é que eu estou na dúvida, mas enfim. Então assim, a residência terapêutica é mais difícil de se implantar, é mais difícil de se manter.

A.B.: É mais difícil de convencer gestor de montar. Então realmente é muito complicado, entendeu? Então é essa novela das residências... Por isso até que Carmo, por exemplo, a gente acabou com todo apoio do Ministério Público e da gestão da prefeitura de Carmo, agente resolveu ao invés de sair convencendo cada município lá da região serrana, com todas as dificuldades e tal. Carmo se propôs a montar mais de vinte residências lá no município.

A.B.: Quando o gestor comprava a ideia e dizia “ah tá bom, então tá, vai ter dinheiro, vamos montar, não sei quê e tal” ele não tinha muita noção e a gente no início também não tinha muita noção de tanto trabalho, de tanto problema que isso ia ocasionar, entendeu? Porque é isso, por exemplo, morador está lá na casa com cuidador que não é formado em saúde e aí de repente alguém passa mal, acontece alguma coisa e aí esse coordenador de saúde mental tem que ser acionado no meio da noite, em um feriado, em um domingo pra correr na casa ou a comida quando não era preparada na residência era entregue através de não sei aonde, a comida não chegava, os moradores ficavam sem comida, então era assim, era muito, muito complicado. Teve município, não vou lembrar exatamente qual, mas que assim, eles não conseguiam pela saúde do próprio município encontrar um meio de fornecer alimentação para as residências, então foi via área de educação porque como a educação fornecia merendas para as escolas, então tinha como licitar uma quantidade maior de comida e uma parte então dessa comida iria para as residências. Só que as escolas entram de férias, tem período que a escola não recebe merenda e a residência tinha que continuar recebendo comida, então assim, percebe os detalhes disso? Era muito complicado. Era muito complicado. Então por exemplo Nova Iguaçu montou residência em Tinguá, não sei se você conhece Tinguá?

Beatriz: Não conheço.

A.B.: Então, eu também nunca tinha ido lá. Tinguá é um bairro bem afastado de Nova Iguaçu. Uma região que dizem que é linda onde tem o famoso vulcão, né, do estado do Rio, enfim. É uma região super bonita, assim mais rural, super bucólica, é um lugar lindo, tal, tal, tal. Mas a dificuldade que era de acesso, de poder circular com esses moradores de lá pra cá, entendeu? De convencer uma pessoa pra alugar. Então, é muito difícil. Muito difícil. A gente já sabia de experiências assim de montar residências terapêuticas aqui no Rio, né. O Pedro II, lá o hospital Nise da Silveira já tinha montado residência em apartamentos no bairro ali do entorno do Engenho de Dentro e tal.

A.B.: Mas é diferente. Uma realidade completamente diferente pensar em residências terapêuticas em grandes centros e pensar em residências terapêuticas em bairros... Municípios pequenos, entendeu? A gente, por exemplo, lá em Carmo, a gente... É uma das casas que a gente reformou que seria a primeira residência a inaugurar e com os pacientes mais graves,

pacientes acamados assim bem debilitados. A gente conseguiu uma casa que era em um bairro nobre da cidade, onde morava juiz, onde moravam autoridades, onde morava gente rica da cidade. Foi feito um abaixo assinado. Foi quando os moradores lá do entorno, os vizinhos souberam. E por que a casa estava sendo reformada? Quem ia morar nessa casa?

A.B.: Foi feito um abaixo assinado. Uma campanha porque eles não queriam ter maluco perto. Porque sabiam que aqueles malucos eram estupradores. O mito da periculosidade, né. Eram pacientes acamados, cadeira de rodas que não andavam. E eles começaram a criar essa história que o paciente ia começar a sair pela rua catando criancinha e devorando criancinha e estuprando criancinha. Então é isso né, cidade do interior essa coisa da vizinhança, quem mora perto de quem, isso complica também. É mais um fator que atrapalha né.

Beatriz: o termo governabilidade é um termo muito usado pra se falar de assessoria de saúde mental nesse período do desmonte da Eiras. Como que você via essa governabilidade na prática? Como é que você entende isso assim na pratica da assessoria?

A.B.: É assim essa governabilidade ela tem vários... vários aspectos aí né, por exemplo, quando disse pra você lá dentro da secretaria estadual de saúde a gente tinha uma governabilidade total graças ao secretário estadual né, então assim, a gente ia direto pro gabinete dele pra tratar do que estava acontecendo, pedir um apoio maior, pra ele entrar em contato direto com secretário municipal de saúde de algum município. Enfim, então a nossa equipe era uma equipe muito forte, muito coesa, muito bem articulada no sentido de ajudar muito o outro né, a gente tinha divisão de tarefas, quando uma pessoa não podia está acompanhando alguma coisa o outro ia e cobria porque todo mundo estava participando e acompanhando tudo que estava acontecendo né lá dentro da assessoria. Era uma equipe pequena, aparentemente pequena no sentido da ação toda que a gente estava fazendo no estado, mas era uma das maiores dentro da secretaria estadual graças ao Gilson Cantarino, graças a todo esse apoio que ele dava pra nossa equipe. Então ali a governabilidade era muito grande. Agora... E a nível de Ministério da saúde também, a gente podia contar com o apoio do Pedro Gabriel. Então a gente estava assim numa atmosfera muito favorável, com muitos apoios, com muitas pessoas assim que pensavam do mesmo jeito, que acreditava nas mesmas coisas, a gente estava lutando as mesmas lutas né. Agora quando a gente vai para os municípios que é o trabalho do estado, de fazer esse acompanhamento, essa intervenção né, essa discussão dos municípios é a nossa governabilidade fica bem mais reduzida no sentido de é como te falei antes a gente [inaudível] tinha o poder de lá ia exigir que o município fizesse. Então essa duas ações estava acontecendo ao mesmo tempo em Carmo e Paracambi, elas faziam realmente assim ter esse senso muito grande da diferença que era ter governabilidade em Carmo e a nossa limitação na ação de Paracambi né. Então Carmo a gente era gestor, a gente era o dono do hospital. O estado era dono do hospital. Então, embora a nível de município a gente não tivesse todo esse poder porque tinha o gestor municipal... Claro... Mas era isso, o município praticamente vivia em função de tudo que acontecia no hospital estadual. Quase todo mundo no município tinha trabalhado no hospital ou trabalhava. O município fornecia alimento. O município fornecia não sei que. Então assim a receita né, a vida financeira do município de Carmo era muito em torno de tudo que acontecia no hospital. Se o estado diz: “Vou fechar o hospital e tirar tudo daqui”, o município tinha que se mexer. Porque o município queria ter, né, recursos da saúde ali dentro, recurso ligado ao hospital. Então isso também ajudou bastante a nossa governabilidade, porque aí a gente precisou convencer o gestor municipal de que ele ia perder a grande mãe lá que estava né, propiciando tudo lá de possibilidade de emprego e tal, para o município. Tinha outra forma, criando serviços municipais e não ficando ali na teta do estádio, né. Então, na verdade foi isso, agora

de fato acho que mesmo com essa limitação dessa governabilidade assim, o nosso alcance ate onde podia ser a nível de município [inaudível]

A.B.: Mesmo assim agente tem que avaliar que foi feito muita coisa, né. A gente conseguiu avançar muito. A gente conseguiu caminhar muito, mesmo com essas dificuldades, com essas limitações, essas diferenças né, a nível de gestão estadual e municipal a gente avançou bastante.

Beatriz: Itaguaí fazia parte de um consócio da baixada. Consócio de saúde da baixada que existe até hoje, mas lá em dois mil e cinco, o CISBAF, ele gerenciava a central de regulação dos leitos da baixada. Como se dava essa relação com os consórcios?

A.B.: eu não vou saber exatamente falar dos CISBAF lá daquela região. Eu sei que o seguinte, assim que eu assumi a gestão essa questão da central de regulação de vagas no estado pra todas as especialidades, isso estava assim começando a ter um incremento muito grande, né, estava sendo discutido em várias áreas e obviamente isso também chegou na saúde mental. E ai assim, nós da saúde mental, nós entendemos que era um grande apoio que agente precisava a nível de estado pra de fato conseguir regular essa internações. Porque uma coisa que a gente brigava, discutia, conversava lá com o gestor de que essas regulações dessas internações tinha que está acontecendo dentro do município, tinha que passar pelo coordenador de saúde mental. Então a gente explicava, a gente convencia, a gente falava, a gente ofereceu curso sobre implantação de leitos nos hospitais gerais, né, e mostrava a importância da equipe de saúde mental do município ir lá avaliar o paciente antes de qualquer internação.

A.B.: Só que isso na verdade não era assim que acontecia. Não funcionava. O gestor concordava. Todo mundo concordava. E a história que a gente via é que continuava com a internação direta porque alguém ligava direto para o secretário de saúde dizia: “olha tem que levar uma paciente para o hospital tal” e o secretario autorizava”. Quando o gestor da saúde mental ficava sabendo o paciente já estava internado, enfim. Então era um desrespeito muito grande ainda nessa questão do controle das internações. E a gente obviamente fazendo todo um trabalho de retirada de paciente dos hospitais, de diminuição de leitos, né, oferecido pelo SUS na área da psiquiatria e ao mesmo tempo esse fluxo de internação continuando solto assim era quase que enxugar gelo. A gente não ia chegar a lugar nenhum, né, porque conseguia tirar três pacientes e entravam seis, tirava cinco entrava dez, entendeu? Então não ia chegar nunca em lugar nenhum. Então assim, essas ações tiveram que ser muito coordenadas, ou seja, implantação do SISREG, na verdade a central de regulação da psiquiatria, aí pensando no estado como um todo e ao mesmo tempo fechamento de leito, né, porque na medida em que a gente começou a controlar as internações a gente começou a dizer para o ministério da saúde: “Da pra fechar leito em determinado hospital porque já não precisa mais ter tanto leito aberto”. Se não tem tanto leito disponível, ficava também mais difícil ainda encaminhar pra internação. Aí de fato o paciente que surtava ele ia ter que ficar mais tempo no hospital geral, algum tempo no hospital geral e aí pra uma equipe de saúde mental avaliar pra ver se realmente precisava ir para o hospital psiquiátrico, uma clinica especializada, como é que ia conseguir essa vaga, a vaga mais próxima, enfim. Então a gente fechou esse cerco de todos os lados. E aí eu lembro das reuniões todas que eu fiz em todas as regiões do estado por central de regulação, e lá no CISBAF a gente tinha uma pessoa que coordenava o CISBAF que era fantástica. Outro que era coordenador da central de regulação que era de Niterói, região de São Gonçalo, né e tal. Eram as duas principais, na verdade, do estado. Eles ficaram muito encantados com essa experiência porque assim a gente conseguiu, primeiro que a gente montou serviços, segundo que a gente conscientizou os coordenadores da importância dos coordenadores de saúde mental, avaliar o paciente e só o coordenador que

poderia encaminhar pedido de vaga pra central de regulação. Então se viesse o medico do postinho, se viesse o psiquiatra, mesmo que fosse o psiquiatra sei lá que trabalhasse no município, mas fora da equipe lá da saúde mental o SISREG não mexia e não procurava vaga. Tinha que vim com carimbo do coordenador de saúde mental, né. Ai com isso é que o SISREG ia providenciar vaga no hospital psiquiátrico e aí era tudo muito controlado, que aí o coordenador tinha dados desse paciente, pra onde que foi, a equipe de saúde mental do município está acompanhando essa internação, pra estar retirando o mais rápido possível. Então o hospital psiquiátrico não tinha mais controle daquela internação e quanto tempo o paciente ia ficar internado, então o coordenador municipal tinha que estar acompanhando, tinha que estar discutindo a alta, tinha que estar envolvendo a família, né, de onde esses pacientes moravam antes, enfim. Então essa foi uma experiência assim muito rica na minha gestão porque foi uma coisa que a gente viu muito resultado. A gente contou com esses coordenadores de central de regulação e que foram pessoas assim que viram que a saúde mental na psiquiatria a coisa podia funcionar. Então eles diziam que era muito difícil regular leito das outras áreas as saúde, mas que na psiquiatria funcionava. Então todas as vezes que eles iam falar de central de regulação eles tinham que dar o exemplo da psiquiatria e mostrando o quanto era um trabalho que tinha que ser integrado. Não adianta ter só lá uma central de regulação, uma equipe lá recebendo lá os e-mails, os fax, os telefonemas pedindo vaga e aquela equipe sozinha ter que controlar tudo. Não adiantava isso. Precisava ter o coordenador estadual, precisava ter o coordenador municipal. A gente fazia reuniões assim semanais... Mensais ou bimensais pra poder discutir os furos, onde estava tendo falha, o que que tinha acontecido. Então às vezes era isso. Coordenador me ligava: “Adriana, a central encaminhou um paciente que não fui eu que fiz o pedido” e aí eu em cima da central, né. O que que aconteceu tal município? Tal internação que veio de outra forma e a central comeu mosca e encaminhou a internação de um paciente sem passar pela equipe de saúde mental. Eles tinham nome, telefone de todos os coordenadores municipais, eles podiam fazer esse contato pedindo vaga para esse paciente não sei aonde, vocês autorizam, é pra gente ver a vaga ou não é. Então assim era tudo muito justinho, muito certinho, muito acompanhado, né, muito visitado constantemente. Então a gente fez toda a parte de treinamento dos próprios reguladores, né, pra eles entenderem como é que seria a dinâmica disso junto ao serviço municipais de saúde mental, enfim. Foi uma experiência assim muito, muito, muito legal. Eu acho que CISBAF na verdade, eu acho que a única região que tinha esse outro nome, antes era SISREG1, SISREG não sei que, SISREG Médio Paraíba. Então assim, cada central de regulação tinha o nome da região. Ali em nova Iguaçu e na baixada virou CISBAF, acho que foi uma questão ali daquela região, daquele consocio, né, regional ali.

Beatriz: Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

A.B.: Essa coisa de nome...Olha só, lá de Barra do Piraí, por exemplo, nosso CAPS lá que a gente inaugurou na época que eu era coordenadora chamava Nossa Casa e por o nome, não sei se foi isso que aconteceu lá em Itaguaí, mas esse nome saiu dos paciente dos CAPS, eles que escolheram, eles que resolveram batizar o CAPS, entendeu? E aí foi uma história assim da gente ter conseguido uma casa, eles participaram pra arrumação, da faxina, da reforma, todos eles envolvido em doação de móveis, fui tudo assim feito por todos, equipe e pacientes e no final da história ele diziam muito isso: “ ah vamos lá pra nossa casa, na nossa casa” e virou essa coisa de nossa casa. E antes da inauguração a gente abriu essa discussão como é que seria o nome e eles pediram né, eles votaram nossa casa, então foi essa história, mas isso pra quem tem essa história aí pra contar né.